

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภท
และใช้สารเสพติดในชุมชน เขตภาคกลาง



นางสาวกิ่งกาญจน์ ไชยบุศย์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

SELECTED FACTORS RELATED TO HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE OF PERSONS
WITH SCHIZOPHRENIA AND SUBSTANCE USE DISORDER IN COMMUNITY,
CENTRAL REGION

Miss Kingkan Chaiyabut



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and

Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
ของผู้ป่วยโรคจิตเภทและใช้สารเสพติดในชุมชน เขตภาค
กลาง

โดย

นางสาวกิงกาญจน์ ไชยบุศย์

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

CHULALONGKORN UNIVERSITY

กึ่งกาญจน์ ไชยบุศย์ : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภทและใช้สารเสพติดในชุมชน เขตภาคกลาง. (SELECTED FACTORS RELATED TO HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA AND SUBSTANCE USE DISORDER IN COMMUNITY, CENTRAL REGION) อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.เพ็ญ พักตร์ อุทิศ, 195 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ ชนิดของสารเสพติด ปริมาณของกาแพที่ดื่มในแต่ละวัน ปริมาณของบุหรืที่สูบต่อวัน อาการทางบก อาการทางลบ การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว และ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมขณะเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลเสนา โรงพยาบาลท่าเรือ โรงพยาบาลสามโคก และแผนกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 160 คน ได้จากการคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกข้อมูลการใช้สารเสพติด 3) แบบประเมินอาการทางบก 4) แบบประเมินอาการทางลบ 5) แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว 6) แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม 7) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และ 8) แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เครื่องมือทุกชุดได้ผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และเครื่องมือ 6 ชุดหลังมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .96, .96, .90, .84, .86, และ .94 ตามลำดับ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว และ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

สรุปผลการวิจัยที่สำคัญ ได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม และ รายด้านทุกด้าน ได้แก่ ด้านการทำหน้าที่ทางร่างกาย ด้านความเจ็บปวด ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านข้อจำกัดการทำบทบาทเนื่องจากปัญหาด้านร่างกาย ด้านข้อจำกัดการทำบทบาทเนื่องจากปัญหาสุขภาพจิต ด้านภาวะสุขภาพจิต ด้านความมีชีวิตชีวา และ ด้านการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป อยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย = 72.01, 85.63, 76.69, 75.19, 74.06, 72.60, 67.54, 65.96, และ 63.95 ตามลำดับ)

2. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมซึ่งใช้สารเสพติดต่างชนิดกันมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=3.96$) ปริมาณกาแพที่ดื่มในแต่ละวัน การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว และ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีความสัมพันธ์ทางบกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.19, .50, .45, \text{ และ } .56$ ตามลำดับ) อาการทางบกและอาการทางลบ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.46 \text{ และ } -.41$ ตามลำดับ) ส่วน อายุ เพศ และปริมาณบุหรืที่สูบต่อวัน ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ปีการศึกษา 2556

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก

5477302036 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: SCHIZOPHRENIA PATIENTS / HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE / CO OCCURRING / SUBSTANCE USE DISORDER

KINGKAN CHAIYABUT: SELECTED FACTORS RELATED TO HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA AND SUBSTANCE USE DISORDER IN COMMUNITY, CENTRAL REGION. ADVISOR: ASST. PROF. PENPAKTR UTHIS, Ph.D., 195 pp.

The objectives of this research were to study 1) health related quality of life of patient with schizophrenia and substance use disorder in community, and 2) the relationship between selected factors including gender, age, type of substance, daily consumption of cigarettes and cup of coffee, negative and positive symptoms, social support, family relationship, and drug adherence with health related quality of life. A total of 160 persons with schizophrenia and substance use disorders, who sought treatment at outpatient department of Saraburi hospital, Sena Hospital, Tharuea hospital, Sam Khok hospital, and Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, were recruited according to the inclusion criteria. The research instruments were demographic questionnaire, substance use questionnaire, positive and negative syndrome scale, social support questionnaire, family relationship questionnaire, drug adherence questionnaire and SF-36. All instruments were tested for content validity. The six latter instruments had Cronbach's alpha coefficient reliability as of .96, .96, .90, .84, .86, and .94, respectively. Statistic techniques utilized in data analysis were Frequency, Percentage, Mean, Standard deviation, One-way Analysis of Variance (ANOVA) and Pearson's product moment correlation.

Major finding of this study were as follows:

1. Persons with schizophrenia and substance use disorders had score on health related quality of life by overall as well as all subscales (physical functioning domain, bodily pain domain, social functioning domain, limitations in usual role activities due to physical health problems domain, limitations in usual role activities due to emotional problems domain, mental health domain, vitality domain, and general health perception domain) in the good level (mean= 72.01, 85.63, 76.69, 75.19, 74.06, 72.60, 67.54, 65.96, and 63.95 respectively).

2. Scores on health related quality of life of persons who used difference types of substance were significantly different ($F=3.96, p .05$). Daily consumption cup of coffee, social support, family relationship, and drug adherence were significantly and positively related to health related quality of life ($r=.19, .50, .45, \text{ and } .56$, respectively; $p .05$). In addition, positive symptoms and negative symptoms were significantly and negatively related to health related quality of life ($r =-.46, \text{ and } -.41$, respectively; $p = .05$). Age, gender and daily consumption of cigarettes were not significantly related to health related quality of life.

Field of Study: Mental Health and Psychiatric
Nursing

Student's Signature

Advisor's Signature

Academic Year: 2013

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพัทธ์ อูทิศ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้ให้ความเมตตา ให้คำแนะนำ ข้อชี้แนะอันเป็นประโยชน์อีกทั้งยังกรุณาให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยให้มีแรงบันดาลใจในการศึกษา ค้นคว้าวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการผู้สอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ที่ทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านทั้งที่กรุณาในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และที่กรุณาอนุเคราะห์ในการให้ใช้เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณโรงพยาบาลทุกแห่งที่เป็นสถานที่ในการเก็บข้อมูล และเจ้าหน้าที่บุคลากรของโรงพยาบาลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณเพื่อนร่วมสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชนอกเวลาทุกท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา เป็นกำลังใจซึ่งกันและกันด้วยดีตลอดมา

ขอขอบพระคุณอาจารย์สุภาพ อาจารย์วราภรณ์ ไชยบุศย์ ผู้เป็นบิดาและมารดา และนางสาวขวัญแก้ว ไชยบุศย์น้องสาว ที่คอยให้กำลังใจ คำปรึกษา คอยช่วยเหลือในทุกๆด้านจนการศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี

ท้ายสุดนี้คุณประโยชน์ที่ได้จากวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขออุทิศแด่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมทุกท่าน เพื่อให้ผู้ป่วยทุกท่านได้มีสุขภาพกายใจที่สมบูรณ์แข็งแรง มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับภาวะการเจ็บป่วยเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขต่อไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	8
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย	8
ขอบเขตของการวิจัย	13
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	13
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	16
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	17
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม	18
2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต	30
3. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม	39
4. แนวทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต	59
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	63
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย	65
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	67
ประชากร	67
กลุ่มตัวอย่าง.....	67
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	68
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	70
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	76
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	80

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	81
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	81
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	83
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	97
สรุปผลการวิจัย	100
อภิปรายผลการวิจัย	101
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	108
รายการอ้างอิง	110
ภาคผนวก	131
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	132
ภาคผนวก ข เอกสารขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ.....	134
ภาคผนวก ค เอกสารชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย แบบแสดงความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ	139
ภาคผนวก ง ผลการวิเคราะห์ข้อมูล สัมประสิทธิ์ความเที่ยงและผลการวิเคราะห์รายข้อของแบบสอบถาม	144
ภาคผนวก จ การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา การคิดค่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	164
ภาคผนวก ฉ รายชื่อโรงพยาบาลระดับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ที่นำมาสุ่มเป็นโรงพยาบาลที่ใช้เก็บข้อมูล (ข้อมูลตามการแบ่งเขตพื้นที่ตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข).....	167
ภาคผนวก ช เปรียบเทียบขนาดของแก้วกาแฟมาตรฐาน.....	170
ภาคผนวก ซ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	173
ภาคผนวก ฌ ตัวอย่างเอกสารขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บข้อมูลการวิจัย.....	188
ภาคผนวก ฎ เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	191
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	195

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	จำนวนกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลในแต่ละระดับ.....	68
ตารางที่ 2	ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) และเปรียบเทียบโครงสร้างของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ก่อนและหลังผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ.....	78
ตารางที่ 3	แสดงค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเปรียบเทียบเมื่อนำเครื่องมือไปทดลองใช้ และเมื่อใช้จริง	79
ตารางที่ 4	จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมจำแนกตามเพศ อายุ และสถานภาพสมรส (n = 160).....	84
ตารางที่ 5	จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมจำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ ความ เพียงพอของรายได้และระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท (n = 160).....	85
ตารางที่ 6	จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมจำแนกตามชนิดของสารเสพติด ระยะเวลาที่ใช้ สารเสพติด ความถี่ของการใช้สารเสพติด และปริมาณของสารเสพติดที่ใช้ (n = 160)..	86
ตารางที่ 7	จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม จำแนกตามปริมาณของบุหรี่ที่สูบต่อวัน (จำนวนมวน) การดื่มกาแฟและปริมาณของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนขวด) การดื่ม เครื่องดื่มชูกำลัง และจำนวนขวดของเครื่องดื่มชูกำลังที่ดื่มในแต่ละวัน (n=160).....	88
ตารางที่ 8	ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนอาการทางบวก อาการทางลบ สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการใช้จ่ายตาม เกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม (n=160).....	90
ตารางที่ 9	จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ ใช้สารเสพติดร่วม (n=160)	91
ตารางที่ 10	ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม (n=160).....	91
ตารางที่ 11	การวิเคราะห์ความแปรปรวน และขนาดความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพใน ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม ระหว่างกลุ่มที่มีการใช้สารเสพติดชนิดต่างกัน (n=160).....	93

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สาร
 เสพติตร่วมรายคู่ตามชนิดของสารเสพติด โดยวิธีการวิเคราะห์ของ Scheffe (n = 160)
 94

ตารางที่ 13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันแสดงความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ อาการ
 ทางบวก อาการทางลบ ปริมาณของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว) ปริมาณของ
 บุหรี่ที่สูบต่อวัน (จำนวนมวน) สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และ
 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทใน
 ชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม 95



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่ได้พบได้บ่อยและเป็นปัญหาสำคัญทางจิตเวช (สุวณีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2554) เกิดขึ้นได้ทั้งในเพศหญิงและเพศชาย และพบได้ในทุกเชื้อชาติ จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 1998 พบความชุกของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ประมาณร้อยละ 1 ถึง 1.5 ของประชากรทั้งหมด (Kaplan and Sadock, 1998) สำหรับในประเทศไทยจากข้อมูลสถิติในปี 2553 พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีจำนวนมากถึง 362,855 คน จากจำนวนผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทยทั้งหมด 1,494,585 คน (กรมสุขภาพจิต, 2554) ทั้งนี้พบว่าความชุกของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทในเขตภาคกลางมีจำนวนสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับภูมิภาคอื่นๆ ของประเทศ โดยจากข้อมูลสถิติในปี 2553 ดังข้างต้น พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทในเขตภาคกลางสูงถึง 138,149 คน คิดเป็นร้อยละ 38.07 ของผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2554)

ปัจจุบันนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเน้นให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ตามปกติ ทั้งนี้เพื่อให้การดูแลสอดคล้องกับลักษณะการดำเนินโรคแบบเรื้อรังของผู้ป่วยจิตเภท (Sadock and Sadock, 2007) ด้วยเหตุนี้ลักษณะของการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นไปตามระยะอาการของโรคจิตเภท โดยในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบจะถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเพียงระยะเวลาสั้นๆ และภายหลังจากที่อาการรุนแรงสงบลง ก็จะได้รับคำแนะนำให้กลับไปดำรงชีวิตในชุมชน ในขณะที่อาจมีอาการบางอย่างหลงเหลืออยู่เพื่อรับการรักษาต่อแบบผู้ป่วยนอก (กรมสุขภาพจิต, 2551) สอดคล้องกับแนวคิดการดำเนินงานจิตเวชชุมชนที่เน้นการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลให้สั้นที่สุดและพยายามให้ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนโดยเร็วที่สุด (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนส่วนใหญ่จึงยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่และมักจะมีการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น พูดคนเดียว มีท่าทางแปลกๆ หรือแยกตัว เป็นเหตุให้สมาชิกในครอบครัวและชุมชนส่วนใหญ่มองว่าพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งที่น่ารำคาญ น่าขบขัน และในบางครั้งหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าว ก็จะทำให้สมาชิกในครอบครัวและชุมชนรู้สึกหวาดกลัว นำมาซึ่งการไม่ยอมรับผู้ป่วยและพยายามกีดกันผู้ป่วยออกจากสังคมของตน (พันธุธนา กิตติรัตน์ไพบุลย์, 2549) การแสดงท่าทีไม่ยอมรับผู้ป่วยของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความรู้สึกเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า ขาดความยับยั้งชั่งใจในตนเอง และรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดน้อยลงตามมาได้ (เสาวลักษณ์ ยิ้มเยื่อน, 2553)

อารมณ์และความรู้สึกที่เป็นปัญหาดังกล่าวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ประกอบกับการที่ผู้ป่วยยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลือและมีแบบแผนการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม มีการจัดการกับปัญหาแบบไม่ยืดหยุ่นอีกทั้งไม่สามารถใช้กลไกป้องกันทางจิต (Defense mechanism) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ไพศรี ชำคม, กฤตยา แสงวงเจริญ และมานิดา สิงห์ขจิต, 2552) อาจทำให้ผู้ป่วยต้องแสวงหาวิธีเพื่อบรรเทาอาการทางจิตของตนเอง โดยพบว่าการใช้สารเสพติดประเภทต่างๆก็เป็นวิธีการบรรเทาอาการทางจิตที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภท (บุญศิริ จันศิริมงคล, 2552) ดังจะเห็นได้

จากผลการสำรวจทางระบาดวิทยาในประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 2 ครั้ง พบว่าในปี ค.ศ. 1990 ผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการใช้สารเสพติดร่วมร้อยละ 47 (Regier et al., 1990) และต่อมาในปี 2006 ก็พบว่าอุบัติการณ์การใช้สารเสพติดร่วมของผู้ป่วยจิตเภทยังมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นคือ พบว่าอัตราความชุกชั่วชีวิตของการใช้สารเสพติดร่วมในผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มสูงถึงร้อยละ 70-80 (Westermeyer, 2006) โดยพบว่าประเภทสารเสพติดที่ผู้ป่วยจิตเภทใช้มากที่สุดคือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (Brady and Sinha, 2005) ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความชุกชั่วชีวิตของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 33.7 และความชุกชั่วชีวิตของการใช้สารเสพติดชนิดอื่นร้อยละ 27.5 (Regier et al., 1990) สำหรับในประเทศไทยพบว่า การใช้สารเสพติดร่วมก็เป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากการที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ซึ่งเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีอัตราการใช้สารเสพติดสูงถึงร้อยละ 53.64 (นพพร ตันตริรังสี, 2551) สอดคล้องกับผลการศึกษาของหทัยวัน สนั่นเอื้อ (2551) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลกสิณภูมิมีการใช้สารเสพติดร่วมอย่างน้อย 1 ชนิด ร้อยละ 85.1 โดยเมื่อพิจารณาถึงชนิดของสารเสพติดที่ใช้ พบว่า เป็นการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษากาญจนา สุทธิเนียม (2547) ที่พบว่าชนิดของสารเสพติดซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาใช้มากที่สุด 2 อันดับแรก คือ สุราและยาบ้า

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีการใช้สารเสพติดร่วมเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซึ่งรุนแรงและซับซ้อนมากกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทเพียงอย่างเดียว โดยเฉพาะเมื่อมีการใช้สารเสพติดเป็นระยะเวลาานานๆ เนื่องจากฤทธิ์ของสารเสพติดจะส่งผลกระทบต่อระดับสารชีวเคมีในสมอง โดยจะกระตุ้นให้มีการหลั่งของสารโดพามีน (Dopamine) เพิ่มมากขึ้น ซึ่งสารโดพามีนเป็นสารชีวเคมีที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบได้ (NIDA, 2007) เพราะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติทั้งด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่รุนแรง (Faltz and Sellin, 2005) โดยความผิดปกติด้านพฤติกรรมที่พบ เช่น ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นสูง (Swartz et al., 1998) ส่วนความผิดปกติด้านความคิดและอารมณ์ที่พบบ่อย เช่น ผู้ป่วยมีความคิดว่าตนเองไม่มีค่า วิตกกังวลและซึมเศร้า นำมาซึ่งความคิดฆ่าตัวตาย ดังจะเห็นได้จากข้อมูลสถิติซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมมีสถิติการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทเพียงอย่างเดียว (Suokas et al., 2010) ทั้งนี้ความผิดปกติทั้งทางพฤติกรรมและความคิดดังกล่าวส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต โดยเฉพาะในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในการดำเนินชีวิตลดต่ำลง และรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (Chang et al., 2013) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Benaiges, Prat and Adan (2012) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health related quality of life) โดยใช้เครื่องมือ SF-36 ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชเพศชายจำนวน 105 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ 1) ผู้ป่วยจิตเวช (ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและผู้ป่วยซึมเศร้า) ที่ใช้สารเสพติดร่วม 2) ผู้ป่วยจิตเวช (ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและผู้ป่วยซึมเศร้า) เพียงอย่างเดียว และ 3) ผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดเพียงอย่างเดียว ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มที่ 1 คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดร่วมจะอยู่ในระดับต่ำ และเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติด

ร่วมกับผู้ป่วยใน 2 กลุ่มที่เหลือพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดร่วมมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้านต่ำกว่าผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ผลการศึกษาของ Kalman et al. (2004) ที่ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรากับผู้ป่วยจิตเภทเพียงอย่างเดียว โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (SF-36) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรามีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำกว่าผู้ป่วยจิตเภทเพียงอย่างเดียว สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่ถึงแม้จะพบเพียงการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเพียงอย่างเดียว แต่ก็พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ (กาญจนา นันทไพบูลย์ และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553; วิลาสินี ดุษฎีเสณีย์, 2549) จะเห็นได้ว่าการใช้สารเสพติดร่วมเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทลดต่ำลงและส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงตามมา (Sadock and Sadock, 2007)

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่เป็นนามธรรมจึงมีผู้ให้ความหมายไว้แตกต่างกัน อาทิเช่น องค์การอนามัยโลก (WHO, 1996) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต (Quality of life) หมายถึง การรับรู้ของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับระดับความพึงพอใจในชีวิตภายใต้องค์ประกอบทางวัฒนธรรมค่านิยมที่อาศัยอยู่มีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจ โดยจำแนกคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เป็นแนวคิดที่ค่อนข้างกว้างและซับซ้อนเนื่องจากครอบคลุมองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในทุกๆด้าน

ปัจจุบันมีการนำแนวคิดคุณภาพชีวิตมาใช้ในการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ด้วยเหตุผลที่ว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังหากสามารถปรับตัวให้เหมาะสมกับการเจ็บป่วยและการรักษาได้อย่างเหมาะสมก็จะสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ (พรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2554) แต่เนื่องจากแนวคิดคุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่ค่อนข้างกว้างและซับซ้อน ต่อมาจึงได้มีผู้พัฒนาแนวคิดคุณภาพชีวิตที่มีความเฉพาะเจาะจงในการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากกว่า โดยเรียกชื่อว่า “คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ” (Health related quality of life) ทั้งนี้เพื่อใช้อธิบายถึงการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับผลกระทบของการเจ็บป่วยและการรักษาต่อการดำเนินชีวิต

ทั้งนี้ Stewart and Ware (1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health related quality of life) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับผลกระทบของภาวะสุขภาพต่อความสามารถในการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่ง Ware and Sherbourne (1992) ได้นำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ในการแบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ออกเป็น 8 มิติย่อย ได้แก่ มิติด้านการทำหน้าที่ทางร่างกาย ข้อจำกัดในการทำบทบาทเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย ความเจ็บปวด การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป ความมีชีวิตชีวา การทำหน้าที่ทางสังคม ข้อจำกัดการทำบทบาทเนื่องจากปัญหาด้านจิตใจ และสุขภาพจิต

แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health related quality of life) แม้จะได้รับการพัฒนามาจากแนวคิดคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป (Quality of life) แต่จะมีความเฉพาะเจาะจงกว่าแนวคิดคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปเนื่องจากมีการจำกัดเฉพาะองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพ (Guyatt et al., 2007 cited in Lin, Lin and Fan, 2012) จึงเป็นแนวคิดที่ได้รับความนิยมในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากกว่า (Alonso et al., 2004) เนื่องจากในผู้ป่วย

โรคเรื้อรังองค์ประกอบของชีวิตด้านสุขภาพย่อมจะมีอิทธิพลกับผู้ป่วยมากกว่าองค์ประกอบด้านอื่นๆ (นุจรี ประทีปวิช จอห์นส, 2552) อีกทั้งในปัจจุบันวิวัฒนาการของการดูแลรักษาสุขภาพที่มีความเจริญก้าวหน้าส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีอายุยาวนานขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วยยังคงได้รับผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังดังกล่าวและการรักษาที่ได้รับ ดังนั้นการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงเป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงกับคนปกติมากที่สุด (Revicky, 1989 อ้างถึงใน นุจรี ประทีปวิช จอห์นส, 2552)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม โดยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทถือเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่มีลักษณะการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง (สุนีย์ เกียวกิงแก้ว, 2554) ซึ่งลักษณะการเจ็บป่วยแบบเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมมากกว่าองค์ประกอบด้านอื่นๆ (นุจรี ประทีปวิช จอห์นส, 2552) โดยจากการทบทวนวรรณกรรมจะพบว่าลักษณะการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมนั้นจะส่งผลกระทบต่อมิติย่อยๆ ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Ware and Sherbourne (1992) ดังนี้

สารเสพติดประเภทยาบ้าจะไปยับยั้งกลไกการออกฤทธิ์ของยารักษาอาการทางจิตส่งผลให้ยารักษาอาการทางจิตไม่สามารถยับยั้งการหลั่งของสาร Dopamine ได้ ทำให้มีการหลั่ง Dopamine เพิ่มขึ้น จนส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบได้บ่อยและรุนแรง (Margolese et al., 2004) ซึ่งปัญหาการกำเริบของอาการทางจิตและการที่ผู้ป่วยโรคร่วมใช้เวลาหมกมุ่นอยู่กับการใช้สารเสพติดจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดน้อยลง (Green et al., 2007) นอกจากนี้สารเสพติดจะมีการออกฤทธิ์ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในลักษณะต่างๆ เช่น ทำให้อ่อนไม่หลับ พักผ่อนได้น้อย เหนื่อย อ่อนเพลีย (Tracy, Josiassen and Bellack, 1995) และอาจส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิตได้ (Magura, Rosenblum, & Fong, 2011) โดยอาการข้างเคียงที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการกล้ามเนื้อบิดเกร็งเป็นพักๆ คอแข็ง ตัวแข็ง (จุมภฏพรหมสิดา, 2547) จนอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่สอดคล้องตามเกณฑ์การรักษาตามมา (Hunt et al., 2002) ลักษณะปัญหาดังกล่าวของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยในมิติด้านการทำหน้าที่ทางร่างกายเนื่องจากการใช้สารเสพติดจะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดน้อยลง เกิดข้อจำกัดด้านการทำบทบาทเนื่องจากปัญหาทางกายจากอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตที่เกิดขึ้นส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย อีกทั้งอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิตที่เกิดขึ้นดังกล่าวยังส่งผลต่อมิติความเจ็บปวด โดยเฉพาะความเจ็บปวดด้านร่างกายในระบบกล้ามเนื้อจากการที่อาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตส่งผลต่อร่างกายทำให้กล้ามเนื้อบิดเกร็ง นอกจากนี้การใช้สารเสพติดยังส่งผลต่อมิติคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไปเนื่องจากผู้ป่วยจะรับรู้ว่าคุณภาพไม่ดีจากภาวะเหนื่อยอ่อนเพลียจากการพักผ่อนไม่เพียงพอและความรู้สึกเจ็บปวดทางด้านร่างกายจากอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต

ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมโดยเฉพาะเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เมื่อใช้เป็นเวลานานๆ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Green et al., 2007) เช่น มีความรู้สึกกลัววิตกกังวล และมีภาวะซึมเศร้า (Brady and Sinha, 2005) รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า นำมาซึ่งความคิด

อยากตาย (Suokas et al., 2010) อีกทั้งมีความยากลำบากในการคิดตัดสินใจและจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ จากปัญหาพร่องการรู้คิด (Manning et al., 2009) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมมักจะมีปัญหาด้านสัมพันธภาพและการสื่อสาร เช่น ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นรวมทั้งสมาชิกในครอบครัว และไม่สามารถสื่อสารเพื่อแสดงออกถึงความต้องการของตนเองได้อย่างเหมาะสม (Dixon, 1999) จะเห็นได้ว่าปัญหาเหล่านี้กระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมในมิติต่างๆ อาทิเช่น ปัญหาด้านความกลัววิตกกังวล และซึมเศร้าของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดน้อยลง ในขณะที่ภาวะพร่องด้านการรู้คิดจะเป็นเหตุให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการคิดตัดสินใจที่ช้าลงและส่งผลต่อความมีชีวิตชีวาในการดำรงชีวิตประจำวัน นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคมเพื่อแสดงถึงความต้องการของตนเองได้อย่างเหมาะสมก็ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยอีกด้วย

ผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดร่วมต่อมิติน้อยๆของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดังกล่าวข้างต้น อาจสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ไม่ดี และปัญหานี้อาจนำไปสู่การเกิดผลกระทบต่างๆตามมา โดยเฉพาะมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ (Relapse) (Boyer et al., 2013) และการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Re-hospitalization) ที่เพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลเฉลี่ยใน 1 ปีสูงถึง 2.5 ครั้ง ในขณะที่ผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทเพียงอย่างเดียวจะมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลเฉลี่ยเพียง 0.5 ครั้ง/ปี (Gupta et al., 1996) อีกทั้งระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแต่ละครั้งของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมจะยาวนานขึ้นและนานกว่าผู้ป่วยจิตเภทเพียงอย่างเดียว (Lasse, Moten and John, 2011)

จะเห็นได้ว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นจากปัญหาคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมอาจนำไปสู่การกลับเป็นซ้ำและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในอัตราที่มากขึ้น ซึ่งปัญหาทั้งสองประการนี้เกี่ยวข้องโดยตรงกับตัวชี้วัดคุณภาพทางการแพทย์ ซึ่งมีการกำหนดไว้ว่าการพยาบาลที่ดีมีคุณภาพจะต้องเป็นการให้การพยาบาลเพื่อให้อัตราการกลับเป็นซ้ำและอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยลดน้อยลง และลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลให้สั้นที่สุด (สำนักการพยาบาล, 2554) ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ ซึ่งนอกจากจะช่วยให้สามารถคงไว้ซึ่งคุณภาพทางการแพทย์แล้ว การพัฒนาคุณภาพชีวิตยังถือเป็นผลลัพธ์ทางการแพทย์ที่สำคัญของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมโดยตรง (Lubkin, 1995) ด้วยเหตุนี้พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงมีความจำเป็นที่จะต้องหาแนวทางในการพัฒนาให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นโดยเฉพาะคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทร่วมกับการใช้สารเสพติดร่วมเป็นลักษณะของการเจ็บป่วยแบบเรื้อรัง (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554) ดังนั้นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุด (นุจรี ประทีปวณิช จอห์นส, 2552)

ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมให้ดีขึ้น จำเป็นต้องทราบว่าปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีการคัดเลือกตัวแปรที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม ซึ่งพบว่างานวิจัยดังกล่าวทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยยังมีจำนวนน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงคัดเลือกปัจจัยคัดสรรจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทั้งคุณภาพชีวิตทั่วไปและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สารเสพติด โดยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม สามารถจำแนกได้เป็น 4 ปัจจัย ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม โดยผู้ป่วยที่อายุน่าจะมีแนวโน้มมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อย (Folsom et al., 2009; Schaar and Ojehagen, 2003) เพศ ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมเพศหญิงมีแนวโน้มมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมเพศชาย (Carpentier et al., 2009) 2) ปัจจัยด้านการใช้สารเสพติด ได้แก่ ชนิดของสารเสพติด โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมซึ่งมีการใช้สารเสพติดต่างชนิดจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่างกัน (Schaar and Ojehagen, 2003) ปริมาณของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว) มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม (Benaiges et al., 2012) อีกทั้งพบเช่นเดียวกันว่าปริมาณของบุหรี่ที่สูบต่อวัน (จำนวนมวน) มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท (Schmitz, Kruse and Kugler, 2003; Bobes et al., 1998) แต่เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่สูบบุหรี่มักจะมีการใช้สารเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วยมากกว่าจะสูบบุหรี่เพียงอย่างเดียว (Kessler, 2004) ดังนั้นจึงสันนิษฐานได้ว่าปริมาณของบุหรี่ที่สูบต่อวัน (จำนวนมวน) จะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม (Benaiges et al., 2012) 3) ปัจจัยด้านอาการ โดยพบว่าอาการทางบวกและอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท (Tomotake, 2011; Eack and Newhill, 2007) และเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมอาจพบว่ามีอาการทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบเช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทเพียงอย่างเดียว (Talamo et al., 2006) ดังนั้นจึงสันนิษฐานได้ว่าทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม 4) ปัจจัยด้านจิตสังคม ซึ่งพบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท (Caron et al., 2005) และผู้ติดสารเสพติด (Laudet et al., 2006) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นแรงกระตุ้นทางจิตใจที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการทางจิตกำเริบเพิ่มมากขึ้น (หงษ์ บรรเทิงสุข, 2545) ดังนั้นจึงสันนิษฐานได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ส่วนสัมพันธ์ภาพในครอบครัว พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท

(Tan et al., 2004) และมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม (Schaar and Ojehagen, 2003) ดังนั้นจึงสันนิษฐานได้ว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท (Adelufosi et al., 2012; Alonso et al., 2009) เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมจำเป็นต้องใช้ยารักษาอาการทางจิตเช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเภท (Tiet and Mausbach, 2007) ดังนั้นจึงสันนิษฐานได้ว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

ถึงแม้จะพบว่าในต่างประเทศมีการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม แต่สำหรับบริบทในประเทศไทยพบเพียงการศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเพียงอย่างเดียว เช่น การศึกษาของหงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ แต่ไม่พบว่ามีการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม และไม่พบว่ามีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมในชุมชน ทั้งที่องค์ประกอบด้านสุขภาพเป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม เนื่องจากเป็นลักษณะของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (นุจรี ประทีปวณิช จอห์นส, 2552) ซึ่งปัญหาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมดังกล่าว นำมาซึ่งความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้น โดยที่ผลกระทบดังกล่าวส่งผลโดยตรงกับตัวชี้วัดคุณภาพในการให้การรักษา ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงสนใจศึกษาคุณภาพด้านสุขภาพและปัจจัยที่สัมพันธ์กับตัวแปรนี้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม โดยศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเฉพาะทาง และคลินิกจิตเวชในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคกลาง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากจากการศึกษาคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตภาคกลางเมื่อเปรียบเทียบกับประชาชนในภาคอื่นๆ พบว่า ประชาชนในเขตภาคกลางมีปัญหาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตสูงที่สุดและมีระดับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตในระดับต่ำที่สุด (สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2556) อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในเขตภาคกลางมีจำนวนสูงที่สุด (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554) และจากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในเขตภาคกลางมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด (สุวิทย์ อินทอง และคณะ, 2554) ซึ่งการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อนำผลการศึกษาวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมในเขตภาคกลางมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมในเขตภาคกลางได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ อาการทางบวก อาการทางลบ ชนิดของสารเสพติด ปริมาณของกาแพที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว) ปริมาณของบุหรี่ที่สูบต่อวัน (จำนวนมวน) สัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ลักษณะการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง (Sadock and Sadock, 2007) และพฤติกรรมการใช้สารเสพติดร่วมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย และส่งผลกระทบต่อมีด้อยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม นำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมที่ไม่ดีของผู้ป่วย (Benaiges et al., 2012, Kalman et al., 2004) ทั้งนี้การมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ไม่ดีของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมนั้นมีผลกระทบโดยตรงต่อตัวชี้วัดคุณภาพทางการแพทย์ เนื่องจากจะนำมาซึ่งอัตราการกลับเป็นซ้ำ (Relapse) และอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้น (Re-hospitalization) (Boyer et al., 2013; Gupta et al., 1996) ด้วยเหตุนี้พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชซึ่งมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมจึงจำเป็นต้องหาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งนี้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมให้ดีขึ้น จำเป็นจะต้องมีการศึกษาทั้งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วย ซึ่งปัจจุบันยังไม่พบว่าในประเทศไทยมีการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนดังกล่าว

การศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและศึกษาตัวแปรคัดสรรที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม ซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของคลินิกจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเฉพาะทาง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตภาคกลาง เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมดังกล่าวได้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ (Boyer et al., 2013) และสามารถทำหน้าที่เพื่อการดำรงชีวิตในชุมชนได้ตามปกติ (Lubkin, 1995) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและในต่างประเทศ แต่เนื่องจากงานวิจัยทั้งในต่างประเทศและประเทศไทยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมดังกล่าวมีน้อย ดังนั้นในการคัดเลือกตัวแปรครั้งนี้ นอกจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมโดยตรงแล้ว ผู้วิจัยยังมีการทบทวนการศึกษาที่เกี่ยวข้องร่วมด้วย ได้แก่ ปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับทั้งคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน รวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สารเสพติด ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวจึงสามารถสรุปปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมในการวิจัยครั้งนี้ จำแนกเป็น 4 ปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

1.1 อายุ มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตที่เกี่ยวข้องกับทักษะในการจัดการกับผลกระทบของภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยที่อายุมากจะมีประสบการณ์ในการจัดการกับปัญหาที่เป็นผลกระทบจากการเจ็บป่วยและมีทักษะในการดูแลตนเองเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่กับอาการเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างมีคุณภาพมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า ดังนั้นจึงสันนิษฐานได้ว่าอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยผู้ป่วยที่อายุมากจะมีแนวโน้มมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อย (Folsom et al., 2009)

1.2 เพศ เพศเป็นตัวกำหนดบทบาทความแตกต่างด้านสรีรวิทยาและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่แตกต่างกันระหว่างเพศหญิงกับเพศชาย เมื่อเกิดการเจ็บป่วย การเจ็บป่วยจะส่งผลให้เกิดการตอบสนองในลักษณะของความบกพร่องในด้านการทำหน้าที่ทางร่างกาย โดยเฉพาะในเพศหญิงซึ่งพบว่าลักษณะการเจ็บป่วยโดยเฉพาะการเจ็บป่วยทางจิตใจจะก่อให้เกิดความบกพร่องในด้านการทำหน้าที่ทางร่างกายมากกว่าเพศชาย (Orfila et al., 2006) อีกทั้งเพศหญิงเป็นเพศที่ถูกกำหนดให้มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลงานบ้าน และความสุขสบายของสมาชิกในครอบครัว (Servellen, Chung and Lombardi, 2002) ดังนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นก็จะไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทที่ได้รับมอบหมายได้เนื่องจากความสามารถในการทำหน้าที่ทางร่างกายที่ลดลง ส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกต่อต้านเองในด้านลบนำไปสู่คุณภาพในการดำเนินชีวิตที่ลดต่ำลง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Carpentier et al. (2009) ที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมเพศหญิงจะมีแนวโน้มคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำกว่าเพศชาย

2. ปัจจัยด้านการใช้สารเสพติด

2.1 ชนิดของสารเสพติด ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมจะมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดที่แตกต่างกัน โดยชนิดของสารเสพติดที่พบว่ามีการใช้มากที่สุด 2 อันดับแรก คือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และยาบ้า (กาญจนา สุทธิเนียม, 2547) โดยสารเสพติดทั้งสองชนิดนี้พบว่ามีกลไกการออกฤทธิ์ที่มีผลต่อการดำเนินโรคจิตเภทที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในการดำเนินชีวิตเพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีแตกต่างกัน กล่าวคือ แอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดที่ออกฤทธิ์กดการทำงานของระบบประสาท (Depressant) ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ร่วมมีความสามารถในการดูแลตนเองและการทำกิจวัตรประจำวันที่ลดลง มีความบกพร่องในการสื่อสารไม่สามารถสร้างปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและไม่สามารถแสดงความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นรับรู้ได้ (Salyers and Mueser, 2001) ส่วนยาบ้ามีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง (Stimulant) ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใชยาบ้าร่วมเกิดอาการทางจิตที่รุนแรงและซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น มีอาการหลงผิด ประสาทหลอนที่รุนแรง มีการแสดงออกของพฤติกรรมที่รุนแรงเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นเพิ่มขึ้น (วสุ จันทรศักดิ์, 2543) ดังนั้นผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้แอลกอฮอล์หรือยาบ้าร่วมของ

ผู้ป่วยจิตเภทส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Schaar and Ojehagen (2003) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดต่างชนิดกันมีคุณภาพชีวิตต่างกัน ทั้งนี้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดมากกว่าหนึ่งชนิด รวมกันจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งเพียงชนิดเดียว (McCarthy et al., 2002)

2.2 ปริมาณของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว) ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมที่ดื่มกาแฟ ในแต่ละวันจะพบว่ามีความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่ดี เนื่องจากในกาแฟมีสารคาเฟอีนซึ่งเป็นสารในกลุ่มแชนทีนแอลคาลอยด์มีโครงสร้างคล้ายคลึงกับแอดิโนซีน (Adenosine) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทชนิดหนึ่งในสมอง โมเลกุลของคาเฟอีนสามารถจับกับตัวรับแอดิโนซีน (Adenosine receptor) ในสมองและยับยั้งการทำงานของแอดิโนซีนได้ ผลโดยรวมคือทำให้มีการเพิ่มการทำงานของสารสื่อประสาทโดพามีน (Dopamine) สารโดพามีนที่มีการทำงานเพิ่มมากขึ้นจะมีผลยับยั้งการออกฤทธิ์ของยารักษาอาการทางจิต ต้องเพิ่มขนาดยาให้สูงขึ้นในการรักษา (Lara, 2010) นำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีของผู้ป่วย (Kardas, 2007) ประกอบกับการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้สารเสพติดร่วม สารเสพติดจะไปกระตุ้นให้มีการหลั่งสารโดพามีนเพิ่มมากขึ้น (Guix, Hurd, and Ungerstedt, 1992) นำมาซึ่งการกำเริบของอาการทางจิต จากอาการทางจิตที่รุนแรงและซับซ้อนเพิ่มมากขึ้นจึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ (พรทิพย์ ไชสะอาด, 2555) ส่งผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Benaiges et al. (2012) ที่พบว่าปริมาณของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว) มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

2.3 ปริมาณของบุหรี่ที่สูบต่อวัน (จำนวนมวน) มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท (Schmitz et al., 2003; Bobes et al., 1998) เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่จะไปกระตุ้นการหลั่งสารโดพามีน (Zhou, Liang and Dani, 2001) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับการกำเริบของอาการทางจิต เมื่อสารโดพามีนมีการทำงานเพิ่มมากขึ้นจะนำมาซึ่งการกำเริบของอาการทางจิต ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตที่รุนแรงและซับซ้อนเพิ่มมากขึ้นจึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ (พรทิพย์ ไชสะอาด, 2555) ส่งผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Schmitz et al., 2003) ซึ่งการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทนั้นมักสูบร่วมกับการใช้สารเสพติดชนิดอื่น (Kessler, 2004) ดังนั้นจึงสันนิษฐานได้ว่าปริมาณของบุหรี่ที่สูบต่อวัน (จำนวนมวน) มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม (Benaiges et al., 2012)

3. ปัจจัยด้านอาการ

3.1 อาการทางลบ เป็นลักษณะอาการทางจิตด้านลบที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย แสดงออกโดยมีพฤติกรรมตามปกติในการดำเนินชีวิตที่ลดลง การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และพฤติกรรมแสดงออกน้อยลง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดำเนินชีวิตได้ตามปกติ เป็นภาวะในการดูแลของสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวรู้สึกเบื่อหน่าย ต่ำหนี่ ต่อว่า มีการแสดงอารมณ์ที่รุนแรงต่อผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าวทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ขาดกำลังใจ

นำมาซึ่งอัตราการกลับเป็นซ้ำและสมรรถภาพในการดำเนินชีวิตที่ลดลง และผู้ป่วยเกิดการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (อติญา โพธิ์ศรี, 2551) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Eack and Newhill (2007) ที่พบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมพบว่ามีอาการทางลบเช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทเพียงอย่างเดียว ดังนั้นจึงสันนิษฐานได้ว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

3.2 อาการทางบวก เป็นลักษณะอาการทางจิตด้านบวกที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย แสดงออกในลักษณะอาการหลงผิด ประสาทหลอน การรับรู้ผิดจากสภาพจริง ความคิดไม่ต่อเนื่อง ไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นแนวทางเดียวกันได้ มีความผิดปกติของการสื่อสาร ไม่สามารถสื่อสารเพื่อแสดงความต้องการให้ผู้อื่นรับรู้หรือเข้าใจได้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Eack and Newhill (2007) ที่พบว่าอาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทเพียงอย่างเดียว ซึ่งในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมก็พบว่ามีอาการทางจิตด้านบวกเช่นเดียวกับในผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติดร่วม แต่มีลักษณะอาการทางจิตด้านบวกที่รุนแรงและซับซ้อนกว่า (Green et al., 2004) ดังนั้นจึงสันนิษฐานได้ว่าอาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

4. ปัจจัยด้านจิตสังคม

4.1 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา พฤติกรรมการใช้ยารักษาอาการทางจิตที่สอดคล้องตามเกณฑ์การรักษาช่วยลดอัตราการกำเริบของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันสูงขึ้น อีกทั้งยังช่วยลดอัตราการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วย (อรรวรรณ ช้องต่อ, 2550) ซึ่งการกลับเป็นซ้ำเกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพในการปฏิบัติหน้าที่ในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่สามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้ระยะเวลานานอัตราการกลับเป็นซ้ำจะลดลง และมีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในการดำเนินชีวิตที่มีประสิทธิภาพ นำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ทิพศมัย, จีระพรรณ และพิมพาภรณ์, 2554) ดังนั้นพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยจิตเภท (Adelufosi et al. 2012; Alonso et al., 2009) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมจำเป็นต้องใช้ยารักษาอาการทางจิตเพื่อควบคุมอาการทางจิตให้อยู่ในระยะอาการสงบเช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเภท (Tiet and Mausbach, 2007) ดังนั้นจึงสันนิษฐานได้ว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

4.2 สัมพันธภาพในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีความรักใคร่ผูกพันกัน จะส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสุขความหวังและมีกำลังใจที่ดีในการต่อสู้กับภาวะเจ็บป่วยของตน สามารถจัดการกับการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม ดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขนำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Tan et al. (2004) ที่พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท และ Schaar and Ojehagen (2003) ที่พบว่า

สัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ดังนั้นจึงสันนิษฐานได้ว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

4.3 การสนับสนุนทางสังคม การดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมจำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือสนับสนุนกันในด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และทรัพยากร มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกันและมีความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่การสนับสนุนทางสังคมจะเป็นแรงกระตุ้นทางจิตใจที่สำคัญในการที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสม (หงษ์ บรรเทิงสุข, 2545) อีกทั้งในผู้ป่วยจิตเภทรวมถึงที่มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดร่วมก็ยังคงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือพึ่งพาอาศัยจากบุคคลอื่น ทั้งด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สิ่งของ เงินทอง ซึ่งหากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการได้อย่างเพียงพอ จะทำให้รับรู้ได้ว่าตนมีความสำคัญเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เกิดพลังมีแรงจูงใจที่จะต่อสู้กับปัญหาอุปสรรคจากภาวะความเจ็บป่วยต่างๆ สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมนำไปสู่ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีได้ (Caron et al., 2005)

จากแนวเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้กำหนดสมมติฐานการวิจัยไว้ ดังนี้

1. อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมที่อายุน้อยมีแนวโน้มมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย
2. เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมเพศหญิงมีแนวโน้มมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำกว่าเพศชาย
3. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมซึ่งมีการใช้สารเสพติดต่างชนิดกันจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่างกัน
4. ปริมาณของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว) มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม
5. ปริมาณของบุหรี่ที่สูบต่อวัน (จำนวนมวน) มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม
6. อาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม
7. อาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม
8. สัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม
9. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม
10. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research Design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดร่วม และดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน ขณะเข้ารับการรักษาในคลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเฉพาะทาง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตภาคกลาง

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ อายุ เพศ อาการทางบวก อาการทางลบ ชนิดของสารเสพติด ปริมาณของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว) ปริมาณของบุหรี่ที่สูบต่อวัน (จำนวนมวน) สัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD 10) ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0 – F20.9) และมีการใช้สารเสพติดร่วม (F10-F19 ยกเว้น F17 คือ บุหรี่ เนื่องจากบุหรี่เป็นตัวแปรหนึ่งในการวิจัยครั้งนี้ จึงไม่นับเป็นสารเสพติดหลักที่ผู้ป่วยจิตเภทใช้) และมีการดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนนานกว่า 6 เดือน

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health related quality of life) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมต่อความสามารถในการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ประเมินโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไป (SF -36) ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (SF-36) ในผู้ป่วยจิตเวชของ Kongsakorn and Silpakit (2000) ที่ปรับปรุงและแปลมาจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Ware and Sherbourne (1992) ประกอบด้วยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ซึ่งจำแนกเป็น 8 มิติย่อย คือ

1. การทำหน้าที่ทางร่างกาย (Physical functioning) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางด้านร่างกายของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว

2. ข้อจำกัดการทำบทบาทเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย (Limitations in usual role activities because of physical health problems) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาอันเนื่องมาจากสุขภาพทางด้านร่างกายต่อปัญหาเกี่ยวกับการทำงานหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม

3. ความเจ็บปวดทางกาย (Bodily pain) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อความทุกข์ทรมานและความเจ็บปวดที่รับรู้ทางด้านร่างกายของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม

4. การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป (General health) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อภาวะสุขภาพโดยทั่วไปที่ขึ้นอยู่กับความรู้ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม

5. ความมีชีวิตชีวา (Vitality) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อการรับรู้ถึงความรู้สึกเหนื่อยล้าหรือความรู้สึกกระปรี้กระเปร่าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม

6. การทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อความสามารถในการทำกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

7. สุขภาพจิต (Mental health) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อการรับรู้สภาวะอารมณ์และความรู้สึกทางจิตใจของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม

8. ข้อจำกัดการทำบทบาทเนื่องจากปัญหาด้านจิตใจและสุขภาพจิต (Limitation in usual role activities because of emotional problems) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาอันเนื่องมาจากปัญหาด้านจิตใจและสุขภาพจิตต่อการทำงานหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม

อายุ หมายถึง ช่วงเวลานับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถามของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมโดยคิดเป็นจำนวนปีเต็มจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม ถ้ามีเศษเกินมากกว่า 6 เดือน ให้นำเป็นจำนวนเต็ม 1 ปี ประเมินได้จากแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

เพศ หมายถึง สถานภาพที่แสดงถึงความเป็นหญิงหรือชายของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม ประเมินได้จากแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

อาการทางบวก หมายถึง การรับรู้หรือพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม แสดงออกในลักษณะหลงผิด ประสาทหลอน การรับรู้ผิดจากสภาพจริง ความคิดไม่ต่อเนื่อง ไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นแนวทางเดียวกันได้ มีความผิดปกติของการพูด พูดไม่เป็นเรื่องเป็นราว ขาดการเชื่อมโยง พูดหลายๆเรื่อง ในเวลาเดียวกัน มีความผิดปกติของพฤติกรรม มีการแสดงท่าทางแปลกๆ ทำพฤติกรรมซ้ำๆ เอะอะโวยวาย หงุดหงิด รู้สึกกระแวงเหมือนจะมีคนมาทำร้าย

อาการทางลบ หมายถึง การรับรู้หรือพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม แสดงออกในลักษณะการตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ เฉยเมย พูดน้อยหรือไม่พูดเลย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด แยกตัว

อาการทางบวกและอาการทางลบ ประเมินจากแบบประเมินอาการทางบวกและอาการทางลบที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบประเมินอาการทางบวก (PASS – T) และอาการทางลบ (NASS – T) ของธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (มปป.) ที่แปลและสร้างขึ้นจากแบบประเมินอาการทางบวกและอาการทางลบของ Kay, Fiszbein and Opler (1987)

ชนิดของสารเสพติด หมายถึง สารเสพติดที่ผู้ป่วยจิตเภทนำเข้าสู่ร่างกายด้วยวิธีดื่ม กิน หรือ สูบ แบ่งเป็น 3 ชนิด ได้แก่ 1) เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 2) สารเสพติดประเภทอื่น ประกอบด้วย ยาบ้า ผีนและอนุพันธ์ของฝิ่น กัญชา โคเคน สารหลอนประสาทและสารระเหย และ 3) เครื่องดื่มที่มี

แอลกอฮอล์และสารเสพติดประเภทอื่นร่วมกัน ประเมินได้จากแบบบันทึกข้อมูลการใช้สารเสพติดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

ปริมาณของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว) หมายถึง ปริมาณของกาแฟทุกชนิดที่ได้จากเมล็ดต้นกาแฟ เช่น เอสเปรสโซ มอคค่า ลาเต้ เป็นต้น ทั้งที่ชงเองและแบบสำเร็จรูป ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมดื่มในแต่ละวัน ประเมินได้จากการสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการดื่มกาแฟในแต่ละวันโดยคิดเป็นจำนวนแก้วมาตรฐานที่ดื่ม หากผู้ป่วยดื่มกาแฟในรูปของผลิตภัณฑ์อื่น เช่น กระจ่าง ขวด หรือถุง ก็จะเปรียบเทียบเป็นปริมาณที่เทียบเท่ากับแก้วมาตรฐาน (โดยคิดเป็นปริมาณของแก้วกาแฟมาตรฐานขนาด 120 มล.) แล้วบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลการใช้สารเสพติดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

ปริมาณของบุหรี่ที่สูบต่อวัน (จำนวนมวน) หมายถึง ปริมาณของบุหรี่ ได้แก่ บุหรี่ซองที่ผลิตจากโรงงานทั้งในประเทศและต่างประเทศ รวมถึงยาสูบที่มวนเองทุกชนิด ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมสูบต่อวัน ประเมินได้จากแบบบันทึกข้อมูลการใช้สารเสพติดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองเป็นลักษณะคำถามปลายปิดเกี่ยวกับจำนวนมวนของบุหรี่ที่สูบต่อวัน โดยมีคำตอบให้เลือกตอบ 1 ตัวเลือก จากทั้งหมด 5 ตัวเลือก ตามจำนวนมวนของบุหรี่ที่สูบต่อวัน (Wilson, Parsons and Wakefield, 1999) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ 1) ไม่เคยสูบ 2) เคยสูบแต่เลิกแล้ว 3) 1-14 มวน/วัน = สูบบุหรี่เล็กน้อย 4) 15-24 มวน/วัน = สูบบุหรี่ปานกลาง 5) 25 มวนขึ้นไป/วัน = สูบบุหรี่หนัก

สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง ลักษณะของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมกับสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ภายในครอบครัวเดียวกัน แสดงถึงการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ภายในครอบครัว มีการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รักใคร่ผูกพัน เชื่อถือไว้วางใจกัน ประเมินได้จากแบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัวของ สาริณี โต้ะทอง (2548) ที่ดัดแปลงและปรับปรุงจากแบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัวของ ปรียศ กิตติธีระศักดิ์ (2547) สร้างขึ้นตามแนวคิดสัมพันธภาพในครอบครัวของ อุมพร ตรังคสมบัติ (2544)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมเกี่ยวกับการได้รับความรักใคร่ ห่วงใย ความไว้วางใจ สนใจ เอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง ได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา การให้ข้อมูลข่าวสารตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อเรียนรู้และประเมินผลตนเองในสังคม ที่ครอบคลุมการได้รับการสนองตอบด้านอารมณ์ การได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่าโดยการให้ผู้ป่วยได้เข้ามามีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของหงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ปรับปรุงจากแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมที่ จิราพร อมราภิบาล พัฒนาจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer et al. (1981) ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ดังนี้ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 3) การสนับสนุนด้านทรัพยากร

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมขณะอยู่ที่บ้านเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ ประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ที่ผู้วิจัยปรับจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งสรินทร์ เขียวโสธร (2545) พัฒนาขึ้นจากแนวคิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ Farragher (1999) และการศึกษาของเพชร คันธสายบัว (2544) แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา ประกอบด้วย การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลา และการใช้ยาตามขนาด

2. ด้านความสามารถในการสังเกตและการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา เป็นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังได้รับยารักษาอาการทางจิต ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ในระหว่างรับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตให้เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพได้อย่างถูกต้อง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคลากรในทีมสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้พัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมโดยเป็นการจัดกิจกรรมการพยาบาลหรือการดูแลที่จัดกระทำกับตัวแปรที่พบที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อพัฒนาให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

2. บุคลากรในทีมสุขภาพจิตและจิตเวชและผู้สนใจศึกษาสามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมเพื่อพัฒนาให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมและศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม โดยผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้ารวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยครั้งนี้ทั้งในเอกสาร ตำรา สื่ออิเล็กทรอนิกส์ซึ่งได้สรุปรายละเอียดสาระสำคัญเป็นลำดับดังต่อไปนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม
 - 1.1 ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม
 - 1.2 ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม
 - 1.3 สาเหตุของการใช้สารเสพติดร่วมในผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.4 กลไกการออกฤทธิ์ของสารเสพติดต่อการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.5 ผลกระทบของโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม
 - 1.6 การรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม
 - 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม
2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
 - 2.1 คุณภาพชีวิตโดยทั่วไป
 - 2.1.1 ความหมายของคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป
 - 2.1.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป
 - 2.1.3 การประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป
 - 2.2 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
 - 2.2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
 - 2.2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
 - 2.2.3 การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
 - 2.3 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม
 - 2.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
3. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม
 4. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต
 - 4.1 หลักการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต
 - 4.2 บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิต
 - 4.3 กิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

1.1 ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม (Co-Occurring schizophrenia and Substance use disorder)

พินธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2555) ให้ความหมายของคำว่า “Co-Occurring Disorders” หมายถึง คำอธิบายถึงความผิดปกติหรือการเกิดโรคที่ปรากฏขึ้นพร้อมๆกัน (Co-existing/Dual diagnoses) บางครั้งจะเรียกว่าโรครวม (Comorbidity) ในการศึกษาครั้งนี้จึงหมายถึง ปรากฏการณ์ของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทร่วมกับความผิดปกติของการใช้สารเสพติด (Substance misuse or Substance use disorders: SUD) ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาเดียวกัน

El Guebaly (1990) ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม หมายถึง ผู้ป่วยที่มีโรคทางจิตเวชร่วมกับการใช้สารเสพติดซึ่งลักษณะของการใช้สารเสพติดอาจรุนแรงถึงขั้นได้รับการวินิจฉัยว่ามีการใช้สารเสพติดในทางที่ผิด (Substance abuse) การพึ่งพาสารเสพติด (Substance disorder) หรือการติดสารเสพติด (Substance addict) โดยต้องมีการวินิจฉัยหลักเป็นโรคจิตเวชหรือความผิดปกติของบุคลิกภาพอย่างน้อยหนึ่งโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยจำแนกโรค (ICD 10) หรือระบบจำแนกโรคสมาคมนจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV)

จากการให้ความหมายดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า โรคจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดร่วม หมายถึง การเกิดโรคจิตเภทร่วมกับความผิดปกติของการใช้สารเสพติด โดยที่การวินิจฉัยของโรคต้องมีการวินิจฉัยหลักเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยจำแนกโรค (ICD 10) หรือระบบจำแนกโรคสมาคมนจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) ร่วมกับการใช้สารเสพติด ซึ่งลักษณะของการใช้สารเสพติดอาจรุนแรงถึงขั้นได้รับการวินิจฉัยว่ามีการใช้สารเสพติดในทางที่ผิด (Substance abuse) การพึ่งพาสารเสพติด (Substance disorder) หรือการติดสารเสพติด (Substance addict)

1.2 ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้สารเสพติดร่วมสูงถึงร้อยละ 40-60 (Mcneil, 2001) โดยพบว่าสูงเป็นอันดับที่ 2 ของผู้ป่วยโรคจิตเวช (Drake, 2004) ซึ่งจากข้อมูลสถิติพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้สารเสพติดชนิดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากที่สุด คือ ร้อยละ 34-35.6 ของสารเสพติดทั้งหมด (Marolese et al., 2005) สำหรับสารเสพติดชนิดอื่น พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้แตกต่างกัน กล่าวคือ ไข้กัญชา ร้อยละ 24 ใช้สารที่ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาทโดยเฉพาะแอมเฟตามีนร้อยละ 8 และมีการใช้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร่วมกับกัญชา ร้อยละ 12 (Hons et al., 2003)

ทั้งนี้พบว่า การใช้สารเสพติดร่วมของผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตในหลายๆด้าน กล่าวคือ มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่สอดคล้องตามเกณฑ์การรักษา (Hunt et al., 2002) เสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมรุนแรง ทำร้ายตนเองและผู้อื่น (Haddock et al., 2013) อาการทางจิตกำเริบรุนแรงและซับซ้อน (Russo et al., 1997) อัตราการกลับเป็นซ้ำ (Relapse) เพิ่มสูงขึ้น (Kazadi et al., 2008) ไร้ที่อยู่อาศัย (Holohan et al., 1997)

กล่าวโดยสรุป จากข้อมูลสถิติการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยจิตเภทและผลกระทบที่เกิดขึ้น เป็นข้อมูลสำคัญที่บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขซึ่งมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงจะได้รับรู้

เพื่อให้ทราบถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย และวางแผนให้การดูแลเพื่อลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นตามมาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 สาเหตุของการใช้สารเสพติดร่วมในผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุในการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยจิตเภทพบมีหลายปัจจัยด้วยกัน (Drake and Mueser, 2002 อ้างถึงใน ไพรวลัย รมชัย, 2552, เพ็ญพุดม คงพานิชย์ตระกูล, 2548) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ คือ

1.3.1 ปัจจัยทางชีววิทยา (Biological factors)

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยทางชีววิทยาที่เป็นสาเหตุในการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยจิตเภท มี 3 ประการ ดังนี้คือ

1) เพื่อบรรเทาอาการของโรคจิตเภท ทั้งอาการด้านบวกและด้านลบ หรือการใช้เพื่อลดฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ก็ไม่ได้รับการสนับสนุนมากนัก เนื่องจากไม่สามารถบ่งชี้ชัดเจนเกี่ยวกับอาการทางจิตที่ผู้ป่วยต้องการให้ลดลง และชนิดของสารเสพติดที่ผู้ป่วยใช้ก็มีหลากหลายแตกต่างกัน

2) พยาธิสภาพทางสมองของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับระบบสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) เช่น สารโดพามีน เป็นปัจจัยสนับสนุนทำให้ผู้ป่วยใช้สารเสพติด เนื่องจากการใช้สารเสพติดจะช่วยไปเพิ่มการทำงานของระบบสารสื่อประสาท โดยเฉพาะสารสื่อประสาทโดพามีน (Dopamine) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่เป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคจิตเภท

3) ความบกพร่องทางความคิดและการตัดสินใจทางสังคม (Impaired thinking and Social judgment) และการควบคุมตนเองไม่ดี (Poor impulse control) อันเป็นผลจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท อีกทั้งผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีพัฒนาการทางด้านจิตใจ อารมณ์และบุคลิกภาพอ่อนแอส่งผลต่อการขาดทักษะในการดำเนินชีวิต จึงมีแนวโน้มที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดได้ง่าย และเนื่องจากมีความเปราะบางของบุคลิกภาพที่เกิดร่วมด้วยจึงเป็นข้อสนับสนุนทำให้ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดอย่างผิดปกติ

1.3.2 ปัจจัยด้านจิตวิทยาและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Psychological and Socioenvironmental factors)

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดสาเหตุเพื่อต้องการลดความตึงเครียดจากการเจ็บป่วยทางจิต ความยากจน การขาดโอกาสและความเบื่อหน่าย ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนจะมีข้อจำกัดในด้านการประกอบอาชีพ กิจกรรมสันทนาการและขาดโอกาสทางสังคมที่มีสาเหตุจากการเจ็บป่วยทางจิต トラบาปในสังคม และการแบ่งแยกชนชั้น การดื่มสุราจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกถึงความเป็นตัวของตัวเองและมีเพื่อนมากขึ้น เป็นการบรรเทาความเบื่อหน่ายและความตึงเครียดที่เกิดขึ้นทุกวัน

นอกจากนี้จะพบว่าผู้ป่วยจิตเภทบางคนอาจมีการเร่ร่อนไปในสถานที่ต่างๆ จึงเป็นปัจจัยทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้พบกับผู้ที่ใช้สารเสพติดและนำไปสู่การเสพติดในที่สุด อีกทั้งยังพบว่าการขาดความตระหนักถึงอันตรายของสารเสพติด ความอยากรู้อยากลอง และการที่สารเสพติดในปัจจุบันสามารถหาซื้อได้ง่ายก็เป็นเหตุผลสำคัญในการใช้สารเสพติดร่วมของผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน

1.3.3 กลไกทางจิตและจิตพลวัต (Defense mechanism and Psychodynamic)

ผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะการเจ็บป่วยทางจิตที่เรื้อรัง มีการแสดงออกด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติไป เนื่องจากการทำหน้าที่ของ Ego บกพร่อง ผู้ป่วยไม่สามารถใช้กลไกป้องกันทางจิต (Defense mechanism) มาใช้ในการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม (ไพศรี ขำคม, กฤตยา แสงเจริญ และมานิดา สิงห์ชฎิต, 2552) ไม่สามารถรักษาความสมดุลทางจิตใจหรือไม่สามารถจัดการกับความรู้สึกของตนเองได้ เป็นบุคคลที่มีความพร่องในการควบคุมตนเอง (Self regulatory deficiencies) เมื่อผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเจ็บปวดทางใจหรือเกิดปัญหาจะส่งผลให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกใช้สารเสพติดเพื่อลดความรู้สึกเจ็บปวดทางใจมากกว่าบุคคลทั่วไป (Brehm and Khantzain, 1997)

กล่าวโดยสรุป ปัจจัยทางชีววิทยา ปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคมสิ่งแวดล้อม กลไกทางจิตและจิตพลวัตที่เป็นสาเหตุของการใช้สารเสพติดร่วมในผู้ป่วยจิตเภทมีความสำคัญ เนื่องจากการให้การรักษาและการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยลด/เลิกสารเสพติด มีความจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการใช้สารเสพติดของผู้ป่วย เพื่อให้การรักษาและการพยาบาลเพื่อลด/เลิกสารเสพติดของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด

1.4 กลไกการออกฤทธิ์ของสารเสพติดต่อการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

กลไกการออกฤทธิ์ของสารเสพติดมีผลต่อลักษณะอาการของโรคจิตเภทแตกต่างกันตามชนิดของสารเสพติด ดังนี้ (ธวัชชัย สีนพานาจ, 2549; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

1.4.1 เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (Alcohol) เช่น แอลกอฮอล์ เบียร์ ไวน์ ออกฤทธิ์โดยจับกับ GABA receptor ซึ่งจะกดประสาท (Depressant) ทำให้มีผลต่อการเคลื่อนไหว อารมณ์และความคิด แอลกอฮอล์ดูดซึมได้ดีในลำไส้ ร้อยละ 90 ย่อยสลายโดยกระบวนการออกซิเดชันเป็น คาร์บอนไดออกไซด์และน้ำซึ่งถูกขับถ่ายออกทางไต

ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร่วม จะแสดงอาการซึ่งประกอบด้วย อาการหลงผิด (Delusion) และอาการประสาทหลอน (Hallucinations) เกิดได้ทั้งช่วงเมาสารหรือถอนสาร อาการประสาทหลอนที่พบบ่อยเป็นอาการประสาทหลอนทางหู (Auditory hallucination) อาการทางจิตอาจเกิดนานมากกว่า 1 สัปดาห์ และเกิดในช่วงของการถอนสาร

1.4.2 แอมเฟตามีน (Amphetamine) สารกลุ่มนี้เป็น CNS stimulant ตัวอย่างเช่น Amphetamine, Dextroamphetamine, Metamphetamine, Methylphenidate ยาลดน้ำหนัก (Appetite suppressant) ออกฤทธิ์โดยกระตุ้นการหลั่งของ Dopamine และ Norepinephrine ร่วมกับยับยั้ง Reuptake ของ Catecholamine

การออกฤทธิ์ขึ้นกับวิธีการใช้ และขนาดของสาร ถ้ากินจะเริ่มออกฤทธิ์ประมาณ 30 นาที ฤทธิ์สูงสุดที่ 2-3 ชั่วโมง โดยออกฤทธิ์ยาวถึง 10-30 ชั่วโมง มีค่าครึ่งชีวิตประมาณ 7-9 ชั่วโมง ถ้าฉีดเข้าหลอดเลือดดำฤทธิ์จะเกิดขึ้นรวดเร็วมากภายใน 1 นาที

ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอมเฟตามีนร่วม มีลักษณะเฉพาะของอาการทางจิต คือ โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid schizophrenia) จะมีอาการหวาดระแวง กลัวคนจะมาทำร้าย หูแว่ว นอกจากนี้มักพบว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง อาจมีการทำร้ายตนเองหรือบุคคลอื่นได้

1.4.3 กัญชา (Cannabis หรือ Marijuana) กลไกการออกฤทธิ์ของกัญชายังไม่ทราบแน่ชัด สาร Active metabolites คือ Tetrahydrocannabinol (THC) มีค่าครึ่งชีวิตนานถึง 50 ชั่วโมง แต่เนื่องจากสามารถ Redistribute เข้าไปในไขมันได้อย่างรวดเร็วจึงทำให้ระยะเวลาการออกฤทธิ์หลังจากใช้ครั้งแรกนั้นมีเพียง 2-3 ชั่วโมง

ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้กัญชาพร้อม อาการทางจิตที่พบเป็นอาการหวาดระแวง หลงผิด บางรายมีประสาทหลอนทางหูร่วมด้วย อาการทางจิตอาจต่อเนื่องเป็นเวลานานร่วมกับมีอาการด้านลบ (Negative symptoms) เช่น อาการซึมเศร้า หงุดหงิดง่าย

1.4.4 โคเคน (Cocaine) กลไกการออกฤทธิ์เหมือน Amphetamine ระยะเวลาการออกฤทธิ์ค่อนข้างสั้น เนื่องจากค่าครึ่งชีวิตประมาณ 30-90 นาที การใช้ที่ออกฤทธิ์ได้เร็ว คือ วิธีฉีดเข้าเส้นเลือด หรือการสูดหรือนัตต์ ซึ่งเป็นที่นิยมกันมากที่สุด

ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้โคเคนร่วม อาการทางจิตที่เกิดขึ้น คือ ผู้ป่วยจะมีอาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหู (Auditory hallucination) ประสาทหลอนสัมผัส (Tactile hallucination) เช่น มีแมลงไต่ตามตัว มีอารมณ์โกรธรุนแรง พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

จะเห็นได้ว่าสารเสพติดต่างชนิดกันมีผลต่อลักษณะอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ต่างกัน ดังนั้นก่อนจะให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภท จึงจำเป็นต้องมีการซักประวัติเกี่ยวกับชนิดของสารเสพติดที่ผู้ป่วยจิตเภทใช้เพื่อให้สามารถวางแผนการพยาบาลแก่ผู้ป่วยได้เหมาะสมสอดคล้องกับลักษณะอาการทางจิตที่อาจแตกต่างกันตามชนิดของสารเสพติด

1.5 ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

การใช้สารเสพติดร่วมในผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมในหลายๆ ด้าน ทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และระบบการให้บริการทางด้านสุขภาพ รวมถึงกระทบต่อเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศ ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นมีรายละเอียดดังนี้ (รัชชัย ลีหะนาจ, 2549; เสาวลักษณ์ ยิ้มเอื้อน, 2553 เพ็ญศรี ไชย และนพรัตน์ ไชยธานี, 2551; มธรรดา สุวรรณโพธิ์, มปป.; Cristine et al., 2001)

1.5.1 ผลกระทบต่อผู้ป่วย

1) ด้านพยาธิสภาพของโรค จากการใช้สารเสพติดร่วม ทำให้สมองมีการเปลี่ยนแปลงการทำงาน โดยเฉพาะเรื่องของกระบวนการด้านความคิดความเข้าใจ สารเสพติดชนิดต่างๆ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง โดยเฉพาะสารโดพามีน (Dopamine) สารเสพติดจะกระตุ้นให้มีการหลั่งโดพามีนเพิ่มมากขึ้น เป็นผลให้อาการทางจิตของผู้ป่วยรุนแรงขึ้น ลักษณะอาการที่สำคัญ คือ มีอาการประสาทหลอน มีความคิดหลงผิด หวาดระแวงกลัวคนมาทำร้าย มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มีการสูญเสียหน้าที่สำคัญต่างๆ มากขึ้น ความสัมพันธ์กับผู้อื่นแย่งลงเป็นอันตรายต่อสุขภาพร่างกาย อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางกาย เช่น ผลต่อตับ ระบบทางเดินอาหาร ระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น

2) ด้านผลการรักษา การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีความยุ่งยากทั้งในด้านการวินิจฉัยความร่วมมือในด้านการรักษาน้อย ผู้ป่วยบางคนอาจเกิดผลข้างเคียงของการใช้ยาทางจิต และมีการตอบสนองต่อการรักษาไม่ดี ทำให้โรคที่เกิดขึ้นและผลการรักษาแย่งลงกลายเป็นโรคเรื้อรัง และจากพยาธิสภาพของโรคทำให้มีการสูญเสียหน้าที่สำคัญต่างๆ มากขึ้น ความสัมพันธ์กับผู้อื่นแย่งลง มีความ

บกพร่องด้านความคิด การตัดสินใจ ขาดความมั่นใจในตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ผู้ป่วยจิตเภทจะกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ เป็นผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการกลับเป็นซ้ำได้มากขึ้น

1.5.2 ผลกระทบต่อครอบครัว

ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม นอกจากจะเกิดผลกระทบต่อตนเองในด้านต่างๆแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวอีกด้วย เนื่องจากความเจ็บป่วยทางจิตเป็นประสบการณ์รูปแบบหนึ่งที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อบุคคลจากธรรมชาติของโรคที่ต้องใช้ระยะเวลายาวนานในการรักษา ทั้งผู้ป่วยและญาติต่างต้องเผชิญปัญหาที่มักจะเวียนกลับมาในลักษณะเดิมซ้ำแล้วซ้ำอีก ซึ่งผลกระทบต่อครอบครัว มีดังนี้

1) ด้านจิตใจและอารมณ์ของครอบครัว จากการที่ครอบครัวต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมทนต่ออาการและพฤติกรรมที่รุนแรงของผู้ป่วยไม่ไหว ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่และบทบาท ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถที่จะทำหน้าที่ของตนเองตามปกติได้ เช่น ผู้ป่วยที่มีบทบาทเป็นบิดา ไม่สามารถที่จะทำหน้าที่ในการดูแลบุตรได้ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะก่อให้เกิดความเครียดขึ้นได้

2) ด้านเศรษฐกิจของครอบครัว การมีสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม บางคนมองว่าผู้ป่วยเป็นภาระ เนื่องจากทำให้ครอบครัวมีรายจ่ายมากขึ้นในการรักษาพยาบาล รายได้ของสมาชิกคนอื่นๆลดลง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถหารายได้มาจุนเจือครอบครัวได้ แต่ตัวผู้ป่วยเองจำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่ายา ค่าเดินทางมารักษา เป็นต้น ทำให้ครอบครัวมีภาระหนักขึ้น

3) ด้านการดำเนินชีวิตประจำวันและสังคม เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม มักเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาในระยะยาว ทำให้สมาชิกในครอบครัวบางรายขาดการดูแลตนเอง และบางครั้งผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ก้าวร้าว เนื่องจากมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน เสี่ยงต่อการทำร้ายร่างกายสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆได้ ซึ่งนอกจากลักษณะอาการดังกล่าวจะทำให้ญาติรู้สึกหวาดกลัวแล้ว ญาติยังต้องคอยดูแลผู้ป่วยทำให้ญาติรู้สึกว่าไม่มีเวลาเป็นของตัวเองในการทำกิจกรรมที่ต้องการ

4) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ครอบครัวรู้สึกว่าไม่มีเวลาพอที่จะไปร่วมกิจกรรมในสังคม เช่น การไปสังสรรค์กับเพื่อนหรือเชิญเพื่อนมาที่บ้าน เพราะต้องคอยดูแลในสิ่งที่ผู้ป่วยทำให้ครอบครัวอับอาย การเฝ้าระวังการใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ป่วย และพยายามปิดบังไม่ให้ผู้อื่นรู้ว่าคนในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิต

1.5.3 ผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ

1) ด้านระยะวันนอนในโรงพยาบาล จากพยาธิสภาพของโรคที่รุนแรงขึ้น รวมทั้งความยุ่งยากซับซ้อนในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยจึงต้องใช้เวลาในการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้ระยะวันนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น

2) ด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมมีปัญหาซับซ้อนทางด้านจิตสังคม เป็นภาระต่อครอบครัว การรักษาพยาบาลค่อนข้างซับซ้อนต้องใช้หลายวิชาชีพในการดูแล อีกทั้งยังส่งผลให้มีการเพิ่มการใช้บริการทางสุขภาพ ส่งผลให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มสูงขึ้นด้วย

3) ด้านความต้องการการพยาบาล นอกจากการใช้ยาเพื่อรักษาอาการทางจิต อาการถอนพิษยาหรืออาการจากภาวะหยุดยา ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังต้องการการพยาบาลทางด้านจิตสังคมบำบัดที่เหมาะสม ซึ่งเป็นการพยาบาลที่มีความสำคัญในการที่จะป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ และเป็นการป้องกันการป่วยซ้ำ

จะเห็นได้ว่า การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม นอกจากจะส่งผลกระทบต่อตนเองแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และระบบบริการสุขภาพเป็นอย่างมาก และบางครั้งยังนำมาสู่การไม่ยอมรับผู้ป่วย การทอดทิ้งผู้ป่วย เนื่องจากไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยได้ ทำให้เกิดการอับอาย ท้อแท้ และหมดหวังในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

1.6 การรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม แบ่งเป็น 2 รูปแบบ (พิชัย แสงชาญชัย อ้างถึงใน พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนนานนท์, 2552) ดังนี้ คือ

1.6.1 รูปแบบการรักษาแบบผสมผสาน (Integrated treatment)

โปรแกรมการบำบัดที่ผสมผสานการบำบัดทางยา จิตสังคมบำบัด และการให้คำปรึกษาที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อการบำบัดการติดสารเสพติด ส่งผลต่อการบำบัดรักษาที่ดี (Drake et al., 2008) เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เกิดร่วมกับโรคติดสารเสพติดมีปัญหามากมายหลายด้าน ทำให้มีบุคลากรการแพทย์หลากหลายที่ต้องเข้ามาดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย หากบุคลากรทางการแพทย์เหล่านี้มีแนวคิดเกี่ยวกับภาวะโรคร่วมที่ตรงกันก็จะทำให้เสริมประสิทธิภาพซึ่งกันและกันในการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ (2547) ได้ทบทวนระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชและโรคติดสารเสพติดในลักษณะรูปแบบการรักษาแบบผสมผสาน ซึ่งเรียกว่า “ทวิวินิจฉัย” มี 3 รูปแบบ คือ

1) รูปแบบของการให้บริการแบบเรียงกันตามลำดับก่อนหลัง (Sequential service model) คือ การให้บริการในการรักษาโรคใดโรคหนึ่งทีละโรคในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง หรือหนึ่งช่วงเวลาหนึ่งโรค (One point in time-one disorder; OPOD)

2) รูปแบบของการให้บริการแบบคู่ขนานกันไป (Parallel service model) คือ การให้บริการในการรักษาทั้งสองโรคโดยทีมรักษาสองทีม คือ ทีมรักษาโรคทางจิตเวชกับทีมรักษาโรคจากการใช้สุราหรือสารเสพติด โดยรักษาไปพร้อมๆกัน และต้องการความร่วมมือและความต่อเนื่องในการดูแลรักษา (Cooperation and Continuity of care: C&C) จากทั้งสองทีม

3) รูปแบบของการให้บริการแบบบูรณาการ (Integrated service model) หรือการรักษาแบบบูรณาการ (Integrated treatment) ซึ่งพบว่ายังมีความหลากหลายในการจำกัดความและความแตกต่างในด้านความลึกซึ้งของการบูรณาการ (Extent of integration) อยู่มาก ซึ่งอาจเป็นการบริการโดยทีมสหวิชาชีพ (Multi-professional teams) หรือโดยผู้รักษาคณะเดียวที่มีความเชี่ยวชาญทั้งโรคจิตเวชกับโรคติดสารเสพติดก็ได้ เข้าทำนองที่ว่า “บริการครบ จบที่จุดเดียว” (One stop service) โดยโรคทั้งสองโรคนั้นจะได้รับการรักษาไปพร้อมๆกัน

พิชัย แสงชาญชัย (อ้างถึงใน พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนนานนท์, 2552) สรุปการรักษาแบบผสมผสาน (Integrated treatment) โดยอธิบายว่าเป็นการผสมผสานโดยการใช้ทีม

พหุสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยและมีผู้จัดการผู้ป่วย (Case manager) ทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล แบบรายกลุ่ม และครอบครัวบำบัดที่มีความเฉพาะเจาะจงกับการติดสารเสพติดและโรคจิตเวช และยังเป็นการผลิตผลงานแนวทางการบำบัดที่หลากหลาย ได้แก่ การบำบัดทางยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ สังคมสงเคราะห์ การรับตัวเข้าบำบัดในสถานพยาบาลในระยะยาว อาชีวบำบัด เป็นต้น

1.6.2 รูปแบบการรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมโดยการใช้ยามีความสำคัญ เนื่องจากเป็นการช่วยบรรเทาอาการของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดร่วม ดังนั้นเพื่อให้เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาด้วยยา จึงมีหลักสำคัญในการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ (Tiet and Mausbach, 2007) ดังนี้

1) การใช้ยาบำบัดรักษาอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ควรใช้ยารักษาอาการทางจิตโดยตรงมากกว่ารักษาตามอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักต้องได้รับยาหลายชนิด ดังนั้นควรใช้ยาอย่างเฉพาะเจาะจงและใช้เท่าที่จำเป็น การให้ยาตามอาการอาจเป็นการส่งเสริมพฤติกรรม การใช้ยาเพื่อเป็นการบำบัดตนเองของผู้ป่วย (Self-medication) ควรเน้นให้ผู้ป่วยกินยารักษาอาการทางจิตอย่างต่อเนื่องแม้ว่าผู้ป่วยยังคงใช้สารเสพติดอยู่ เนื่องจากการใช้สารเสพติดจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะหยุดกินยารักษาอาการทางจิต ทั้งนี้การหยุดยารักษาอาการทางจิตจะมีผลทำให้เกิดภาวะเสี่ยงที่เป็นอันตรายจากการใช้สารเสพติดได้ง่าย

2) คำนึงถึงความปลอดภัยและผลข้างเคียงของยาเพราะยาที่ให้อาจเสริมฤทธิ์กับสารเสพติดได้ เช่น ทำให้วังงซึม เสี่ยงต่อการชัก และทำให้สมองสับสนเพิ่มมากขึ้น จึงควรหลีกเลี่ยงยาที่มีผลข้างเคียงดังกล่าวและควรหลีกเลี่ยงยาที่มีผลข้างเคียงแบบ Anticholinergic หรือทำให้เกิด Orthostatic hypotension นอกจากนี้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองเพิ่มขึ้น ในขณะที่เมาสารเสพติด ดังนั้น ควรหลีกเลี่ยงยาที่มีความเสี่ยงที่จะได้รับยาเกินขนาดได้ง่าย (Overdose) ควรหลีกเลี่ยงยาที่มีความเสี่ยงในการเสพติดและถูกนำไปใช้ในทางที่ผิด เช่น ควรหลีกเลี่ยงการให้ยาในกลุ่ม Benzodiazepines ในการรักษาอาการหงุดหงิด กระสับกระส่าย วิตกกังวล ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ หากจำเป็นต้องใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการวิตกกังวล อาจเลี่ยงไปใช้ยา Bupropion หรือยาแก้ซึมเศร้ากลุ่ม SSRIs หรือยาแก้ซึมเศร้ากลุ่มใหม่ ได้แก่ Venlafaxine, Mirtazapine, Bupropion ควรระมัดระวังการใช้ยาในกลุ่ม Tricyclic เพราะมีผลข้างเคียงต่อหัวใจ Orthostatic hypotension และผลข้างเคียง Anticholinergic ควรถามถึงปริมาณ ความถี่ และวิธีการใช้ยาว่าถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ในทุกครั้งที่พบผู้ป่วย วิธีการจำกัดจำนวนยาโดยให้ยาพอดีกับระยะเวลาในการนัดมาพบแพทย์ในครั้งต่อไป การจำกัดปริมาณยาที่จ่ายแต่ละครั้งและการติดตามความถูกต้องในการใช้ยาในแต่ละครั้งที่ต้องพบแพทย์ก็มีส่วนช่วยป้องกันการให้ยาไปในทางที่ไม่เหมาะสมได้

3) ควรใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะไม่มาพบแพทย์ตามนัดหรือกินยาไม่ครบตามแพทย์สั่งมากกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเพียงอย่างเดียว ดังนั้นควรเลือกใช้วิธีการที่สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่องได้ เช่น ให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย สร้างแรงจูงใจโดยเน้นถึงเป้าหมายของการบำบัดในระยะยาว

พูดคุยถึงข้อดีข้อเสียของการรักษาและการกินยาอย่างต่อเนื่อง ควรใช้ยาที่กินง่ายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาครบ เช่น ใช้ยาที่กินครั้งเดียวต่อวัน ใช้ยากินหรือยาฉีดที่ออกฤทธิ์ยาว

กล่าวโดยสรุป การรักษาผู้ป่วยจิตเภททั้งการรักษาแบบผสมผสานและการรักษาโดยการให้ยาที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากจะช่วยควบคุมอาการทางจิตของผู้ป่วยไม่ให้เกิดกำเริบอีกทั้งยังเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลด/หรือเลิกพฤติกรรมการใช้สารเสพติดได้อีกด้วย

1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

1.7.1 ขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

ขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (เสาวลักษณ์ ยิ้มเยื่อน, 2553)

1) ระยะการประเมินและการจัดการในระยะเริ่มแรก เป็นการประเมินและกำหนดวิธีการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง เช่น หลงผิด ประสาทหลอน ความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมผิดปกติ และ/หรืออาการที่เกิดจากการได้รับสารเสพติดเกินขนาดหรือเกิดจากภาวะถอนพิษหรือหยุดสารเสพติดที่รุนแรง ในระยะนี้สิ่งที่พยาบาลต้องทำ คือ การประเมินอาการ การจัดการช่วงออกฤทธิ์ของสารเสพติด (Intoxication) และช่วงถอนฤทธิ์ของสารเสพติด (Withdrawal) รวมถึงการจัดการอาการทางจิตที่เกิดขึ้นในระยะเฉียบพลัน สิ่งที่ต้องประเมินคือ ระดับความรุนแรงของอาการทางจิตที่อาจเกิดเนื่องจากภาวะถอนพิษหรือการออกฤทธิ์ของสารเสพติด รวมถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเฉียบพลัน เช่น การฆ่าตัวตาย ประเมินความรุนแรงของภาวะเสพยาเสพติดเกินขนาดหรือถอนพิษสารเสพติด การเฝ้าระวังความเสี่ยงต่างๆ เช่น การเกิดอุบัติเหตุ การประเมินภาวะขาดน้ำและสารอาหาร การเฝ้าระวังความเสี่ยงในการทำร้ายตนเองและผู้อื่น

2) ระยะการประเมินและการจัดการในระยะกลางหรือระยะพักฟื้น เป็นการประเมินและกำหนดวิธีการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยในระยะที่มีอาการทางจิตสงบ และ/หรืออาการที่เกิดจากการได้รับสารเสพติดเกินขนาดหรือจากภาวะถอนพิษหรือหยุดสารเสพติดลดลง สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมตนเองได้ เป็นการเฝ้าระวังไม่ให้อาการรุนแรงกลับเป็นซ้ำ ในระยะนี้สิ่งที่พยาบาลต้องทำคือ การดูแลความสุขสบาย ช่วยเหลือหรือส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดูแลในเรื่องการได้รับสารอาหารและน้ำ การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ การจัดสิ่งแวดล้อม การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ร่วมกับการส่งเสริม สนับสนุนให้เข้าร่วมกลุ่มบำบัดต่างๆ การประเมินแรงจูงใจและเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดเพื่อเป็นการให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ทักษะในการแก้ปัญหาใหม่ๆ

3) ระยะการประเมินและการจัดการในระยะเตรียมความพร้อมเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เป็นการประเมินและกำหนดวิธีการปฏิบัติการพยาบาลในระยะฟื้นฟูและสร้างแรงจูงใจในการหยุดใช้สารเสพติด ป้องกันการป่วยซ้ำ ในระยะนี้สิ่งที่พยาบาลต้องทำคือ การประเมินปัญหา ความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการกลับป่วยซ้ำและการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ปัญหาด้านจิตสังคม ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ การให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ถึงผลกระทบของการใช้สารเสพติดจนเกิดแรงจูงใจที่จะบำบัดรักษาการใช้สารเสพติด ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในผลของสารเสพติด และสามารถวางแผนในการลดหรือเลิกการใช้สารเสพติดได้

1.7.2 แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมควรได้รับการดูแลตามระยะของอาการ โปรแกรมการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ควรเป็นโปรแกรมที่มีความยืดหยุ่นในการแก้ไข ปัญหา ตอบสนองและก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โปรแกรมในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมที่พบ มีดังนี้

1) การพิจารณาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กรณีที่มีอาการดังต่อไปนี้คือ

- 1.1) มีความต้องการดูแลทางด้านร่างกาย เช่น อยู่ในระยะถอนพิษยา
- 1.2) อาการทางจิตรุนแรงไม่สามารถควบคุมได้ หรือไม่สามารถรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้

- 1.3) มีความคิดฆ่าตัวตายหรือทำร้ายผู้อื่น สับสนวุ่นวาย หรืออาการทางจิตรุนแรง
- 1.4) การรักษาแบบผู้ป่วยนอกล้มเหลว ไม่รวมมือในการรักษา
- 1.5) ติดสารเสพติดอย่างรุนแรง ไม่สามารถหยุดใช้ได้
- 1.6) มีปัญหาทางด้านสังคม ตกอยู่ในภาวะไร้บ้าน ถูกทารุณกรรม
- 1.7) ใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่องขณะตั้งครรภ์

2) การจัดการภาวะวิกฤติ เป็นการให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะแรกหลังเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน รูปแบบการพยาบาลได้แก่ การประเมินอาการ ภาวะสุขภาพ อาการทางจิตและอาการถอนพิษยาของผู้ป่วย เนื่องจากเป็นระยะวิกฤติที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด

3) การดูแลด้านการใช้ยา การใช้ยาเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม การไม่ร่วมมือในการรับประทานยาทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหามากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราการกลับเป็นซ้ำและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น (Hunt et al, 2002) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยเรื่องการรับประทานยาจึงเป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน เนื่องจากยารักษาอาการทางจิตสามารถควบคุมอาการทางจิตของผู้ป่วยได้ การสร้างความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยพยาบาลควรให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาอาการทางจิต ผลดีและผลเสียของการใช้ยา เนื่องจากผู้ป่วยบางรายที่ใช้ยารักษาอาการทางจิตในทางที่ผิด ส่งผลให้อาการทางจิตกำเริบได้ ซึ่งโปรแกรมทางการพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทรวมถึงผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมในชุมชนมีพฤติกรรมการใช้ยาที่สอดคล้องตามเกณฑ์การรักษา เช่น โปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ (นภาพร เหลืองมงคลชัย และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

4) การให้สุขภาพจิตศึกษา เป็นโปรแกรมการพยาบาลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ซึ่ง Goldman (1988 cited in Litrell et al., 2006) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตศึกษาในหน่วยงานทางจิตเวชว่า เป็นการให้ความรู้ผู้ป่วยทางจิตเวชในขอบเขตของเนื้อหาที่จะสนับสนุนเป้าหมายเพื่อการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพในหลายๆด้าน เช่น ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (ชัชชฎา คมขำ, 2555) ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (รักสุดา กิจอรุณชัย, 2555) การให้สุขภาพจิตศึกษาอาจทำเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม เมื่อเปรียบเทียบข้อดีระหว่างรายบุคคลและรายกลุ่มพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลทำให้ผู้ป่วยมีสมาธิในการฟังและได้รับความรู้ตลอดเวลา

ที่ให้ความรู้ แต่การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มสามารถสร้างทักษะการแก้ปัญหาและทักษะทางสังคมแก่ผู้ป่วยได้

5) การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการที่ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพจะมีผลให้อัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยลดต่ำลง สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเป็นการช่วยเหลือด้านจิตใจและให้ข้อมูลที่สำคัญกับสมาชิกในครอบครัวเพื่อเพิ่มความสามารถของครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Anderson, 1983) โดยสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลควรมีความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุของการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเภท วิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วย สัมพันธภาพในครอบครัวกับปัญหาการใช้สารเสพติดของผู้ป่วย การหาแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

6) การบำบัดระยะสั้น (Brief Intervention) เป็นการบำบัดในระยะสั้นที่พบว่ามีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับการใช้สารเสพติด ประกอบด้วยการบำบัด 1-4 ครั้ง ครั้งละ 5-60 นาที (สาวตรี อัจฉนากรชัย, 2547) ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ดังนี้ คือ

6.1) Feedback of personal risk เป็นการบอกให้ผู้ป่วยทราบถึงความเสี่ยงของปัญหาจากสารเสพติดที่ผู้ป่วยมีโดยประมวลจากลักษณะการเสพในปัจจุบัน ผลการตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

6.2) Responsibility of the patients เป็นลักษณะของการเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติดด้วยตัวผู้ป่วยเอง

6.3) Advice to change เป็นการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับวิถีสดหรือเลิกเสพยาเสพติด โดยเสนอวิธีการต่างๆในการลดหรือเลิกการเสพยาเสพติดให้ผู้ป่วยเลือก (Menu of ways)

6.4) Emphatic counseling style เป็นการใช้ท่าทีที่อบอุ่นเข้าใจในการสะท้อนกลับความคิดหรืออารมณ์ของผู้ป่วย

6.5) Self-efficacy or optimism of the patient เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสามารถในการที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสพยาเสพติดของตนเอง

6.6) Establishing a using goal ผู้ป่วยจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสพยาเสพติดได้ถ้าได้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าวด้วยตนเอง

7) โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing: MI) เป็นโปรแกรมที่ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีลำดับขั้นตอนของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงหรือ Stage of Change ของ Prochaska & DiClemente มาใช้ในการบำบัดพฤติกรรมเสพยาเสพติด (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992) โดยแบ่งออกเป็น 6 ขั้นตอน ประกอบขึ้นมาเป็นวงจรของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม คือ

7.1) ขั้นเมินเฉย (Pre-contemplation stage) เป็นการให้ข้อมูล (Feed-back, Information) และอธิบายถึงสถานการณ์เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงปัญหาและโอกาสในการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่พฤติกรรมการใช้สารเสพติด

7.2) ขั้นตระหนักรู้ว่ามีปัญหา (Contemplation stage) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเห็นถึงความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยอธิบายถึงข้อดีและข้อเสียของการเปลี่ยนแปลงและไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติด (Pros and Cons)

7.3) ขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Determination stage) เป็นการแนะนำทางเลือกให้ผู้ป่วยตัดสินใจปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งต้องเป็นสิ่งที่สามารถปฏิบัติได้จริง

7.4) ขั้นกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Action stage) เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจและปฏิบัติตามวิธีการที่เลือกอย่างมีประสิทธิภาพ (Compliance or Adherence)

7.5) ขั้นคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง (Maintenance stage) เป็นการเสริมทักษะเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วย (Relapse Prevention)

7.6) ขั้นย้อนกลับสู่พฤติกรรมเดิม (Relapse stage) ในขั้นนี้พยาบาลต้องดึงผู้ป่วยให้กลับเข้าสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเร็ว (Recovery Process) โดยการทบทวนปัญหา กำหนดความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเอาชนะความรู้สึกท้อแท้คงความพยายามและมีกำลังใจ

8) การจัดการรายกรณี สามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมได้ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาในการดูแลและมีความยุ่งยากซับซ้อน รูปแบบของการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม (Falze and Sellin, 2005) มีดังนี้

8.1) Brokerage-generalist เป็นรูปแบบของการดูแลผู้ป่วยในระยะสั้นโดยมีลักษณะการทำหน้าที่เป็นคนกลาง มุ่งเน้นที่การประเมินความต้องการของผู้ป่วย การวางแผนการดูแลรักษา และการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่เหมาะสม

8.2) Assertive community treatment เป็นบริการที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตรุนแรง เฉียบพลัน ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพโดยให้บริการผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง เน้นการให้บริการในชุมชนมากกว่าในสถานบริการ เน้นการดูแลอย่างจริงจังต่อเนื่อง ครบถ้วน ไม่ส่งต่อ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย การประเมิน วินิจฉัยปัญหาทางจิต การดูแลในระยะยาว การจ้างงาน การสนับสนุนครอบครัวของผู้ป่วย การให้ความรู้เรื่องโรค มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

8.3) Strengths based perspective รูปแบบการให้บริการที่มีความเชื่อว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีศักยภาพในการเรียนรู้ เติบโตและมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ทีมสุขภาพจะให้การสนับสนุนแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ เน้นการเสริมสร้างและสนับสนุนจุดแข็งของผู้ป่วยมากกว่าการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

8.4) Clinical rehabilitation เป็นรูปแบบที่มีทีมสุขภาพในการบริการให้คำปรึกษาผู้ป่วยและแนะนำแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยสามารถใช้บริการได้

9) การให้คำมั่นสัญญา เป็นรูปแบบการรักษาพยาบาลอย่างหนึ่งที่มีการใช้สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล มีการสร้างแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองและสร้างพันธะในการรักษา (Miller, 2000 cited in Falze and Sellin, 2005) ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

อาจมีประสบการณ์เกี่ยวกับการถอนพิษสารเสพติดและความล้มเหลวในการเลิกใช้สารเสพติด ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีระยะลังเลใจหรือ “Revolving door” ที่ยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกต่อต้านการรักษาและไม่ร่วมมือในการรักษา ในการรักษาต้องเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนและให้บอกประโยชน์และความก้าวหน้าของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแก่ผู้ป่วย และให้ข้อมูลเรื่องการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำซึ่งไม่ได้หมายความว่ากำบังนั้นล้มเหลว แต่สามารถเกิดขึ้นได้ในกระบวนการบำบัดทุกขั้นตอน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความหวังและกำลังใจในการเลิกใช้สารเสพติด โดยจุดมุ่งหมายของการบำบัด คือ ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของตนเองได้ โดยการเปลี่ยนแปลงและการให้คำมั่นสัญญาจะเกิดขึ้นได้เมื่อผู้ป่วยและผู้บำบัดมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน การให้คำมั่นสัญญานี้ จะสามารถนำไปใช้กับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยได้เช่นเดียวกัน การให้คำมั่นสัญญาสามารถเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ 2 ลักษณะ คือ อันดับแรกผู้อื่นเกิดความเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงตนเองได้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย และอันดับที่สองผู้ป่วยที่ขาดแรงจูงใจและต้องการกำลังใจในการเลิกสารเสพติด เกิดความหวังและความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองได้

10) การใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self help group) เป็นรูปแบบกลุ่มที่พบได้บ่อยคือ การบำบัดโดยใช้การบำบัดแบบ 12 ขั้นตอน ซึ่งถูกคิดค้นโดยกลุ่มสุราเรื้อรังนิรนามกลุ่มแรกที่ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี 1935 โดย Bill Wilson และ Bob Smith สร้างขึ้นจากประสบการณ์ของตนเองในการเลิกสุราเพื่อใช้เป็นหลักในการดำเนินกลุ่มผู้ติดสุรานิรนาม (Alcoholics Anonymous หรือ AA) ซึ่งปัจจุบันได้รับความแพร่หลายและมีการนำกลุ่มบำบัดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดอื่น โดยสมาชิกจะต้องยอมรับปัญหาของตนเองและตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ภายในกลุ่มสมาชิกจะมีการประคับประคองจิตใจ ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ผลที่ได้จากการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณมีความสามารถเพิ่มขึ้นที่จะแก้ไขปัญหาการใช้ยาเสพติดได้

11) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Relapse prevention) เป็นแนวทางที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด โดยเน้นให้ผู้ป่วยรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมนี้จะต้องมีคุณสมบัติคือ เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะใช้สารเสพติดได้ง่าย มีวิธีการโดยเน้นใช้กระบวนการกลุ่ม ประกอบด้วยการวิเคราะห์สถานการณ์ที่มีความเสี่ยงที่จะใช้สารเสพติดมากที่สุด ตรวจสอบความคิด อารมณ์และพฤติกรรมของตนเมื่อต้องอยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด พัฒนาความคิด พฤติกรรมและทักษะการจัดการปัญหาที่มีประสิทธิภาพ และหาแหล่งสนับสนุน อีกทั้งยังพบว่า การแสดงบทบาทสมมติเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยสอนวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมให้แก่สมาชิกได้ (Annis and Devis, 1995 cited in Faltz and Sellin, 2005) การมอบหมายการบ้านเพื่อให้สมาชิกได้วางแผนการดูแลตนเองเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดจะสามารถช่วยเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาที่เหมาะสม

กล่าวโดยสรุป การให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมจำเป็นต้องทราบทั้งขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาลและแนวทางการพยาบาลเพื่อให้การพยาบาลมีความครอบคลุม มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิต คุณภาพชีวิตที่มีการศึกษากันในปัจจุบัน คือคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในทุกๆด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาที่มีต่อความสามารถในการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

2.1 คุณภาพชีวิตโดยทั่วไป

คุณภาพชีวิตโดยทั่วไป เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในทุกๆด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

2.1.1 ความหมายของคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป (Quality of life)

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ให้ความหมายของ “คุณภาพชีวิต” ไว้ว่า คุณภาพชีวิตประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ “คุณภาพ” หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ “ชีวิต” หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้นความหมายของ “คุณภาพชีวิต” จึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของแต่ละบุคคล

Ferran and Power (1992) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกผาสุกของบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในองค์ประกอบของชีวิตที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้นๆ

องค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1996) ได้อธิบายความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของแต่ละบุคคลในชีวิตภายใต้องค์ประกอบทางวัฒนธรรม ค่านิยมที่อาศัยอยู่มีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจ จากการให้ความหมายข้างต้นสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับความสุข ความพึงพอใจ และความผาสุกของชีวิตต่อสิ่งที่เป็นองค์ประกอบของชีวิตที่บุคคลให้ความสำคัญ ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ความเชื่อและค่านิยมของแต่ละบุคคล

2.1.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป

Ferrans and Power (1992) ศึกษาและแบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต เป็น 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ (Health and Functioning) เกี่ยวกับสุขภาพความสามารถในการดำรงชีวิต การทำหน้าที่ในกิจกรรมต่างๆ บทบาทในสังคมที่ได้รับผลกระทบจากภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย การบำเพ็ญประโยชน์ การพึ่งพาตนเองด้านร่างกาย ความสามารถในการรับผิดชอบต่อครอบครัว ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง ความเครียดหรือความวิตกกังวล กิจกรรมในยามว่าง การสร้างความสุขในวัยสูงอายุ การมีอายุยืน การดูแลสุขภาพ

2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic) เป็นสถานภาพทางสังคม และเศรษฐกิจของบุคคล ประกอบด้วยมาตรฐานการดำรงชีวิต การพึ่งพาตนเองด้านการเงิน มีที่พักอาศัย มีงานทำ มีเพื่อนบ้าน การได้รับการสนับสนุนทางจิตใจ ตลอดจนการศึกษา

3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and Spiritual) เป็นสภาพการรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์หรือจิตวิญญาณต่อสิ่งต่างๆในชีวิต ประกอบด้วยความพึงพอใจในตนเอง ความสุขทั่วไป การประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ความสงบในใจ รูปร่างหน้าตาของตน ศรัทธาในศาสนา

4) ด้านครอบครัว (Family) เป็นสภาพของสัมพันธภาพในครอบครัวของบุคคล ประกอบด้วยความสุขในครอบครัว บุตร ความสัมพันธ์ของครอบครัว คู่สมรส ภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

องค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1996) ได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเป็น 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1) ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพร่างกายของแต่ละบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวันเช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย

2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพจิตใจของแต่ละบุคคล เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือ การรับรู้ในเรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น เช่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าตนมีชีวิตอยู่อย่างอิสระไม่ถูกกักขัง

2.1.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตที่เป็นที่ยอมรับว่าเป็นสากลและมีการใช้กันทั่วไป คือ การประเมินคุณภาพชีวิตตามแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1996) ซึ่งมีการนำเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลกมาใช้ในหลายๆประเทศรวมทั้งในประเทศไทยซึ่งเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่นำมาใช้ในประเทศไทยเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ 26 ตัวชี้วัด (WHOQOL-BREF-THAI) ที่สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) พัฒนามาเป็นภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ที่กำหนดให้เลือกคำตอบ 1 ตัวเลือก มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 26 -130 คะแนน การแปลผลคะแนน คะแนนน้อย หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนนมาก หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ดี

2.2 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

เป็นลักษณะการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในลักษณะการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาที่มีต่อความสามารถในการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

2.2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ได้ให้ความหมายของ “คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ” ไว้ว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพประกอบด้วยคำ 3 คำ คือ “คุณภาพ” หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ “ชีวิต” หมายถึง ความเป็นอยู่ “สุขภาพ” หมายถึง ภาวะแห่งความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ และการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี ซึ่งไม่ใช่จำกัดเพียงแต่ความ

ปราศจากโรคหรือทุพพลภาพเท่านั้น ดังนั้น ความหมายของ “คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ” จึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีในด้านความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ และการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมของ บุคคลซึ่งไม่ใช่เพียงแต่ความปราศจากโรคหรือทุพพลภาพเท่านั้น

Stewart and Ware (1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของ บุคคลเกี่ยวกับผลกระทบของภาวะสุขภาพและการรักษาต่อความสามารถในการทำหน้าที่ในการ ดำเนินชีวิตประจำวัน

Wilson and Cleary (1995) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึง ผลกระทบ จากโรคและการรักษาที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งหมายความถึง การทำหน้าที่ของร่างกาย สภาวะอาการ สภาวะทางจิตใจ และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม

Bowling (2001) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพซึ่งมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ทั้งนี้ด้านบวก คือ ความผาสุกทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง ความสามารถในการปรับตัวด้านร่างกายและจิตใจได้อย่าง เหมาะสม ด้านลบ คือ การเจ็บป่วยหรือภาวะทุพพลภาพ

Guyatt et al. (2007) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึง ผลกระทบของ อาการจากการเจ็บป่วยและการได้รับการรักษาต่อความสามารถในการดำเนินชีวิต

Holmes and Dickerson (1987 Cited in Lin, Lin and Fan, 2012) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมต่อผลกระทบของภาวะสุขภาพและการรักษา

จากการให้ความหมายข้างต้นสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ ของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมจากผลกระทบของภาวะสุขภาพและการรักษา

2.2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไว้ ดังนี้

Ware and Sherbourne (1992) ศึกษาและสรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้าน สุขภาพให้มีความครอบคลุมโดยแบ่งเป็น 8 มิติ ดังนี้

1) การทำหน้าที่ทางร่างกาย (Physical functioning) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบ จากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว

2) ข้อจำกัดการทำบทบาทเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย (Limitations in usual role activities because of physical health problems) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วย และการรักษาอันเนื่องมาจากสุขภาพทางด้านร่างกายต่อปัญหาเกี่ยวกับการทำงานหรือการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน

3) ความเจ็บปวดทางกาย (Bodily pain) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบจากการ เจ็บป่วยและการรักษาต่อความทุกข์ทรมานและความเจ็บปวดที่รับรู้ทางด้านร่างกายของแต่ละบุคคล

4) การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป (General health) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อภาวะสุขภาพโดยทั่วไปที่ขึ้นอยู่กับความรู้ของแต่ละบุคคล

5) ความมีชีวิตชีวา (Vitality) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อการรับรู้ถึงความรู้สึกเหนื่อยล้าหรือความรู้สึกกระปรี้กระเปร่าของแต่ละบุคคล

6) การทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อความสามารถในการทำกิจกรรมทางสังคมของแต่ละบุคคล

7) สุขภาพจิต (Mental health) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อการรับรู้ถึงสภาวะอารมณ์และความรู้สึกทางจิตใจของแต่ละบุคคล

8) ข้อจำกัดการทําทบหนักเนื่องจากปัญหาด้านจิตใจและสุขภาพจิต (Limitation in usual role activities because of emotional problems) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาจากปัญหาด้านจิตใจต่อปัญหาเกี่ยวกับการทำงานหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

Ware (1996) ได้ศึกษาและกำหนดองค์ประกอบหลักของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้เป็น 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1) อาการของโรคหรือผลกระทบที่เกิดจากโรค (Disease)
2) ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคล (Personal functioning)

3) ความกดดันทางจิตใจ/ความผาสุก (Psychological distress and well-being)

4) การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของตนเอง (General health perception)

5) ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคม (Social/Role functioning)

Sajid, Tonsi and Baig (2008) แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ดังนี้

1) ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ทางด้านร่างกาย (Physical functions) เป็นความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆทางด้านร่างกาย

2) ประสาทสัมผัสรับความรู้สึก (Sensations) เป็นการทําทบหนักของอวัยวะรับสัมผัสทั้ง 5 ด้านได้แก่ หู ตา จมูก ลิ้น และผิวหนัง ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าของอวัยวะรับสัมผัสนั้น เช่น การมองเห็น การได้ยิน

3) การดูแลตนเอง (Self care/Dexterity) เป็นลักษณะความสามารถของบุคคลในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีด้วยตนเอง

4) การรู้คิด (Cognition) เป็นลักษณะของความสามารถในการนำประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้หรือรับรู้มาประมวลใช้เป็นลักษณะของความสามารถในการใช้เหตุผลและผล

5) ความเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบาย (Pain/Discomfort) เป็นลักษณะของการรับรู้ความเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบายด้วยตนเอง

6) ความผาสุกด้านอารมณ์และจิตใจ (Emotional/Psychological well being) เป็นลักษณะของจิตใจที่เป็นสุขนำมาซึ่งการแสดงออกทางด้านอารมณ์ที่ดี

Clancy and Eisenberg (1998 cited in Lin et al., 2012) ได้จำแนกองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Health perception) เป็นลักษณะของความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิด หรือความเชื่อเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง

2) ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ (Functional status) เป็นลักษณะความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในการดำรงชีวิตประจำวัน

3) ลักษณะอาการ (Symptom) เป็นลักษณะความผิดปกติของร่างกายหรือจิตใจที่ผู้ป่วยรับรู้ได้เอง

4) ค่านิยม (Preferences and Value) เป็นลักษณะของเจตคติและความเชื่อของแต่ละบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความหมายและองค์ประกอบของ คุณภาพชีวิต (Quality of life) และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health related quality of life) พบว่า คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่ค่อนข้างกว้าง ครอบคลุมองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตในทุกๆ ด้าน ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นแนวคิดที่แคบกว่า โดยให้ความสำคัญเฉพาะการประเมินองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ด้วยเหตุนี้จึงมีผู้นิยมนำแนวคิดนี้มาใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากสุขภาพถือเป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากที่สุด (นุจรี ประทีปวณิช จอห์นส, 2552) รวมถึงผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ซึ่งถือว่าการเจ็บป่วยที่มีลักษณะการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง (Sadock and Sadock, 2007) นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้สารเสพติดร่วมมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในองค์ประกอบด้านสุขภาพมากที่สุด ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

2.2.3 การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมี 2 แบบ คือ การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยทั่วไปและการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเฉพาะ (พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2554)

1) การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไป

เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไปมีทั้งแบบประเมินภาวะสุขภาพมิติเดียวและแบบประเมินภาวะสุขภาพหลายมิติ แต่ที่นิยมใช้เป็นแบบหลายมิติเนื่องจากสามารถประเมินองค์ประกอบทางสุขภาพได้ครอบคลุมมากกว่าแบบมิติเดียว ซึ่งแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่นิยมใช้มีดังนี้

1.1) Short Form Health Survey-36 (SF-36) เป็นหนึ่งในเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไปที่มีการใช้กันอย่างแพร่หลายมากที่สุดในโลก มีความแม่นยำทั้งความเที่ยงและความตรง มีการแปลเป็นภาษาต่างๆมากมายรวมทั้งภาษาไทย SF-36 เป็นแบบสอบถามที่สร้างโดย Ware and Sherbourne (1992) มีข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ แบ่งเป็นทั้งหมด 8 มิติย่อย ได้แก่ 1) Physical functioning 2) Role limitation due to physical problems 3) Bodily pain 4) General health perceptions 5) Vitality 6) Social functioning role 7) Limitation due to emotional problems 8) Mental health แต่ละมิติมีจำนวน

ข้อคำถามแตกต่างกัน ซึ่งแต่ละข้อคำถามจะถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพใน 1 เดือนที่ผ่านมาโดยมีคำตอบให้เลือกตอบ ซึ่งลักษณะคำตอบเป็นแบบ Likert scale โดยแต่ละคำถามอาจมีจำนวนข้อคำตอบให้เลือกตอบทั้งหมด 2,3,5 หรือ 6 คำตอบ โดยสามารถเลือกได้เพียง 1 คำตอบ การรายงานคะแนนของ SF-36 จะรายงานคะแนนรวมตามจำนวนมิติย่อย ซึ่งมีทั้งหมด 8 มิติ แต่ละมิติจะมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน การแปลผลคะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีกว่าคะแนนน้อย หมายถึง มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ต่ำกว่า

1.2) SF-12 คือแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดัดแปลงมาจาก SF-36 (Ware et al., 1996) มีทั้งหมด 12 ข้อ จำแนกเป็น 8 มิติย่อยเช่นเดียวกับ SF-36 มีความแม่นยำทั้งด้านความตรงและความเที่ยงแต่น้อยกว่า SF-36 ข้อดีของ SF-12 คือ สั้นกว่า SF-36 มาก การรายงานผลคะแนนรายงานเป็นผลคะแนนรวมทางด้านร่างกายและจิตใจซึ่งช่วงระดับค่าคะแนนในแต่ละข้อเท่ากับ 0-100 การแปลผลคะแนนมากหมายถึงมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีกว่า

1.3) Sickness Impact Profile (SIP) เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา (Bergner et al., 1981) พัฒนาขึ้นเพื่อให้มีความไวเพียงพอที่จะมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 136 ข้อ แบ่งเป็น 2 มิติใหญ่คือ มิติทางด้านร่างกายและจิตใจ จำแนกเป็นมิติย่อยทั้งหมด 12 มิติ โดยมิติทางด้านร่างกายมี 3 มิติย่อย ได้แก่ 1) Ambulation 2) Mobility 3) Body care and Movement มิติทางด้านจิตใจมี 9 มิติย่อย ได้แก่ 1) Social interaction 2) Communication 3) Alertness behavior 4) Sleep 5) Rest 6) Eating 7) Home management 8) Recreation 9) Employment การรายงานผลคะแนนมีทั้งคะแนน 12 มิติย่อย และคะแนน 2 มิติใหญ่ด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งคะแนนรวมของแบบสอบถาม SIP เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่มีความเที่ยงและความตรงที่ดี

1.4) Nottingham Health Profile (NPH) เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นโดย Hunt, McKenna and McEwen (1980) มีข้อคำถามทั้งหมด 45 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนแรก มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 38 ข้อ เกี่ยวกับ 1) Physical functioning, 2) Vitality (Sleep & Energy), 3) Pain, 4) Emotional functioning, 5) Social functioning ส่วนที่ 2 ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ ที่เกี่ยวกับปัญหาในปัจจุบันของผู้ป่วยในเรื่อง 1) Job/Work 2) Home management 3) Social life 4) Home life 5) Sex life 6) Interests/Hobbies 7) Holidays

2) การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบเฉพาะ เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบเฉพาะแบ่งได้เป็น 2 ประเภท (Atherly, 2006) คือ

2.1) เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตจากอาการทางคลินิก เช่น อาการ อาการแสดง และการทดสอบ ซึ่งการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมักเน้นการประเมินอาการเป็นหลักเนื่องจากเป็นอาการที่เกิดจากการรับรู้ของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งการประเมินอาการประเมินได้จาก ความถี่ (Frequency) ความรุนแรง (Severity) และผลกระทบหรือการรบกวน (Bothersome) ต่อการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ลักษณะแบบวัด Symptom ของผู้ป่วยมักจะเป็นมาตรวัดแบบ Likert scale มีตัวเลือกให้เลือกตอบ

2.2) เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตจากผลกระทบหรือปัญหาต่างๆของโรคที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งมีมิติย่อยของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเช่นเดียวกับที่พบในแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไป

ตัวอย่างของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะ

Kidney Disease Quality of Life-Short Form (KDQOL-SF) (Hays et al., 1994) เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะโรคเครื่องมือหนึ่งที่ยอมรับใช้มากที่สุดในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนแรกเป็นแบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป คือ แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ SF-36 และส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเฉพาะโรคไตมีข้อคำถามทั้งหมด 44 ข้อ จำแนกเป็นมิติย่อยทั้งหมด 11 มิติ ได้แก่ 1) Symptoms 2) Effect of kidney disease on daily life 3) Burden of kidney disease 4) Work status 5) Cognitive function 6) Quality of social interaction 7) Sexual function 8) Sleep 9) Social support 10) Dialysis staff encouragement 11) Patient satisfaction

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไป (SF-36) ที่พัฒนามาจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ Kongsakorn and Silpakit (2000) แปลและพัฒนาจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Ware and Sherbourne (1992) นำมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามารามิบัติจำนวน 100 คน มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยงและความตรงเชิงเนื้อหา พบว่ามีค่าความเที่ยงและความตรงเชิงเนื้อหาที่ดีสามารถนำไปใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชได้ นอกจากนี้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไป (SF-36) ยังเป็นแบบประเมินที่สามารถประเมินองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตได้ครอบคลุมและเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยการรับรู้ด้วยตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งมีความน่าเชื่อถือมากที่สุด ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไป (SF-36) ของ Kongsakorn and Silpakit (2000) ที่พัฒนาและปรับปรุงจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไป (SF-36) ของ Ware and Sherbourne (1992) มาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

2.3 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม

ปัจจุบันนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมุ่งให้การรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้ระยะเวลาที่สั้นลง และส่งเสริมให้เข้ารับการรักษาต่อเนื่องในชุมชน โดยผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่ออยู่ในระยะอาการสงบซึ่งอาจจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่ก็จะจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน โดยส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2554) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับไปดำรงชีวิตในชุมชนยังคงพบว่ามีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่จึงมักจะมีการแสดงพฤติกรรมบางอย่างที่ไม่เหมาะสม เช่น พูดคนเดียว มีท่าทางแปลกๆ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมดังกล่าวของผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งที่สมาชิกในครอบครัวและชุมชนส่วนใหญ่มองว่าไม่เหมาะสม นำมาซึ่งความรู้สึกว่าน่ารำคาญ น่าขบขัน อีกทั้งในบางครั้งหากผู้ป่วยมีพฤติกรรม

ก้าวร้าว ก็จะทำให้สมาชิกในครอบครัวและชุมชนรู้สึกหวาดกลัว เป็นเหตุให้ผู้ป่วยจิตเภทมักไม่ได้รับการยอมรับจากทั้งสมาชิกในครอบครัวและชุมชน (พันธุธนา กิตติรัตนไพบูลย์, 2549) ซึ่งการแสดงท่าที่ไม่ยอมรับผู้ป่วยของสมาชิกในครอบครัวและชุมชนนั้นจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความรู้สึกเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า และรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดน้อยลงตามมาได้

อารมณ์ความรู้สึกที่เป็นปัญหาดังกล่าวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และการที่ผู้ป่วยมีแบบแผนการคิดและการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม ประกอบกับการที่ผู้ป่วยจิตเภทยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ การแสวงหาวิธีการเพื่อบรรเทาอาการทางจิตโดยการใช้สารเสพติดจึงพบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภท ดังจะเห็นได้จากข้อมูลสถิติการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 2006 พบสูงถึงร้อยละ 70-80 (Westermeyer, 2006) และข้อมูลสถิติการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยามีการใช้สารเสพติดสูงถึงร้อยละ 53.64 (นพพร ตันติรังสี, 2551)

สารเสพติดชนิดต่างๆที่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนใช้ โดยเฉพาะสารเสพติดประเภทกระตุ้นประสาท เช่น แอมเฟตามีน จะออกฤทธิ์ต่อสารชีวเคมีในสมองโดยเฉพาะสารโดพามีน ซึ่งเป็นสารชีวเคมีที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท เป็นเหตุให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมมักมีอาการทางจิตกำเริบได้บ่อย (Dixon, 1999) ทั้งนี้การกำเริบของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมแต่ละครั้งมักจะเพิ่มความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ นำมาซึ่งความผิดปกติทั้งด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่รุนแรงของผู้ป่วย (Faltz and Sellin, 2005) โดยความผิดปกติด้านพฤติกรรม ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นสูง (Swartz et al., 1998) ความผิดปกติด้านอารมณ์และความคิด ผู้ป่วยมักจะมีแบบแผนการคิดและการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม มีความวิตกกังวล ซึมเศร้า มีความรู้สึกที่ตนเองไม่มีค่านำมาซึ่งความคิดฆ่าตัวตาย (Suokas, 2010) นอกจากนี้ยังพบว่าสารเสพติดบางชนิดยังส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เช่น ยาบ้า มีผลรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้น้อย รู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย (วสุ จันทรศักดิ์, 2543) อีกทั้งสารเสพติดบางชนิดยังส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย ได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ผลกระทบที่เกิดขึ้นดังกล่าวส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (Benaiges et al., 2012; Kalman et al., 2004) สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของประเทศไทยที่ถึงแม้จะพบเพียงการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเพียงอย่างเดียวแต่ก็พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ (กาญจนา นันทไพบูลย์, 2552; วิลาสินี ดุษฎีเสณีย์, 2549) ซึ่งการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health related quality of life) เนื่องจากมีความเฉพาะเจาะจงในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมมากกว่าแนวคิดคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป (Quality of life) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นลักษณะการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง (Sadock and Sadock, 2007) องค์ประกอบของสุขภาพชีวิตด้านสุขภาพจึงมีความสำคัญที่สุด (นุจรี ประทีปวงษ์ จอห์นส, 2552) อีกทั้งลักษณะการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมยังส่งผลกระทบต่อมิตีย่อย

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมจึงมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ไม่ดี (Benaiges et al., 2012)

2.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พบปัจจัยด้านต่างๆ สรุปได้ ดังนี้

Wilson and Cleary (1995) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชน เมืองบอสตัน ประเทศอังกฤษ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่

1) ปัจจัยส่วนบุคคล (Individual characteristic) เป็นปัจจัยที่แสดงถึงคุณลักษณะของแต่ละบุคคลที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เช่น อายุ เพศ

2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental characteristic) เป็นลักษณะของการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างทั้งครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข เช่น สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม รวมถึงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เช่น ลักษณะที่อยู่อาศัย

3) ปัจจัยทางสรีระวิทยา (Biological and Physiological factors) เป็นลักษณะของกระบวนการทำงานในร่างกายทั้งการทำหน้าที่ของเซลล์ อวัยวะ และระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกายที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง มีผลต่อการดำรงอยู่ของสิ่งมีชีวิต

4) ปัจจัยด้านอาการ (Symptoms) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความผิดปกติทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และการรู้คิดที่ผิดปกติไปจากเดิมมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เช่น อาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเวช อาการปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

5) ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ (Functioning) มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เนื่องจากเป็นความสามารถของแต่ละบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย อารมณ์ สังคม การรู้คิด และบทบาทหน้าที่ทั้งด้านกิจวัตรประจำวันและการทำงานให้ประสบผลสำเร็จ

6) ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป (General health perception) เป็นการรับรู้ถึงองค์ประกอบทั้งหมด การสังเคราะห์และประเมินภาวะสุขภาพจากปัจจัยทั้งหมด ได้แก่ กระบวนการทางกาย อาการ ความสามารถในการทำหน้าที่ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

Lauer (1999) ศึกษาทบทวนปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับบริการในระบบบริการสุขภาพจิต (Mental health care) เมืองฟิลาเดลเฟีย ประเทศอังกฤษ พบว่ามีปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่

1) ปัจจัยทางด้านสังคม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านวัตถุวิสัย (Objective) ซึ่งข้อมูลจากปัจจัยทางสังคมนี้จะเป็นตัวสะท้อนให้เห็นถึงความเป็นอยู่ของบุคคลในสังคม รวมถึงอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและลักษณะของสังคมประชากรได้เป็นอย่างดี

2) ปัจจัยด้านจิตใจ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมาก เนื่องจากสภาวะทางจิตใจและอารมณ์ของบุคคล ส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตแตกต่างกันและการรับรู้ของบุคคลนั้นมีพื้นฐานมาจากประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมา ซึ่งจะส่งผลต่อการประเมินคุณภาพชีวิตด้านจิตวิสัย

(Subjective) บุคคลที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ มักจะประเมินคุณภาพชีวิตตามอารมณ์ความรู้สึกของตนเองแตกต่างกันไป

3) ปัจจัยด้านการรักษา เป็นปัจจัยที่ได้รับการกล่าวถึงอย่างมากในการศึกษาคุณภาพชีวิต เพราะหากการรักษาให้ประโยชน์กับผู้ป่วยอย่างแท้จริงก็จะส่งผลต่อผู้ป่วยในระยะยาว ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

นรรวีร์ พุ่มจันทร์ (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวัน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ คือ สัมพันธภาพในครอบครัว อาการทางจิตของผู้ป่วย การศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้

กล่าวโดยสรุป ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแตกต่างกันไปตามแนวคิดที่ศึกษา ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งพบว่ามีความสอดคล้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดังกล่าว

3. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ทั้งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สารเสพติด สามารถจำแนกได้เป็น 4 ปัจจัย มีรายละเอียดดังนี้

3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

3.1.1 อายุ อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล (Orem, 1991) เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความสามารถหรือทักษะในการเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมในการจัดการกับปัญหาต่างๆ โดยเฉพาะทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง ผู้ป่วยที่อายุมากจะมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับทักษะในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสมโดยเฉพาะทักษะในการดูแลสุขภาพทางด้านจิตใจ (Folsom et al., 2009) นำมาซึ่งความสามารถในการดำเนินชีวิตที่มีประสิทธิภาพคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Schaar and Ojehagen (2003) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม โดยผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมที่อายุมากมีแนวโน้มคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า

3.1.2 เพศ เพศจะบ่งบอกถึงหน้าที่ทางด้านสังคม ลักษณะบุคลิกภาพ ทัศนคติ พฤติกรรมการให้คุณค่า เป็นตัวกำหนดบทบาทความแตกต่างด้านสรีรวิทยาและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่แตกต่างกันระหว่างเพศหญิงกับเพศชาย เมื่อเกิดการเจ็บป่วยมักพบว่าการเจ็บป่วยจะส่งผลให้เกิดการ

ตอบสนองในลักษณะของความผิดปกติในด้านการทำหน้าที่ของร่างกายในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช จึงพบว่าเพศหญิงมักจะได้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชต่อความสามารถในการทำหน้าที่ทางร่างกายมากกว่าเพศชาย (Orfila et al., 2006) อีกทั้งเพศหญิงเป็นเพศที่ถูกกำหนดให้มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลงานบ้าน และความสุขสบายของสมาชิกในครอบครัว (Servellen, Chung and Lombardi, 2002) เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นก็จะไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทที่ได้รับมอบหมายได้ ส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกต่อตนเองในด้านลบนำไปสู่คุณภาพในการดำเนินชีวิตที่ลดต่ำลงสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Carpentier et al. (2009) ที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำกว่าเพศชาย

3.2 ปัจจัยด้านการใช้สารเสพติด

3.2.1 ชนิดของสารเสพติด

สารเสพติด หมายถึง สารใดๆ ก็ตามทั้งที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติหรือสังเคราะห์ขึ้น เมื่อนำเข้าสู่ร่างกายทั้งโดยการรับประทาน ดม ฉีด หรือสูด ติดต่อกันในช่วงระยะเวลาหนึ่ง จะทำให้เกิดการติดและทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตใจ มีความต้องการที่จะเสพและเพิ่มปริมาณการเสพขึ้นเรื่อยๆ เมื่อหยุดใช้จะทำให้เกิดอาการขาดยา การจำแนกชนิดของสารเสพติด ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จำแนกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สารเสพติดชนิดอื่น (ยาบ้า ผีนและอนุพันธ์ของฝิ่น เฮโรอีน กัญชา กระท่อม) เป็นต้น และทั้งเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และสารเสพติดชนิดอื่นร่วมกัน ซึ่งชนิดของสารเสพติดที่ผู้ป่วยจิตเภทใช้ในครั้งนี้จะไม่รวมบุหรี่ ยกเว้นในกรณีสูบบุหรี่ร่วมกับการใช้สารเสพติดชนิดอื่นโดยวินิจฉัยสารเสพติดชนิดอื่นเป็นหลัก จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความชุกของการใช้สารเสพติดร่วมในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ชนิดของสารเสพติดที่มีการใช้บ่อยที่สุด 2 อันดับแรก คือ สุรา และยาบ้า (กาญจนา สุทธิเนียม, 2547) ทั้งนี้แม้ว่าการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะแบ่งชนิดของสารเสพติดเป็นสามชนิดดังกล่าวข้างต้น แต่ความชุกของการใช้สารเสพติดที่พบว่าเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และยาบ้ามีการใช้มากที่สุด ผู้วิจัยจึงอธิบายรายละเอียดชนิดของสารเสพติดที่สอดคล้องกับชนิดของสารเสพติดในการวิจัยครั้งนี้ คือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สารเสพติดชนิดอื่น (อธิบายเฉพาะยาบ้าเนื่องจากมีการใช้มากที่สุด) และทั้งเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และสารเสพติดชนิดอื่น (อธิบายเฉพาะเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และยาบ้า (เนื่องจากยาบ้าคือชนิดของสารเสพติดชนิดอื่นที่มีการใช้มากที่สุด) จากเหตุผลดังกล่าวในการอธิบายรายละเอียดชนิดของสารเสพติดในการวิจัยครั้งนี้จึงอธิบายเฉพาะรายละเอียดของเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และยาบ้า ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ คือ กลุ่มเครื่องดื่มที่ได้จากการกลั่นเอทิลแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ซึ่งจะมีปริมาณเอทิลแอลกอฮอล์ในปริมาณที่แตกต่างกัน เช่น ในเหล้าขาวมีร้อยละ 40 เหล้าสีมีร้อยละ 35 เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จะออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง (Depressant) หากดื่มไม่มากอาจรู้สึกผ่อนคลายเนื่องจากสารกดจิตได้สำนึกที่คอยควบคุมตนเองทำให้กล้าแสดงออกมากขึ้น แต่เมื่อดื่มมากขึ้นก็จะกดสมองบริเวณอื่น ๆ ทำให้เสียการทรงตัว พูดไม่ชัด จนกระทั่งหมดสติในที่สุด ความรุนแรงของการออกฤทธิ์ขึ้นอยู่กับปริมาณของแอลกอฮอล์ที่มีอยู่ในกระแสโลหิต เมื่อดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เข้าไปผ่านกระเพาะอาหารไปสู่ลำไส้เล็ก แอลกอฮอล์ในเหล้าจะถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิตและกระจายไปทั่วร่างกาย เมื่อกินอาหารมาก่อน แอลกอฮอล์ใช้เวลา 1 - 6 ชั่วโมง

จึงจะถูกดูดซึมไปถึงระดับสูงสุดในเลือด แต่ถ้าดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในขณะที่ท้องว่าง แอลกอฮอล์ใช้เวลาถูกดูดซึมสู่ระดับสูงสุดในเลือด เพียง 30 นาที - 2 ชั่วโมง แอลกอฮอล์ในร่างกาย ถูกกำจัดโดยตับเป็นส่วนใหญ่ (95 เปอร์เซ็นต์) ที่เหลือถูกขับออกทางลมหายใจ ปัสสาวะ เหงื่อ อุจจาระ น้ำนม และน้ำลาย

ยาบ้า หรือแอมเฟตามีนจัดอยู่ในกลุ่มยาเสพติดที่ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท (Stimulant) เมื่อเสพเข้าสู่ร่างกาย ในระยะแรกจะออกฤทธิ์ทำให้ร่างกายตื่นตัว หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง ใจสั่น ประสาทตึงเครียด แต่เมื่อหมดฤทธิ์ยา จะรู้สึกอ่อนเพลียมากกว่าปกติ ประสาทล้า ทำให้การตัดสินใจช้า และผิดพลาด เป็นเหตุให้เกิดอุบัติเหตุร้ายแรงได้ ถ้าใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน จะทำให้สมองเสื่อม เกิดอาการประสาทหลอน เห็นภาพลวงตา หวาดระแวง คลุ้มคลั่ง อาจทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้ หรือในกรณีที่ได้รับยาในปริมาณมาก (Overdose) จะไปกดประสาทและระบบการหายใจทำให้หมดสติ และถึงแก่ความตายได้ แอมเฟตามีนถูกดูดซึมได้ดีจากทางเดินอาหาร โดยจะออกฤทธิ์ภายใน 1 ชั่วโมง หลังจากรับประทานเข้าไป หลังจากถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิตจะไปออกฤทธิ์ที่สมอง มีบางส่วนจะถูกเปลี่ยนแปลงที่ตับ แต่ส่วนใหญ่จะขับออกจากร่างกายในรูปเดิมทางปัสสาวะ

ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของสารเสพติดกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมซึ่งใช้สารเสพติดต่างชนิดกันจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่างกัน (Schaar and Ojehagen, 2003) ทั้งนี้ชนิดของสารเสพติดที่มีการใช้ในผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุด 2 อันดับแรก คือ สุรา และยาบ้า (Brady and Sinha, 2005) โดยพบว่าการออกฤทธิ์ของสุราและยาบ้ามีผลต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม นำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ไม่ดี กล่าวคือ

ยาบ้า หรือแอมเฟตามีน ออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาท (Stimulant) โดย Amphetamine จะกระตุ้นให้มีระดับ Dopamine และ Norepinephrine เพิ่มขึ้นในบริเวณ Synapse ทำให้เกิดการกระตุ้นอารมณ์และความตื่นตัว (Arousal) (ภานุพงษ์ จิตะสมบัติ, 2541) ทั้งนี้ Dopamine เป็นสารสื่อประสาทที่เป็นสาเหตุการกำเริบของโรคจิตเภท และเมื่อผู้ป่วยมีการใช้ Amphetamine ร่วม จะยังมีผลไปเพิ่มอาการทางบวก (Positive symptoms) (Kegelese et al., 2000) โดยอาการที่พบบ่อย คือ หลงผิดร่วมกับมีหวาดระแวงเห็นภาพหลอน หูแว่ว (พันธุภา กิตตรัตนไพบูลย์, 2546) ส่งต่อความผิดปกติของอารมณ์และพฤติกรรมที่รุนแรง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้ จึงมีการแสดงออกของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (วสุ จันทรศักดิ์, 2543) นอกจากนี้หากผู้ป่วยมีการใช้แอมเฟตามีนต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานจะส่งผลให้เกิดภาวะสมองถูกทำลายอย่างถาวร สมองถูกชักนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเมตาบอลิซึม (Yui et al., 1999) ภาวะที่เกิดขึ้นดังกล่าวส่งผลต่อการทำงานของสมองโดยทำให้การทำงานของสมองในเชิงความคิดความเข้าใจนั้นบกพร่อง (อิศรัตน์ ศรีสุโข และคณะ, 2546) ลักษณะอาการดังกล่าวของผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมลดลง และมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน อีกทั้งมีการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองไม่ดี (โรงพยาบาลธัญญารักษ์ สงขลา, 2552)

สุรา มีผลรบกวนการทำงานของสารสื่อประสาทสองชนิด กล่าวคือจะไปกระตุ้นการทำงานของสารกาบา (GABA) ส่งผลให้การควบคุมกล้ามเนื้อต่างๆ สูญเสียไป ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางการเคลื่อนไหว โดยเฉพาะเมื่อดื่มสุราเป็นระยะเวลานานๆ ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมหรือการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติของตนเองได้ ลักษณะอาการเคลื่อนไหวผิดปกติได้แก่ ผุดลุกผุดนั่ง เดินไปเดินมา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากฤทธิ์ของสุราที่มีผลให้เกิดอาการข้างเคียงจากรักษาอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการ Akathisia (Duke et al., 1994) และมีผลยับยั้งการทำงานของสารกลูตาเมท (Glutamate) ทำให้สมองทำงานช้าลง (ทักษพล ธรรมรังสี และอรรถ วัลวิงศ์, มปป.) นำมาซึ่งปัญหาด้านการรู้คิด ผู้ป่วยมีภาวะพร่องในการคิดตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Manning et al., 2009) อีกทั้งการดื่มสุราเป็นระยะเวลานานๆ มีผลต่อการกำเริบของอาการทางจิตที่รุนแรงมากขึ้น เช่น อาการหูแว่ว ประสาทหลอน (Cargiulo, 2007) ผลกระทบจากสุราที่เกิดขึ้นดังกล่าวส่งผลต่อภาวะพร่องต่อการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดน้อยลง ซึมเศร้า (Pulver et al., 1989) นำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (นันทวัช สิทธิรักษ์ และคณะ, 2555)

การศึกษาชนิดของสารเสพติดในครั้งนี้นำผู้วิจัยได้แบ่งชนิดของสารเสพติดออกเป็น 3 กลุ่ม คือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สารเสพติดชนิดอื่น (ซึ่งชนิดที่พบว่ามีการใช้มากที่สุด คือ ยาบ้า) และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และใช้สารเสพติดชนิดอื่น เนื่องจากจากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดต่างชนิดกันมีคุณภาพชีวิตต่างกัน (Schaar and Ojehagen, 2003) โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดมากกว่าหนึ่งชนิดรวมกันจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งเพียงอย่างเดียว ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร่วมกับใช้สารเสพติดชนิดอื่น พบมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพและความบกพร่องในการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Mccarthy et al., 2002) มากกว่าการใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งเพียงชนิดเดียว

3.2.2 ปริมาณของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว)

เมล็ดกาแฟจัดเป็นพืชที่เป็นแหล่งของคาเฟอีนที่ใหญ่ที่สุด เนื่องจากคาเฟอีนเป็นสารในกลุ่มแซนทีนแอลคาลอยด์ที่มีโครงสร้างคล้ายคลึงกับแอดิโนซีน (Adenosine) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทชนิดหนึ่งในสมอง โมเลกุลของคาเฟอีนจึงสามารถจับกับตัวรับแอดิโนซีน (Adenosine receptor) ในสมองและยับยั้งการทำงานของแอดิโนซีนได้ ผลโดยรวมคือทำให้มีการเพิ่มการทำงานของสารสื่อประสาทโดพามีน (Dopamine) ซึ่งทำให้สมองเกิดการตื่นตัว นอกจากนี้พบว่าอาจจะมีการเพิ่มปริมาณของซีโรโทนิน (Serotonin) ซึ่งมีผลต่ออารมณ์ของผู้บริโภคทำให้รู้สึกพึงพอใจและมีความสุขมากขึ้น อย่างไรก็ตาม คาเฟอีนมีได้ลดความต้องการนอนหลับของสมองเพียงแต่ลดความรู้สึกเหนื่อยล้าลงเท่านั้น อย่างไรก็ตาม สมองจะมีการตอบสนองต่อคาเฟอีนโดยการเพิ่มปริมาณของตัวรับแอดิโนซีน ทำให้ฤทธิ์ของคาเฟอีนในการบริโภคครั้งต่อไปลดลง เรียกภาวะนี้ว่าภาวะทนต่อคาเฟอีน (Caffeine tolerance) และทำให้ผู้บริโภคต้องการคาเฟอีนมากขึ้นเพื่อให้เกิดผลต่อร่างกาย ผลอีกประการหนึ่งที่เกิดจากการที่สมองเพิ่มปริมาณของตัวรับแอดิโนซีน นั่นคือทำให้ร่างกายไวต่อปริมาณแอดิโนซีนที่ผลิตตามปกติมากขึ้น เมื่อหยุดการบริโภคคาเฟอีนในทันทีจะทำให้เกิดผลข้างเคียงคืออาการปวดศีรษะและรู้สึกคลื่นไส้ อาเจียน ดังนั้น การบริโภคคาเฟอีนปริมาณมากเป็นเวลานาน

อาจนำไปสู่ภาวะเสพติดคาเฟอีน (Caffeinism) ซึ่งจะปรากฏอาการต่างๆทั้งทางร่างกายและทางจิตใจ เช่น กระสับกระส่าย วิดกกังวล กล้ามเนื้อกระตุก นอนไม่หลับ ใจสั่นผู้ที่บริโภคคาเฟอีนปริมาณมากๆ ในเวลาเดียว (มากกว่า 400 มิลลิกรัม) อาจทำให้ระบบประสาทส่วนกลางถูกกระตุ้นมากเกินไป ภาวะนี้เรียกว่าภาวะพิษคาเฟอีน (Caffeine intoxication) ทำให้เกิดอาการกระสับกระส่าย นอนไม่หลับ ความคิดและการพูดสับสน หน้าแดง ปัสสาวะมากผิดปกติ ปวดท้อง หัวใจเต้นแรง ในกรณีที่ได้รับคาเฟอีนในปริมาณสูงมาก (150-200 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักร่างกาย 1 กิโลกรัม) อาจถึงแก่ชีวิตได้ ผลของคาเฟอีนที่ออกฤทธิ์ต่อร่างกายขึ้นอยู่กับปริมาณของคาเฟอีนในกาแฟ ดังนั้นปริมาณของกาแฟที่ดื่มจึงประเมินจากจำนวนแก้วของกาแฟซึ่งสัมพันธ์กับปริมาณของคาเฟอีนในกาแฟที่จะส่งผลต่อร่างกายแตกต่างกัน

การประเมินปริมาณของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินปริมาณของกาแฟที่ดื่ม จากจำนวนแก้วกาแฟที่ใช้ดื่มโดยขนาดแก้วมาตรฐาน 1 แก้วสามารถบรรจุกาแฟได้ปริมาณ 120 มิลลิลิตร (ร้านกาแฟ, 2556) เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปริมาณของกาแฟที่ดื่มซึ่งมีการประเมินเป็นจำนวนแก้ว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม (Benaiges et al., 2012) ทั้งนี้ผู้วิจัยใช้การเปรียบเทียบกับจำนวนแก้วที่กลุ่มตัวอย่างดื่มกับจำนวนแก้วมาตรฐานหรือหากผู้ป่วยดื่มกาแฟในรูปของขวด กระป๋อง กล่อง หรือถุงพลาสติกก็จะมีการเปรียบเทียบปริมาณของภาชนะดังกล่าวกับแก้วมาตรฐาน (ดังแสดงในภาคผนวก ข)

ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว) กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม

ปริมาณของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว) มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม (Benaiges et al., 2012) เนื่องจากในกาแฟมีสารคาเฟอีนซึ่งเป็นสารในกลุ่มแซนทีนแอลคาลอยด์ที่มีโครงสร้างคล้ายคลึงกับแอดิโนซีน (Adenosine) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทชนิดหนึ่งในสมอง โมเลกุลของคาเฟอีนสามารถจับกับตัวรับแอดิโนซีน (Adenosine receptor) ในสมองและยับยั้งการทำงานของแอดิโนซีนได้ ส่งผลให้มีการเพิ่มการทำงานของสารสื่อประสาทโดพามีน (Dopamine) นอกจากนี้พบว่าอาจจะมีการเพิ่มปริมาณของซีโรโทนิน (Serotonin) (Fisone, Borgkvist and Usiello, 2004) ซึ่งทั้งสารสื่อประสาทโดพามีนและซีโรโทนินมีความเกี่ยวข้องกับกลไกการเกิดโรคจิตเภท เมื่อดื่มกาแฟในปริมาณมากจะส่งผลต่อการกำเริบของอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการประสาทหลอน ชนิดหูแว่ว (Auditory hallucination) (Crowe et al., 2011) นอกจากนี้ยังพบว่าสารคาเฟอีนไปยับยั้งกลไกการออกฤทธิ์ของยารักษาอาการทางจิตส่งผลให้ระดับยาในกระแสเลือดลดต่ำลง ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการรักษาด้วยยาต้องรับประทานยาเพิ่มมากขึ้นในการรักษาโรคจิตเภท (Lara, 2010) ทั้งอาการทางจิตที่กำเริบได้บ่อยและความจำเป็นที่ต้องเพิ่มปริมาณยาในการรักษาโรคจิตเภทมีผลต่อความทุกข์ทรมานในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย (นภาพร เหลืองมงคลชัย และอรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554, ปัทมา แก้วสีใส, 2552) ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ไม่ดี โดยที่ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาเพียงปริมาณของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว) ไม่ได้ระบุชนิดของกาแฟที่ดื่ม เนื่องจากจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปริมาณของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว) โดยไม่ได้ระบุชนิดของกาแฟที่ดื่ม

มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม (Benaiges et al., 2012)

3.2.3 ปริมาณของบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน (จำนวนมวน)

บุหรี่เป็นยาเสพติดชนิดหนึ่ง ตามนิยามของคำว่า “ยาเสพติด” ขององค์การอนามัยโลก มีลักษณะเป็นทรงกระบอกม้วนห่อด้วยกระดาษ มีใบยาสูบหรือชอยบรรจุภายในห่อกระดาษ ปลายด้านหนึ่งเป็นปลายเปิดสำหรับจุดไฟ และอีกด้านหนึ่งจะมีตัวกรองไว้สำหรับใช้ปากสูดควัน ซึ่งบุหรี่เพียงมวนเดียวจะมีสารเคมีประกอบอยู่ถึง 4,000 ชนิด แต่สารเคมีที่เป็นส่วนประกอบสำคัญของบุหรี่ คือ สารนิโคติน เนื่องจากเป็นสารที่ก่อให้เกิดการเสพติด (บุหรี่ 1 มวน มีนิโคตินอยู่ประมาณ 15-20 มิลลิกรัม ซึ่งนิโคตินหากเข้าสู่ร่างกายในปริมาณ 30 มิลลิกรัมขึ้นไป หรือ 2 มวน จะทำให้เสียชีวิตได้ แต่การสูบบุหรี่แล้วไม่ทำให้เสียชีวิตเนื่องจากนิโคตินเข้าสู่ร่างกายได้ในปริมาณน้อย ซึ่งน้อยกว่า 1 มิลลิกรัมต่อการสูบบุหรี่ 1 มวน)

นิโคติน (Nicotin) เป็นสารที่พบตามธรรมชาติในใบยาสูบเท่านั้น เป็นสารสำคัญที่ทำให้เกิดการเสพติดบุหรี่ การออกฤทธิ์ในระยะแรกจะกระตุ้นสมองและระบบประสาทส่วนกลาง โดยที่ถ้าได้รับสารนี้ในปริมาณน้อยๆ 1-2 มวนแรก จะทำให้ร่างกายรู้สึกกระปรี้กระเปร่า ในระยะต่อมาการออกฤทธิ์จะกดระบบประสาทส่วนกลาง ร้อยละ 95 ของนิโคตินที่เข้าสู่ร่างกายจะไปจับที่เยื่อหุ้มรีมฟีนิกซ์ จับอยู่ที่ปอดบางส่วน บางส่วนซึมเข้าสู่กระแสเลือดมีผลโดยตรงต่อต่อมหมวกไตก่อให้เกิดการหลั่งของสารอิพิเนฟริน (Epinephrine) สารนิโคตินจะส่งผลกระทบต่อร่างกายแตกต่างกันขึ้นอยู่กับจำนวนมวนของบุหรี่ที่สูบ

การประเมินปริมาณของบุหรี่ที่สูบต่อวัน (จำนวนมวน)

การประเมินปริมาณของบุหรี่ที่สูบต่อวันในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประเมินโดยใช้การนับเป็นจำนวนมวนของบุหรี่ที่สูบ โดยที่จำนวนมวนของบุหรี่ที่สูบต่อวันสามารถนำมาเป็นเกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มของผู้ที่สูบบุหรี่ได้ 5 กลุ่ม (Wilson, Parsons and Wakefield, 1999) คือ 1) ไม่เคยสูบ 2) เคยสูบแต่เลิกสูบแล้ว 3) สูบบุหรี่ระดับเล็กน้อย (1-14 มวน/วัน) 4) สูบบุหรี่ระดับปานกลาง (15-24 มวน/วัน) และ 5) สูบบุหรี่ระดับมาก (25 มวนขึ้นไป/วัน)

ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณของบุหรี่ที่สูบต่อวัน (จำนวนมวน) กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม

ผู้ป่วยจิตเภทพบว่าการสูบบุหรี่มากกว่าบุคคลทั่วไป 2-3 เท่า (Kelly and Mccreadie, 2000) หรือประมาณ 90% ของผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด (Williams and Ziedonis, 2004) โดยที่ผู้ที่สูบบุหรี่จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ต่ำกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (Laaksonen et al., 2006) เนื่องจากสารนิโคตินซึ่งเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในบุหรี่จะไปกระตุ้นการหลั่งสารโดพามีน (Zhou et al., 2001) ส่งผลให้เกิดอาการทางจิตด้านบวกกำเริบนำมาซึ่งความทุกข์ทรมานในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย (Schmitz et al., 2003; Bobes et al., 1998) นอกจากนี้ยังพบว่าสารเคมีในบุหรี่ยังไปเพิ่มการเผาผลาญของยาต้านอาการทางจิตในตับ ส่งผลให้ระดับยาต้านอาการทางจิตในเลือดลดต่ำลง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องเพิ่มปริมาณยาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา อีกทั้งการสูบบุหรี่ยังส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียงของยาต้านอาการทางจิต เช่น อาการกระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่ง (Akathesia) และอาการของการควบคุมการเคลื่อนไหวโดยอัตโนมัติช้าลง (Tardive dyskinesia)

(ปารีชาติ ขุนศรี, 2554) ลักษณะอาการดังกล่าวส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในการดำเนินชีวิตที่ลดต่ำลง ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (Staring et al., 2009) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่สูบบุหรี่มักสูบรวมกับการใช้สารเสพติดชนิดอื่น (Kessler, 2004) ดังนั้นจึงสันนิษฐานได้ว่า ปริมาณของบุหรี่ที่สูบต่อวัน (จำนวนมวน) มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาเพียงปริมาณของบุหรี่ที่สูบต่อวัน (จำนวนมวน) ไม่ได้ศึกษาชนิดของบุหรี่ที่สูบเนื่องจากจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า จำนวนมวนของบุหรี่ที่สูบต่อวันโดยไม่ได้ระบุชนิดของบุหรี่ที่สูบมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม (Benaiges et al., 2012)

3.3 ปัจจัยด้านอาการ

3.3.1 อาการทางลบ

อาการทางลบ เป็นลักษณะอาการทางจิตด้านลบของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งได้มีผู้ศึกษาให้ความหมายและอธิบายลักษณะอาการดังนี้

Kay et al. (1987) กล่าวว่า อาการทางลบ คือ อาการในลักษณะที่ขาดไปจากปกติ โดยมีลักษณะอาการดังต่อไปนี้

1) การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect) คือ การแสดงการตอบสนองทางอารมณ์ที่น้อยกว่าปกติ ซึ่งแสดงออกทางสีหน้า การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และท่าทางการสื่อสารน้อยกว่าที่ควรจะเป็น

2) การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal) การขาดความสนใจและความรู้สึกที่เกี่ยวข้อง ขาดความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์กับเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต

3) ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นบกพร่อง (Poor rapport) คือ การขาดความสามารถในการเข้าใจคนอื่น ไม่สามารถสื่อสารเพื่อแสดงความรู้สึกของตนเองได้

4) อาการแยกตัวจากสังคม (Passive/ Apathetic social withdrawal) คือ ความสนใจที่จะริเริ่มในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง ขาดพลังแรงผลักดันภายในในการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น รวมถึงการขาดความสนใจที่จะทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน

5) มีความยากลำบากในการใช้ความคิดแบบนามธรรม (Difficult in abstract thinking) แสดงออกโดยมีปัญหาในการจัดหมวดหมู่ การสรุปเป็นกฎเกณฑ์โดยทั่วไปและการแก้ปัญหาที่ต้องใช้ความคิดในระดับสูง

6) การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ (Lack of spontaneity and Flow of conversation) คือ การมีกระแสปุดซาลงกว่าปกติ ซึ่งสัมพันธ์กับการไร้อารมณ์ การขาดแรงกระตุ้นภายใน ความบกพร่องของการรับรู้ มีการพูดที่แสดงออกถึงการมีคำพูดที่สิ้นไหลอย่างต่อเนื่อง ซาลง ได้เนื้อหาในการสื่อสารน้อยกว่าปกติ

7) มีความคิดที่ตายตัว (Stereotyped thinking) ความคิดขาดความสิ้นไหล ขาดความเป็นธรรมชาติ ความยืดหยุ่น แสดงออกโดยมีความคิดตายตัว เนื้อหาซ้ำซาก ไม่ค่อยมีเนื้อหาความคิด

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2555) ให้ความหมายของอาการทางลบว่า อาการทางลบ หมายถึง ภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการเหล่านี้ ได้แก่

- 1) Alogia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ
 - 2) Affective flattening การแสดงออกด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา แม้ว่าบางครั้งอาจยิ้มหรืออารมณ์ดีบ้าง แต่โดยรวมแล้วการแสดงออกของอารมณ์จะลดลงมาก
 - 3) Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉยๆทั้งวันโดยไม่ทำอะไรเลย
 - 4) Asociality เก็บตัว เฉยๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน
- จากความหมายของอาการทางลบดังกล่าว สรุปได้ว่า อาการทางลบ หมายถึงลักษณะการแสดงออกทั้งในด้านการพูด การแสดงออกด้านอารมณ์ การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นที่ลดน้อยลงจากปกติ ลักษณะการพูดซ้ำกว่าปกติ ขาดความต่อเนื่องในการพูด การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ หน้าตาเฉยเมย บกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น แยกตัวจากสังคม

การประเมินอาการทางลบ

การประเมินอาการทางลบสามารถประเมินได้ทั้งจากการสังเกตและการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งมีผู้ศึกษาการประเมินอาการทางลบ มีรายละเอียดดังนี้

Kay, Fiszbein and Oplar (1987) ได้สร้างเครื่องมือ Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐาน ในการจำแนกชนิดและลักษณะอาการต่างๆของโรคจิตเภท ประกอบด้วยคำถาม 30 ข้อ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับว่า มีการกำหนดความหมายของอาการต่างๆ และวิธีการในการใช้ประเมิน Positive and Negative symptoms และกลุ่มอาการอื่นๆของโรคจิตเภทอย่างละเอียดรอบคอบ และยังมีคำถามเสริมเพื่อประเมินความเสี่ยงในการเกิดอาการก้าวร้าวรุนแรงอีก 3 ข้อ ซึ่งใช้ให้คะแนนของกลุ่มอาการหลักต่างๆ คือ 1) Positive scale 2) Negative scale 3) Composite index (Positive ลบ Negative) 4) General psychopathology scale (พยาธิสภาพโดยทั่วไป) 5) Supplemental aggression risk (ความเสี่ยงต่อการเกิดอาการก้าวร้าวรุนแรง) PANSS เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินกลุ่มอาการ Positive และ Negative ในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยมาแล้วว่ามีอาการ Positive Negative อย่างไรบ้าง มากน้อยเพียงใด ในขั้นต้น PANSS ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยดัดแปลงจากเครื่องมือวัดทางจิตเวช 2 ชุด คือ Brife Psychiatric Rating Scale และ Psychopathology Rating Schedule โดยเลือกเอาข้อความคำถามต่างๆที่บ่งถึงกลุ่มอาการ Positive และ Negative ของโรคจิตเภทได้ดีที่สุดมาไว้ใน PANSS เกณฑ์การให้คะแนนมี 7 ระดับ ตั้งแต่มีอาการขั้นต่ำสุดถึงอาการรุนแรงมากที่สุด

ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (มปป.) ได้แปลและพัฒนาเครื่องมือ Positive and Negative Syndrome scale (PANSS) ที่สร้างโดย Kay et al. (1987) เป็นภาษาไทย โดย PANSS ประกอบด้วยการประเมินลักษณะอาการทางลบของผู้ป่วยทั้งหมด 7 อาการ ได้แก่ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunt affect) การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal) มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง (Poor rapport) การแยกตัวจากสังคม (Passive/Apathetic social withdrawal) มีปัญหา

ในการใช้ความคิดนามธรรม (Difficult in abstract thinking) การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ (Lack of spontaneity and Flow of conversation) และการคิดอย่างตายตัว (Stereotype thinking) ซึ่งวิธีการประเมินสามารถประเมินได้จากการสังเกตหรือสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งผู้วิจัยได้นำเครื่องมือดังกล่าวมาใช้ในการประเมินอาการทางลบในการวิจัยครั้งนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม

อาการทางลบ เป็นลักษณะอาการทางจิตด้านลบของผู้ป่วยจิตเภท แสดงออกโดยมีพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตตามปกติ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและความสามารถในการทำกิจกรรมทางสังคมน้อยลง (มาโนช หล่อตระกูล, 2544) ทั้งนี้ในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมพบว่ามีอาการทางจิตด้านลบเช่นเดียวกับในผู้ป่วยจิตเภท (Talamo et al., 2006) อาการทางลบส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยที่ลดลง ผู้ป่วยขาดความสนใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมในการช่วยเหลือตนเองโดยเฉพาะในด้านการดูแลสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อาการทางลบส่งผลให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการรักษา มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่สอดคล้องตามเกณฑ์การรักษา เช่น ลืมกินยา กินยาไม่ตรงตามเวลา นำไปสู่การพยากรณ์โรคที่ไม่ดี (Ohel et al., 2000) อีกทั้งการที่ผู้ป่วยขาดความสนใจในการดูแลตนเอง ไม่สามารถประกอบอาชีพเพื่อเลี้ยงดูตนเองได้ ส่งผลให้เป็นภาระของสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวรู้สึกเบื่อหน่าย ต่ำหนิ ต่อว่า มีการแสดงอารมณ์ที่รุนแรงต่อผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าวทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ขาดกำลังใจ นำมาซึ่งอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยซึ่งการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยแต่ละครั้งจะยิ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบที่รุนแรงและซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น และเป็นเหตุให้ผู้ป่วยจิตเภทมีสมรรถภาพในการดำเนินชีวิตที่ลดลง และรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (อติญา โพธิ์ศรี, 2551) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Tomotake (2011) ที่พบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมพบว่ามีอาการทางลบเช่นเดียวกับผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทเพียงอย่างเดียว ดังนั้นจึงสันนิษฐานได้ว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

3.3.2 อาการทางบวก

อาการทางบวก เป็นลักษณะอาการทางจิตด้านบวกของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งได้มีผู้ศึกษาให้ความหมายและอธิบายลักษณะอาการดังนี้

Kay et al. (1987) กล่าวว่า อาการทางบวก คือ อาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากความผิดปกติของระบบความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม อาการด้านบวกนี้สามารถเกิดขึ้นได้ทุกช่วงของโรคจิตเภท ตั้งแต่ช่วงระยะอาการนำ ช่วงระยะอาการทางจิตกำเริบ และช่วงระยะอาการหลงเหลือ กลุ่มอาการด้านบวก ประกอบด้วย อาการหลงผิด ประสาทหลอน และพฤติกรรมแปลกประหลาด ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1) อาการหลงผิด (Delusion) คือ อาการที่ผู้ป่วยมีความเชื่อผิดไปจากความเป็นจริง หรือไม่มีหลักฐานสนับสนุน และเป็นความเชื่อที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยความหลงผิดนี้ต้องแยกออกจากความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรมของผู้ป่วยซึ่งเป็นความเชื่อในสังคม

โดยทั่วไปที่ผู้ป่วยอยู่ และไม่ส่งผลกระทบต่อชีวิตด้านต่างๆของผู้ป่วย เหมือนอาการหลงผิดที่เกิดในผู้ป่วย อาการหลงผิดสามารถแบ่งเป็น 9 ชนิด ได้แก่

1.1) อาการหลงผิดคิดว่าถูกปองร้ายกลั่นแกล้ง (Persecutory delusion) ผู้ป่วยจะหลงผิดคิดว่าตนเองถูกปองร้าย ถูกติดตาม หรือตกเป็นเหยื่อในเหตุการณ์ต่างๆ ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภท อาการหลงผิดชนิดนี้อาจเป็นแบบคลุมเครือ ไม่คงที่ และมีจำนวนน้อย หรืออาจเป็นการหลงผิดหลายเรื่องเกี่ยวข้องกันเป็นระบบก็ได้

1.2) หลงผิดคิดว่าเรื่องต่างๆที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องหรือเชื่อมโยงถึงตนเอง (Delusion of reference) ผู้ป่วยหลงผิดว่าคำพูดหรือท่าทางของผู้อื่นมีเจตนาเกี่ยวข้องกับตนเองทั้งที่ความจริงไม่ได้เป็นเช่นนั้น ผู้ป่วยเชื่อว่าสิ่งที่ตนเองคิดเป็นความจริงแน่นอนโดยไม่ต้องการหาหลักฐานมายืนยัน อาการหลงผิดชนิดนี้ที่พบได้บ่อย ได้แก่ คิดว่ารายการโทรทัศน์กล่าวถึงตนเอง คิดว่าผู้อื่นพูดถึงตนในทางเสื่อมเสีย วางแผนจะทำร้ายตนเอง หรือพูดว่าตนเองเป็นคนสำคัญ

1.3) อาการหลงผิดคิดว่าตนเองถูกควบคุมจากอำนาจภายนอก (Delusion of being controlled) ผู้ป่วยจะรู้สึกว่ามีอำนาจภายนอกหรือองค์กรต่างๆพยายามควบคุมความคิด ความรู้สึกหรือร่างกายตนเองอยู่ ซึ่งความหลงผิดนี้ต้องมากกว่าความรู้สึกว่าถูกชักจูงหรือถูกบังคับ ความหลงผิดชนิดนี้มักเกี่ยวข้องกับอาการประสาทหลอนทางกาย โดยผู้ป่วยมักใช้ความหลงผิดว่าถูกควบคุมของตนเองมาใช้อธิบายความรู้สึกผิดปกติทางกายที่เกิดขึ้น

1.4) อาการหลงผิดว่าตนเองถูกสอดแทรกความคิด (Thought insertion) ผู้ป่วยจะมีความเชื่อว่าความเชื่อบางส่วนไม่ได้เป็นของตนเอง แต่ได้รับการสอดแทรกจากภายนอก ทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจที่ถูกรบกวนความคิด อาจนำไปสู่พฤติกรรมแปลกประหลาดหรือก้าวร้าว

1.5) อาการหลงผิดว่าความคิดของตนถูกดึงออกไปหรือกระจายออกนอกตัว (Thought withdrawal and Thought broadcasting) Thought withdrawal ผู้ป่วยจะเชื่อว่าความคิดของตนถูกดึงออกไป ผู้ป่วยอาจเล่าว่าตนกำลังคิดเรื่องหนึ่งอยู่แล้วความคิดนั้นก็หายไปทันทีทันใด ส่วน Thought broadcasting ผู้ป่วยจะคิดว่าความคิดของตนสามารถถ่ายทอดไปยังผู้อื่นได้หรือคนอื่นได้ยินความคิดตน

1.6) อาการหลงผิดเรื่องความรู้สึกผิดที่มากเกินไป (Delusion of sin or guilt) ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าตนเองมีความผิดที่ใหญ่โต สมควรได้รับการลงโทษ

1.7) อาการหลงผิดว่าตนมีความสามารถพิเศษหรือเป็นบุคคลสำคัญ (Grandiose delusion) ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าตนมีพลังพิเศษ ร่ำรวย มีชื่อเสียง อาการหลงผิดชนิดนี้ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยค่อนข้างมาก รุนแรงอาจถึงแก่ชีวิตได้ เช่น คิดว่าตนเองบินได้เหมือนนกจึงกระโดดตกจากที่สูง

1.8) อาการหลงผิดที่เกี่ยวกับเรื่องศาสนา (Religious delusion) ผู้ป่วยจะหมกมุ่นแต่เรื่องศาสนามากกว่าที่เป็นตามวัฒนธรรมทางสังคม

1.9) อาการหลงผิดทางกาย (Somatic delusion) ผู้ป่วยจะหมกมุ่นอยู่กับการที่อวัยวะบางส่วนของร่างกายทำงานผิดปกติไปหรืออาการเจ็บป่วยของตนเอง โดยที่ได้รับการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าผลการตรวจปกติ

2) อาการประสาทหลอน (Hallucination) เป็นการรับรู้โดยที่ไม่มีสิ่งเร้าภายนอกมากระตุ้น ทั้งการรับรู้ทางรูป รส กลิ่น เสียง และสัมผัส ได้แก่

2.1) อาการหูแว่ว (Auditory hallucination) เป็นอาการประสาทหลอนที่พบมากที่สุดของผู้ป่วยจิตเภท ประมาณร้อยละ 50-70 ของผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่พบร่วมกับอาการหลงผิดด้วยเสมอ เสียงที่ได้ยินมักเป็นเสียงที่ตำหนิ หรือพูดเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยบางรายอาจได้ยินเป็นเสียงอื่นนอกจากเสียงพูด เนื้อหาที่ได้ยินเป็นเรื่องเป็นราวจับใจความได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้ยินเสียงต่อเนื่องและได้ยินทุกวัน

2.2) อาการเห็นภาพหลอน (Visual hallucination) ผู้ป่วยจะเห็นภาพคน สิ่งของ หรือสัตว์ต่างๆที่ไม่มีอยู่จริง

2.3) ประสาทหลอนทางร่างกายและประสาทสัมผัส (Tactile hallucination) อาการนี้เป็นความรู้สึกทางกาย เช่น รู้สึกว่าถูกสัมผัส หรือรู้สึกว่าร่างกายของตนเองเปลี่ยนไปจากเดิม และอาจมีความรู้สึก ร้อน เย็น หรือเหมือนถูกไฟฟ้าช็อตตามตัว ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเชื่อว่ามิบุคคลหรือพลังงานจากภายนอกทำให้ตนมีความรู้สึกแปลกประหลาดนั้น

2.4) ประสาทหลอนในการได้กลิ่น (Olfactory hallucination) ผู้ป่วยจะได้กลิ่นแปลกๆที่บุคคลรอบข้างไม่ได้กลิ่น อาการประสาทหลอนชนิดนี้ส่วนใหญ่เกิดในผู้ป่วยจิตเภทชนิดหวาดระแวงโดยมักพบกับอาการประสาทหลอนเกี่ยวกับการรับรู้รสชาติ

3) อาการพฤติกรรมแปลกประหลาด (Bizarre behavior) โดยผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมแปลกประหลาดเมื่อเทียบกับบุคคลทั่วไป เช่น ผู้ป่วยอาจจะพูดคนเดียว เดินถอยหลัง หัวเราะอย่างไม่มีเหตุผล การแสดงออกทางอารมณ์ไม่สอดคล้องกับเรื่องที่พูด หรือมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะ แสดงออกในลักษณะต่างๆ ดังนี้

3.1) การแต่งตัวและลักษณะภายนอก (Clothing and appearance) โดยผู้ป่วยแต่งตัวในแบบที่ไม่เหมือนคนทั่วไป ดูแปลกประหลาด และที่พบบ่อยคือ ผู้ป่วยไม่สนใจในการดูแลตนเอง แต่งตัวไม่เรียบร้อย สกปรก สุขอนามัยไม่ดี

3.2) สังคมและพฤติกรรมทางเพศ (Social and Sexual behavior) จะผิดไปจากแบบแผนทางสังคม เช่น อาจปัสสาวะในที่สาธารณะ ทำท่าล้อเลียนท่าทางของผู้อื่นโดยไม่เหมาะสม หรือหัวเราะอย่างไม่มีเหตุผล เป็นต้น

3.3) การเคลื่อนไหว (Motor behavior) ผู้ป่วยจะมีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติได้หลายแบบ เช่น การเคลื่อนไหวซ้ำๆต่อเนื่องโดยไม่มีเป้าหมายที่ชัดเจน

3.4) การแสดงทางอารมณ์อย่างไม่เหมาะสม (Inappropriate affect) โดยการแสดงอารมณ์ของผู้ป่วยไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ และไม่สัมพันธ์กับความคิดหรือคำพูดขณะนั้น อาจพบว่าผู้ป่วยมีการแสดงอารมณ์อย่างทันทีทันใด เช่น ผู้ป่วยยิ้ม หัวเราะขณะพูดเรื่องเศร้า

4) อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (Excitement symptoms) อาการที่จัดอยู่ในกลุ่มนี้ได้แก่ อาการตื่นเต้น กระวนกระวาย การไม่ให้ความร่วมมือ การไม่เป็นมิตรและก้าวร้าว

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2555) ให้ความหมายของอาการทางบวก หมายถึง ลักษณะอาการที่แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม แบ่งตามลักษณะอาการออกเป็น 2 ด้านใหญ่ๆ คือ

1) Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิดและประสาทหลอน

1.1) อาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบได้บ่อย ได้แก่ Persecutory delusion, delusion of reference รวมทั้งอาการหลงผิดที่จัดอยู่ในกลุ่ม Schneider ส่วนอาการหลงผิดอื่นๆที่พบบ้าง เช่น Somatic delusion, Religious delusion หรือ Grandiose delusion เป็นต้น ซึ่งอาการหลงผิดที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย ได้แก่ Bizarre delusion เป็นอาการหลงผิดในลักษณะแปลก ฟังไม่เข้าใจ หรือเป็นไปไม่ได้เลย อาการหลงผิดที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider จัดว่าเป็น Bizarre delusion

1.2) อาการประสาทหลอน (Hallucination) ประเภทของอาการประสาทหลอนที่พบบ่อยคือ Auditory hallucination ซึ่งเป็นลักษณะการได้ยินเสียงคนพูดคุยกันเรื่องของผู้ป่วย เสียงคอยวิจารณ์ตัวผู้ป่วย หรือเสียงสั่งให้ทำตาม นอกจากนี้อาจเป็นเสียงต่างๆที่ไม่มีความหมาย อาการประสาทหลอนชนิดอื่นอาจพบได้บ้าง เช่น Tactile หรือ Somatic hallucination อาการประสาทหลอนที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย ได้แก่ Auditory hallucination ที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider

2) Disorganization dimension ได้แก่

2.1) Disorganized speech ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นแนวทางเดียวกันได้ตลอด แสดงให้เห็นผ่านการพูด การสนทนา อาการที่แสดงออกนี้ต้องมากจนไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างอาการ เช่น Loose associations, Incoherent speech หรือ Tangentiality เป็นต้น

2.2) Disorganized behavior เป็นพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก ผู้ป่วยแต่งตัวสกปรก แปลก เช่น สวมเสื้อผ้าหลายตัวทั้งที่อากาศร้อนจัด ปัสสาวะกลางที่สาธารณะ ร้องตะโกนเสียงดังโดยไม่มีสาเหตุ

จากความหมายของอาการทางบวkdังกล่าว สรุปได้ว่า อาการทางบวก หมายถึงอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากความผิดปกติของระบบความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม แสดงออกในลักษณะหลงผิด ประสาทหลอน การรับรู้ผิดจากสภาพจริง ความคิดไม่ต่อเนื่อง ไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นแนวทางเดียวกันได้ มีความผิดปกติของการพูด พูดไม่เป็นเรื่องเป็นราว ขาดการเชื่อมโยง พูดหลายๆเรื่องในเวลาเดียวกัน มีความผิดปกติของพฤติกรรม มีการแสดงท่าทางแปลกๆ ทำพฤติกรรมซ้ำๆ เอะอะโวยวาย หงุดหงิด ไร้สีกระแวงเหมือนจะมีคนมาทำร้าย

การประเมินอาการทางบวก

การประเมินอาการทางบวกสามารถประเมินได้ทั้งจากการสังเกตและการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งมีผู้ศึกษาการประเมินอาการทางบวก มีรายละเอียด ดังนี้

Kay, Fiszbein and Oplar (1987) ได้สร้างเครื่องมือ Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานในการจำแนกชนิดและลักษณะอาการต่างๆของโรคจิตเภท ประกอบด้วยคำถาม 30 ข้อ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับว่ามีการกำหนดความหมายของอาการต่างๆและวิธีการในการใช้ประเมิน Positive and Negative symptoms และกลุ่มอาการอื่นๆของโรคจิตเภทอย่างละเอียดรอบคอบ และยังมีคำถามเสริมเพื่อประเมินความเสี่ยงในการเกิดอาการก้าวร้าวรุนแรงอีก 3 ข้อ ซึ่งใช้ให้คะแนนของกลุ่ม

อาการหลักต่างๆ คือ 1) Positive scale 2) Negative scale 3) Composite index (Positive ลบ Negative) 4) General psychopathology scale (พยาธิสภาพโดยทั่วไป) 5) Supplemental aggression risk (ความเสี่ยงต่อการเกิดอาการก้าวร้าวรุนแรง) PANSS เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินกลุ่มอาการ Positive และ Negative ในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยมาแล้วว่ามีอาการ Positive Negative อย่างไรบ้าง มากน้อยเพียงใด ในขั้นต้น PANSS ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยดัดแปลงจากเครื่องมือวัดทางจิตเวช 2 ชุด คือ Brife Psychiatric Rating Scale และ Psychopathology Rating Schedule โดยเลือกเอาข้อคำถามต่างๆที่บ่งถึงกลุ่มอาการ Positive และ Negative ของโรคจิตเภทได้ดีที่สุดมาไว้ใน PANSS เกณฑ์การให้คะแนนมี 7 ระดับ ตั้งแต่มีอาการขั้นต่ำสุดถึงอาการรุนแรงมากที่สุด

ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (มปป.) ได้แปลและพัฒนาเครื่องมือ Positive and Negative Syndrome scale (PANSS) ที่สร้างโดย Kay et al. (1987) เป็นภาษาไทย โดย PANSS ประกอบด้วยการประเมินลักษณะอาการทางบวกของผู้ป่วยทั้งหมด 7 อาการ คือ อาการหลงผิด ความคิดสับสน อาการประสาทหลอน อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย ความคิดว่าตนมีความสามารถเกินความเป็นจริง และความคิดรู้สึกกระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย ซึ่งวิธีการประเมินสามารถประเมินได้จากการสังเกตหรือสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรงโดยผู้วิจัยได้นำเครื่องมือดังกล่าวมาใช้ในการประเมินอาการทางบวกในการวิจัยครั้งนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมในชุมชน

สารเสพติดมีกลไกออกฤทธิ์กระตุ้นการหลั่งโดพามีนซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่ก่อให้เกิดอาการกำเริบของโรคจิตเภท อาการทางบวกเป็นอาการที่พบเป็นส่วนใหญ่ในระยะอาการกำเริบ (พรทิพย์ ไชสะอาด, 2555) ดังนั้นการใช้สารเสพติดจึงส่งผลให้อาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภทกำเริบและรุนแรงมากขึ้น (Haddock, 2013) อาการทางบวกแสดงออกในลักษณะหลงผิด ประสาทหลอน การรับรู้ผิดจากสภาพจริง ความคิดไม่ต่อเนื่อง ไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นแนวทางเดียวกันได้ มีความผิดปกติของการสื่อสาร ไม่สามารถสื่อสารเพื่อแสดงความต้องการให้ผู้อื่นรับรู้หรือเข้าใจได้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) การที่ผู้ป่วยไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสมทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ รู้ว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (วรรัช จ่าปาศรี, 2554) อีกทั้งลักษณะอาการทางบวกยังเป็นลักษณะอาการที่แสดงออกถึงการมีอารมณ์และพฤติกรรมที่รุนแรงส่งผลต่อความทุกข์ทรมานทางใจของผู้ป่วยและส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท (Lewis et al., 2002) โดยที่ในการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมในแต่ละครั้งก็จะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติหน้าที่ในการดำเนินชีวิตที่ลดต่ำลงนำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (ทิพศมัย ทายะรังษี, จิระพรรณ สุริยงค์ และพิมพาภรณ์ แก้วมา, 2554) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Eack and Newhill (2007) ที่พบว่าอาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นจึงสันนิษฐานได้ว่าอาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

3.4 ปัจจัยด้านจิตสังคม

3.4.1 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

Farragher (1999) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่สอดคล้องตามเกณฑ์การรักษา แสดงออกได้ใน 5 ลักษณะ คือ 1) การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง การหยุดใช้ยาหรือการใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่ตนเองมีความผิดปกติ 2) การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของการใช้ยา 3) การใช้ยามืดเวลา 4) การใช้ยาน้อยกว่าแผนการรักษา และ 5) การใช้ยามากขึ้นกว่าแผนการรักษา

เพชรี คันธสายบัว (2544) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง ลักษณะของพฤติกรรมการใช้ยาที่สอดคล้องตามแผนการรักษา ประกอบด้วย 1) การใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยา รักษาโรคอย่างเคร่งครัดและสม่ำเสมอ ไม่ลดหรือเพิ่มเม็ดยาเองตามความพอใจ และ 2) การสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น รวมทั้งสามารถบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรักษาด้วยยา ให้ทีมการรักษาทราบได้อย่างถูกต้อง

สรินธร เชี่ยวโสธร (2545) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้ป่วยตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา โดยแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาอย่างถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลา การใช้ยาถูกขนาดโดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์

อุมาพร กาญจนารักษ์ (2545) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง การปฏิบัติตนตามแผนการรักษาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งการสังเกตการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

กาญจนา ชัยเจริญ (2547) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาขณะอยู่ที่บ้าน แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และความสามารถในการสังเกตและการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

กล่าวโดยสรุป พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ครอบคลุมด้านแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องและความสามารถในการสังเกตและการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตได้อย่างเหมาะสม ในการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เช่นเดียวกับ Farragher (1999) และเพชรี คันธสายบัว (2544) ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาทั้ง 2 ด้าน

การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสามารถประเมินได้หลายวิธี ซึ่งสรุปได้ ดังนี้ (สรินธร เชี่ยวโสธร, 2545; Fenton et al., 1997; Agarwal et al., 1998)

1) การประเมินโดยตรง (direct method) คือ การวัดระดับปริมาณยาที่ใช้โดยติดตามผลการเปลี่ยนแปลงของระดับยาหรือปริมาณยาตามแต่ความเหมาะสม ได้แก่

1.1) การวัดระดับยาในเลือด โดยใช้หลักการเปลี่ยนแปลงของยาในเลือดหรือพลาสมา จะมีความสัมพันธ์กับขนาดของยาที่ได้รับกับระดับคงที่ของยาในเลือด โดยที่ระดับยาคงที่ในเลือดมีผลโดยตรงต่อผลการรักษา

1.2) วัดปริมาณยาในปัสสาวะ เช่นเดียวกับการวัดระดับยาในเลือด ซึ่งใช้วัดปริมาณยาที่ถูกขับออกทางปัสสาวะ

1.3) การวัดปริมาณยาออกจากสิ่งคัดหลั่งจากร่างกายอื่นๆ เช่น น้ำลาย เหงื่อ อุจจาระ วัดโดยอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามเวลาที่กำหนด

2) การประเมินทางอ้อม (Indirect method) ทำได้หลายวิธี ดังนี้

2.1) การประเมินโดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ โดยอาจสอบถามหรือสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรง หรืออาจสัมภาษณ์จากญาติผู้ป่วยร่วมด้วย การประเมินโดยใช้วิธีนี้ทำได้ง่าย ได้ข้อมูลที่ละเอียด แต่อาจได้ข้อมูลที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงเนื่องจากผู้ป่วยกลัวว่าอาจถูกตำหนิ ซึ่งสามารถแก้ไขได้โดยการปรับปรุงข้อความให้มีความชัดเจน แม่นยำ

2.2) การนับจำนวนเม็ดยาที่ให้ผู้ป่วย แล้วนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือ เมื่อผู้ป่วยมารับการรักษาครั้งต่อไปหรือเมื่อใช้ยาไปแล้วสักระยะหนึ่ง ซึ่งจำนวนเม็ดยาหากเหลือมากกว่าความเป็นจริง แสดงว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาไม่สอดคล้องตามเกณฑ์การรักษา ข้อดีของวิธีนี้คือ บอกถึงจำนวนเม็ดยาที่ใช้ไปได้ ข้อเสีย คือ อาจไม่ได้เม็ดยาที่ตรงตามความเป็นจริงในกรณี que ผู้ป่วยทิ้งยา ซ่อนยา

2.3) การสังเกตพฤติกรรมปฏิบัติของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งการประเมินวิธีนี้ ญาติผู้ป่วยหรือบุคลากรสาธารณสุขที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจะสามารถสังเกตว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดหรือแผนการรักษาได้ครบถ้วนถูกต้องหรือไม่

2.4) พิจารณาจากการมารับการตรวจตามนัด โดยประเมินว่าการมารับการตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ คือผู้ที่มีพฤติกรรมการใช้ยาสอดคล้องกับเกณฑ์การรักษา

2.5) การให้ผู้ป่วยเขียนรายงานการปฏิบัติของตนเอง (Self report) เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการใช้ยาสอดคล้องตามเกณฑ์รักษา เพราะหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่สอดคล้องตามเกณฑ์การรักษา จะส่งผลให้การเขียนรายงานไม่ตรงกับความเป็นจริง ขาดความน่าเชื่อถือ

กล่าวโดยสรุป การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสามารถประเมินได้หลายวิธี ทั้งการสังเกตการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโดยตรง การใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ การนับจำนวนเม็ดยา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเขียนรายงานการปฏิบัติ ซึ่งการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การประเมินโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ของสกรินทร เชี่ยวโสธร (2546) สร้างขึ้นตามแนวคิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ Farragher (1999) และเพชรี คันธสายบัว (2544) ประกอบด้วยองค์ประกอบของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาทั้งหมด 2 ด้าน คือ 1) ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง ใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ ใช้ยาถูกต้องตามเวลาไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเอง และ 2) ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา เนื่องจากเป็นวิธีการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่นิยมใช้กันโดยทั่วไปและข้อคำถามของแบบสอบถามมีความครอบคลุมสอดคล้องกับคำจำกัดความของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมในการวิจัยครั้งนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับผู้ป่วยจิตเภท (Adelufosi et al., 2012) ทั้งนี้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมก็จำเป็นต้องใช้ยาเพื่อควบคุมอาการทางจิตเช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้ใช้สารเสพติดร่วม (Tiet and Mausbach, 2007) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตสงบจะส่งผลต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพ (Alonso et al., 2009) นอกจากนี้ยังพบว่าหากผู้ป่วยจิตเภทโดยเฉพาะที่มีพฤติกรรมใช้สารเสพติดร่วมมีพฤติกรรมใช้ยาที่ไม่สอดคล้องตามเกณฑ์การรักษาจะนำมาซึ่งอาการทางจิตที่กำเริบบ่อยและอัตราการกลับเป็นซ้ำที่เพิ่มสูงขึ้นซึ่งพบว่าสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทเพียงอย่างเดียวที่มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่สอดคล้องตามเกณฑ์การรักษา (Hunt et al., 2002) โดยที่ในการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมในแต่ละครั้งก็จะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติหน้าที่ในการดำเนินชีวิตที่ลดต่ำลงนำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (ทิพศมัย ทายะรังษี และคณะ, 2554) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมเช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทเพียงอย่างเดียว

3.4.2 สัมพันธภาพในครอบครัว

ความหมายของสัมพันธภาพในครอบครัว

นัยนา อินธิโชติ (2545) กล่าวว่า สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง ความรู้สึกและความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมซึ่งสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อกัน ประกอบด้วย การให้ความรัก ความห่วงใย เอื้ออาทร การดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว การเคารพซึ่งกันและกัน และการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว

ปรียศ กิตติธรรค์ศักดิ์ (2547) กล่าวว่า สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง ลักษณะของความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วยที่อยู่ภายในครอบครัวหรือครัวเรือนเดียวกัน อันแสดงถึงการปฏิบัติหน้าที่ในด้านต่างๆ ของครอบครัว การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ความผูกพันรักใคร่ การมีโอกาสช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัว การมีคุณค่าแห่งตน ความรู้สึกเชื่อถือไว้วางใจ หรือการได้รับคำแนะนำ

ภัทรา สง่า (2547) กล่าวว่า สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การเกี่ยวข้องปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวเพื่อเพิ่มความผูกพัน เคารพและเอื้ออาทรต่อกัน รวมถึงการให้

ความสำคัญของความรู้สึกว่าสมาชิกในครอบครัวแต่ละคนมีค่า มีความเกี่ยวข้องกัน และพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ โดยการให้คำแนะนำปรึกษาได้

จิราพร ชมพิกุล และคณะ (2552) กล่าวว่า สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง หรือบุคคลอื่นๆ ที่อาศัยรวมอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน โดยมีการปฏิสัมพันธ์ การพูดคุย การแสดงออกซึ่งความรักและการทำกิจกรรมอื่นๆร่วมกัน โดยจะมีทั้งสัมพันธภาพที่ดีและไม่ดี

กล่าวโดยสรุป สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง ลักษณะของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ภายในครัวเรือนเดียวกัน แสดงถึงการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ภายในครอบครัว มีการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รักใคร่ผูกพัน เชื่อถือไว้วางใจกัน

การประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว

การประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือ ได้รับการดูแลห่วงใย ความผูกพัน เอื้ออาทรใส่ใจจากสมาชิกในครอบครัว โดยที่การประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวที่นิยมใช้กันโดยทั่วไป คือ การใช้แบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์จากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลโดยตรง ดังเห็นได้จากการทบทวนวรรณกรรม ที่ศึกษาเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวที่พบว่ามีการใช้แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว (นัยนา อินธิโชติ, 2545; ปรีศ กิตติธีระศักดิ์, 2547; สาริณี โตะทอง, 2548)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัวที่ผู้วิจัยปรับมาจากแบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทจากรายงานการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของสาริณี โตะทอง และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2549) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัวจากวิทยานิพนธ์เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ของปรีศ กิตติธีระศักดิ์ (2547) ตามแนวคิดสัมพันธภาพในครอบครัวของอุมพร ตรังคสมบัติ (2544) ประกอบด้วยคำถามที่แสดงความคิดเห็นในด้านความผูกพันรักใคร่ การมีโอกาสแสดงความช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัว การมีคุณค่าแห่งตน ความรู้สึกเชื่อถือไว้วางใจ การได้รับคำแนะนำและการดูแลช่วยเหลือด้านวัตถุการเงินและสิ่งของ เนื่องจากแบบสัมภาษณ์ดังกล่าวมีข้อความคำถามที่ครอบคลุมและสอดคล้องกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม

สถาบันครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เนื่องจากเป็นสถาบันที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด (กรมสุขภาพจิต, 2551) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทในที่นี้หมายถึงรวมถึงที่มีพฤติกรรมใช้สารเสพติดร่วม ผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความรักใคร่ผูกพันกัน มีการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการดำเนินโรคที่ดี ลดอัตราการกลับป่วยซ้ำและอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้นานขึ้น (ชนิษฐา สุขทอง, 2554) ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสุข ความหวัง มีกำลังใจที่ดีในการต่อสู้กับภาวะการเจ็บป่วยของโรคและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Schaar and Ojehagen, 2003)

3.4.3 การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นโครงสร้างที่ค่อนข้างซับซ้อนเกี่ยวพันกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม เพื่อเป็นการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดความรู้สึกระหว่างกัน ช่วยบรรเทาผลกระทบจากความเครียดเนื่องจากบุคคลได้รับการช่วยเหลือในด้านการจัดการกับปัญหา นำไปสู่การคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี โดยการส่งเสริมหรือเอื้ออำนวยให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ก่อให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจและมั่นใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต่อไป ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความผาสุกทางจิตใจ ตลอดจนสามารถปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับตนเองได้

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

อารีย์ ฟองเพชร (2540) ได้ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ทำให้บุคคลได้รับความรักใคร่ ความห่วงใย ความไว้วางใจ การยอมรับนับถือ การดูแลเอาใจใส่ ตลอดจนการได้รับวัตถุสิ่งของ คำแนะนำ ข่าวสาร ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

หรั่ง บรรเทิงสุข (2545) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความคิดหรือการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการได้รับความช่วยเหลือ ความสนใจ ความรัก ความห่วงใย จากบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

The Oxford English Dictionary (1989) ได้ศึกษาและให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

1) การกระทำหรือการปฏิบัติเพื่อปกป้อง หรือป้องกันบุคคลจากการยอมแพ้ อดถอย หรือความทุกข์ การมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ อนุเคราะห์หรือการสนับสนุน การอุดหนุน การหนุนหลังหรือการช่วยเหลือด้านจิตใจหรือจิตวิญญาณ ความสุขสบายทางจิตใจ ความร่วมมือโดยการใช้ถ้อยคำ

2) การกระทำในการปกป้องคุ้มครองบุคคลจากความล้มเหลวหรือไม่สมหวัง อ่อนเพลีย หมัดกำลัง หรือความสูญเสีย และการให้สิ่งของเพื่อการดำรงชีวิต

3) บุคคลหรือสิ่งของที่ส่งเสริมหรือสนับสนุน

4) สิ่งสนับสนุนชีวิตหรือการส่งเสริมที่จำเป็น สนับสนุนวิถีทางหรือรายได้ของอาชีพ หรือการทำมาหากิน หรือการยังชีพหรือความเป็นอยู่

Stewart (1993) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การให้ข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำ รวมถึงการให้ความช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของแก่ผู้ต้องการได้รับจากผู้ให้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและให้ด้วยความเต็มใจ โดยหวังให้เกิดผลดีทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมแก่ผู้รับ

กล่าวโดยสรุป การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความรู้สึกหรือการรับรู้ของบุคคลต่อการได้รับความช่วยเหลือ ความสนใจ ความรักจากบุคคลใกล้ชิด ทั้งสมาชิกในครอบครัว ญาติ พี่น้อง เพื่อน เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข ในด้านต่างๆที่ทำให้บุคคลมีความสุข ลดความเครียดและวิตกกังวล และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ชนิดและแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม

Stewart (1993) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างหลายมิติ ประกอบด้วย ชนิด ปริมาณ และแหล่งที่มาของการสนับสนุน และยังรวมถึงปริมาณและคุณภาพของการติดต่อสัมพันธ์ การให้ความหมาย การเอื้อประโยชน์ จึงมีผู้ให้ความเห็นไว้ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

Schaefer et al. (1981 อ้างถึงใน สุจิตราภรณ์ พิมโพธิ์, 2554) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งประคับประคองทางจิตใจของบุคคลในสังคม เมื่อบุคคลนั้นต้องเผชิญกับความเครียดในชีวิต แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกได้เป็น 3 ชนิด ดังนี้

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง ความผูกพันและความรู้สึกเชื่อมั่นไว้วางใจ

2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา หรือการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของบุคคล

3) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของ เงินทอง หรือบริการ

House (1981) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ชนิด ดังนี้

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การสนับสนุนด้านการให้ความรัก ความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ การยอมรับนับถือ

2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ แนวทางปฏิบัติหรือทางเลือก เพื่อนำไปแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่

3) การสนับสนุนด้านสื่อ (Instrument support) หมายถึง การช่วยเหลือในเรื่องของสิ่งของ เครื่องใช้ แรงงาน เวลา เงิน และการปรับสภาพแวดล้อม

4) การสนับสนุนด้านการประเมินตัดสิน (Appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปประเมินตนเองและเปรียบเทียบกับผู้อื่นในสังคม เพื่อช่วยให้บุคคลเกิดความมั่นใจในตนเอง

กล่าวโดยสรุป การสนับสนุนทางสังคมนั้นประกอบด้วยหลายองค์ประกอบ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Schaefer et al. (1981, อ้างถึงใน สุจิตราภรณ์ พิมโพธิ์, 2554) ซึ่งแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support)

2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support)

3) การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support)

บทบาทและหน้าที่ของการสนับสนุนทางสังคมด้านภาวะสุขภาพ

Cohen and Will (1985 อ้างถึงใน หงษ์ บรรเทิงสุข, 2545) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพและความเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจ บุคคลที่ขาดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะมีสุขภาพจิตที่ไม่ดี ซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพร่างกายด้วย และได้อธิบายกลไกการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพไว้ 2 ลักษณะ ดังนี้

1) ผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ (Main effect or Direct effect) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลเกิดอารมณ์มั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มีความรู้สึกมั่นคงในชีวิต

และรับรู้ถึงความมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ และระบบภูมิคุ้มกัน ให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ

2) ผลทางอ้อม (Buffer effect or Indirect effect) การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ลดภาวะวิกฤติในชีวิต เมื่อมีเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยดูดซับหรือบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะความเครียดในขั้นตอนของการประเมินความเครียด หรือแปลความหมายของเหตุการณ์ โดยป้องกันไม่ให้คุณเกิดความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือและรู้ว่าตนเองด้อยค่า ยังมีความรู้สึกมีคุณค่า เมื่อมีความเครียดเข้ามากระทบ การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้มีการประเมินความเครียดใหม่ ส่งเสริมให้สามารถปรับตัวได้หรือช่วยยับยั้งพฤติกรรมปรับตัวไม่ดี

Pender (1987) กล่าวว่าในการส่งเสริมและป้องกันด้านภาวะสุขภาพนั้น การสนับสนุนทางสังคมมีหน้าที่อยู่ 4 อย่าง คือ

1) ช่วยสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของชีวิตซึ่งมีผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น และเกิดความผาสุกในชีวิตได้

2) ช่วยลดหรือบรรเทาภาวะเครียดต่างๆของชีวิต ดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ

3) เป็นแหล่งข้อมูลย้อนกลับ ช่วยให้บุคคลเกิดความมั่นใจในการกระทำของตนและเกิดความรู้สึกพึงพอใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

4) เป็นระบบกันชนของบุคคล เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์วิกฤติ หรือความเครียดต่างๆของชีวิต จะช่วยลดความรุนแรงของปฏิกิริยาตอบสนองด้านอารมณ์ มีผลป้องกันการเจ็บป่วยได้ กล่าวโดยสรุป การสนับสนุนทางสังคมนั้นมีประโยชน์ทั้งโดยตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพของบุคคล ช่วยให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดความตึงเครียด และสถานการณ์วิกฤติของชีวิต ช่วยลดความรุนแรงของปฏิกิริยาตอบสนองด้านอารมณ์ ทำให้สามารถปรับตัวและเผชิญกับปัญหาได้ดียิ่งขึ้น

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่นิยมใช้ในปัจจุบันเป็นลักษณะของแบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์ แบ่งออกตามวัตถุประสงค์ของการประเมิน เช่น วัดจำนวนของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ ความพึงพอใจในการสนับสนุนทางสังคมที่มีหรือหามาได้ ความถี่ของการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

Schaefer et al. (1981) พัฒนาแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม Social Support Questionnaire ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) สถานการณ์ 9 สถานการณ์ที่ใช้ในการสนับสนุนสิ่งมีชีวิตตนหรือจับต้องได้ หรือการวัดการสนับสนุนด้านวัตถุ 2) จำนวนเครือข่ายที่เฉพาะ เช่น คู่สมรส เพื่อน ความสัมพันธ์ในสถานที่ทำงาน

หงษ์ บรรเทิงสุข (2545) พัฒนาแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมขึ้นจากแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของจิราพร อมราภิบาล (2536) สร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer et al. (1981) ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร และ 3) ด้านทรัพยากร ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือชุดนี้ในการวัดการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากข้อคำถามมีความครอบคลุมและสอดคล้องกับคำจำกัดความเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม

การดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมจำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือสนับสนุนกันทั้งในด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และทรัพยากร มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกันและมีความต้องการที่จะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าตนเองมีคุณค่า มีความสำคัญเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท (Caron et al., 2005) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทนั้นเป็นการสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองไม่ให้อาการทางจิตกำเริบรุนแรงมากขึ้น (หงษ์ บรรเทิงสุข, 2545) และการสนับสนุนทางสังคมยังพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในผู้ใช้สารเสพติด (Laudet et al., 2006) ดังนั้นจึงอาจสันนิษฐานได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

4. แนวทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต

4.1 หลักการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญในการดูแลรักษาสุขภาพ การพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตจะเน้นให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการที่จะดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง นำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีบทบาทประสานกันระหว่างการบริหารจัดการระบบการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้ป่วย ซึ่งหลักการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยนั้น มีนักวิชาการได้ศึกษาไว้สรุปได้ ดังนี้ การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั้น เริ่มต้นพยาบาลจำเป็นต้องมีความเข้าใจความหมายของคุณภาพชีวิต มีการเลือกใช้เครื่องมือที่เหมาะสมมีมาตรฐานและมีความไวพอที่จะประเมินคุณภาพชีวิตได้ ซึ่งปัจจุบันพบว่าการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละกลุ่มเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลเพื่อพัฒนาปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) มีการศึกษาค้นคว้าวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซึ่งนอกจากจะมีการศึกษาวิจัยในเชิงปริมาณแล้ว พยาบาลควรให้ความสำคัญในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพด้วย เนื่องจากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพจะช่วยให้พยาบาลได้ข้อเท็จจริงตามประสบการณ์การรับรู้โดยตรงของผู้ป่วย นำมาซึ่งข้อมูลใหม่ๆในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (พะยอม อยู่สวัสดิ์, 2537) การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้คงอยู่ต่อเนื่องยาวนานนั้น สิ่งสำคัญคือ ผู้ป่วยจะต้องสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างมีคุณภาพ และพยาบาลจะต้องเน้นดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยให้ความสำคัญกับองค์ประกอบในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยในทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2537) ดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจในองค์ประกอบทุกด้านของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการวางแผนการพยาบาล ซึ่งนอกจากจะช่วยให้พยาบาลได้ข้อมูลจากการรับรู้ของผู้ป่วยโดยตรงแล้ว ยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตที่มีคุณภาพได้ยาวนานด้วย (Lubkin, 1995)

4.2 บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิต

บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เป็นลักษณะของการพัฒนาให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อนำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีรายละเอียด ดังนี้ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537 และจรรยา คมพยัคฆ์, 2535)

4.2.1 บทบาทในด้านการให้ความรู้ พยาบาลจะต้องมีความสามารถในการที่จะนำความรู้ทั้งศาสตร์ทางการแพทย์และศาสตร์สาขาอื่นมาใช้ในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการตอบสนองของบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย การทำหน้าที่ของระบบต่างๆในการตอบสนองภาวะการเจ็บป่วย รวมถึงการใช้ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับจิตวิญญาณ ความรู้สึกนึกคิด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยดึงพลังอำนาจที่มีอยู่มาใช้ในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

4.2.2 บทบาทการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล โดยทำการประเมิน วินิจฉัย วิเคราะห์ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย จัดหาและให้การพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยใช้ความรู้ทางทฤษฎีการพยาบาล ผลการวิจัยเป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขและต้องคำนึงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยขณะวางแผนการพยาบาลโดยการประเมินแบบแผนชีวิตประจำวันของผู้ป่วย แบบแผนการพึ่งตนเองและการพึ่งพาผู้อื่น ศักยภาพความแข็งแรง ความชอบไม่ชอบ ซึ่งจะช่วยให้การวางแผนการพยาบาลเป็นที่ยอมรับและนำไปสู่การให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (Lubkin, 1995) พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการกระทำกิจกรรมแทนผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยกระทำเองไม่ได้ โดยในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยของพยาบาลต้องใช้ความรู้ความสามารถทางเทคนิคการรักษาพยาบาล และการสนับสนุนประคับประคองดูแลช่วยเหลือทางด้านจิตใจร่วมด้วย (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

4.2.3 บทบาทการเป็นผู้บริหารจัดการ เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชอีกประการหนึ่ง คือ เป็นผู้มีความสามารถในการบริหารจัดการคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์พยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด โดยเน้นให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของทีมรักษาพยาบาลนอกจากนี้พยาบาลยังต้องตระหนักถึงการทำงานเป็นทีมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพเพื่อประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วย นั่นคือการทำที่ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

4.2.4 บทบาทผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลเป็นวิชาชีพที่สามารถให้คำปรึกษากับผู้ป่วยได้อย่างอิสระ โดยเฉพาะการให้คำปรึกษาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และการให้คำปรึกษาก็เป็นบทบาทที่เหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับพยาบาลเนื่องจากพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด มีโอกาสรับรู้และเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยได้ดีที่สุด โดยการให้คำปรึกษาของพยาบาลเป็นการช่วยผู้ป่วยสำรวจปัญหาด้วยตนเอง ค้นหาแบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตนและพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาวิธีใหม่ ซึ่งแบบแผนการแก้ปัญหาดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานของตนเองสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ และมีวิถีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

4.2.5 บทบาทนักวิจัย เป็นการสร้างงานวิจัยเพื่อให้ได้องค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ศึกษาค้นคว้าติดตามผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตทั้งในสาขาการพยาบาลและสาขาอื่น ตลอดจนมีความสามารถในการนำผลงานวิจัยมาใช้เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

4.3 กิจกรรมการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต

พยาบาลเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและเข้าถึงการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งการเข้าถึงการรับรู้ของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้สามารถจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด โดยที่กิจกรรมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นกิจกรรมที่เน้นให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ากิจกรรมที่สามารถนำมาพัฒนาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ได้แก่

4.3.1 การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowering intervention) เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ให้พยาบาลมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ป่วย ด้วยท่าทีที่สนใจ ใส่ใจ สนับสนุนและให้ข้อมูลกับผู้ป่วย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจกระทำการต่างๆด้วยตนเอง (พจนาน พงษ์ธรรม, 2549) ลักษณะ Empowering discuss จะเน้นในเรื่องของสุขภาพจิต ซึ่งพยาบาลอาจทำเป็นรายบุคคล ในรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้หรือแบบกลุ่มที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน พยาบาลมีหน้าที่เป็นผู้รับฟังและคอยให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ประกอบการตัดสินใจในการเลือกวิธีการดูแลตนเองของผู้ป่วย

4.3.2 การให้คำปรึกษา (Counseling intervention) เป็นกิจกรรมที่พยาบาลได้ช่วยให้ผู้ป่วยสำรวจปัญหาด้วยตนเอง หาแนวทางที่เหมาะสมในการจัดการกับปัญหาดังกล่าวเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากผลกระทบของปัญหาที่เกิดขึ้นและช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอย่างมีคุณภาพ (สาริณี โตะะทอง, 2548) ปัจจุบันการให้คำปรึกษาผู้ป่วยมักเน้นให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมมากขึ้น เนื่องจากผลกระทบจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมักมีผลต่อครอบครัว การให้คำปรึกษาที่ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมจะช่วยให้ครอบครัวสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมช่วยส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยปรับตัวกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ได้อย่างสูงสุด

4.3.3 การสอน (Teaching) เป็นลักษณะของการถ่ายทอดความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงการเรียนรู้ การสอนจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความคิด ความรู้สึก การกระทำอย่างถาวร และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาของพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองเพื่อดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข ซึ่งลักษณะการสอนนิยมสอนเป็นกลุ่มเนื่องจากจะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน เกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้และมีกำลังใจในการที่จะจัดการกับปัญหาส่งผลต่อความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพเพิ่มขึ้น (ศิริภัทรา จุฑามณี และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ, 2553)

4.3.4 การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับพยาบาล เพราะการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองให้มีความเหมาะสมและช่วยให้พฤติกรรมที่เหมาะสมนั้นคงอยู่ต่อเนื่องมากขึ้น การมีพฤติกรรมที่เหมาะสมจะนำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย (อุษณีย์ ทับทอง, 2552) โดยพยาบาลจะใช้คำพูดในการชักจูงและช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง ให้กำลังใจเพื่อเป็นการเสริมแรงเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม การช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้จากสถานการณ์จริง เช่น เรียนรู้จากตัวอย่างที่สามารถเลิกสารเสพติดได้สำเร็จ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าตนจะสามารถเลิกสารเสพติดได้เพราะมีตัวอย่างที่มี

ลักษณะคล้ายคลึงกับตน การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ เช่น การให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ การให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคลในกลุ่มเดียวกัน

4.3.5 การให้การพยาบาลแบบองค์รวม เป็นการให้การพยาบาลโดยใช้ศาสตร์ความรู้ทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้องช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นลักษณะการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจในตัวพยาบาลเพื่อนำไปสู่การร่วมมือกันในการค้นหาปัญหาของผู้ป่วย มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่ดีขึ้น นำไปสู่การปรับตัวเพื่อการดำเนินชีวิตที่ดี การพัฒนาให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแนวทางการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อเป็นข้อมูลในการที่ผู้ป่วยจะใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ในระยะยาว การพัฒนาทักษะทางสังคมโดยเฉพาะการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสร้างปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม สามารถบอกถึงความต้องการของตนเองได้ การสร้างแรงจูงใจและพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกนึกคิดที่มีอยู่ของตนให้ผู้อื่นเข้าใจส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทางจิตวิญญาณที่เหมาะสม โดยสรุปการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมที่ประกอบด้วยกิจกรรมที่ครอบคลุมในทุกๆด้านดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (อัญชลี ศรีสุพรรณ ,2547)

4.3.6 การใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด สัมพันธภาพบำบัดเป็นพื้นฐานสำคัญในการพยาบาลจิตเวช เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในตัวพยาบาลผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล กล้าที่จะเล่าระบายความทุกข์ใจหรือปัญหาต่าง ๆ ให้พยาบาลฟัง ทำให้พยาบาลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในการไขปัญหาทางจิตสังคมเหล่านั้นได้ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมที่ผิดปกติสามารถเข้าสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติ สามารถปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้ดีขึ้น นำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สมบัติ รียาพันธ์, 2552)

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมจากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมโดยตรง แต่เนื่องจากการศึกษาวิจัยดังกล่าวทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศยังมีจำนวนน้อย ผู้วิจัยจึงศึกษาทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับทั้งคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท และปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สารเสพติดร่วมด้วย ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

Benaiges et al. (2012) ศึกษาวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ภาคตัดขวางเพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดร่วมเปรียบเทียบกับผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดยาเสพติดเพียงอย่างเดียว และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดร่วมกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเพศชายในเมืองบาร์เซโลนา ประเทศสเปน จำนวน 105 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) ผู้ป่วยจิตเวช (โรคจิตเภท อารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึมเศร้า) ที่ใช้สารเสพติดร่วม 2) ผู้ป่วยจิตเวชเพียงอย่างเดียว (โรคจิตเภท อารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึมเศร้า) และ 3) ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเพียงอย่างเดียว จำนวนกลุ่มละ 35 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนและจำนวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน แบบประเมินความรุนแรงของอาการทางจิต (Clinical Global Impression) แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (SF-36) ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่ใช้สารเสพติดร่วมมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เหลือ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ จำนวนแก้วของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน จำนวนมวนของบุหรี่ที่สูบต่อวัน และประวัติการฆ่าตัวตาย โดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

Schaar and Ojehagen (2003) ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดในประเทศสวีเดน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 288 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบวินิจฉัยโรคทางจิต แบบประเมินความรุนแรงของการใช้สารเสพติด และแบบประเมินความรุนแรงของอาการทางจิต ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว การทำหน้าที่ อาการทางจิต อีกทั้งผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดต่างชนิดกัน ก็จะมีคุณภาพชีวิตต่างกัน

Carpentier et al. (2009) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดร่วมที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดโดยการให้เมธาโดนทดแทน และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 193 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เพื่อวินิจฉัยอาการเจ็บป่วยทางจิต แบบประเมินความรุนแรงของการใช้สารเสพติด (Europ-ASI) แบบประเมินคุณภาพชีวิต (Eu-Qol 5D) ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำและปัจจัยที่ร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เพศหญิง ปัญหาทางจิต ปัญหาความวิตกกังวล

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท

Eack and Newhill (2007) ศึกษาความสัมพันธ์ของอาการทางจิต อาการทางบวกและอาการทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทโดยการรวบรวมและสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (meta-analysis) โดยรวบรวมงานวิจัยทั้งหมด 56 เรื่อง ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ทำการศึกษาในช่วงระหว่างปี ค.ศ. 1966 ถึง ปี ค.ศ. 2006 ผลการศึกษาพบว่า อาการทางบวกมีความสัมพันธ์อย่างมากกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

หงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ศึกษาวิจัยเชิงบรรยายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์และอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 140 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ แบบประเมินอาการทางลบ แบบวัดความพึงพอใจของรายได้ แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตน แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดคุณภาพชีวิตที่ใช้แนวคิดของ WHO ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง และปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การสนับสนุนทางสังคม อาการทางลบ เพศหญิง ความพึงพอใจของรายได้

Caron et al. (2005) เป็นงานวิจัยเชิงความสัมพันธ์ภาคตัดขวาง ติดตามต่อเนื่องระยะเวลา 6 เดือน ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านคลินิก ได้แก่ สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียด วิธีการเผชิญปัญหา และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างจำนวน 143 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

Alonso et al. (2009) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาโดยการสังเกต (observation) ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้ยารักษาอาการทางจิตตามเกณฑ์การรักษา กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีการติดตามต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 ปี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชในประเทศอังกฤษทั้งเพศหญิงและเพศชายที่ได้รับการรักษาโดยการกินยารักษาอาการทางจิต จำนวน 9,340 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (EQ-5D) ผลการวิจัยพบว่า การรักษาโดยการกินยารักษาอาการทางจิตอย่างต่อเนื่องมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Adelufosi et al. (2012) เป็นงานวิจัยเชิงความสัมพันธ์ภาคตัดขวาง ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษากับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชในประเทศไนจีเรีย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 330 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Morisky Medication Adherence Questionnaire) แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) แบบวัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF) ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

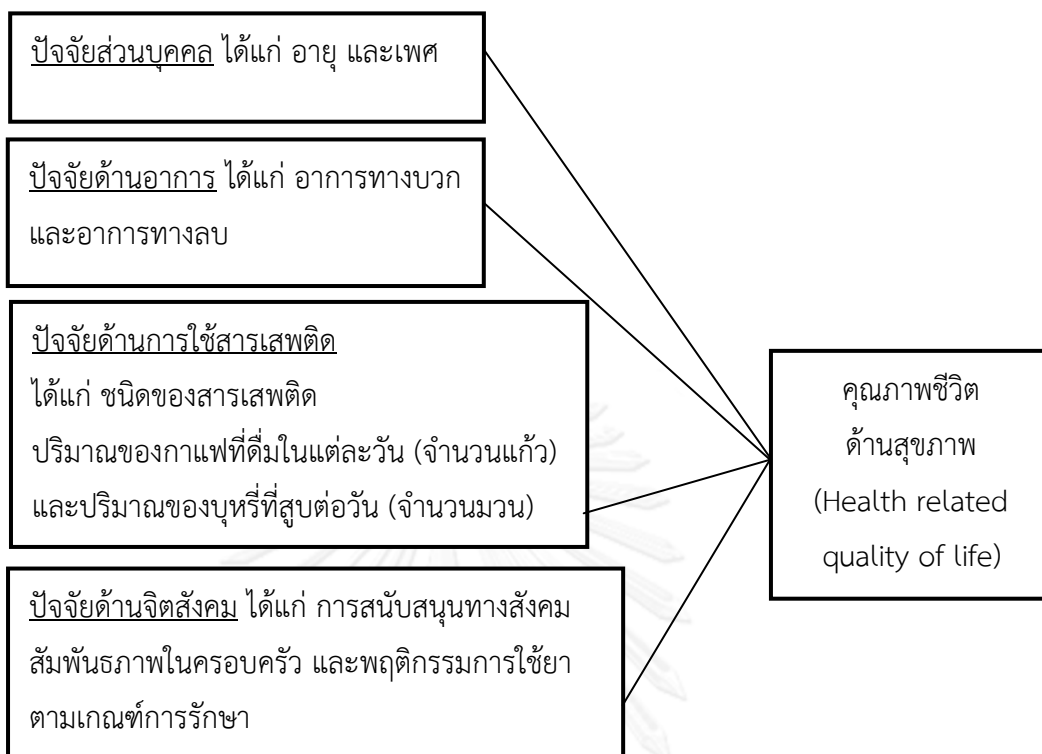
ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ที่ใช้สารเสพติด

Laudet et al. (2006) เป็นงานวิจัยเชิงความสัมพันธ์ภาคตัดขวาง ศึกษาความสัมพันธ์ของบทบาทการสนับสนุนทางสังคม จิตวิญญาณ ความเลื่อมใสทางศาสนา กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดในกรุงนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 353 คน ผลการศึกษาพบว่า บทบาทการสนับสนุนทางสังคม จิตวิญญาณ ความเลื่อมใสทางศาสนามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตกับผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาจนครบขั้นตอนของการรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ไม่ดี โดยที่มีหลายปัจจัยที่พบว่ามีสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงมีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและศึกษาปัจจัยดังกล่าวที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม ซึ่งมีกรอบแนวคิดดังจะนำเสนอในหัวข้อต่อไป

6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมโดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ได้แก่ 1) อายุ (Schaar and Ojehagen, 2003; Folsom et al., 2009) 2) เพศ (Carpentier et al., 2009) 3) อาการทางบวก (Eack and Newhill, 2007) 4) อาการทางลบ (Tomotake, 2011) 5) ชนิดของสารเสพติด (Schaar and Ojehagen, 2003) 6) ปริมาณของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว) (Benaiges et al., 2012) 7) ปริมาณของบุหรี่ที่สูบต่อวัน (จำนวนมวน) (Benaiges et al., 2012) 8) สัมพันธภาพในครอบครัว (Schaar and Ojehagen, 2003; Tan et al., 2004) 9) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Adelufosi et al., 2012; Alonso et al., 2009) และ 10) การสนับสนุนทางสังคม (Caron et al., 2005; Laudet et al., 2006) ซึ่งมีกรอบแนวคิด ดังนี้



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research Design) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม โดยมีขั้นตอนการศึกษาดังนี้

ประชากร

บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD 10) ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0 – F20.9) และมีการใช้สารเสพติดร่วม (F10-F19 ยกเว้น F17) และมีการดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนนานกว่า 6 เดือน ขณะเข้ารับบริการในคลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเฉพาะทาง สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตภาคกลาง

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม ขณะเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในคลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลเสนา โรงพยาบาลท่าเรือ โรงพยาบาลสามโคก และแผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในการคัดเลือกเข้าการวิจัย (Inclusion Criteria) มีดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม วินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD 10) รหัสการวินิจฉัย F20.0 – F20.9 ร่วมกับ F10-F19 (ยกเว้น F17) มีอายุในช่วงระหว่าง 18-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงซึ่งดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนเป็นระยะเวลาเวลานานกว่า 6 เดือน
2. สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ พูดคุยโต้ตอบ อ่านออกเสียง สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจได้และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยโดยการเซ็นยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย
3. ไม่มีลักษณะอาการแสดงทางจิตที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย เช่น หูแว่ว ประสาทหลอนขั้นรุนแรง เสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมรุนแรงที่เป็นอันตรายต่อทั้งตนเองและผู้อื่น
4. ไม่มีโรคแทรกซ้อนทางกายหรืออาการพิการทางร่างกายร่วมด้วย

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในการคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) มีดังนี้

- มีอาการทางจิตกำเริบขณะสัมภาษณ์

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีวิธีการคำนวณโดยใช้สูตรของ Thorndike (1978 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2552) ดังนี้

$$N = 10(k) + 50 \quad (N = \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง } K = \text{จำนวนของตัวแปรที่ศึกษา})$$

การศึกษานี้มีจำนวนตัวแปรทั้งหมด 11 ตัวแปร $N = (10 \times 11) + 50$ ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณคือ 160 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. กำหนดชั้นของโรงพยาบาลเป็น 4 ชั้นตามระดับของโรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลเฉพาะทาง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในเขตภาคกลาง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นสถานที่ในการเก็บข้อมูล โดยมีเกณฑ์คุณสมบัติในการเป็นสถานที่ในการเก็บข้อมูล คือเป็นโรงพยาบาลที่ยินยอมให้ความร่วมมือในการเป็นสถานศึกษาวิจัย มีคลินิกให้บริการผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารสนเทศเข้าร่วมโดยผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช คือ จิตแพทย์หรือผู้ปฏิบัติการขั้นสูงด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (Advance Practice Nursing: APN)

2. สุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เลือกโรงพยาบาลที่เป็นตัวแทนในแต่ละชั้นตามระดับของโรงพยาบาล และกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน (Quota) ตามจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ดังแสดงข้อมูลในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลในแต่ละระดับ

ชื่อโรงพยาบาล	ระดับ	จำนวนผู้ป่วยนอก	กลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สัดส่วน	กลุ่มตัวอย่างที่ใช้จริง
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	โรงพยาบาลเฉพาะทาง	1,585	121	*115
โรงพยาบาลสระบุรี	โรงพยาบาลศูนย์	253	19	20
โรงพยาบาลเสนา	โรงพยาบาลทั่วไป	154	12	15
โรงพยาบาลท่าเรือ	โรงพยาบาลชุมชน	112	8	10
โรงพยาบาลสามโคก				

* หมายเหตุ เนื่องจากระยะเวลาดำเนินการเก็บข้อมูลอยู่ในช่วงของเหตุการณ์ไม่ปกติมีการชุมนุมทางการเมืองในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการเดินทางมารับบริการของผู้ป่วย เป็นเหตุให้ไม่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาได้ครบถ้วนตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณ ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลอื่นๆ นอกเขตกรุงเทพมหานครเพิ่มเติมในจำนวนที่ขาดหายไป

3. หลังดำเนินการสุ่มโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่ในการเก็บข้อมูลแล้ว จึงดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมของโรงพยาบาลในแต่ละระดับโดยคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติของการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ซึ่งมีวิธีดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

3.1 ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมจากโรงพยาบาลที่ได้จากการสุ่มเป็นสถานที่ในการเก็บข้อมูลทุกโรงพยาบาล

3.2 ดำเนินการคัดเลือกผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทุกโรงพยาบาลที่มีข้อมูลการวินิจฉัยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมในเวชระเบียนและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยโดยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในช่วงเช้าของวันที่เดินทางไปเก็บรวบรวมข้อมูล

3.3 ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ซึ่งมารับบริการในวันที่ผู้วิจัยเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคนที่ 1 จนแล้วเสร็จแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคนต่อไปจนครบ 160 คน ในช่วงระยะเวลาที่กำหนด โดยก่อนที่ผู้วิจัยจะเริ่มเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจะศึกษาข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนของผู้ป่วยในวันเดียวกับที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการ เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับบริการของทุกโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่ในการเก็บข้อมูลจะเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับบริการตามนัดหมายของแพทย์ ยกเว้นผู้ป่วยที่ไม่ได้มาตามนัดแต่มารับบริการในวันที่ผู้วิจัยเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลจึงจะขออนุญาตศึกษาเวชระเบียนในช่วงที่ผู้ป่วยรอพบแพทย์ โดยผู้วิจัยเริ่มต้นเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคนที่ 1 ถึงคนที่ 10 จากโรงพยาบาลสามโคก เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างคนที่ 11 ถึงคนที่ 20 จากโรงพยาบาลท่าเรือ เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างคนที่ 21 ถึงคนที่ 35 จากโรงพยาบาลเสนา เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคนที่ 36 ถึงคนที่ 75 จากโรงพยาบาลสระบุรี เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคนที่ 76 ถึงคนที่ 160 จากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ทั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ซึ่งจะเก็บข้อมูลในวันจันทร์-ศุกร์ ช่วงเวลา 08.00-12.00 น. โดยเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลระดับโรงพยาบาลชุมชน 3 วัน ดังนี้ โรงพยาบาลสามโคก ระหว่างวันพุธ-ศุกร์ วันที่ 16-18 ตุลาคม 2556 โรงพยาบาลท่าเรือ ระหว่างวันจันทร์-พุธ วันที่ 21-23 ตุลาคม 2556 เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลทั่วไป 5 วัน ดังนี้ โรงพยาบาลเสนา ระหว่างวันจันทร์-ศุกร์ วันที่ 28 ตุลาคม ถึง 1 พฤศจิกายน 2556 เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลศูนย์ 5 วัน ดังนี้ โรงพยาบาลสระบุรี ระหว่างวันจันทร์-ศุกร์ วันที่ 4-8 พฤศจิกายน 2556 เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลระดับโรงพยาบาลจิตเวช 10 วัน ดังนี้ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ระหว่างวันจันทร์-ศุกร์ วันที่ 11-22 พฤศจิกายน 2556

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 8 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นครอบคลุมตัวแปรที่ศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้ 2 ตัวแปร คือ เพศและอายุ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ลักษณะข้อคำถามมี 3 ลักษณะ คือ คำถามแบบปลายปิดมีคำตอบให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือกจำนวน 2 ข้อ คำถามปลายปิดมีหลายคำตอบให้เลือกตอบจำนวน 2 ข้อ คำถามแบบปลายเปิดให้เติมข้อความจำนวน 2 ข้อ และคำถามแบบปลายปิดให้เลือกตอบและปลายเปิดให้เติมข้อความในข้อเดียวกันจำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการใช้สารเสพติด เป็นแบบบันทึกข้อมูลการใช้สารเสพติดของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นครอบคลุมตัวแปรที่ศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้ 3 ตัวแปร คือ ชนิดของสารเสพติด ปริมาณของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว) และปริมาณของบุหรี่ที่สูบต่อวัน (จำนวนมวน) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ลักษณะข้อคำถาม มี 3 ลักษณะ คือ คำถามแบบปลายปิดมีคำตอบให้เลือกตอบหลายตัวเลือกจำนวน 1 ข้อ คำถามแบบปลายเปิดให้เติมข้อความจำนวน 1 ข้อ และคำถามแบบปลายปิดให้เลือกตอบและปลายเปิดให้เติมข้อความในข้อเดียวกันจำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการทางบวก เป็นแบบประเมินอาการทางบวกที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบประเมินอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทฉบับภาษาไทย (PASS – T) ของ Kay, Fiszbein and Opler (1987) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (มปป.) เพื่อประเมินลักษณะอาการทางบวก (Positive symptoms) ของผู้ป่วย ซึ่งมีทั้งหมด 7 อาการ คือ อาการหลงผิด ความคิดสับสน อาการประสาทหลอน อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย ความคิดว่าตนมีความสามารถเกินความเป็นจริง และความรู้สึกระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย นิยมนำมาใช้วัดอาการทางจิตด้านอาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภทโดยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของอาการทางจิตด้านบวก

เครื่องมือนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 7 ระดับ ซึ่งกำหนดให้ผู้ตอบเลือกคำตอบเพียง 1 คำตอบ มีเกณฑ์ในการให้คะแนนในแต่ละข้อ ดังนี้

- 1 = ไม่มีอาการ
- 2 = มีอาการขั้นต่ำสุด
- 3 = มีอาการเล็กน้อย
- 4 = มีอาการปานกลาง
- 5 = มีอาการค่อนข้างรุนแรง
- 6 = มีอาการรุนแรง
- 7 = มีอาการรุนแรงมาก

การคิดค่าคะแนน ทำได้โดยคิดคะแนนรายข้อแล้วรวมเป็นคะแนนรวมของแบบประเมินซึ่งมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 7-49 คะแนน หากค่าคะแนนเฉลี่ยโดยนำคะแนนรวมทั้งหมดมาหารด้วยจำนวนข้อ (7 ข้อ) และแปรผลของระดับอาการทางบวกจากคะแนนเฉลี่ยเป็น 7 ระดับ ดังนี้

- คะแนนเฉลี่ย 6.50 - 7.00 หมายถึง มีอาการทางบวกอยู่ในระดับรุนแรงมาก
 คะแนนเฉลี่ย 5.50 - 6.49 หมายถึง มีอาการทางบวกอยู่ในระดับรุนแรง

คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.49 หมายถึง มีอาการทางบวกอยู่ในระดับค่อนข้างรุนแรง

คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง มีอาการทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง มีอาการทางบวกอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง มีอาการทางบวกอยู่ในระดับต่ำสุด

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง ไม่มีอาการทางบวก

เครื่องมือนี้ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ ได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ จากการศึกษาวิจัยเรื่องเครื่องมือวัดกลุ่มอาการทางบวกและลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (PANSS-T) การตรวจสอบความแม่นยำและความน่าเชื่อถือ (2543) โดยได้ทำการสัมภาษณ์ประสิทธิภาพของการนำเครื่องมือไปใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นจิตแพทย์จำนวน 30 ท่าน หลังจากนั้นนำมาตรวจสอบความครบถ้วนของเนื้อหาพบว่า เนื้อหามีความครบถ้วน โดยมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) เท่ากับ .89 และมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Inter - rater reliability) เท่ากับ .89

ส่วนที่ 4 แบบประเมินอาการทางลบ เป็นแบบประเมินอาการทางลบที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทฉบับภาษาไทย (PASS - T) ของ Kay, Fiszbein and Opler (1987) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (มปป.) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ เพื่อประเมินลักษณะอาการทางลบ (Negative symptoms) ของผู้ป่วย ซึ่งมีทั้งหมด 7 อาการ คือ อาการแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ การแยกตัวทางอารมณ์ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง อาการแยกตัวจากสังคม การมีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ และการคิดอย่างตายตัว นิยมนำมาใช้วัดอาการทางจิตด้านอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทโดยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของอาการทางจิตด้านลบ

เครื่องมือนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 7 ระดับ ซึ่งกำหนดให้ผู้ตอบเลือกคำตอบเพียง 1 คำตอบ มีเกณฑ์ในการให้คะแนนในแต่ละข้อดังนี้

1= ไม่มีอาการ

2 = มีอาการขั้นต่ำสุด

3 = มีอาการเล็กน้อย

4 = มีอาการปานกลาง

5 = มีอาการค่อนข้างรุนแรง

6 = มีอาการรุนแรง

7 = มีอาการรุนแรงมาก

การคิดค่าคะแนน ทำได้โดยคิดคะแนนรายข้อแล้วรวมเป็นคะแนนรวมของแบบประเมินซึ่งมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 7-49 คะแนน หากค่าคะแนนเฉลี่ยโดยนำคะแนนรวมทั้งหมดมาหารด้วยจำนวนข้อ (7 ข้อ) และแปรผลของระดับอาการทางลบจากคะแนนเฉลี่ยเป็น 7 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 6.50 - 7.00 หมายถึง มีอาการทางลบอยู่ในระดับรุนแรงมาก

คะแนนเฉลี่ย 5.50 - 6.49 หมายถึง มีอาการทางลบอยู่ในระดับรุนแรง

คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.49 หมายถึง มีอาการทางลบอยู่ในระดับค่อนข้างรุนแรง

คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง มีอาการทางลบอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง มีอาการทางลบอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง มีอาการทางลบอยู่ในระดับต่ำสุด

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง ไม่มีอาการทางลบ

เครื่องมือนี้ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ ได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ จากการศึกษาวิจัยเรื่องเครื่องมือวัดกลุ่มอาการทางบวกและลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (PANSS-T) การตรวจสอบความแม่นยำและความน่าเชื่อถือ (2543) โดยได้ทำการสัมภาษณ์ประสิทธิภาพของการนำเครื่องมือไปใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นจิตแพทย์จำนวน 30 ท่าน หลังจากนั้นนำมาตรวจสอบความครบถ้วนของเนื้อหาพบว่า เนื้อหามีความครบถ้วน โดยมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) เท่ากับ .72 และมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Inter-rater reliability) เท่ากับ .76

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยปรับมาจากแบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทจากรายงานการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของสาริณี โตะทอง และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2549) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัวจากวิทยานิพนธ์เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ของปริยศ กิตติธีระศักดิ์ (2547) ตามแนวคิดสัมพันธภาพในครอบครัวของอุมพร ตรังคสมบัติ (2544) ประกอบด้วยคำถามที่แสดงความคิดเห็นในด้านความผูกพันรักใคร่ การมีโอกาสแสดงความช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัว การมีคุณค่าแห่งตน ความรู้สึกเชื่อถือไว้วางใจ การได้รับคำแนะนำและการดูแลช่วยเหลือด้านวัตถุ การเงินและสิ่งของ

เครื่องมือนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งกำหนดให้ผู้ตอบเลือกคำตอบเพียง 1 คำตอบ มีเกณฑ์ในการให้คะแนนในแต่ละข้อดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
เป็นจริงมากที่สุด	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด	5
เป็นจริงส่วนมาก	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่	4
เป็นจริงปานกลาง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง	3
เป็นจริงเล็กน้อย	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเพียงเล็กน้อย	2
	หรือไม่เห็นด้วยเป็นส่วนใหญ่	
ไม่เป็นจริงเลย	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความทั้งหมด	1

การคิดค่าคะแนน ทำได้โดยคิดคะแนนรายข้อแล้วรวมเป็นคะแนนรวมของแบบสัมภาษณ์ซึ่งมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน หากค่าคะแนนเฉลี่ยโดยนำคะแนนรวมทั้งหมดมาหารด้วยจำนวนข้อ (12 ข้อ) และแปรผลของระดับสัมพันธภาพในครอบครัวจากคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง ระดับสัมพันธภาพในครอบครัวดีมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง ระดับสัมพันธภาพในครอบครัวดี

คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง ระดับสัมพันธภาพในครอบครัวปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง ระดับสัมพันธภาพในครอบครัวพอใช้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง ระดับสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี

เครื่องมือนี้ สาริณี โตะทอง และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากวิทยานิพนธ์เรื่อง ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (2549) โดยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความครบถ้วนของเนื้อหาพบว่า เนื้อหามีความครบถ้วน โดยมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) เท่ากับ .83 และได้นำเครื่องมือนี้ไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน พบว่ามีค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) α เท่ากับ .74

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยปรับมาจากแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท จากวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ของหงษ์บรรเทิงสุข (2545) ที่ดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของจิราพรอมราภิบาล (2536) สร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer et al. (1981) ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร และ 3) ด้านทรัพยากร

เครื่องมือนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามที่เป็นข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อคำถามข้อที่ 1 - 4 และข้อคำถามข้อที่ 6 - 15 ส่วนข้อคำถามที่เป็นข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อคำถามข้อที่ 5 โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งกำหนดให้ผู้ตอบเลือกคำตอบเพียง 1 คำตอบ มีเกณฑ์ในการให้คะแนนในแต่ละข้อ ดังนี้

ข้อความ	คะแนนด้านบวก	คะแนนด้านลบ
ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริง/ความรู้สึกของท่านมากที่สุด	5	1
ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริง/ความรู้สึกของท่านเป็นส่วนมาก	4	2
ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริง/ความรู้สึกของท่านปานกลาง	3	3
ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริง/ความรู้สึกของท่านเล็กน้อย	2	4
ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริง/ความรู้สึกของท่านเลย	1	5

การคิดค่าคะแนน ทำได้โดยคิดคะแนนรายข้อแล้วรวมเป็นคะแนนรวมของแบบสัมภาษณ์ซึ่งมีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15-75 คะแนน หากค่าคะแนนเฉลี่ยโดยนำคะแนนรวมทั้งหมดมาหารด้วยจำนวนข้อ (15 ข้อ) และแปรผลของระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง ไม่ได้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเลย

เครื่องมือนี้ หงษ์ บันเทิงสุข ได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ จากวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ (2545) โดยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน ตรวจสอบความครบถ้วนของเนื้อหาพบว่า เนื้อหา มีความ

ครบถ้วน โดยมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) เท่ากับ .86 และได้นำเครื่องมือนี้ไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน พบว่ามีค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) α เท่ากับ .81

ส่วนที่ 7 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ผู้วิจัยปรับมาจาก แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทจากรายงานการวิจัยเรื่อง ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของสรินทร์ เชี่ยวโสธร (2546) ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ Farragher (1999) และการศึกษาของ เพชรคันธสายบัว (2544) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ จำแนกออกเป็นองค์ประกอบของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา 2 ด้าน คือ 1) ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง ใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ ใช้ยาถูกต้องตามเวลาไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเอง ได้แก่ คำถามข้อที่ 1-8 2) ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ได้แก่ คำถามข้อที่ 9-16

เครื่องมือนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบ ข้อคำถามที่เป็นข้อความทางบวก ได้แก่ คำถามข้อที่ 4, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 16 และคำถามที่เป็นข้อความทางลบ ได้แก่ คำถามข้อที่ 1, 2, 3, 5, 8, 12, 15 โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งกำหนดให้ผู้ตอบเลือกคำตอบเพียง 1 คำตอบ มีเกณฑ์ในการให้คะแนนในแต่ละข้อ ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนนด้านบวก	คะแนนด้านลบ
เป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน หรือทุกครั้งที่มีเหตุการณ์นั้นๆ	5	1
บ่อยครั้ง	ปฏิบัติเกือบทุกวัน (สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง) หรือเกือบทุกครั้งที่มีเหตุการณ์ (มากกว่า 2 ใน 3 ของทุกครั้งที่เกิดเหตุการณ์นั้น)	4	2
บางครั้ง	ปฏิบัติเดือนละครั้งหรือมากกว่า 1 ใน 3 ของจำนวนครั้งที่เกิดเหตุการณ์นั้น	3	3
นานๆครั้ง	นานๆปฏิบัติสักครั้งหนึ่ง (น้อยกว่า เดือนละ 1 ครั้ง หรือน้อยกว่า 1 ใน 3 ของจำนวนครั้งที่เกิดเหตุการณ์นั้น)	2	4
ไม่เคย	ไม่เคยปฏิบัติเลย	1	5

การคิดค่าคะแนน ทำได้โดยคิดคะแนนรายข้อแล้วรวมเป็นคะแนนรวมของแบบสัมภาษณ์ซึ่งมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 16-80 คะแนน หากค่าคะแนนเฉลี่ยโดยนำคะแนนรวมทั้งหมดมาหารด้วยจำนวนข้อ (16 ข้อ) และแปรผลของระดับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจากคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดีมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำสุด

เครื่องมือนี้ สรินทร เชี่ยวโสธร ได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (2546) โดยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่านตรวจสอบความครบถ้วนของเนื้อหาพบว่า เนื้อหา มีความครบถ้วน โดยมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) เท่ากับ .90 และได้นำเครื่องมือนี้ไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน พบว่ามีค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) α เท่ากับ .87

ส่วนที่ 8 แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับภาษาไทย (Thai SF-36)

เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับภาษาไทยที่ผู้วิจัยปรับมาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามธิบดี ของ Kongsakorn and Silpakit (2000) ซึ่งพัฒนาปรับปรุงมาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Ware and Sherbourne (1992) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ แบ่งเป็น 8 มิติย่อย ประกอบด้วย 1) Physical functioning เป็นการรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางด้านร่างกาย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ 2) Role limitation due to physical problems การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาอันเนื่องมาจากสุขภาพทางด้านร่างกายต่อปัญหาเกี่ยวกับการทำงานหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ 3) Bodily pain การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อความทุกข์ทรมานและความเจ็บปวดที่รับรู้ทางด้านร่างกาย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ 4) General health perception การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อภาวะสุขภาพโดยทั่วไปที่ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของแต่ละบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ 5) Vitality การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อการรับรู้ถึงความรู้สึกเหนื่อยล้าหรือความรู้สึกกระปรี้กระเปร่าของแต่ละบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ 6) Social functioning การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ 7) Mental health การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อการรับรู้ถึงสภาวะอารมณ์และความรู้สึกทางจิตใจของแต่ละบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ และ 8) Role limitation due to emotional problem การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาจากปัญหาด้านจิตใจและสุขภาพจิตต่อปัญหาเกี่ยวกับการทำงานหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ นอกจากนี้มีข้อคำถามเกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพ โดยทั่วไปใน 1 ปีที่ผ่านมาจำนวน 1 ข้อซึ่งไม่นำมาคิดค่าคะแนน

เครื่องมือนี้ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ เป็นลักษณะข้อคำถามแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้เลือกคำตอบเพียง 1 คำตอบ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ โดยให้เลือกคำตอบเพียง 1 คำตอบ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบมาตรวัดประมาณค่า 6 ระดับ โดยให้เลือกคำตอบเพียง 1 คำตอบ จำนวน 9 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบให้เลือกตอบใช่/ไม่ใช่จำนวน 7 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนของข้อคำถามแต่ละข้อดังแสดงในภาคผนวก จ (การคิดค่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ)

การคิดค่าคะแนน ทำได้โดยคิดจากคะแนนดิบโดยแปลงคะแนนจากแบบประเมิน (สูตรการแปลงคะแนนดังแสดงในภาคผนวก จ) จากนั้นนำคะแนนแต่ละคำถามในมิติเดียวกันมารวมกัน คะแนนแต่ละมิติจะอยู่ในช่วงตั้งแต่ 0-100 ความหมาย คะแนนสูงแสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี คะแนนต่ำแสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ต่ำกว่า คำถามข้อที่ 2 ซึ่งถามเกี่ยวกับระดับสุขภาพโดยทั่วไปเมื่อเทียบกับปีที่แล้วจะไม่นำมาคำนวณคะแนนแต่จะนำมาเปรียบเทียบเป็นร้อยละของผู้ตอบข้อเลือกในแต่ละข้อซึ่งมีการแปรผลคะแนนออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้

50 – 100 คะแนน	หมายถึง	มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับดี
0 – 49 คะแนน	หมายถึง	มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับไม่ดี

เครื่องมือนี้ Kongsakorn and Silpakit (2000) ได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากการศึกษาวิจัยเรื่อง The version of the medical outcome study 36 items short form health survey: an instrument for measuring clinical result in mental disorder patients (2000) โดยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านตรวจสอบความครบถ้วนของเนื้อหาพบว่า เนื้อหามีความครบถ้วน โดยมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) เท่ากับ .80 และได้นำเครื่องมือนี้ไปใช้กับผู้ป่วยจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามธิบดีจำนวน 100 คน พบว่ามีค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) α เท่ากับ 92

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทุกชุดไปขอความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน ซึ่งมีประสบการณ์ในด้านการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมระยะเวลาอย่างน้อย 5 ปี อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน ซึ่งมีประสบการณ์ในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมระยะเวลาอย่างน้อย 5 ปี พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ใหญ่จำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีประสบการณ์ในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมระยะเวลาอย่างน้อย 5 ปี (ดังแสดงรายละเอียดในภาคผนวก ก) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยได้มีการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมข้อคำถามบางข้อเพื่อให้มีความเหมาะสมในการนำเครื่องมือไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

เครื่องมือส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อที่ 5 เพิ่มตัวเลือกว่างงาน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ

ข้อที่ 8 มีการระบุชนิดของสารเสพติดที่ใช้

เครื่องมือส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการใช้สารเสพติด

ข้อที่ 2 มีการเพิ่มข้อคำถาม “ความถี่ของการใช้สารเสพติด”

ข้อที่ 3 มีการเพิ่มข้อคำถาม “ปริมาณของการใช้สารเสพติด”

ข้อที่ 6 มีการเพิ่มข้อคำถาม “จำนวนขวดของเครื่องดื่มชูกำลังที่ดื่มในแต่ละวัน”

เครื่องมือส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว

ข้อที่ 9 จากข้อคำถามเดิม “สมาชิกในครอบครัวของท่านมีกฎเกณฑ์ที่ต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ” แก้เป็น “สมาชิกในครอบครัวของท่านมีกฎเกณฑ์ภายในบ้านที่ต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ”

ข้อที่ 10 จากข้อคำถามเดิม “ถ้าขาดรายได้หรือมีปัญหาเรื่องเงินสมาชิกในครอบครัวสามารถช่วยเหลือท่านได้” แก้เป็น “ถ้าขาดรายได้หรือมีปัญหาเรื่องเงินหรือขาดสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นสมาชิกในครอบครัวสามารถช่วยเหลือท่านได้”

เครื่องมือส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม

ข้อที่ 2 จากข้อคำถามเดิม “ท่านได้รับการดูแลช่วยเหลือเมื่อท่านไม่สบายใจ” แก้เป็น “ท่านได้รับการช่วยเหลือเมื่อท่านไม่สบายใจ”

ข้อที่ 7 จากข้อคำถามเดิม “ท่านได้รับทราบอาการเกี่ยวกับโรคของท่าน” แก้เป็น “ท่านได้รับข้อมูลอาการเกี่ยวกับโรคของท่าน”

ข้อที่ 8 จากข้อคำถามเดิม “ท่านได้รับทราบเกี่ยวกับวิธีการรักษาโรคของท่าน” แก้เป็น “ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาโรคของท่าน”

ข้อที่ 9 จากข้อคำถามเดิม “ท่านได้รับทราบเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคของท่าน” แก้เป็น “ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคของท่าน”

ภายหลังการปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิตั้งแสดงข้างต้น ผู้วิจัยมีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ด้วยการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) ของเครื่องมือจำนวน 6 ชุด (ยกเว้นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกข้อมูลการใช้สารเสพติดเนื่องจากลักษณะข้อคำถามของเครื่องมือทั้ง 2 ชุดไม่ใช่แบบมาตรวัดประมาณค่า) โดยถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป ใช้สูตรที่พัฒนาขึ้นโดย Hambleton et al. (1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2555) ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

แบ่งระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเป็น 4 ระดับ คือ

4	หมายถึง	คำถามมีความสอดคล้องกับคำจำกัดความ
3	หมายถึง	คำถามต้องปรับปรุงเล็กน้อยจึงสอดคล้องกับคำจำกัดความ
2	หมายถึง	คำถามต้องปรับปรุงมากจึงสอดคล้องกับคำจำกัดความ
1	หมายถึง	คำถามไม่สอดคล้องกับคำจำกัดความ

รายละเอียดของความตรงเชิงเนื้อหา และโครงสร้างจำนวนข้อคำถามผู้วิจัยของเครื่องมือวิจัยแต่ละชุด ได้นำเสนอในตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) และเปรียบเทียบโครงสร้างของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยก่อนและหลังผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ

เครื่องมือ	ค่า CVI	จำนวนข้อของเครื่องมือ	
		ก่อนผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ (ข้อ)	หลังผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ (ข้อ)
แบบประเมินอาการทางบวก	1.00	7	7
แบบประเมินอาการทางลบ	1.00	7	7
แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว	1.00	12	12
แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม	.80	15	15
แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	.94	16	16
แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	1.00	36	36

จากตารางที่ 2 พบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทุกชุดมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาตั้งแต่ .80 ขึ้นไป หมายถึงเครื่องมือทุกชุดมีความสอดคล้องกับค่านิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปร ซึ่งมีความเหมาะสมในการนำมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

การหาความเที่ยง (Reliability)

การวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ทำได้โดยนำข้อคำถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม ที่มารับการรักษาในคลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ซึ่งมีคุณสมบัติตรงกับคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย (Inclusion criteria) จำนวน 30 ราย ระหว่างวันที่ 16 - 24 กันยายน 2556 (เก็บข้อมูลวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 08.00-12.00 น.) หลังจากนั้นตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วลงคะแนนตามที่กำหนดไว้ และวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยแบบประเมินอาการทางบวก แบบประเมินอาการทางลบ แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมและแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจากการทดลองใช้และจากการใช้จริง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเปรียบเทียบเมื่อนำเครื่องมือไปทดลองใช้และเมื่อใช้จริง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	ค่าความเที่ยง	
	ทดลองใช้ (N=30)	ใช้จริง (N=150)
แบบประเมินอาการทางบวก	.91	.96
แบบประเมินอาการทางลบ	.93	.96
แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว	.91	.90
แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม	.83	.84
แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	.81	.86
แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	.96	.94

จากตารางที่ 3 ในการนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า พบว่าเครื่องมือทุกชุด มีค่าความเที่ยงมากกว่า .80 จึงถือว่ามีความเหมาะสมในการนำมาใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

หลังจากผู้วิจัยนำข้อมูลไปทดลองใช้แล้วพบว่า มีปัญหาบางประการ ผู้วิจัยจึงได้ทำการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้งก่อนนำเครื่องมือไปใช้จริง โดยมีรายละเอียดของการแก้ไข ดังนี้

นำข้อคำถามข้อที่ 8 ในเครื่องมือส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลไปไว้เป็นข้อคำถามข้อที่ 1 ในเครื่องมือส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการใช้สารเสพติด เนื่องจากข้อคำถามดังกล่าวมีเนื้อหาสอดคล้องกับแบบบันทึกข้อมูลการใช้สารเสพติดมากกว่าแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

เครื่องมือส่วนที่ 7 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ข้อ 9 -13 และข้อ 16 เพิ่มข้อความ “หรือหากมี” ในวงเล็บ

ข้อ 15 เพิ่มข้อความ “หรือหากยาหมด” ในวงเล็บ

หลังจากดำเนินการเก็บข้อมูลจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงใหม่อีกครั้ง ดังแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 3 (ความเที่ยงใช้จริง) ซึ่งในการนำเครื่องมือไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า เครื่องมือทุกชุดมีค่าความเที่ยงมากกว่า .80 ซึ่งเป็นการสนับสนุนว่าเครื่องมือทุกชุดมีความเหมาะสมในการนำมาใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างวันที่ 16 ตุลาคม – 22 พฤศจิกายน 2556 โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยขอหนังสือขอเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยและหนังสือขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ส่งไปยังผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลเสนา โรงพยาบาลสามโคกและโรงพยาบาลท่าเรือ

2. ขั้นตอนดำเนินการ

2.1 หลังจากได้หนังสือขอเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยและหนังสือขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยส่งหนังสือดังกล่าวพร้อมโครงร่างวิจัยฉบับย่อถึงผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลเสนา โรงพยาบาลสามโคกและโรงพยาบาลท่าเรือ เพื่อขอจริยธรรมการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนของแต่ละโรงพยาบาล

2.2 ภายหลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนและได้รับการอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และผู้รับผิดชอบงานคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลเสนา โรงพยาบาลสามโคกและโรงพยาบาลท่าเรือเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และนัดแนะวันเวลาของการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย

2.3 ผู้วิจัยดำเนินการและประสานงานกับหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และผู้รับผิดชอบงานคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลเสนา โรงพยาบาลสามโคกและโรงพยาบาลท่าเรือในการเก็บข้อมูล โดยดำเนินการ ดังนี้

2.3.1 เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกและคลินิกจิตเวช ในช่วงเวลาดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างโดยดูจากเวชระเบียนในช่วงเข้าก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษา เพื่อดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

2.3.2 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่มาเข้ารับบริการซึ่งมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) เพื่อแนะนำตัวและแจ้งวัตถุประสงค์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

2.4 หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว นำข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์จำนวน 160 ชุด หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์แล้วไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากที่ผู้วิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาและโรงพยาบาลสระบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน และได้รับหนังสือตอบกลับอนุญาตให้สามารถไปเก็บข้อมูลการวิจัยจากโรงพยาบาลเสนา โรงพยาบาลท่าเรือ และโรงพยาบาลสามโคกแล้ว จากนั้นผู้วิจัยจึงขอพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ขอความร่วมมือในการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในงานวิจัย โดยแจ้งว่าการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการได้รับบริการพยาบาลหรือการเข้ารับการรักษาแต่อย่างใด ในระหว่างการทำวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยจนครบตามเวลา สามารถบอกเลิกได้โดยไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการหรือการรักษาที่ได้รับ ข้อมูลต่างๆที่ได้จากการทำวิจัยในครั้งนี้ถือเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง ทั้งนี้ในแบบสอบถามทุกชุดมีการกำหนดเพียงรหัสของแบบสอบถามเท่านั้นเพื่อป้องกันการระบุกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลและหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS มีขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล (เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้) และข้อมูลการใช้สารเสพติด (ชนิดของสารเสพติดที่ใช้ ความถี่ของการใช้สารเสพติด ปริมาณของบุหรี่ที่สูบต่อวัน (จำนวนมวน)) วิเคราะห์โดยการแจกแจงค่าความถี่และร้อยละ

2. ข้อมูลส่วนบุคคล (อายุ และระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท) ข้อมูลการใช้สารเสพติด (ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด ปริมาณของสารเสพติดที่ใช้ ปริมาณของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว) และจำนวนขวดของเครื่องดื่มชูกำลังที่ดื่มในแต่ละวัน) วิเคราะห์โดยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ หาค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. อาการทางบวก อาการทางลบ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หาค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของแต่ละแบบวัด

4. วิเคราะห์ความแตกต่างของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดต่างชนิดกันด้วยสถิติทดสอบวิเคราะห์หาค่าความแปรปรวนแบบทางเดียว (One - way Analysis of Variance: ANOVA) และสถิติ Eta โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรเพศ อายุ ปริมาณของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว) ปริมาณของบุหรี่ที่สูบต่อวัน (จำนวนมวน) คะแนนอาการทางลบ อาการทางบวก การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เปรียบเทียบค่าความสัมพันธ์ r โดยใช้เกณฑ์ดังนี้ (Davis, 1992 อ้างถึงใน รัตนศิริ ทาโต, 2552) เมื่อ r มีค่า $> .70$ แสดงว่า ระดับความสัมพันธ์สูงมาก

.50 – .69	แสดงว่า ระดับความสัมพันธ์สูง
.30 – .49	แสดงว่า ระดับความสัมพันธ์ปานกลาง
.10 – .29	แสดงว่า ระดับความสัมพันธ์ต่ำ
.01 – .09	แสดงว่า ระดับความสัมพันธ์แทบจะไม่สัมพันธ์กันเลย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม โดยผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการใช้สารเสพติด

ตอนที่ 2 ข้อมูลอาการทางบวก อาการทางลบ สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ตอนที่ 3 ข้อมูลคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมซึ่งใช้สารเสพติดต่างชนิดกัน

ตอนที่ 4 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ ปริมาณของบุหรี่ที่สูบต่อวัน (จำนวนมวน) ปริมาณของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว) อาการทางบวก อาการทางลบ สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางต่างๆ มีการใช้สัญลักษณ์ ดังนี้

Mean	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย
S.D.	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
Min	หมายถึง	ค่าต่ำสุด
Max	หมายถึง	ค่าสูงสุด
P	หมายถึง	ระดับของความมีนัยสำคัญ
D.F.	หมายถึง	ค่าองศาเสรี
SS	หมายถึง	ค่าผลบวกกำลังสอง
MS	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยกำลังสอง

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการใช้สารเสพติด

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลการใช้สารเสพติด ด้านชนิดของสารเสพติด ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด ความถี่ของการใช้สารเสพติด ปริมาณของสารเสพติดที่ใช้ ปริมาณของบุหรี่ที่สูบต่อวัน (จำนวนมวน) ปริมาณของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว) จำนวนขวดของเครื่องดื่มชูกำลังที่ดื่มในแต่ละวัน โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม โดยนำเสนอในรูปแบบของตาราง ดังนี้

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมจำแนกตามเพศ อายุ และสถานภาพสมรส (n = 160)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ความถี่	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	122	76.3
หญิง	38	23.7
อายุ		
	Min = 18, Max = 59	Mean = 37.56 , S.D. = 9.45
11 – 20 ปี	6	3.8
21 – 30 ปี	32	20.0
31 – 40 ปี	65	40.6
41 – 50 ปี	38	23.7
51 – 60 ปี	19	11.9
สถานภาพสมรส		
โสด	102	63.7
คู่	20	12.5
หม้าย	6	3.8
หย่า/ร้าง/แยก	32	20.0

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 76.3) มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี (ร้อยละ 40.6) รองลงมาคือช่วงอายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 23.7) มีอายุน้อยสุด 18 ปี อายุมากที่สุด 59 ปี อายุเฉลี่ย 37.56 ปี (S.D. = 9.45) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 63.7) รองลงมาคือสถานภาพสมรส หย่า/ร้าง/แยก (ร้อยละ 20.0)

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมจำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้และระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท (n = 160)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	6	3.8
ประถมศึกษา	67	41.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	48	30.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	24	15.0
อนุปริญญา/ปวศ.	11	6.9
ปริญญาตรี	4	2.5
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	62	38.7
รับจ้าง	64	40.0
ค้าขาย	13	8.1
เกษตรกรรม	9	5.6
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	1.9
งานบ้าน	1	0.6
ธุรกิจส่วนตัว	6	3.8
นักศึกษา	2	1.3
ความพอเพียงของรายได้ต่อเดือน		
ไม่เพียงพอ	71	44.4
เพียงพอ	89	55.6
ระยะเวลาป่วยด้วยโรคจิตเภท		
	Min = 1, Max = 33	Mean = 9.07, S.D. = 7.97
ต่ำกว่า 5 ปี	73	45.6
5-10 ปี	38	23.8
11-15 ปี	12	7.5
16-20 ปี	22	13.7
21-25 ปี	8	5
26-30 ปี	4	2.5
มากกว่า 30 ปี	3	1.9

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 41.8) รองลงมาคือจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 30.0) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 40.0) รองลงมาคือไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 38.7) ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนเพียงพอ (ร้อยละ 55.6) เมื่อพิจารณาระยะเวลาที่เจ็บป่วย

ด้วยโรคจิตเภทพบว่า ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นระยะเวลาต่ำกว่า 5 ปี (ร้อยละ 45.6) รองลงมาเป็นระยะเวลา 5-10 ปี (ร้อยละ 23.8) ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทน้อยที่สุด 1 ปี มากที่สุด 33 ปี โดยมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเฉลี่ย 9.07 ปี (SD = 7.97)

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมจำแนกตามชนิดของสารเสพติด ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด ความถี่ของการใช้สารเสพติด และปริมาณของสารเสพติดที่ใช้ (n = 160)

ข้อมูลการใช้สารเสพติด	ความถี่	ร้อยละ
ชนิดของสารเสพติด		
ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	108	67.5
เหล้า 35 ดีกรี	35	21.9
เหล้าขาว 40 ดีกรี	40	25
เบียร์	33	20.6
ใช้สารเสพติดชนิดอื่น	39	24.4
กัญชา	3	1.9
ยาบ้า	36	22.5
ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และใช้สารเสพติดชนิดอื่น	13	8.1
เหล้าขาว 35 ดีกรี และยาบ้า	8	5.0
เบียร์และยาบ้า	5	3.1
ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด	Min = 1, Max = 20	Mean = 5.98 ,SD = 4.52
ต่ำกว่า 5 ปี	79	49.4
5-10 ปี	62	38.8
11-15 ปี	11	6.8
16-20 ปี	8	5.0
ความถี่ของการใช้สารเสพติด		
สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง	59	36.8
สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง	46	28.8
สัปดาห์ละ 5-6 ครั้ง	9	5.6
ทุกวัน	46	28.8

ข้อมูลการใช้สารเสพติด	ความถี่	ร้อยละ
ปริมาณสารเสพติดที่ใช้		
เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ดื่มมาตรฐาน/ครั้ง)	121 Min = 1, Max = 20	100.0 Mean = 6.45, S.D. = 4.12
1-5.5	65	53.7
6-10.5	28	23.1
11-15.5	19	15.8
16-20.5	9	7.4
ยาบ้า (เม็ด/ครั้ง)	49 Min = 1, Max = 3	100.0 Mean = 1.71, S.D. = .55
1	19	38.8
2	25	51.0
3	5	10.2
กัญชา (บ้อง/ครั้ง)	3 Min = 1, Max = 2	100.0 Mean = 1.33, S.D. = .44
1	2	66.7
2	1	33.3

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดรวมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการใช้สารเสพติดประเภทเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพียงอย่างเดียวมากที่สุด (ร้อยละ 67.5) จำแนกเป็นการใช้เหล้าขาว 40 ดีกรี (ร้อยละ 25) รองลงมาคือเหล้าขาว 35 ดีกรี (ร้อยละ 21.9) และเบียร์ (ร้อยละ 20.6) ตามลำดับ รองลงมาคือใช้สารเสพติดชนิดอื่นเพียงอย่างเดียว (ร้อยละ 24.4) ประเภทของสารเสพติดชนิดอื่นที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด คือ ยาบ้า (ร้อยละ 22.5) และกัญชา (ร้อยละ 1.9) สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เหลือ เป็นผู้ใช้สารเสพติดมากกว่า 1 อย่างร่วมกัน คิดเป็นร้อยละ 8.1 จำแนกเป็นใช้เหล้าขาว 35 ดีกรีร่วมกับยาบ้า ร้อยละ 5 และเบียร์ร่วมกับยาบ้าร้อยละ 3.1 ส่วนใหญ่ใช้สารเสพติดเป็นระยะเวลาต่ำกว่า 5 ปี (ร้อยละ 49.4) รองลงมาใช้สารเสพติดเป็นระยะเวลา 5-10 ปี (ร้อยละ 42.5) ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติดน้อยที่สุด 1 ปี มากที่สุด 20 ปี โดยมีระยะเวลาในการใช้สารเสพติดเฉลี่ย 5.98 ปี (S.D. = 4.52) ความถี่ของการใช้สารเสพติด ส่วนใหญ่ใช้สารเสพติดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง (ร้อยละ 36.8) รองลงมาคือใช้สารเสพติดสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง และใช้สารเสพติดทุกวัน จำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 28.8) ปริมาณของการใช้สารเสพติด เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่ดื่ม 1-5.5 ดื่มมาตรฐานต่อครั้ง (ร้อยละ 53.7 ของผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ทั้งหมด) โดยเฉลี่ยดื่มครั้งละ 6.45 ดื่มมาตรฐาน (S.D.=4.12) ยาบ้า ส่วนใหญ่ใช้ครั้งละ 2 เม็ดต่อครั้ง (ร้อยละ 51 ของผู้ที่ไชยาบ้าทั้งหมด) โดยเฉลี่ยใช้ครั้งละ 1.71 เม็ด (S.D.= .55) กัญชา สูบ 1 บ้องต่อครั้ง (ร้อยละ 66.7 ของผู้ที่สูบกัญชาทั้งหมด) โดยเฉลี่ยสูบครั้งละ 1.33 บ้อง (S.D.= .44)

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม จำแนกตามปริมาณของบุหรี่ที่สูบต่อวัน (จำนวนมวน) การดื่มกาแฟและปริมาณของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนขวด) การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง และจำนวนขวดของเครื่องดื่มชูกำลังที่ดื่มในแต่ละวัน (n=160)

ข้อมูลการใช้สารเสพติด	ความถี่	ร้อยละ
การสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	14	8.8
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	15	9.4
สูบ	131	81.8
สูบ 1-14 มวน/วัน	55	34.3
สูบ 15-24 มวน/วัน	66	41.2
สูบ 25 มวน/วัน	10	6.3
การดื่มกาแฟ	Min = 0, Max = 7	Mean = 2.33 ,S.D. = 1.39
ไม่ดื่ม	64	40.0
ดื่ม	96	60.0
1 แก้ว (120 cc.)	37	23.1
1.5 แก้ว (180 cc.)	14	8.8
2 แก้ว (240 cc.)	30	18.8
3 แก้ว (360 cc.)	10	6.3
4 แก้ว (480 cc.)	2	1.2
5 แก้ว (600 cc.)	2	1.2
7 แก้ว (840 cc.)	1	0.6
การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง	Min = 0, Max = 4	Mean = 1.34 ,S.D. = 0.69
ไม่ดื่ม	75	47.5
ดื่ม	85	52.5
1 ขวด	61	37.7
2 ขวด	21	13.0
3 ขวด	1	0.6
4 ขวด	2	1.2

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดรวมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ สูบบุหรี่ (ร้อยละ 81.8) โดยสูบ 15-24 มวนต่อวัน (ร้อยละ 41.2 ของผู้ที่สูบบุหรี่ทั้งหมด) รองลงมา คือ 1-14 มวนต่อวัน (ร้อยละ 34.3 ของผู้ที่สูบบุหรี่ทั้งหมด) และเมื่อพิจารณาการดื่มกาแฟ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ดื่มกาแฟ (ร้อยละ 60) โดยดื่มจำนวน 1 แก้วต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 23.1 ของผู้ที่ดื่มกาแฟทั้งหมด มีค่าเฉลี่ยจำนวนแก้วของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวันเท่ากับ 2.33 แก้ว (S.D. = 1.39) ส่วนใหญ่ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง (ร้อยละ 52.5) โดยดื่มวันละ 1 ขวดเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 37.7) และมีค่าเฉลี่ยการดื่มเครื่องดื่มชูกำลังต่อวันเท่ากับ 1.34 ขวด (S.D. = 0.69)



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตอนที่ 2 ข้อมูลอาการทางบวก อาการทางลบ สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการทางบวก อาการทางลบ สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม โดยนำเสนอในรูปแบบของตาราง ดังนี้

ตารางที่ 8 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนอาการทางบวก อาการทางลบ สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม (n=160)

ตัวแปร	Min/Max	Mean	S.D.	Level
อาการทางบวก	1/5.43	1.99	1.30	ต่ำสุด
อาการทางลบ	1/6	1.94	1.13	ต่ำสุด
สัมพันธภาพในครอบครัว	1/5	3.52	0.85	ดี
การสนับสนุนทางสังคม	1.67/5	3.73	0.59	มาก
พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	2.13/5	4.02	0.61	ดี

จากตารางที่ 8 พบว่า อาการทางบวก มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 1-7 คะแนน โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนอาการทางบวกต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนน และค่าคะแนนอาการทางบวกสูงสุดเท่ากับ 5.43 คะแนน โดยมีค่าคะแนนอาการทางบวกเฉลี่ยเท่ากับ 1.99 คะแนน (S.D. = 1.30) ซึ่งถือว่ามีอาการทางบวกอยู่ในระดับต่ำสุด

อาการทางลบ มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 1-7 คะแนน โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนอาการทางลบต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนน และค่าคะแนนอาการทางลบสูงสุดเท่ากับ 6 คะแนน โดยมีค่าคะแนนอาการทางลบเฉลี่ยเท่ากับ 1.94 คะแนน (S.D. = 1.13) ซึ่งถือว่ามีอาการทางลบอยู่ในระดับต่ำสุด

สัมพันธภาพในครอบครัว มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 1-5 คะแนน โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนน และค่าคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวสูงสุดเท่ากับ 5 คะแนน โดยมีค่าคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 คะแนน (S.D. = 0.85) ซึ่งถือว่ามีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี

การสนับสนุนทางสังคมมีค่าคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 1-5 คะแนน โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมต่ำสุดเท่ากับ 1.67 คะแนน และค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมสูงสุดเท่ากับ 5 คะแนน โดยมีค่าคะแนน

การสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ยเท่ากับ 3.73 คะแนน (S.D. = 0.59) ซึ่งถือว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีค่าคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 1-5 คะแนน โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาต่ำสุดเท่ากับ 2.13 คะแนน และค่าคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงสุดเท่ากับ 5 คะแนน โดยมีค่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเฉลี่ยเท่ากับ 4.02 คะแนน (S.D. = 1.30) ซึ่งถือว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับดี

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม (n=160)

ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	ความถี่	ร้อยละ
ระดับดี (50-100 คะแนน)	134	83.75
ระดับไม่ดี (0-49.9 คะแนน)	26	16.25
รวม	160	100

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 83.75

ตารางที่ 10 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม (n=160)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	Min/Max	Mean	S.D.	Level
ด้านการทำหน้าที่ทางร่างกาย	10/100	85.63	15.35	ดี
ด้านข้อจำกัดการทำบพาทเนื่องจากปัญหาด้านร่างกาย	50/100	74.06	22.24	ดี
ด้านความเจ็บปวด	20/100	76.69	22.81	ดี
ด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป	20/100	63.95	17.18	ดี
ด้านความมีชีวิตชีวา	25/95.83	65.96	14.97	ดี
ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม	30/100	75.19	21.37	ดี
ด้านภาวะสุขภาพจิต	16.7/100	67.54	18.75	ดี
ด้านข้อจำกัดการทำบพาทเนื่องจากปัญหาด้านสุขภาพจิต	50/100	72.60	22.38	ดี
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	29.4/95.8	72.01	13.82	ดี

จากตารางที่ 10 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 72.01 (S.D. = 13.82) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพรายด้านทุกด้าน ได้แก่ ด้านการทำหน้าที่ทางร่างกาย ด้านความเจ็บปวด ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านข้อจำกัดการทำบทบาทเนื่องจากปัญหา ด้านร่างกาย ด้านข้อจำกัดการทำบทบาทเนื่องจากปัญหาสุขภาพจิต ด้านภาวะสุขภาพจิต ด้านความมีชีวิตชีวา และ ด้านการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป อยู่ในระดับดี (\bar{x} =85.63, 76.69, 75.19, 74.06, 72.60, 67.54, 65.96, และ 63.95 ตามลำดับ)



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตอนที่ 3 ข้อมูลคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมซึ่งใช้สารเสพติดต่างชนิดกัน

การวิเคราะห์ข้อมูลความแตกต่างของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมซึ่งใช้สารเสพติดต่างชนิดกันด้วยสถิติทดสอบวิเคราะห์หาค่าความแปรปรวนแบบทางเดียว (One - way Analysis of Variance: ANOVA) โดยนำเสนอในรูปแบบของตาราง ดังนี้

ตารางที่ 11 การวิเคราะห์ความแปรปรวน และขนาดความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม ระหว่างกลุ่มที่มีการใช้สารเสพติดชนิดต่างกัน (n=160)

แหล่งความแปรปรวน	D.F.	SS	MS	F	Eta
ระหว่างกลุ่ม	2	3214.48	1607.24	3.96*	.22
ภายในกลุ่ม	157	63718.27	405.85		
รวม	159	66932.78			

*p < .05

จากตารางที่ 11 พบว่า ความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมระหว่างกลุ่มที่มีการใช้สารเสพติดต่างชนิดกัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (F = 3.96) แสดงให้เห็นว่าชนิดของสารเสพติดที่ต่างกันสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับต่ำ (Eta = .22) โดยที่เมื่อทราบชนิดของสารเสพติดที่แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพียงอย่างเดียว สารเสพติดชนิดอื่นเพียงอย่างเดียว (สุรา และ กัญชา) และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร่วมกับสารเสพติดชนิดอื่น

หลังจากวิเคราะห์ความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและขนาดความสัมพันธ์ของชนิดของสารเสพติดกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม ระหว่างกลุ่มที่มีการใช้สารเสพติดต่างชนิดกันแล้ว เพื่อให้ทราบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดต่างชนิดกัน จึงได้วิเคราะห์ Post-hoc Comparison เพื่อดูค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดในแต่ละกลุ่มแบบจับคู่ของคู่ที่ต่างกัน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มมีขนาดไม่เท่ากัน จึงใช้วิธีการวิเคราะห์ของ Scheffe ดังแสดงข้อมูลในตาราง

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมรายคู่ตามชนิดของสารเสพติด โดยวิธีการวิเคราะห์ของ Scheffe (n = 160)

ชนิดสารเสพติด	n	คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ		ชนิดสารเสพติด		
		\bar{x}	S.D.	1	2	3
เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	108	107.19	20.19			*
สารเสพติดชนิดอื่น	39	108.77	17.74			*
เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร่วมกับสารเสพติดชนิดอื่น	13	91.38	26.07			

*p < .05

จากตารางที่ 12 พบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกับชนิดของสารเสพติดเป็นรายคู่ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มที่ใช้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพียงอย่างเดียวกับใช้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร่วมกับสารเสพติดชนิดอื่น และกลุ่มที่ใช้สารเสพติดชนิดอื่นเพียงอย่างเดียวกับใช้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร่วมกับสารเสพติดชนิดอื่น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยในกลุ่มที่ใช้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร่วมกับสารเสพติดชนิดอื่นจะมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำที่สุด ($\bar{x} = 91.38$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ใช้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ($\bar{x} = 107.19$) และกลุ่มที่ใช้สารเสพติดชนิดอื่น ($\bar{x} = 108.77$)

ตอนที่ 4 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ ปริมาณของบุหรี่ยี่สูบต่อวัน (จำนวนมวน) ปริมาณของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว) อาการทางบวก อาการทางลบ สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ อาการทางบวก อาการทางลบ ปริมาณของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว) ปริมาณของบุหรี่ยี่สูบต่อวัน (จำนวนมวน) สัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) โดยนำเสนอในรูปแบบของตาราง ดังนี้

ตารางที่ 13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันแสดงความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ อาการทางบวก อาการทางลบ ปริมาณของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว) ปริมาณของบุหรี่ยี่สูบต่อวัน (จำนวนมวน) สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์ (สหสัมพันธ์เพียร์สัน) (r)	ระดับของ ความมีนัยสำคัญ (p)	ขนาด ความสัมพันธ์
อายุ	-.032	.691	ไม่มี
เพศ	-.055	.494	ไม่มี
อาการทางบวก	-.455	.000	ปานกลาง
อาการทางลบ	-.412	.000	ปานกลาง
ปริมาณของกาแฟที่ดื่มใน แต่ละวัน (จำนวนแก้ว)	.190	.016	ต่ำ
ปริมาณของบุหรี่ยี่สูบต่อวัน (จำนวนมวน)	-.050	.528	ไม่มี
สัมพันธภาพในครอบครัว	.454	.000	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	.500	.000	สูง
พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษา	.558	.000	สูง

จากตารางที่ 13 พบว่า อาการทางบวกรมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.455$, $p = .000$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 6

อาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.412$, $p = .000$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 7

ปริมาณของกาแพที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว) มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .190$, $p = .016$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4

สัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .454$, $p = .000$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 8

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .500$, $p = .000$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 9

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .558$, $p = .000$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 10

ส่วนอายุ เพศ และปริมาณของบุหรี่ยี่สูบต่อวัน (จำนวนมวน) พบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 , 2 และข้อที่ 5

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research Design) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ ชนิดของสารเสพติด ปริมาณของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว) ปริมาณของบุหรี่ที่สูบต่อวัน (จำนวนมวน) อาการทางบวก อาการทางลบ สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม

สมมติฐานการวิจัย

1. อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมที่อายุมากมีแนวโน้มคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงกว่าที่มีอายุน้อย
2. เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมเพศหญิงมีแนวโน้มคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำกว่าเพศชาย
3. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมซึ่งมีการใช้สารเสพติดต่างชนิดกันจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่างกัน
4. ปริมาณของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว) มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม
5. ปริมาณของบุหรี่ที่สูบต่อวัน (จำนวนมวน) มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม
6. อาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม
7. อาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม
8. สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม
9. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม
10. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ว่าเป็นโรคจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติด ร่วม ซึ่งดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนเขตภาคกลาง ระยะเวลา นานกว่า 6 เดือน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม ซึ่งดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน นานกว่า 6 เดือน ขณะเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในคลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลเสนา โรงพยาบาลท่าเรือ โรงพยาบาลสามโคก และแผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวนทั้งหมด 160 คน ได้รับคัดเลือกให้เป็นกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ มีอายุระหว่าง 18-59 ปี สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่องและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยการเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ไม่มีลักษณะอาการทางจิตที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน เสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมรุนแรงทำร้ายตนเองและผู้อื่น

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike (1978) ดังนี้ $N = 10k + 50$ (เมื่อ $N =$ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง $k =$ จำนวนตัวแปรที่ศึกษา) (Thorndike 1978 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2552) การศึกษาครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรทั้งหมด 11 ตัวแปร ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจึงเท่ากับ 160 คน ($10 \times (11) + 50$)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 8 ชุด คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีข้อความทั้งหมด 7 ข้อ
2. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลการใช้สารเสพติด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีข้อความทั้งหมด 7 ข้อ
3. แบบประเมินอาการทางบวก (PASS – T) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Kay et al. (1987) และแปลเป็นภาษาไทยโดยธนา นิลชัยโกวิทย์ (มปป.) มีข้อความทั้งหมด 7 ข้อ ลักษณะข้อความ เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 7 ระดับ
4. แบบประเมินอาการทางลบ (PASS – T) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Kay et al. (1987) และแปลเป็นภาษาไทยโดยธนา นิลชัยโกวิทย์ (มปป.) มีข้อความทั้งหมด 7 ข้อ ลักษณะข้อความ เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 7 ระดับ
5. แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยปรับมาจากแบบ สัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัวของสาริณี โตะทอง และอรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2549) มีข้อความทั้งหมด 12 ข้อ ลักษณะข้อความ เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ
6. แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยปรับมาจากแบบ สัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของหงษ์ บรรเทิงสุข (2545) มีข้อความทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะข้อความ เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ

7. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยปรับมาจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของสรินทร์ เชี่ยวโสธร (2546) มีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ

8. แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับภาษาไทยที่ผู้วิจัยปรับมาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Kongsakorn and Silpakit (2000) มีข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 36 ข้อ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล นำเสนอต่อผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลเสนา โรงพยาบาลท่าเรือ และโรงพยาบาลสามโคก เพื่อขอรับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนหรือขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนหรือได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยจึงเข้าพบหัวหน้าส่วนงานที่รับผิดชอบการทำวิจัยสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลเสนา โรงพยาบาลท่าเรือ และโรงพยาบาลสามโคก

3. ผู้วิจัยเข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงวันที่ 16 ตุลาคม – 22 พฤศจิกายน 2556

4. จัดเตรียมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติเพื่อสรุปผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS มีขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล (เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้) และข้อมูลการใช้สารเสพติด (ชนิดของสารเสพติดที่ใช้ ความถี่ของการใช้สารเสพติด ปริมาณของบุหรี่ที่สูบต่อวัน (จำนวนมวน) วิเคราะห์โดยการแจกแจงค่าความถี่และร้อยละ

2. ข้อมูลส่วนบุคคล (อายุ และระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท) ข้อมูลการใช้สารเสพติด (ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด ปริมาณของสารเสพติดที่ใช้ ปริมาณของกาแพที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว) และปริมาณของเครื่องดื่มชูกำลังที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนขวด)) วิเคราะห์โดยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ หาค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. อาการทางบวก อาการทางลบ สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หาค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของแต่ละแบบวัด

4. วิเคราะห์ความแตกต่างของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดต่างชนิดกันด้วยสถิติทดสอบวิเคราะห์หาค่าความแปรปรวนแบบทางเดียว (One - way Analysis of Variance: ANOVA) และสถิติ Eta โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรอายุ เพศ ปริมาณของกาแพที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว) ปริมาณของบุหรี่ที่สูบต่อวัน (จำนวนมวน) อาการทางบวก อาการทางลบ การสนับสนุน

ทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สันโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม สามารถสรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 76.3) มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี (ร้อยละ 40.6) สถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 63.7) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 41.8) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 40.0) มีรายได้ต่อเดือนเพียงพอ (ร้อยละ 55.6) ป่วยด้วยโรคจิตเภทระยะเวลาต่ำกว่า 5 ปี (ร้อยละ 45.6)

2. ข้อมูลการใช้สารเสพติด ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมส่วนใหญ่มีการใช้สารเสพติดประเภทเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพียงอย่างเดียว (ร้อยละ 67.5) รองลงมาใช้สารเสพติดชนิดอื่นประเภทยาบ้า (ร้อยละ 22.5 ของผู้ใช้สารเสพติดชนิดอื่นทั้งหมด) ซึ่งใช้สารเสพติดระยะเวลาต่ำกว่า 5 ปี (ร้อยละ 49.4) ใช้สารเสพติดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง (ร้อยละ 36.8) โดยปริมาณของการใช้สารเสพติด เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่ดื่ม 1-5.5 ดื่มมาตรฐานต่อครั้ง (ร้อยละ 53.7 ของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ทั้งหมด) ยาบ้า ส่วนใหญ่ใช้ครั้งละ 2 เม็ดต่อครั้ง (ร้อยละ 51 ของผู้ใช้ยาบ้าทั้งหมด) กัญชา สูบ 1 บ้องต่อครั้ง (ร้อยละ 66.7 ของผู้ที่สูบกัญชาทั้งหมด) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดื่มกาแฟ (ร้อยละ 60) ดื่ม 1 แก้วต่อวันเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 23.1 ของผู้ที่ดื่มกาแฟทั้งหมด) ส่วนใหญ่ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง (ร้อยละ 52.5) โดยดื่มวันละ 1 ขวดเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 37.7 ของผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มชูกำลังทั้งหมด)

3. ข้อมูลอาการทางบวก อาการทางลบ สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมมีอาการทางบวกขั้นต่ำสุด ($\bar{x} = 1.99$) มีอาการทางลบขั้นต่ำสุด ($\bar{x} = 1.94$) มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.52$) ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก ($\bar{x} = 3.73$) และมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระดับดี ($\bar{x} = 4.02$)

4. ข้อมูลคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 83.75) โดยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม และรายด้านทุกด้าน ได้แก่ ด้านการทำหน้าที่ทางร่างกาย ด้านความเจ็บปวด ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านข้อจำกัดการทําทบาทเนื่องจากปัญหาด้านร่างกาย ด้านข้อจำกัดการทําทบาทเนื่องจากปัญหาสุขภาพจิต ด้านภาวะสุขภาพจิต ด้านความมีชีวิตชีวา และด้านการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 72.01, 85.63, 76.69, 75.19, 74.06, 72.60, 67.54, 65.96,$ และ 63.95 ตามลำดับ)

5. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม พบว่า

5.1 อายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.032, p = .691$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

5.2 เพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.055$, $p = .494$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

5.3 ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมซึ่งมีการใช้สารเสพติดต่างชนิดกัน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ใช้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ กลุ่มที่ใช้สารเสพติดชนิดอื่น และกลุ่มที่ใช้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร่วมกับสารเสพติดชนิดอื่น มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 3.96$, $\eta^2 = .22$) ทั้งนี้ในกลุ่มที่ใช้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร่วมกับสารเสพติดชนิดอื่นจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำที่สุด ($\bar{x} = 91.38$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ใช้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ($\bar{x} = 107.19$) และกลุ่มที่ใช้สารเสพติดชนิดอื่น ($\bar{x} = 108.77$)

5.4 ปริมาณของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .190$, $p = .016$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4

5.5 ปริมาณของบุหรี่ที่สูบต่อวัน (จำนวนมวน) ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.050$, $p = .528$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 5

5.6 อาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.455$, $p = .000$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 6

5.7 อาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.412$, $p = .000$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 7

5.8 สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .454$, $p = .000$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 8

5.9 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .500$, $p = .000$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 9

5.10 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .558$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 10

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้ คือ

1. ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม

จากผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี ซึ่งไม่สอดคล้องกับ Benaiges et al. (2012) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมอยู่ในระดับไม่ดี แต่สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ นิตยา ศรีสุข (2551) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรังซึ่งมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังเช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ทั้งนี้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมอยู่ในระดับดี อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมเป็นผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง ดังจะเห็นได้จากเป็นผู้ป่วยที่เดินทางมารับการรักษาในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่ในการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยด้วยตนเองของผู้วิจัยพบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยและการรักษาไม่ได้มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของตน ดังจะเห็นได้จากผู้ป่วยยังมีความสามารถในการดำรงชีวิตในชุมชนสามารถประกอบอาชีพเพื่อเลี้ยงดูตนเองได้ จากข้อมูลพบว่าการประกอบอาชีพเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61.3) ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีรายได้ใช้จ่ายต่อเดือนเพียงพอ (ร้อยละ 55.6) ทั้งนี้พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ คือ ความเพียงพอของรายได้ (หงษ์ บรรเทิงสุข, 2545) เนื่องจากรายได้ที่เพียงพอจะนำมาซึ่งความสามารถในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของตนเอง และนำมาซึ่งความสามารถในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้ไม่เป็นภาระของบุคคลอื่น รู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า (Chan, 2004) นำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี แต่ทั้งนี้อาจมีความเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลของการรับรู้ มีการรับรู้ไม่ตรงกับสภาพความเป็นจริง (สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2554) ดังนั้นจึงอาจมีความเป็นไปได้ว่าการที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลของการรับรู้จึงไม่สามารถรับรู้ถึงผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษามีผลต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับดี

ในอีกทางหนึ่งผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม ถึงแม้พฤติกรรมการใช้สารเสพติดจะเป็นสาเหตุให้ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยลดน้อยลงเนื่องจากผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวล ทั้งด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรม (Falz and Sellin, 2005) แต่ในผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผลกระทบของการใช้สารเสพติดไม่ได้มีผลต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งนี้อาจด้วยพฤติกรรมของการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยที่พบว่า มีการใช้สารเสพติดเพียงสัปดาห์ละ 1-2 ครั้งเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 36.9) ชนิดของสารเสพติดที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นการดื่มแอลกอฮอล์เพียงอย่างเดียวมากที่สุด(ร้อยละ 67.5) โดยที่ปริมาณในการดื่มแต่ละครั้งต่ำกว่า 5 ดื่มมาตรฐาน (ร้อยละ 53.7) ซึ่งการดื่มแอลกอฮอล์ต่ำกว่า 5 ดื่มมาตรฐานยังเป็นการดื่มในระดับที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้ ไม่ก่อให้เกิดอาการผิดปกติทางจิตใจ และระยะเวลาของการใช้สารเสพติด ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 5 ปี (ร้อยละ 49.4) ทั้งนี้พบว่าระยะเวลาดังกล่าวส่งผลต่ออาการทางจิตเรื้อรังจากการดื่มแอลกอฮอล์ได้น้อย (วิชชุตา ยศินทร์ และคณะ, 2556) นอกจากพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างซึ่งพบว่ามีผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตเพียงเล็กน้อย ผู้ป่วยยังได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม

มีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพชีวิตในระดับดี (หงษ์ บรรเทิงสุข, 2545) ตรงกันข้ามกับการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการยอมรับจากทั้งสมาชิกในครอบครัวและชุมชนนำมาซึ่งการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

ทั้งนี้จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการที่ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือไม่ขึ้น สิ่งที่สำคัญคือ การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองไม่เป็นภาระแก่บุคคลอื่นโดยเฉพาะผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะสามารถดูแลตนเองได้ แต่หากผู้ดูแลยังขาดความเข้าใจในอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยไม่ยอมรับในตัวผู้ป่วย ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง อาจนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีตามมา (บุบผา ธนิกกุล, 2554) ดังนั้นในการที่จะส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนอกจากจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองแล้ว ยังจำเป็นต้องให้ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในตัวผู้ป่วยที่ถูกต้อง โดยพยาบาลมีหน้าที่ให้ความรู้ ให้ข้อมูลการรักษา พร้อมทั้งให้คำปรึกษาที่จะนำไปสู่การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลต่อเนื่องต่อไป

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ ชนิดของสารเสพติด ปริมาณของกาแพที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว) ปริมาณของบุหรี่ที่สูบต่อวัน (จำนวนมวน) อาการทางบวก อาการทางลบ สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม

2.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.032, p = .691$) ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Schaar and Ojehagen (2003) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยผู้ป่วยที่อายุมากมีแนวโน้มคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยอายุน้อย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่อายุมากขึ้นถึงแม้ว่าจะมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับทักษะในการจัดการกับอาการเจ็บป่วยเพื่อให้สามารถทำหน้าที่ในการดำรงชีวิตได้ตามปกติ (Folsom et al., 2009) แต่ด้วยอายุที่เพิ่มมากขึ้นก็จะนำมาซึ่งความเสี่ยงของการทำงานของระบบต่างๆในร่างกาย ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตที่ลดน้อยลงเมื่อกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย จึงอาจส่งผลกระทบต่อไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในการจัดการกับอาการเจ็บป่วยได้อย่างเต็มที่ (สายรุ่ง บัวระพา, 2547) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า อายุที่เพิ่มขึ้นไม่ได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ศรีสุข (2551) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

2.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.055, p = .494$) ผลการวิจัยครั้งนี้จึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Carpentier et al. (2009) ที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยเพศหญิงมีแนวโน้มคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากถึงแม้ว่าการเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบต่อตอบสนองทางสรีรวิทยาของเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Orfila et al., 2006) แต่เพศชายก็มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อภาวะการเจ็บป่วยมากกว่าเพศหญิง เช่น พฤติกรรมการ

ดิมสุรา (Drake et al., 2002) ซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าวส่งผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตที่ลดลงนำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (Kalman et al., 2004) นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทเพศหญิงยังมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าเพศชาย (Norman et al., 2000) อีกทั้งเมื่อเกิดการเจ็บป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชายย่อมมีความสามารถในการที่จะปรับตัวเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเพื่อให้เหมาะสมกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเท่าเทียมกัน (วิลาสินี แฝ่วชนะ, 2541) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

2.3 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมซึ่งมีการใช้สารเสพติดต่างชนิดกัน โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามชนิดของสารเสพติดที่ผู้ป่วยใช้เป็น 3 กลุ่ม คือ 1) เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 2) สารเสพติดชนิดอื่น 3) เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร่วมกับสารเสพติดชนิดอื่น พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมซึ่งมีการใช้สารเสพติดต่างชนิดกันมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 3.96$, $Eta = .22$) สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Schaar and Ojehagen (2003) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดต่างชนิดกันมีคุณภาพชีวิตต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลไกการออกฤทธิ์ของสารเสพติดที่มีผลต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน นำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ต่างกัน ซึ่งจากข้อมูลการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ชนิดของสารเสพติดที่มีการใช้มากที่สุด 2 อันดับแรก คือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 67.5) และใช้สารเสพติดชนิดอื่นประเภทยาบ้า (ร้อยละ 22.4 ของผู้ใช้สารเสพติดชนิดอื่นทั้งหมด) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าชนิดของสารเสพติดที่ผู้ป่วยจิตเภทใช้มากที่สุด 2 อันดับแรก คือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และยาบ้า (กาญจนา สุทธิเนียม, 2547) ซึ่งทั้งเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และยาบ้าจะมีกลไกการออกฤทธิ์ที่ส่งผลต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมต่างกัน กล่าวคือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดที่ออกฤทธิ์กดการทำงานของระบบประสาท (Depressant) ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ร่วมส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการทำกิจวัตรประจำวันที่ลดลง บกพร่องในการสื่อสารไม่สามารถสร้างปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและไม่สามารถแสดงความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นรับรู้ได้ (Salyers and Mueser, 2001) ส่วนยาบ้ามีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง (Stimulant) ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ยาบ้าร่วมจะส่งผลกระทบต่อให้เกิดอาการทางจิตที่รุนแรงและซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น มีอาการหลงผิด ประสาทหลอนที่รุนแรง มีการแสดงออกของพฤติกรรมที่รุนแรงเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น (วสุ จันทรศักดิ์, 2543)

นอกจากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นแล้วยังพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมซึ่งมีการใช้สารเสพติดมากกว่าหนึ่งชนิดร่วมกันจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำกว่าผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งเพียงชนิดเดียว จากข้อมูลสถิติพบว่ากลุ่มที่ใช้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร่วมกับสารเสพติดชนิดอื่นจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำที่สุด ($\bar{x} = 91.38$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ใช้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ($\bar{x} = 107.19$) และกลุ่มที่ใช้สารเสพติดชนิดอื่น ($\bar{x} = 108.77$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร่วมกับใช้สารเสพติดชนิดอื่นพบว่า มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพ

และความบกพร่องในการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Mccarthy et al., 2002) นำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีเมื่อเทียบกับการใช้สารเสพติดเพียงอย่างเดียว

2.4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว) กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมพบว่า ปริมาณของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .190, p = .016$) ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4 และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Benaiges et al. (2012) ที่พบว่าจำนวนแก้วของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ทั้งนี้แม้ว่าในกาแฟมีสารคาเฟอีนซึ่งเป็นสารในกลุ่มแซนทีนแอลคาลอยด์ที่มีโครงสร้างคล้ายคลึงกับแอดิโนซีน (Adenosine) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทชนิดหนึ่งในสมอง โมเลกุลของคาเฟอีนสามารถจับกับตัวรับแอดิโนซีน (Adenosine receptor) ในสมอง และยับยั้งการทำงานของแอดิโนซีนได้ ส่งผลให้มีการเพิ่มการทำงานของสารสื่อประสาทโดพามีน (Dopamine) นอกจากนี้พบว่าอาจจะมีการเพิ่มปริมาณของซีโรโทนิน (Serotonin) (Fisone, Borgkvist and Usiello, 2004) ซึ่งทั้งสารสื่อประสาทโดพามีนและซีโรโทนินมีความเกี่ยวข้องกับกลไกการเกิดโรคจิตเภท แต่การดื่มกาแฟเพียงเล็กน้อย คือดื่มน้อยกว่า 2 แก้วมาตรฐาน เป็นปริมาณที่ไม่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย (พิชานันท์ สีแก้ว, 2556) และพบว่าการดื่มกาแฟในปริมาณดังกล่าวยังส่งผลดีต่อร่างกาย คือ ช่วยลดอาการอ่อนเพลีย เมื่อยล้าจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้ร่างกายรู้สึกตื่นตัว กระปรี้กระเปร่า (Eaton and Mcleod, 1984) จากข้อมูลจำนวนแก้วของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวันของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ดื่มกาแฟเพียง 1 (ร้อยละ 38.54 ของจำนวนผู้ที่ดื่มกาแฟทั้งหมด) - 2 แก้วมาตรฐาน (ร้อยละ 31.25 ของจำนวนผู้ที่ดื่มกาแฟทั้งหมด) ซึ่งเป็นปริมาณของกาแฟที่ส่งผลดีต่อร่างกาย (Garcia et al., 2014) ดังนั้นจึงอาจเป็นที่มาที่พบว่า ปริมาณของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

2.5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณของบุหรี่ยี่สิบต่อวัน (จำนวนมวน) กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม พบว่า ปริมาณของบุหรี่ยี่สิบต่อวัน (จำนวนมวน) ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.050, p = .528$) ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 5 และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Benaiges et al. (2012) ที่พบว่า จำนวนมวนของบุหรี่ยี่สิบต่อวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ในระดับสูบบานกลาง (ร้อยละ 41.2) รองลงมาคือ สูบบุหรี่ในระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 34.3) แต่ผลของการสูบบุหรี่ที่ส่งผลกระทบต่ออาการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภท คือ การสูบบุหรี่ในระดับสูบบุหรี่หนัก (25 มวนขึ้นไป) เนื่องจากเป็นจำนวนมวนของบุหรี่ยี่สิบที่จะส่งผลให้สารนิโคตินไปมีผลต่อการลดระดับการออกฤทธิ์ของยารักษาอาการทางจิตจากการที่สารนิโคตินไปลดระดับยารักษาอาการทางจิตในกระแสเลือด อีกทั้งระดับนิโคตินที่เพิ่มขึ้นก็จะไปเพิ่มตัวรับนิโคตินในเมโซลิมบิกส่งผลกระทบต่อการทำงานของโดพามีนเพิ่มขึ้น นำมาซึ่งการกำเริบของอาการทางจิตด้านบวก (Lohr and Flynn, 1992) ดังนั้นจึงอาจเป็นที่มาของการศึกษา

ที่พบว่าจำนวนมวนของบุหรี่ยี่สิบต่อวันไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมครั้งนี้

ทั้งนี้ถึงแม้ว่าจำนวนมวนของบุหรี่ยี่สิบในแต่ละวันจะไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย แต่การสูบบุหรี่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลาช้านานก็จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายที่อาจเป็นอันตรายจนถึงแก่ชีวิตได้ เช่น ผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาasเป็นโรคมะเร็งปอดมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Hirayama, 2000) ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทจึงไม่ควรสูบบุหรี่

2.6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม พบว่า อาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.455$, $p = .000$) สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 6 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Eack and Newhill (2007) ที่พบว่า อาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้ในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมจะมีอาการทางจิตที่รุนแรงและซับซ้อนมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทเพียงอย่างเดียว (Faltz and Sellin, 2005) และการใช้สารเสพติดร่วมของผู้ป่วยจิตเภทจะส่งผลให้อัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้ใช้สารเสพติดร่วม (Swofford et al., 1996) ซึ่งการกลับเป็นซ้ำในแต่ละครั้งของผู้ป่วยมักจะอยู่ในระยะอาการกำเริบ (Active phase) ซึ่งในระยะอาการกำเริบนี้ลักษณะอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นลักษณะอาการทางด้านบวก (Positive symptom) ที่เกี่ยวข้องกับความคิดปกติของกระบวนการคิดร่วมกับการรับรู้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549) ผู้ป่วยจะมีลักษณะของการคิดและการรับรู้ที่ผิดไปจากเดิมเป็นลักษณะอาการหลงผิด ประสาทหลอน ความผิดปกติดังกล่าวแสดงออกในลักษณะของการสื่อสารที่ไม่สามารถติดต่อสื่อสารได้ตรงกับความต้องการ และการรับรู้ซึ่งมักจะมี การรับรู้ที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง จากลักษณะดังกล่าวจึงส่งผลกระทบต่อ การปฏิบัติหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าอาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับดี (ร้อยละ 83.75) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการทางบวกอยู่ในระดับมีอาการต่ำสุด ($\bar{x} = 1.99$)

2.7 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม พบว่า อาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.412$, $p = .000$) สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 7 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Tomotake (2011) ที่พบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม พบว่ามีอาการทางจิตด้านลบเช่นเดียวกันกับในผู้ป่วยจิตเภท (Talamo et al., 2006) โดยที่เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางลบมากขึ้นและใช้สารเสพติดร่วมจะส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตลดลง ขาดความสนใจในการดูแลตนเอง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษย์, 2555) มีความจำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลอื่นโดยเฉพาะญาติผู้ดูแลในทุกๆด้าน การพึ่งพาญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลเกิดความเบื่อหน่าย รู้สึกว่าเป็นภาระ (Jungbauer et al., 2003) ผู้ดูแลมีความรู้สึกไม่พอใจ

ผู้ป่วย บางครั้งมีการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยอย่างรุนแรง แสดงความไม่เป็นมิตรต่อผู้ป่วย (Schreiber, Breifer, and Pichar, 1995) การแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อผู้ป่วยของผู้ดูแลดังกล่าวนี้เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วย (Yalom, 2005) เนื่องจากผู้ป่วยจะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ดูแลจนทำให้เกิดความเครียด ซึ่งอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจะนำมาซึ่งความเสื่อมสภาพในการปฏิบัติหน้าที่ในการดำเนินชีวิตเพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี นำมาซึ่งระดับของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ไม่ดี (Bizzari, 2005) ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับดี (ร้อยละ 83.75) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการทางลบอยู่ในระดับมีอาการต่ำสุด ($\bar{x} = 1.94$)

2.8 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .454$, $p = .000$) สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 8 และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Schaar and Ojehagen, (2003) ที่พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยได้อยู่ในครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจ ความรักใคร่ผูกพันกัน ดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จะส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสุขความหวังและมีกำลังใจที่ดีในการต่อสู้กับภาวะเจ็บป่วย ได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวในการปฏิบัติหน้าที่ในการดำรงชีวิตประจำวันเพื่อคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี (Tan et al., 2004) ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับดี (ร้อยละ 83.75) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.52$)

2.9 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .500$, $p = .000$) สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 9 และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของทั้งผู้ป่วยจิตเภท (Caron et al., 2005) และผู้ใช้สารเสพติด (Laudet et al., 2006) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากทั้งผู้ป่วยจิตเภทและผู้ที่ใช้สารเสพติดล้วนเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่ต้องการการสนับสนุนทางสังคม การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหมือนได้รับแรงกระตุ้นทางจิตใจเปรียบเสมือนแรงผลักดันที่สำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม (หงษ์ บรรเทิงสุข, 2545) อีกทั้งการสนับสนุนทางสังคมยังส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง (พิทักษ์ สุริยะใจ และคณะ, 2550) นำมาซึ่งความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในการดำรงชีวิตเพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ สอดคล้อง

กับผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับดี (ร้อยละ 83.75) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.73$)

2.10 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .558$, $p = .000$) สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 10 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Adelufosi et al. (2012) และ Alonso et al. (2009) ที่พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้ แนวทางการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมจำเป็นต้องมีการรักษาโดยใช้ยาเพื่อควบคุมอาการทางจิตเช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทเพียงอย่างเดียว (Tiet and Mausbach, 2007) ดังนั้นหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก็จะสามารถควบคุมอาการทางจิตให้อยู่ในระยะอาการสงบและลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้ (อรรรรณ ช้องต่อ, 2550) การที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะอาการสงบส่งผลให้สามารถปฏิบัติหน้าที่เพื่อดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข รับรู้ว่ามีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับดี (ร้อยละ 83.75) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 4.02$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชซึ่งมีหน้าที่โดยตรงในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมในชุมชน ควรจะต้องคำนึงถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า อาการทางบวก อาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ดังนั้นในการที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม จึงควรมีการคำนึงถึงการจัดการกับอาการทางบวกและอาการทางลบโดยอาจจะมีการเลือกใช้โปรแกรมในการจัดการอาการ (Symptom management) มีการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยให้สมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล หรือบุคคลรอบข้างได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น มีการใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม (Social support) หรือการให้ความรู้กับญาติผู้ดูแลเพื่อให้เกิดการยอมรับและเข้าใจในตัวผู้ป่วยโดยใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) ส่งผลให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ผู้ป่วยรับรู้ได้ถึง การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสังคมนำมาซึ่งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่เหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรมการรับประทานยาที่สอดคล้องตามแผนการรักษาที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมอย่างสูงสุด

2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เครื่องตีที่มีแอลกอฮอล์ร่วมกับสารเสพติดชนิดอื่นพบว่ามีความคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำที่สุด เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ใช้เครื่องตีที่มีแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติดชนิดอื่นเพียงอย่างเดียว นำมาซึ่งสมรรถภาพในการดำเนินชีวิตที่ลดลง พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชซึ่งมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงจึงควรมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะการใช้สารเสพติดมากกว่าหนึ่งชนิดร่วมกัน

3. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเมื่อมีการใช้สารเสพติดร่วมมักจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันทีลดน้อยลง การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในระยะยาวจึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งชุมชนและครอบครัวเป็นแหล่งที่มีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยในระยะยาวดังกล่าว ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชนโดยเน้นให้ชุมชนและครอบครัวมีส่วนร่วม โดยพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีหน้าที่สำคัญในการให้ความรู้และเสริมสร้างศักยภาพให้แก่ชุมชนและครอบครัวเพื่อให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมนั้นเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนทั้งปัญหาในลักษณะอาการทางจิตและปัญหาของการใช้สารเสพติด ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมจึงจำเป็นต้องดูแลแบบองค์รวมที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพสูงสุด สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดำเนินชีวิตได้ตามปกติ นำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี

ด้านการวิจัย

1. การศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทและการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ควรมีการศึกษาติดตามอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เช่น ในระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือน หรือศึกษาในระยะอาการที่แตกต่างกันของผู้ป่วย เช่น ในระยะอาการสงบ อาการกำเริบ เพื่อจะได้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยตามระยะเวลาหรือระยะอาการที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อนำไปสู่การวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมต่อไป

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม โดยเฉพาะปัจจัยทางด้านจิตสังคมที่สามารถจัดกระทำกับตัวแปรดังกล่าวเพื่อพัฒนาให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี เช่น การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

3. ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มโรคอื่นๆด้วย เพื่อจะได้นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพให้ดีขึ้น ซึ่งการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั้นเป็นหน้าที่ของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชโดยตรง

รายการอ้างอิง

- กนกวรรณ กัญยาสาย และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2553). โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรม
การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี. *วารสารการพยาบาล
จิตเวชและสุขภาพจิต*, 24(1), 15-30.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *คู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรม*. นนทบุรี:
ปิยอนพับบลิสซิ่ง.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *ชุดความรู้และแนวทางปฏิบัติ เรื่อง การวางแผนจำหน่าย
ผู้ป่วยจิตเภท(ฉบับปรับปรุง)*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2554*.
กรุงเทพมหานคร: หจก. บางกอกบล็อค.
- กาญจนา ชัยเจริญ. (2547). *ผลของการใช้โปรแกรมวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์
การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและ
จิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กาญจนา นันทไพบุลย์ และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2553). การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษา
ครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*,
24(2), 26-38.
- กาญจนา สุทธิเนียมและคณะ. (2547). *การศึกษาความชุกของการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตที่เข้ารับ
การรักษา*. Paper presented at the การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 13, ณ โรงแรม
แอมบาสซาเดอร์ กรุงเทพมหานคร, 25-27 สิงหาคม 2547
- กฤษณ์ชลี เพียรทอง. (2547). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนิษฐา สุขทอง. (2554). *ผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่อภาระการดูแลและการแสดงออก
ทางอารมณ์สูงของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เขมา ตั้งใจมั่น, พรทิพย์ ธรรมวงศ์ และชลธิดา สิมะวงศ์. (2550). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเชิงรุก
ต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารโรงพยาบาลสวนปรุง*, 5(1),
1-13.
- จริยา คมพยัคฆ์. (2535). การพยาบาลกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตสตรีไทย. *สมาการพยาบาล, กันยายน*,
32-37.
- จรีรัตน์ ไกรวงษ์. (2552). การใช้กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคจิตจาก
สุรา. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*, 3(2), 1-9.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2542). การพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*,
13, 1-13.

- จิราพร ชมพิกุล, ปราณีย์ สุทธิสุขคนธ์, เกรียงศักดิ์ ชื้อล้อม และดุชนี คำมี. (2552). *รายงานการวิจัยสัมพันธภาพในครอบครัวไทย*. สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขของอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิราพร อมราภิบาล. (2536). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุมพฏ พรหมสีดา. (2547). *คู่มือยาทางจิตเวชสำหรับบุคลากรสาธารณสุข*. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร. (2549). *ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัญชฎา คมขำ. (2555). *ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โชติยา สังเสวก. (2550). *ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงรัตน์ แซ่เตียว. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทวี ตั้งเสรี. (2541). *คู่มือการจำแนกโรคและวินิจฉัยโรคทางจิตเวชแบบ ICD-10*. *วารสารกรมสุขภาพจิต*, 5(3), 143-152.
- ทักษพล ธรรมรังสี และอรทัย วลีวงศ์. (มปป.). *เอกสารวิชาการชุดแอลกอฮอล์และสมอง*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- ทิพศมัย ทายะรังสี, จีระพรรณ สุริยงค์ และพิมพ์ภรณ์ แก้วมา. (2554). *ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อการดูแลตนเองและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคจิตเภทโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่*. *วารสารสวนปรุง*, 27(1), 5-14.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ. (2543). *เครื่องมือวัดกลุ่มอาการทางบวกและลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (PANSS-T) การตรวจสอบความแม่นยำและความน่าเชื่อถือ*. *จดหมายเหตุทางแพทย์*, 83(6), 646-651.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ. (มปป.). *Positive and negative syndrome scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T)*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ธวัชชัย ลีพหนาจ. (2549). *ระบาดวิทยาของโรคจิตตสารเสพติด, โรคจิตเวชที่เกิดร่วมกับโรคจิตตสารเสพติด และความผิดปกติที่เกิดจากการใช้สารเสพติด*. ในพิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม และนภาพร หิรัญวิวัฒน์กุล (บรรณาธิการ), *ตำราจิตเวชศาสตร์ การติดสารเสพติด*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.

- ธัญชนก จิงา. (2546). *ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธิดารัตน์ ศรีสุโข และคณะ. (2546). ความสามารถเชิงความคิดความเข้าใจของผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน. *วารสารสวนปรุง*, 19(1), 24-34.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2552). *การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมกับงานวิจัย*. Paper presented at the เอกสารประกอบการบรรยาย 'Twilight Program' การนำเสนอผลงานวิจัยแห่งชาติ 2552 (Thailand Research EXPO 2009) ณ ศูนย์ประชุมบางกอกคอนเวนชันเซ็นเตอร์ ห้อง Lotus Suite 12 เซ็นทรัลเวิร์ล ราชประสงค์ กรุงเทพมหานคร 27 สิงหาคม 2552 เวลา 18.00-20.00 น.
- นพพร ต้นตริงสี. (2551). *การศึกษาการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ที่ได้รับการรักษาที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ.
- นภาพร เหลืองมงคลชัย และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). ผลของกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรฐานตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 25(3), 69-81.
- นรวิทย์ พุ่มจันทร์. (2548). *การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ: กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวัน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ*. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 13(3), 146-156.
- นันทนา สุขสมนรินทร์. (2552). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทวัช สิทธิรักษ์ และคณะ. (2555). *การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดสุราในโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลศรีธัญญา*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์*, 57(2), 185-198.
- นัยนา อินธิโชติ. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ความเข้มแข็ง และการปรับตัวของเยาวชนผู้เสพยาบ้า แขนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลธัญญารักษ์ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
- นิตญา ฤทธิเพชร, ชนกพร จิตปัญญา และจรรยา นิมหลวง. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการการจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลกและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 5(1), 16-34.
- นิตยา ศรีสุข. (2551). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นุจรี ประทีปวนิช จอห์นส. (2552). *คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ: การประเมินและการนำไปใช้*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากุล. (2555). *การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย:คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญเยี่ยม คำชัย และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2554). ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 25(3), 110-127.
- บุญศิริ จันทศิริมงคล. (2552). *เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่องโรคร่วมในโรคจิตตสารเสพติด วันที่ 25-26 พฤษภาคม 2552*. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.
- บุญศิริ จันทศิริมงคล และคณะ. (2556). โรคร่วมจิตเวชของผู้ป่วยในจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 21(2), 76-81.
- บุบผา ธนิกกุล และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. (2555). ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(2), 74-86.
- ปรียศ กิตติธรรค์ศักดิ์. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปัทมา แก้วสีใส. (2552). *ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อการรับรู้อาการหิวแหว่งในผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปาริชาติ ขุนศรี. (2554). *การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ติดบุหรี่*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปาริชาติ โรจน์พลากร กูช และยุวดี ฤาชา. (2556). *สถิติสำหรับงานวิจัยทางการพยาบาลและการใช้โปรแกรม SPSS for Windows (Vol. พิมพ์ครั้งที่ 4)*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท จุฑทอง จำกัด.
- เปรมฤทัย ไชยชนะนิจ. (2555). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พจนา พวงธรรม. (2549). *การศึกษาใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพชรพร ผู้ปฏิเวธ. (2554). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรทิพย์ ไชยสะอาด. (2555). *ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. (2554). *คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท วี พรินท์.

- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2537). *ประเด็นปัญหาทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ลำดับความสำคัญ*. Paper presented at the การประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาล ศิริราชฯ ครั้งที่ 8 เรื่อง วิจัยทางการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในทศวรรษหน้า: ทิศทางและรูปแบบ, กรุงเทพมหานคร สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พะยอม อยู่สวัสดิ์. (2537). *การวิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต:ระเบียบวิธีเชิงคุณภาพ*. Paper presented at the การประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราชฯ ครั้งที่ 8 เรื่อง วิจัยทางการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในทศวรรษหน้า: ทิศทางและรูปแบบ, กรุงเทพมหานคร สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2546). โรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน: ทบทวนวรรณกรรม. *วารสารสวนปรุง*, 19(1), 1-15.
- พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2549). จิตเวชศาสตร์สำหรับประชาชน. Retrieved 6 มีนาคม, 2556, from <http://www.dmh.moph.go.th./main>
- พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และคณะ. (2555). *คู่มืออบรมสำหรับบุคลากรคลินิกบำบัด เล่มที่ 3 เรื่อง การบำบัดผู้ติดสารเสพติดที่มีปัญหาซับซ้อน*. นนทบุรี: วนิดาการพิมพ์.
- พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม และนภาพร หิรัญวิวัฒน์กุล. (2549). *ตำราจิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด*. กรุงเทพมหานคร: บางกอกบลิ๊อค.
- พิชานันท์ สีแก้ว. (2557). การดื่มกาแฟกับสุขภาพ. Retrieved 12 ธันวาคม, 2556, from <http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/thai/knowledgeinfo.php?id=180>
- พิเชษฐ อดมรัตน์. (2547). *การรักษาภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชร่วมกับโรคจากการใช้สุราและสารเสพติด*. สงขลา: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พิเชษฐ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันนท์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- พิทักษ์ สุริยะใจ และคณะ. (2550). *การสนับสนุนทางสังคมกับการหยุดดื่มของผู้ติดสุรา*. รายงานการวิจัย. ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2549). จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล:ทางเลือกใหม่ของการรักษาโรคซึมเศร้า. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 51(2), 49.
- เพชร คันธสายบัว. (2548). การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 19(1), 1-9.
- เพ็ญพุ่ม คงพานิชย์ตระกูล. (2548). *เหตุผลของการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการของสถาบันกัลยาราชนครินทร์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญศรี ไชย และนพรัตน์ ไชยขำนิ. (2551). *ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.
- ไพรวลัย รมชัย. (2552). *การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยชายโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์*. รายงานการศึกษาอิสระ ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ไพศรี ขำคม, กฤตยา แสงเจริญ และมานิดา สิงห์ขุฑิต. (2552). การทำจิตบำบัดประคับประคองแบบจิตพลวัตสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. *วารสารสมาคมพยาบาลสาขากาตตะวันตกเฉียงเหนือ*, 27(1), 62-71.
- ภัทรา สง่า. (2547). *สถานภาพครอบครัวศึกษา*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- ภัทรารณณ์ พุงปันคำ และคณะ. (2553). *คุณภาพชีวิตในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท: มุมมองของผู้ป่วยและผู้ดูแล. รายงานวิจัย*. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ภาณุพงศ์ จิตะสมบัติ. (2541). กลไกการทำงานของสมองที่เกี่ยวข้องกับการติดสารเสพติด. *วารสารสมาคมจิตแพทย์*, 43(2), 150-158.
- มธรรดา สุวรรณโพธิ์. (มปป.). Dual Diagnosis. Retrieved 12 June, 2013, from http://www.thaifamilylink.net/mambo_454/index.php
- มันทนา กิตติพิรัช. (2551). การศึกษาความสัมพันธ์ของการดื่มสุรา การติดสุรา ต่ออาการทางคลินิก และขนาดยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มิ.ย.2548 – ม.ค. 2551. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา*, 2(1), 13-25.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2555). *จิตเวชศาสตร์รามธิบดี* (Vol. ฉบับเรียบเรียงใหม่ ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: บริษัทปิยอนต์ เอนเตอร์ไพรส์ จำกัด.
- มูลนิธิหมอชาวบ้าน. (2551). กาแฟ: ความขมที่ชาวโลกนิยม. Retrieved 24 กุมภาพันธ์, 2556, from <http://www.doctor.or.th/node/3291>
- รักสุดา กิจอรุณชัย. (2555). ผลของสุขภาพจิตศึกษาต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 20(3), 154-162.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์หลักการและระเบียบวิธีวิจัย* (Vol. พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2542). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานพ.ศ. 2542*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรเจริญทัศน์.
- ร้านกาแฟ. (2556). ถ้วยกาแฟ ศิลป์ที่อย่ามองข้าม. Retrieved 18 มิถุนายน, 2556, from <http://thaicoffeeinfo.blogspot.com/2013/02/blog-post.html>
- โรงพยาบาลธัญญารักษ์ สงขลา. (2552). แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ติดสารเสพติด (DAQOL). Retrieved 18 ตุลาคม, 2556, from <http://www.sdtc.go.th/paper/343>
- วรรษษา จำปาศรี. (2554). *ผลของกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วสุ จันทรงค์ดี. (2543). ผู้ป่วยโรคจิตจากยาบ้าที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 45(1), 17-31.
- วัชร เลอमानกุล และปารณีย์ มีแต่้ม. (2543). การพัฒนาแบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-36 ฉบับภาษาไทย. *ไทยเภสัชสาร*, 24, 92-111.
- วารสารคลินิกเวชปฏิบัติและการใช้ยา. (2548). กาแฟมีผลเสียต่อสุขภาพจริงหรือ? Retrieved 1 พฤศจิกายน, 2556, from <http://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=1017>

- วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี. (2554). รายชื่อโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย. Retrieved 15 กุมภาพันธ์, 2556, from <http://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%8A%E0%B8%B7%E0%B9%88%E0%B8%AD%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%87%E0%B8%9E%E0%B8%A2%E0%B8%B2%E0%B8%9A%E0%B8%B2%E0%B8%A5%E0%B8%8A%E0%B8%B8%E0%B8%A1%E0%B8%8A%E0%B8%99%E0%B9%83%E0%B8%99%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%97%E0%B8%A8%E0%B9%84%E0%B8%97%E0%B8%A2>
- วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี. (2554). โรงพยาบาลในประเทศไทย. Retrieved 18 กุมภาพันธ์, 2556, from <http://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%87%E0%B8%9E%E0%B8%A2%E0%B8%B2%E0%B8%9A%E0%B8%B2%E0%B8%A5%E0%B9%83%E0%B8%99%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%97%E0%B8%A8%E0%B9%84%E0%B8%97%E0%B8%A2>
- วิษชุดา ยะสินธ์ และคณะ. (2556). ลักษณะพยาธิสภาพทางจิตของผู้ป่วย ที่มีความผิดปกติของการติ่มสุรา *วารสารสมาคมจิตแพทย์*, 56(2), 167-178.
- วิลาสินี ดุษฎีเสนีย์. (2549). การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิลาสินี แผ้วชนะ. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรคเบาหวานกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่มารับการบริการในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพร พูลทรัพย์. (2552). การศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่บ้านต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริภัทรา จุฑามณี และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2553). ผลของการสอนแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 22(2), 94-105.
- สงกรานต์ ก่อธรรมนิเวศน์. (2552). ศัพท์ทางจิตเวช. (หนังสือชุดจุฬาฯ พจนานุกรมเล่มที่ 14). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. (2543). รายงานวิจัย คุณภาพชีวิตของคนในเขตเมืองภาคกลาง. กรุงเทพมหานคร: ทีพันเตอร์การพิมพ์.
- สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. (2556). บทสังเคราะห์งานวิจัยคุณภาพชีวิตของคนไทย 2553-2555. กรุงเทพมหานคร: ทีพันเตอร์การพิมพ์.

- สมจิต วงปา, สำเนา มากแบน และวัชรี มีศิลป์. (2544). รายงานการวิจัยเรื่องปริมาณความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดระยะถอนพิษยาโรงพยาบาลธัญญารักษ์. กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). การวิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต: ระเบียบวิธีเชิงคุณภาพ: ในการประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราชฯ ครั้งที่ 8 เรื่อง วิจัยทางการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในทศวรรษหน้า: ทิศทางและรูปแบบ. กรุงเทพมหานคร สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมบัติ รียาพันธ์. (2552). การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด: แนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลจิตเวช. วารสารกองการพยาบาล, 36(2), 68-76.
- สมพันธ์ ใหญ่ชีระนันท์. (2539). การพยาบาลเพื่อคุณภาพชีวิต. วารสารพยาบาล, 45(4), 1-3.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สรินทร เขียวโสทร. (2546). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา. วารสารพยาบาลทหารบก, 4(1), 94-100.
- สรินทร เขียวโสทร. (2545). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สัมพันธ์ มณีรัตน์. (2546). ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สายรุ้ง บัวระพา. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยหัวใจวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาริณี โต๊ะทอง. (2548). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาริณี โต๊ะทอง และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2549). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 20(1), 47-59.
- สาวิตรี สุริยะฉาย และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2553). การศึกษาการใช้จิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม โรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 24(1), 202-217.
- สาวิตรี อัมภูงศ์กรชัย. (2547). การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาดื่มสุราในเวชปฏิบัติทั่วไป. วารสารคลินิก, 20(9), 701-708.
- สำนักการพยาบาล. (2554). ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล. Retrieved 6 มีนาคม, 2556, from <http://www.dms.moph.go.th>

- สิทธิ์ ชีรสรณ์. (2552). *แนวคิดพื้นฐานทางการวิจัย* (Vol. พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: บริษัท วีพริ้นท์.
- สุจรรยา แสงเขียวงาม. (2545). *ผลของจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2537). “คุณภาพชีวิต” การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง: มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- สุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์ ชนกวร จิตปัญญา และจรรยา ฉิมหลวง. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 5(1), 1-15.
- สุทธิ ชัตติยะ และวิไลลักษณ์ สุวจิตตานนท์. (2553). *แบบแผนการวิจัยและสถิติ*. กรุงเทพมหานคร: หจก. เปเปอร์เฮาส์.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). *การพยาบาลจิตเวช*. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิต วงศ์สุวรรณ และราณีพรมานะจรัสกุล. (2540). *เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- สุวิท อินทอง และคณะ. (2554). *คุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในประเทศไทย. พยาบาลสาร*, 38(2), 177-190.
- เสาวลักษณ์ ยิ้มเย็น. (2553). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. สารนิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.*
- หงษ์ บรรเทิงสุข. (2545). *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- หทัยวัน สนั่นเอื้อ. (2551). *การใช้สารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารโรงพยาบาลร้อยเอ็ด*, 16(1).
- อติญา โพธิ์ศรี. (2551). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- อรพรรณ ลีอนุธวัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช* (Vol. พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: บริษัทวี.พริ้นท์ จำกัด.
- อรวรรณ ช้องต้อ. (2550). *ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและภาระการดูแลของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*

- อวยพร เรื่องตระกูล. (2551). *สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์ 1*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัญชลี ศรีสุพรรณ. (2547). *ผลของการใช้โปรแกรมแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อาธง สุทธาศาสน์. *ปฏิบัติการวิจัยสังคมศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: เจ้าพระยาการพิมพ์.
- อารีย์ ฟองเพชร. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดตติโรโรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร กาญจนารักษ์. (2545). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษารอบครัว* (Vol. พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชันตการพิมพ์.
- อุษณีย์ ทับทอง. (2552). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Adelufosi, O. A., Adebowale, O. T., Abayomi, O. and Mosanya, T. J. (2012). Medication adherence and quality of life among Nigerian outpatients with schizophrenia. *General Hospital Psychiatry, 34*, 72-79.
- Agarwal, M. R. et al. (1998). Non-compliance with treatment in patients suffering from schizophrenia: A study to evaluate possible contributing factors. *International Journal of Social Psychiatry, 44*(2), 92-106.
- Alonso, J. et al. (2004). Health related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: Results from the international quality of life assessment (IQOLA) project. *Quality of Life Research, 13*, 283-298.
- Alonso, J. et al. (2009). Health-related quality of life (HRQL) and Continuous antipsychotic treatment: 3-year result from the Schizophrenia Health Outcome (SOHO) study. *Value in Health, 12*(4), 536-543.
- Anderson, C. M. (1983). *A psychoeducation program for family of patient with schizophrenia*. In W. R. Mcfalane (Ed.) *Family therapy in Schizophrenia*. New York: Guilford Press.
- Artherly, A. et al. (2006). *Condition specific measure*. In: Kane RL. *Understanding health care Outcomes research* (Vol. 2nd ed). Sudbury (MA): Jones and Bartlett.

- Astals, M., Castillo, C., Tato, J. and Torren, M. (2008). Impact of substance dependence and dual diagnosis on the quality of life of heroin users seeking treatment. *Substance use & Misuse*, 43(5), 612-632.
- Bakas, T. et al. (2012). Systematic review of health-related quality of life models. *Health and Quality of Life Outcomes*, 134, 1-12.
- Baron, J. J. and Roberts, R. H. (1996). Caffeine consumption. *Food Chemical Toxic*, 34(1), 119-129.
- Beck, A. T. et al. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Benaiges, I., Prat, G. and Adan, A. (2012). Health-related quality of life in patients with dual diagnosis: Clinical correlates. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 106-128.
- Bergner, M. et al. (1981). The sickness impact profile: development and final revision of a health status measure. *Medical Care*, 19, 787-805.
- Bizzarri, J. et al. (2005). Dual diagnosis and Quality of life in patients in treatment for opioid dependence. *Substance use & Misuse*, 40, 1765-1776.
- Bobes, J. et al. (1998). Quality of life in schizophrenia: long term follow-up in 362 chronic Spanish schizophrenic outpatients undergoing risperidone maintenance treatment. *Europe Psychiatry*, 13, 158-163.
- Bowling, A. (2001). *Health-related quality of life: conceptual meaning, use and Measurement in: Bowling A, editor. Measuring disease: A review of disease-specific quality of life measurement scale* (Vol. 2nd ed). Buckingham: Open University Press.
- Boyer, L. et al. (2013). Quality of life is predictive of relapse in schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 13(15), 1-18.
- Brady, K. T. and Sinha, R. (2005). Co-occurring mental and substance use disorders: The neurobiological effects of chronic stress. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1483-1493.
- Brehm, N. M. and Khantzian, E. J. (1997). *A psychodynamic perspective*. In J. H. Lowinson, P. Ruiz, R. B. Millman and J. G. Langrod (Eds.), *Substance abuse: A comprehensive textbook*. 3rd ed. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Cargiulo, T. (2007). Understanding the health impact of alcohol dependence. *American Society of Health-System Pharmacists*, 64, 5-11.
- Caron, J., Lecomte, Y., Stip, E. and Renaud, S. (2005). Predictors of quality of life in schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 41(4), 399-417.
- Carpentier, J. P. et al. (2009). Psychiatric comorbidity reduces quality of life in chronic methadone maintained patients. *The American Journal on Addiction*, 18, 470-480.

- Chan, S. (2004). Quality of life of clients with schizophrenia. *Journal Advance Nursing*, 45(1), 72-83.
- Chang, R. L. et al. (2013). Psychopathology, rehospitalization and quality of life among patients with schizophrenia under home care case management in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*, 112(4), 208-215.
- Clancy, M. C. and Eisenberg, M. J. (1998). Outcome research: measuring the end result of health care. *Science*, 282, 245-246.
- Cohen, S. and Will, T. A. (1985). Stress, Social support and Buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Cramer, A. J. et al. (2000). Quality of life in schizophrenia: A comparison of instruments. *Schizophrenia Bulletin*, 26(3), 659-666.
- Cristine, B. et al. (2001). Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy and Family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorder. *American Journal Psychiatry*, 158(10), 1706-1713.
- Crowe, S. F. et al. (2011). The effect of caffeine and Stress on auditory hallucinations in a non-clinical sample. *Personality and Individual Differences*, 50, 626-630.
- Dixon, L. (1999). Dual diagnosis of substance in schizophrenia: Prevalence and Impact on outcome. *Schizophrenia Research*, 35, S93-S100.
- Drake, E. R., Osher, C. F. and Wallach, A. M. (1991). Homelessness and Dual Diagnosis. *American Psychologist*, 41(16), 1149-1158.
- Drake, E. R. . (2008). Dual Diagnosis. Retrieved 16 June, 2012, from <http://www.sciencedirect.com>
- Drake, E. R. and Brunette, M. F. (1998). Complications of severe mental illness related to alcohol and Other drugs use disorder. *Consequences of Alcoholism*, 14, 285-299.
- Drake, E. R. and Mueser, T. K. (2002). Co-occurring alcohol use disorder and schizophrenia. *Alcohol Research and Health*, 26(2), 99-102.
- Duke, P. J., Pantelis, C. and Barnes, T. R. E. (1994). South Westminster schizophrenia survey: alcohol use and its relationship to symptoms, tardive dyskinesia and illness onset. *British Journal Psychiatry*, 164, 630-636.
- Eack, M. S. and Newhill, E. C. (2007). Psychiatric symptoms and Quality of Life in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 33(5), 1225-1237.
- Eaton, W. W. and Mcleod, J. (1984). Consumption of coffee or tea and symptoms of anxiety. *American Journal Public Health*, 74, 66-68.
- El, Guebaly. (1990). Substance Abuse and Mental disorders: the dual diagnoses concept. *Can. J. Psychiatry*, 35(3), 261-267.

- Faltz, B. G. and Sellin, S. C. (2005). In Mary Ann Boyd. Editor. *Issue in Dual disorder. Psychiatric Nursing Contemporary Practice* (Vol. 3rd ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Farragher, B. (1999). Treatment compliance in the mental health service. *Iris Medication Journal*, 92, 6-13.
- Fenton, W. S. et al. (1997). Determinants of medication compliance in schizophrenia: Empirical and clinical finding. *Schizophrenia Bulletin*, 23(4), 637-651.
- Ferran, C. E. and Power, M. J. (1992). Psychometric assessment of the quality of life index. *Research Nursing Health*, 15, 29-38.
- Fisone, G., Borgkvist, A. and Usiello, A. (2004). Review caffeine as a psychomotor stimulant: mechanism of action. *Cellular and Molecular Life Science*, 61, 857-872.
- Folsom, P. D. et al. (2009). Physical and mental health-related quality of life among older people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 108(1-3), 207-213.
- Fortinash, K. M. and Holoday-Worret, P. A. (2000). *Psychiatric-mental health nursing* (Vol. 5th). Mosby: affiliate of Elaevier.
- Fulwiler, C., Grossman, H., Forbes, C., Ruthazer, R. (1997). Early - onset substance abuse and community violence by outpatients with chronic mental illness. *Psychiatric Services*(48), 1181-1185.
- Garcia, L. E., Castillon, G. P., Munoz, L. L., Graciani, A. and Artalejo, R. F. (2014). Coffee consumption and health-related quality of life. *Clinical Nutrition*, 33, 143-149.
- Garg, N., Yates, R. W., Jones, R., Zhou, M. and Williams, S. (2010). Effect of gender, Treatment site and Psychiatric comorbidity on quality of life outcome in substance dependence. *The American Journal on Addiction*, 8, 44-54.
- Graham, K. and Gillis, K. (1999). The relationship between psychosocial well-being and Alcohol and Drug use following substance misuse treatment. *Substance use & Misuse*, 34(9), 1199-1222.
- Green, A. I., Drake, R. E. Brunette, M.F. and Noordsy, D. L. (2007). Schizophrenia and Co-occurring substance use disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(3), 402-408.
- Green, A. I. et al. (2004). First episode schizophrenia-related psychosis and Substance use disorder: Acute response to olanzapine and haloperidol. *Schizophrenia Research*, 66(2-3), 125-135.
- Group, WHOQOL. (1996). What Quality of Life? *World Health Forum*, 17, 354-356.
- Group, WHOQOL. (1997). WHOQOL Measuring Quality of Life. Retrieved 3 November, 2012, from http://www.who.int/mental_Health/media/68.pdf
- Group., The WHO. (1996). *WHOQOL-BRIEF Introduction. administration, scoring and generic version of assessment, field trail version*. Geneva: WHO.

- Guix, T., Hurd, Y.L., and Ungerstedt, U. (1992). Amphetamine enhances extracellular concentrations of dopamine and Acetylcholine in dorsolateral striatum and Nucleus accumbens of freely moving rats. *Neuroscience Letter*, 138, 137-140.
- Gupta, S., Hendricks, S., Kenkel, M. A., Bhatia, C. S. and Haffke, A. E. (1996). Relapse in schizophrenia: is there a relationship to substance abuse? *Schizophrenia Research*, 20(1-2), 153-156.
- Guyatt, G. H. et al. (2007). Exploration of the value of health-related quality of life information from clinical research and into clinical practice. *Mayo Clin Proc*, 82, 1229-1239.
- Haddock, G., Eisner, E., Davies, G., Coupe, N. and Barrowclough, C. (2013). Psychotic symptoms, self-harm and violence in individuals with schizophrenia and substance misuse problems. *Schizophrenia Research*, 151, 215-220.
- Harris, K. M. and Edlund, M. J. (2005). Use of mental health care and substance abuse treatment among adults With co-occurring disorder. Retrieved 19 November, 2012, from <http://ps.psychiatryonline.org>
- Hays, R. D. (1994). Development of the Kidney Disease Quality of Life (KDQOL) Instrument. *Quality of Life Research*, 3, 329-338.
- Hinkle, D. E., Wiersma, W. and Jurs, S. G. (2003). *Applied statistic for the behavioral sciences* (Vol. 5th ed). Newyork: Houghton Mifflin Company.
- Hirayama, T. (2000). Non-smoking wives of heavy smokes have a higher risk of lung cancer: A study from Japan *Bull World Health Organ* 78(7), 183-185.
- Hofer, S. et al. (2005). Determinants of health-related quality of life in coronary artery disease patients: A prospective study generating a structural equation model. *Psychosomatics*, 46(3), 212-223.
- Hoff, R. A. and Rosenheck, R. A. (1999). Long term patterns of service use and Cost among patients with both psychiatric and substance abuse disorder. *Medical Care*, 36, 835-843.
- Holmes, S. and Dickerson, J. (1987). The quality of life: design and evaluation of a self-assessment instrument for use with cancer patients. *International Journal Nursing Study*, 24, 15-24.
- Holohan, N., Dixon, L., Krauss, N. (1997). Outcomes of housing in persons with mental illness and substance use disorders. Poster presented at: New Research Poster Session, 150th Annual Meeting of the American Psychiatric Association, 18–21 May, San Diego, CA.
- House, J. S. (1981). *Work stress and Social support*. New Jersey: Prentice Hall.

- Hunt, E. G., Bergen, J. and Barshir M. (2002). Medication compliance and comorbid substance abuse in schizophrenia: impact on community survival 4 years after a relapse. *Schizophrenia Research*, 54, 253-264.
- Hunt, S. M. and Mckenna, S. P. (1980). A quantitative approach to perceived health status: A validation study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 34, 281-285.
- Janz, K. N. et al. (2001). Factor influencing quality of life in older women with hearth disease. *Medicine Care*, 39(6), 588-598.
- Jungbauer, J., Wittmund, B., Dietrich, S. and Angermeyer, M.C. (2003). Subjective burden over 12 months in parents of patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17(3), 126-134.
- Kalman, D. et al. (2004). Alcohol dependence, other psychiatric disorders, and Health related quality of life: A replication study in a large random sample of enrollees in the veterans health administration. *American Journal Drug Alcohol Abuse*, 30, 473-487.
- Kaplan, H. I. and Sadock, B. J. (1998). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Balltimore: Willium & Wikins.
- Kardas, P. (2007). Compliance, clinical outcome, and quality of life of patients with stable angina pectoris receiving once-daily betaxolol versus twice daily metoprolol: a randomized controlled trial. *Vascular Health and Risk Management*, 3(2), 235-242.
- Kay, S. R., Fiszbein, A. and Oplu, L. A. (1987). The Positive and Negative syndrome scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-276.
- Kazadi, B. J. N., Moosa, H. Y. M. and Jeenah, Y. F. (2008). Factors associated with relapse in schizophrenia. *SAJP*, 14(2), 52-62.
- Kegelese, S. L. et al. (2000). Modulation of amphetamine-induced striatal dopamine release by ketamine in humans: Implications for schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 48, 627-640.
- Keizer, L., Gex, F. M., Eytan, A. and Bertschy, G. (2009). Smoking in psychiatric in patients: Association with working status, diagnosis, comorbid substance use and history of suicide attempt. *Addict Behavior*, 34, 815-820.
- Kelly, C. and Mccreadie, R. (2000). Cigarette smoking and schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 327-331.
- Kessler, C. R. (2004). Impact of substance abuse on the diagnosis, course, and treatment of mood disorders the epidemiology of dual diagnosis. *Biological Psychiatry*, 56, 730-737.

- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorder: a reconsideration and recent application. *Harv Rev Psychiatry*, 4, 231-244.
- Kongsakorn, R. and Silpakit, C. (2000). Thai version of the medical outcome study 36 items short form health survey: An instrument for measuring clinical results in mental disorder patients. *Rama Medical Journal*, 23(1), 8-19.
- Laaksonen, M., Rahkonen, O., Martikainen, P., Karvonen, S. and Lahelma, E. (2006). Smoking and SF-36 health functioning. *Preventive Medicine*, 42, 206-209.
- Lara, D. (2010). Caffeine, Mental health, and Psychiatric disorders. *Journal Alzheimer Disease*, 20, 239-248.
- Lasse, M. S., Moten, H. and Jorn, L. (2011). The impact of substance use disorders on the course of schizophrenia—A 15-year follow-up study dual diagnosis over 15 years. *Schizophrenia Research*, 130, 228-233.
- Laudet, B. A., Morgen, K. and White, L. W. (2006). The role of social Supports, Spirituality, Religiousness, Life meaning and Affiliation with 12-Step fellowships in quality of life satisfaction among individuals in recovery from alcohol and drug problems. *Alcohol Treatment Question*, 24(1-2), 33-73.
- Lauer, G. (1999). *Concept of quality of life in mental health care*. Philadelphia: Wrightson.
- Leidy, K. N., Revicki, A. D. and Geneste, B. (1999). Recommendation for Evaluating the of Validity Quality of Life Claims for Labeling and Promotion. *Value In Health*, 2, 113-127.
- Leurmarnkul, W. and Meetam, P. (2005). Properties testing of the retranslated SF-36 (Thai version). *Pharmacy Science*, 29(1-2), 69-88.
- Lewis, S. et al. (2002). Randonmized controlled trial of cognitive behavioural therapy in early schizophrenia: acute-phase outcomes. *British Journal Psychiatry*, 181, 91-97.
- Leyman, A. F., Myers, C, P. and Corty, E. (1989). Assessment and Classification of patients with Phychiatric and Substance abuse syndrome. *Hospital Community Psychiatry*, 40(10), 1019-1025.
- Lin, J. X., Lin, M. I. and Fan, Y. S. (2012). Methodological issues in measuring health-related Quality of life. *Tzu Chi Medical Journal*, 1, 1-5.
- Linszen, D.H., Dingemans, P.M., Lenior, M.E. (1994). Cannabis abuse and the course of recent - onset schizophrenia disorder. *Archives of General Psychiatry*, 51, 273-279.
- Litrell, et al. (2006). Effectiveness of atypical antipsychotics for substance use in schizophrenic patients. *Schizophrenia Research*, 94(1), 114-118.
- Lohr, J. B. and Flynn, K. (1992). Smoking and Schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 8(2), 93-102.

- Lubkin, I. M. (1995). *Chronic Illness: Impact and Interventions*. Boston: Jones and Bartlett.
- Magura, S., Rosenblum, A. and Fong, C. (2011). Factors associated with medication adherence among psychiatric outpatients at substance abuse risk. *Open Addict Journal*, 11(4), 58-64.
- Manning, V. et al. (2009). Cognitive impairment in dual diagnosis inpatients with schizophrenia and alcohol use disorder. *Schizophrenia Research*, 114, 98-104.
- Margolese, C. H., Malchy, L., Negrete, C. J., Tempier, R. and Gill, K. (2004). Drug and Alcohol use among patients with schizophrenia and related psychoses: level and consequences. *Schizophrenia Research*, 67, 157-166.
- Margolese, C.M., Negrete, J.C., Tempier, R., and Gill, K. (2005). A 12-month prospective follow-up study of patients with schizophrenia-spectrum disorders and substance abuse: Changes in psychiatric symptoms and substance use. *Schizophrenia Research*, 83, 65-75.
- Mccarthy, J. W., Zhou, Y., Hser, I. Y. and Collins, C. (2002). Impact on disability, quality of life, and illicit drug use in baseline polydrug users. *Journal of Addictive Diseases*, 21(2), 35-54.
- Mcclave, K. A., Dube, R. S., Strine, W. T. and Mokdad, H. A. (2009). Associations between health-related quality of life and Smoking status among a large sample of U.S. adults. *Preventive Medicine*, 48, 173-179.
- Meijer, J. C., Koeter, J. W. M., Sprangers, J. E. M. and Schene, H. R. (2009). Predictors of general quality of life and The mediating role of health related quality of life in patients with schizophrenia. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 44, 361-368.
- Menezes, P. R. et al. (1996). Drug and Alcohol problems among individuals with severe mental illness in South London. *Britain Journal Psychiatry*, 168(5), 612-619.
- Mermelstein, Littenstein and. (1989). Fagerstrom K-O, Schneider NG. Measuring Nicotin dependence A review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine*, 12, 159-182.
- NIDA. (2007). Comorbid drug abuse and Mental illness. Retrieved 17 June, 2012, from <http://www.nida.nih.gov>
- Nilchaikovit, T., Uneanong, S., Kessawai, D. and Thomyangkoon, P. (2000). The Thai version of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia: Criterion: Valisity and Interrater reliability *Journal of the Medical Association of Thailand* 83(6), 646-651.

- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N. A. and Kessler R. C. (2010). Mental disorder, Comorbidity and Suicidal behavior: Result from the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15, 868-876.
- Norman, G. M. R. et al. (2000). The relationship of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general wellbeing and The Quality of Life Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(4), 303-309.
- Oehel, M., Hummer, M. and Fleischhacker, W. W. (2000). Compliance with anti-psychotic treatment *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120, 83-86.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing concept and practice* (Vol. 3rd ed). St. Louis: Mosby.
- Orfila, F. et al. (2006). Gender difference in health-related quality of life among the elderly: The role of objective functional capacity and chronic condition. *Social Science and Medicine*, 63, 2367-2380.
- Pender, J. N. (1987). *Health promotion in nursing practice* (Vol. 2nd ed). Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange.
- Pompili, M. et al. (2007). Suicide risk in schizophrenia learning from the past to change the future. *Annals of General Psychiatry*, 6, 6-10.
- Prochaska, O. J., Diclemente, C. C. and Norcross, C. J. (1992). In search of how people change applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Pulver, A. E., Wolyniec, P. S., Wagner, M. G., Moorman, C. C. and Mcgrath, J. A. (1989). An epidemiologic investigation of alcohol-dependent schizophrenics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 603-612.
- Regier, D. A., Farmer, M. E. and Rea, D. S. (1990). Comorbidity of mental disorders with Alcohol and Other drug abuse: result from the Epidemiological Catchment Area (ECA) study. *JAMA*, 264, 2511-2518.
- Ruggeri, M. et al. (2002). Determinant of subjective quality of life in patients attending community-based mental health services: the South-Verona outcome project 5. *Acta Psychiatry Scandinavia*, 105, 131-140.
- Russo, J. et al. (1997). Psychiatric Status, Quality of life, and Level of care as predictors of outcomes of acute inpatient treatment. *Psychiatric Services*, 48(11), 1427-1434.
- Sadock, J. B., and Sadock, A. V. (2007). *Synopsis of Psychiatry* (Vol. 10^{ed}). Philadelphia: Lipincott William &Wilkins.
- Sajid, S. M., Tonsi, A. and Baig, K. M. (2008). Health-related quality of life measurement. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(4), 365-373.
- Salvany, D. A. et al. (2010). Gender differences in health related quality of life of young heroine users. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 1-10.

- Salyers, P. M. and Mueser, T. K. (2001). Social functioning, Psychopathology, and Medication side effects in relation to substance use and abuse in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 48, 109-123.
- Schaar, I. and Ojehagen, A. (2003). Predictors of improvement in quality of life of severely mentally ill substance abuser during 18 months of co-operation between psychiatric and social services. *Social Psychiatric Epidemiology*, 38, 83-87.
- Schaefer, C., Colyne, C. and Lazarus, R. S. (1981). The health related function of social support. *Journal of Behaviour Medicine*, 4, 381-406.
- Schmitz, N., Kruse, J. and Kugler, J. (2003). Disabilities, quality of Life, and mental disorders associated with smoking and nicotine dependence. *American Journal Psychiatry*, 160, 1670-1676.
- Schreiber, J. L., Breifer, A. and Pichar, D. (1995). Expressed emotion: Trait or state? *British Journal of Psychiatry*, 166, 647-649.
- Servellen, G. V., Chang, B. and Lombardi, E. (2002). Accuration, Socioeconomic Vulnerability and Quality of life in Spanish-Speaking and Bilingual Latino HIV-Infected men and women. *Western Journal of Nursing Research*, 24(3), 246-263.
- Sherbourne, C. D. and Stewart, A. L. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science and Medicine*, 32, 561-571.
- Singh, J., Mattoo, S. K., Sharan, P. and Basu, D. (2005). Quality of life and its correlates in patients with dual diagnosis of bipolar affective disorder and substance dependence. *Bipolar Disorder*, 7, 187-191.
- Sousa, H. K. and Kwok, M. O. (2006). Putting Wilson and Cleary to the test: Analysis of a HRQOL conceptual model using structural equation model. *Quality of Life Research*, 15, 725-737.
- Staring, A. B. P., Mulder, I. C., Duivenvoorden, H. J., Haan, D. I. and Gaag, D. V. M. (2009). Fewer symptoms vs. more side-effects in schizophrenia? Opposing pathways between antipsychotic medication compliance and Quality of life. *Schizophrenia Research*, 113, 27-33.
- Stewart, A. L. and Ware, J. E. (1992). *Measuring functioning and Well-being: The Medical Outcome Study Approach*. Durham, NC: Duke University.
- Stewart, M. J. (1993). *Integrating social support in nursing*. Newbury Park: Sage Publication.
- Suokas, J.T., Perala, J., Suominen, K., Saarni, S., Lonnqvist, J., Suvisaari, J.M. (2010). Epidemiology of suicide attempts among persons with psychotic disorder in the general population. *Schizophrenia Research*. *Schizophrenia Research*, 124(1-3), 22-28.

- Swartz, S.M. et al. (1998). Violence and Severe mental illness: The effect of substance abuse and non adherence to medication. *American Journal of Psychiatry*, 155(2), 226-231.
- Swofford, C. D., Kasckow, J. W., Scheller, G. G. and Inderbitzin, L. B. (1996). Substance use: a powerful predictor of relapse in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 20(1-2), 145-151.
- Talamo, A. et al. (2006). Comorbid substance-use in schizophrenia: Relation to positive and negative symptoms. *Schizophrenia Research*, 86(1), 251-255.
- Tan, Y. H., Choo, C. W., Doshi, S., Lim, C. E. L. and Kua, H. E. (2004). A community study of the health-related quality of life of schizophrenia and general practice outpatients in Singapore. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 39, 106-112.
- Tiet, Q. Q. and Mausbach, B. (2007). Treatment for patients with dual diagnosis: A review. *Alcohol Clin Exp Res*, 31, 513-536.
- Tomotake, M. (2011). Quality of life and its predictors in people with schizophrenia. *The Journal of Medication Investigation*, 58, 167-174.
- Tracy, I. J., Josiassen, C. R. and Bellack S. A. (1995). Neuropsychology of dual diagnosis: Understanding the combined effects of Schizophrenia and Substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 15(2), 67-97.
- Ware, E. J., Kosinski, M. and Keller S. D. (1996). A 12-item short form health survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34, 220-233.
- Ware, E. J. and Sherbourne, D. C. (1992). The MOS-36 Items Short – Form Health Survey I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Warner, S. C. and Williams, J. I. (1987). The Meaning in Life Scale: Determining the reliability and validity of a measure. *Journal of Chronic Disease*, 40, 503-512.
- Wasson, J. H. et al. (1999). The Health-Related Quality of Life of never smokers, ex-smokers, and light, moderate, and heavy smokers. *Preventive Medicine*, 29, 139-144.
- Westermeyer, J. (2006). Comorbid schizophrenia and substance abuse: a review of epidemiology and course. *American Journal Addict*, 15(5), 345-355.
- WHO. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorder: Clinical description and Diagnostic guidelines*. Switzerland: Geneva.
- William, J. M. and Ziedonis, D. (2004). Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction. *Addictive Behaviors*, 29, 1067-1083.
- William, R. and Cohen, J. (2000). Substance use and Misuse in psychiatric ward: A model task for clinical governance. *Psychiatric Bulletin*, 24, 43-46.

Wilson, D., Parsons, J. and Wakefield, M. (1999). The Health-Related Quality of Life of never smokers, ex-smokers, and light, moderate , and heavy smokers. *Preventive Medicine, 29*, 139-144.

Wilson, I. B. and Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health related quality of life: A conceptual model of patient outcomes. *Journal American Medical Associate, 273*, 59-65.

Yamauchi, K. et al. (2008). Predictors of subject and objective quality of life in outpatients with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 62*, 404-411.

Yui, K. et al. . (1999). Neurobiological basis of relapse prediction in stimulant-induced psychosis and Schizophrenia : the role of sensitization. *Molecular Psychiatry, 4(6)*, 512-523.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
นายแพทย์กฤษณะ สุวรรณโกลมชัย	นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาล สระบุรี แผนกจิตเวช
อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล	อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นางเพชร คันธสายบัว	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช กลุ่มงานจิตเวชยาเสพติด สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา
นางสาวสาวิตรี สุริยะฉาย	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช กลุ่มงานจิตเวชยาเสพติด สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา
นางทิพวรรณ เหลืองอร่ามชัย	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลท่าเรือ



ภาคผนวก ข

เอกสารขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11/0992

วันที่ 9 กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกิ่งกาญจน์ ไชยบุศย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-1160

ชื่อนิสิต

นางสาวกิ่งกาญจน์ ไชยบุศย์ โทร. 081-911-7479

ที่ ศธ 0512.11/0๙๑๒

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑ กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

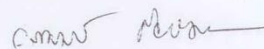
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกิงกาญจน์ ไชยบุศย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ กฤษณะ สุวรรณโกมลชัย นายแพทย์ชำนาญการ แผนกจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นายแพทย์ กฤษณะ สุวรรณโกมลชัย

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-1160

ชื่อนิสิต

นางสาวกิงกาญจน์ ไชยบุศย์ โทร. 081-911-7479

ที่ ศธ 0512.11/0992



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑ กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าเรือ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกิงกาญจน์ ไชยบุศย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางทิพวรรณ เหลืองอร่ามชัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิตดสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรากรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางทิพวรรณ เหลืองอร่ามชัย

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-1160

ชื่อนิสิต

นางสาวกิงกาญจน์ ไชยบุศย์ โทร. 081-911-7479

ที่ ศธ 0512.11/๐๙๑๒

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศรศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๙ กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกัญญาญ์ ไชยบุศย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- นางเพชรี คันธสายบัว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช กลุ่มงานจิตเวชยาเสพติด
- นางสาวสาวิตรี สุริยะฉาย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางเพชรี คันธสายบัว และนางสาวสาวิตรี สุริยะฉาย

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-1160

ขี้นิสิต

นางสาวกัญญาญ์ ไชยบุศย์ โทร. 081-911-7479



ภาคผนวก ค
เอกสารชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย
แบบแสดงความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
ที่ใช้สารเสพติดร่วม

ชื่อผู้วิจัย นางสาวกิงกานุญ ไชยบุศย์ ตำแหน่ง นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย 106/364 อาคารบูรพาภิรมย์เฟส 5 ถนนมาบะยม ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง
จังหวัดชลบุรี 20130

โทรศัพท์มือถือ 081-9117479

E-mail : kingkan-c@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยมีความ
จำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาใน
การอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้
ตลอดเวลา

2. โครงการวิจัยนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้าน
สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม

3.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ อายุ เพศ อาการทางบวกและ
อาการทางลบ ชนิดของสารเสพติด จำนวนแก้วของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน จำนวนมวนของบุหรี่ที่สูบ
ต่อวัน สัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการสนับสนุนทางสังคม
กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

4.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็น
โรค จิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมตามเกณฑ์การวินิจฉัยจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD 10)
เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของคลินิกจิตเวชในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาล
ชุมชน และแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตภาคกลาง
จำนวน 160 คน

4.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่า
เป็นโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมตามเกณฑ์การวินิจฉัยจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD 10)
ซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของคลินิกจิตเวชในโรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลเสนา
โรงพยาบาลท่าเรือ โรงพยาบาลสามโคก และแผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระ
เจ้าพระยา โดยมีขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดดังต่อไปนี้

1) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ตามเกณฑ์การวินิจฉัยจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD 10) มีอายุอยู่ระหว่าง 18-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนเป็นระยะเวลานานกว่า 6 เดือน

2) สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ พูดคุยโต้ตอบ อ่านออกเสียง สามารถสื่อสารให้ผู้อื่น เข้าใจได้และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยโดยการเซ็นยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

3) ไม่มีลักษณะอาการแสดงทางจิตที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย เช่น หูแว่ว ประสาทหลอนขั้นรุนแรง เสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมรุนแรงที่เป็นอันตรายต่อทั้งตนเองและผู้อื่น ประเมินโดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการทางจิต (BPRS) มีระดับคะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นลักษณะของการวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ภาคตัดขวางที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม ซึ่งไม่มีการกระทำการทดลองใดๆกับท่าน การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้มีเพียงการขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามที่นำมาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เท่านั้นซึ่งแบบสอบถามที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 8 ชุด ได้แก่

- 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
- 2) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลการใช้สารเสพติด
- 3) แบบประเมินอาการทางบวก
- 4) แบบประเมินอาการทางลบ
- 5) แบบสัมภาษณ์สัมพันธ์ภาพในครอบครัว
- 6) แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม
- 7) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
- 8) แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

6. ก่อนเข้าร่วมการวิจัยท่านจะได้รับทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในครั้งนี้จากผู้วิจัยทุกครั้ง

7. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะคัดเลือกเฉพาะผู้ที่มีคุณสมบัติที่กำหนดให้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เมื่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเข้าร่วมการวิจัยแล้วแต่ปรากฏว่ามีคุณสมบัติที่ไม่ตรงกับคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องการ หรือจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับการช่วยเหลือดูแลตามแนวทางการดูแลของโรงพยาบาลที่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเข้ารับบริการ

8. การใช้เวาระเบียน

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้รับอนุญาตในการดูข้อมูลในเวาระเบียนจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล และได้รับการยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยจากผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยเซ็นชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยเรียบร้อยแล้ว

9. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้นกับผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย เนื่องจากในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีการกระทำหรือการทดลองกับผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยตรง เป็นเพียงการขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามของผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยเท่านั้น

10. ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้

10.1 บุคลากรในทีมสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้พัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมโดยเป็นการจัดกิจกรรมการพยาบาล หรือการดูแลที่จัดกระทำกับตัวแปรที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อพัฒนาให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

10.2 บุคลากรในทีมสุขภาพจิตและจิตเวชและผู้สนใจศึกษาสามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมเพื่อพัฒนาให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

11. การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาที่พึงได้รับ

12. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

13. ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย

14. “หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา อาคารราชสาทิศชั้น 1 หมายเลขโทรศัพท์ 02-442-2500 ต่อ 59286,59277

หรือหากข้าพเจ้ามีความสงสัยต้องการได้รับความช่วยเหลือ/คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับข้อมูล คำแนะนำในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถขอความช่วยเหลือ/ขอคำแนะนำเพิ่มเติมได้ที่ ผู้วิจัย นางสาวกิงกาญจน์ ไชยบุศย์ หมายเลขโทรศัพท์ 081-911-7479

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่องานวิจัย ปัจจัยคัตสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติด
ร่วม

ชื่อผู้วิจัย นางสาวกิงกาญจน์ ไชยบุศย์

ที่อยู่ติดต่อ 106/364 อาคารบูรพาภิรมย์เฟส 5 ถนนมาบะยม ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง
จังหวัดชลบุรี

โทรศัพท์ 081-9117479

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด
ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้น
จากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับ
คำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล
ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น และจะได้รับการ
ดูแลจากเจ้าหน้าที่เช่นเดิม

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกัข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะ
นำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนสถาบันจิตเวชศาสตร์
สมเด็จพระเจ้าพระยา อาคารราชสาทิศชั้น 1 หมายเลขโทรศัพท์ 02-442-2500 ต่อ 59286,59277

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(นางสาวกิงกาญจน์ ไชยบุศย์)

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน



ภาคผนวก ง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัมประสิทธิ์ความเที่ยงและผลการวิเคราะห์รายข้อของแบบสอบถาม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อมูลการใช้สารเสพติด

ชนิดสารเสพติด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
ติ่มเครื่องติ่มที่มีแอลกอฮอล์	108	67.5	67.5	67.5
ใช้สารเสพติดชนิดอื่น	39	24.4	24.4	91.9
ติ่มเครื่องติ่มที่มีแอลกอฮอล์ และ ใช้สารเสพติดชนิดอื่น	13	8.1	8.1	100.0
Total	160	100.0	100.0	

ประเภทของเครื่องติ่มแอลกอฮอล์

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
เหล้า 35 ดีกรี	43	26.8	35.5	35.5
เหล้าขาว 40 ดีกรี	40	25.0	33.1	68.6
เบียร์	38	23.8	31.4	100.0
Total	121	75.6	100.0	
Missing	39	24.4		
Total	160	100.0		

ประเภทของสารเสพติดชนิดอื่น

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
กัญชา	3	1.9	3.8	3.8
ยากระตุ้นประสาท กลุ่มแอมเฟตามีน	49	30.6	94.3	98.1
Total	52	32.5	100.0	
Missing	108	67.5		
Total	160	100.0		

ระยะเวลาใช้สารเสพติด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ต่ำกว่า 5 ปี	79	49.4	49.4
	5-10ปี	68	42.5	91.9
	11-15ปี	2	1.2	93.1
	16-20ปี	11	6.9	100.0
	Total	160	100.0	100.0

ความถี่ของการใช้สารเสพติด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	สัปดาห์ละ1-2ครั้ง	59	36.8	36.8
	สัปดาห์ละ3-4ครั้ง	46	28.8	65.6
	สัปดาห์ละ5-6ครั้ง	9	5.6	71.3
	ทุกวัน	46	28.8	100.0
	Total	160	100.0	100.0

ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์(ดื่มมาตรฐาน)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	1-5.5	65	40.6	53.7
	6-10.5	28	17.5	76.8
Valid	11-15.5	19	11.9	92.6
	16-20.5	9	5.6	100.0
	Total	121	75.6	100.0
Missing	9	39	24.4	
Total		160	100.0	

ปริมาณการเสพกัญชา(บ้อง 1 บ้อง= บุหรี่ประมาณ 20 มวน)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	1	2	1.3	66.7
Valid	2	1	0.6	100.0
	Total	3	1.9	100.0
Missing	9	157	98.1	
Total		160	100.0	

ปริมาณการเสพยาบ้า(ตัว)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	1	19	11.8	38.8
	2	25	15.7	89.8
Valid	3	5	3.1	100.0
	Total	49	30.6	100.0
Missing	9	111	69.4	
Total		160	100.0	

จำนวนมวนของบุหรี่ที่สูบต่อวัน

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ไม่เคยสูบ	14	8.8	8.8	8.8
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	15	9.4	9.4	18.2
สูบ1-14มวน/วัน	55	34.4	34.3	52.5
สูบ15-24มวน/วัน	66	41.3	41.2	93.7
สูบ25มวนขึ้นไป	10	6.3	6.3	100.0
Total	160	100.0	100.0	

การดื่มกาแฟ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ไม่ดื่ม	64	40.0	40.0	40.0
ดื่ม	96	60.0	60.0	100.0
Total	160	100.0	100.0	

จำนวนแก้วกาแฟที่ดื่มต่อวัน

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1แก้ว	37	23.1	38.5	38.5
1.5แก้ว	14	8.8	14.6	53.1
2แก้ว	30	18.8	31.3	84.4
3แก้ว	10	6.3	10.4	94.8
4แก้ว	2	1.2	2.1	96.9
5แก้ว	2	1.2	2.1	99.0
7 แก้ว	1	.6	1.0	100.0
Total	96	60.0	100.0	
Missing	64	40.0		
Total	160	100.0		

ตี๋มเครื่องตี๋มซูกำลััง

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ไม่ตี๋ม	75	47.5	47.5	47.5
ตี๋ม	85	52.5	52.5	100.0
Total	160	100	100.0	
Missing	0	0		
Total	160	100.0		

ชนิดของเครื่องตี๋มซูกำลััง

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
M-150	54	33.4	63.5	63.5
สปอนเซอร์	5	3.1	5.9	69.4
กระทิงแดง	9	5.6	10.6	80.0
คาราบาวแดง	11	6.7	12.9	92.9
ลิโพ	6	3.7	7.1	100.0
Total	85	52.5	100.0	
Missing	75	47.5		
Total	160	100.0		

จำนวนขวดเครื่องตี๋มซูกำลัังที่ตี๋มต่อวัน

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1ขวด	61	37.7	71.7	71.7
2ขวด	21	13.0	24.7	96.4
3ขวด	1	.6	1.2	97.6
4ขวด	2	1.2	2.4	100.0
Total	85	52.5	100.0	
Missing	75	47.5		
Total	160	100.0		

ข้อมูลคะแนนอาการทางบวก

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
คะแนนรวมอาการบวก	160	7.00	38.01	13.93	9.10
Valid N (listwise)	160				

ข้อมูลคะแนนอาการทางลบ

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
คะแนนรวมอาการลบ	160	7.00	42.00	13.58	7.91
Valid N (listwise)	160				

ข้อมูลคะแนนการสนับสนุนทางสังคม

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
คะแนนรวมการสนับสนุนทางสังคม	160	25.05	75.00	55.95	8.85
Valid N (listwise)	160				

ข้อมูลคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัว

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
คะแนนรวมสัมพันธภาพในครอบครัว	160	12.00	60.00	42.24	10.20
Valid N (listwise)	160				

ข้อมูลคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
คะแนนรวมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	160	34.08	80.00	64.32	9.76
Valid N (listwise)	160				

ข้อมูลคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
L_Q1	160	10.00	100.00	85.63	15.35
L_Q2	160	50.00	100.00	74.06	22.24
L_Q3	160	20.00	100.00	76.69	22.81
L_Q4	160	20.00	100.00	63.95	17.18
L_Q5	160	25.00	95.83	65.96	14.97
L_Q6	160	30.00	100.00	75.19	21.37
L_Q7	160	16.67	100.00	67.54	18.75
L_Q8	160	50.00	100.00	72.60	22.38
Level_QA	160	29.37	95.80	72.01	13.82
Valid N (listwise)	160				

ข้อมูลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (เพียร์สัน) ระหว่างอายุ เพศ อาการทางบวก อาการทางลบ ปริมาณของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว) ปริมาณของบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน (จำนวนมวน) สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

Correlations

		คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
อายุ	Pearson Correlation	-.032
	Sig. (2-tailed)	.691
	N	160
เพศ	Pearson Correlation	-.055
	Sig. (2-tailed)	.494
	N	160
อาการทางลบ	Pearson Correlation	-.412**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	160
อาการทางบวก	Pearson Correlation	-.455**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	160
จำนวนแก้วกาแฟที่ดื่ม	Pearson Correlation	.190*
	Sig. (2-tailed)	.016
	N	160
จำนวนมวนของบุหรี่ที่สูบ	Pearson Correlation	-.050
	Sig. (2-tailed)	.528
	N	160
สัมพันธภาพในครอบครัว	Pearson Correlation	.454**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	160
พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์	Pearson Correlation	.558**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	160
การสนับสนุนทางสังคม	Pearson Correlation	.500**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	160
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	160

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

ข้อมูลแสดงความสัมพันธ์ (Eta) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (ANOVA) ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม ระหว่างกลุ่มที่มีการใช้สารเสพติดชนิดต่างกัน

ANOVA

คะแนนรวมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	3214.479	2	1607.239	3.960	.021
Within Groups	63718.296	157	405.849		
Total	66932.775	159			

ขนาดความสัมพันธ์ (Eta)

Directional Measures

			Value
Nominal by Interval	Eta	ชนิดสารเสพติด Dependent	.769
		คะแนนรวมคุณภาพชีวิต Dependent	.219

ข้อมูลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบสอบถาม

แบบวัดอาการด้านบวก (หลังทดลองใช้เครื่องมือ)

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
อาการด้านบวกข้อ 1	11.37	16.861	.626	.911
อาการด้านบวกข้อ 2	11.50	16.397	.700	.903
อาการด้านบวกข้อ 3	11.43	15.426	.775	.895
อาการด้านบวกข้อ 4	11.60	16.455	.679	.906
อาการด้านบวกข้อ 5	11.60	15.421	.862	.886
อาการด้านบวกข้อ 6	11.63	15.689	.849	.888
อาการด้านบวกข้อ 7	11.67	16.644	.661	.907

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.913	.913	7

แบบวัดอาการด้านบวก (หลังนำเครื่องมือไปใช้จริง)

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
อาการด้านบวกข้อ 1	11.79	61.238	.831	.962
อาการด้านบวกข้อ 2	11.81	63.575	.882	.959
อาการด้านบวกข้อ 3	11.99	59.748	.938	.954
อาการด้านบวกข้อ 4	11.80	61.771	.876	.959
อาการด้านบวกข้อ 5	12.25	62.553	.849	.961
อาการด้านบวกข้อ 6	11.91	58.521	.885	.958
อาการด้านบวกข้อ 7	12.00	60.428	.871	.959

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.964	7

แบบวัดอาการด้านลบ (หลังทดลองใช้เครื่องมือ)

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
อาการด้านลบข้อ1	10.60	15.903	.625	.930
อาการด้านลบข้อ2	10.70	15.321	.764	.916
อาการด้านลบข้อ3	10.50	14.948	.836	.909
อาการด้านลบข้อ4	10.40	14.662	.781	.915
อาการด้านลบข้อ5	10.33	15.126	.736	.920
อาการด้านลบข้อ6	10.57	15.771	.841	.911
อาการด้านลบข้อ7	10.50	15.224	.844	.909

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.927	.930	7

แบบวัดอาการด้านลบ (หลังนำเครื่องมือไปใช้จริง)

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
อาการด้านลบข้อ1	11.83	47.701	.842	.950
อาการด้านลบข้อ2	11.62	46.426	.862	.948
อาการด้านลบข้อ3	11.61	45.711	.842	.950
อาการด้านลบข้อ4	11.69	48.226	.833	.951
อาการด้านลบข้อ5	11.31	43.597	.886	.947
อาการด้านลบข้อ6	11.77	46.997	.855	.949
อาการด้านลบข้อ7	11.69	47.887	.843	.950

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.956	7

แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว (หลังทดลองใช้เครื่องมือ)

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
สัมพันธภาพข้อ1	35.53	62.809	.732	.901
สัมพันธภาพข้อ2	35.93	62.478	.696	.903
สัมพันธภาพข้อ3	36.10	61.610	.697	.902
สัมพันธภาพข้อ4	35.97	65.482	.401	.917
สัมพันธภาพข้อ5	35.70	61.734	.683	.903
สัมพันธภาพข้อ6	35.93	58.685	.743	.900
สัมพันธภาพข้อ7	36.00	63.241	.607	.907
สัมพันธภาพข้อ8	35.63	62.447	.688	.903
สัมพันธภาพข้อ9	36.13	65.292	.509	.911
สัมพันธภาพข้อ10	35.63	63.826	.684	.904
สัมพันธภาพข้อ11	36.23	62.806	.674	.904
สัมพันธภาพข้อ12	35.67	61.540	.722	.901

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.912	.914	12

แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว (หลังนำเครื่องมือไปใช้จริง)

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
สัมพันธภาพข้อ1	38.14	91.948	.598	.896
สัมพันธภาพข้อ2	38.49	88.906	.616	.895
สัมพันธภาพข้อ3	39.21	85.938	.619	.895
สัมพันธภาพข้อ4	39.17	87.386	.583	.897
สัมพันธภาพข้อ5	38.34	86.389	.736	.889
สัมพันธภาพข้อ6	39.07	84.221	.720	.889
สัมพันธภาพข้อ7	38.69	86.568	.660	.892
สัมพันธภาพข้อ8	38.22	89.685	.647	.894
สัมพันธภาพข้อ9	39.39	92.931	.364	.908
สัมพันธภาพข้อ10	38.48	87.597	.621	.895
สัมพันธภาพข้อ11	38.94	86.997	.631	.894
สัมพันธภาพข้อ12	38.33	86.210	.767	.888

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.902	12

แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม (หลังทดลองใช้เครื่องมือ)

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
สนับสนุนทางสังคม1	49.93	37.789	-.058	.853
สนับสนุนทางสังคม2	50.70	34.493	.395	.828
สนับสนุนทางสังคม3	50.77	33.909	.533	.821
สนับสนุนทางสังคม4	50.67	34.230	.304	.834
สนับสนุนทางสังคม5	50.63	32.309	.662	.813
สนับสนุนทางสังคม6	50.83	33.247	.442	.825
สนับสนุนทางสังคม7	50.87	32.395	.548	.818
สนับสนุนทางสังคม8	50.80	31.683	.554	.817
สนับสนุนทางสังคม9	51.10	34.507	.340	.831
สนับสนุนทางสังคม10	50.70	33.734	.417	.826
สนับสนุนทางสังคม11	50.47	32.878	.462	.824
สนับสนุนทางสังคม12	50.47	31.430	.677	.810
สนับสนุนทางสังคม13	50.60	33.972	.399	.827
สนับสนุนทางสังคม14	50.60	31.972	.570	.817
สนับสนุนทางสังคม15	50.60	31.076	.637	.811

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.834	.834	15

แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม (หลังนำเครื่องมือไปใช้จริง)

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
การสนับสนุนทางสังคมข้อ1	51.36	73.501	.448	.829
การสนับสนุนทางสังคมข้อ2	52.23	68.166	.593	.819
การสนับสนุนทางสังคมข้อ3	52.69	67.044	.587	.818
การสนับสนุนทางสังคมข้อ4	52.33	70.927	.383	.831
การสนับสนุนทางสังคมข้อ5	52.18	71.269	.339	.834
การสนับสนุนทางสังคมข้อ6	52.03	72.735	.315	.835
การสนับสนุนทางสังคมข้อ7	52.42	70.471	.410	.830
การสนับสนุนทางสังคมข้อ8	52.34	67.208	.561	.820
การสนับสนุนทางสังคมข้อ9	52.61	68.226	.462	.827
การสนับสนุนทางสังคมข้อ10	52.39	70.591	.410	.830
การสนับสนุนทางสังคมข้อ11	52.18	68.774	.522	.823
การสนับสนุนทางสังคมข้อ12	52.52	68.717	.473	.826
การสนับสนุนทางสังคมข้อ13	52.19	70.685	.424	.829
การสนับสนุนทางสังคมข้อ14	52.32	67.413	.586	.819
การสนับสนุนทางสังคมข้อ15	52.21	70.680	.413	.829

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.836	15

แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (หลังทดลองใช้เครื่องมือ)

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
พฤติกรรมการใช้ยาข้อ 1	57.13	30.533	.597	.780	.786
พฤติกรรมการใช้ยาข้อ 2	57.40	30.041	.604	.740	.784
พฤติกรรมการใช้ยาข้อ 3	57.20	29.407	.542	.807	.789
พฤติกรรมการใช้ยาข้อ 4	57.40	32.248	.404	.507	.799
พฤติกรรมการใช้ยาข้อ 5	57.00	31.310	.419	.915	.799
พฤติกรรมการใช้ยาข้อ 6	57.00	32.759	.366	.543	.802
พฤติกรรมการใช้ยาข้อ 7	56.97	32.585	.452	.780	.797
พฤติกรรมการใช้ยาข้อ 8	57.20	30.028	.504	.663	.792
พฤติกรรมการใช้ยาข้อ 9	57.17	32.420	.524	.603	.794
พฤติกรรมการใช้ยาข้อ10	57.17	35.109	.085	.590	.817
พฤติกรรมการใช้ยาข้อ11	57.57	35.151	.055	.736	.821
พฤติกรรมการใช้ยาข้อ12	57.17	28.833	.640	.924	.780
พฤติกรรมการใช้ยาข้อ13	57.07	33.237	.390	.501	.801
พฤติกรรมการใช้ยาข้อ14	57.10	32.507	.360	.822	.802
พฤติกรรมการใช้ยาข้อ15	56.33	32.782	.470	.565	.797
พฤติกรรมการใช้ยาข้อ 16	57.13	35.637	.068	.804	.814

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.809	.800	16

แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (หลังนำเครื่องมือไปใช้จริง)

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
พฤติกรรมการใช้ยาข้อ 1	60.52	79.635	.608	.843
พฤติกรรมการใช้ยาข้อ 2	60.64	81.302	.631	.842
พฤติกรรมการใช้ยาข้อ 3	60.35	77.738	.674	.839
พฤติกรรมการใช้ยาข้อ 4	60.00	83.409	.647	.843
พฤติกรรมการใช้ยาข้อ 5	59.85	89.210	.255	.859
พฤติกรรมการใช้ยาข้อ 6	60.02	83.050	.675	.842
พฤติกรรมการใช้ยาข้อ 7	59.92	83.081	.722	.841
พฤติกรรมการใช้ยาข้อ 8	59.84	82.887	.556	.846
พฤติกรรมการใช้ยาข้อ 9	60.93	81.994	.395	.857
พฤติกรรมการใช้ยาข้อ 10	60.49	83.635	.416	.854
พฤติกรรมการใช้ยาข้อ 11	61.61	84.580	.328	.860
พฤติกรรมการใช้ยาข้อ 12	60.14	85.843	.332	.858
พฤติกรรมการใช้ยาข้อ 13	59.89	84.641	.642	.845
พฤติกรรมการใช้ยาข้อ 14	60.04	84.004	.584	.846
พฤติกรรมการใช้ยาข้อ 15	59.39	93.901	.065	.862
พฤติกรรมการใช้ยาข้อ 16	60.69	83.424	.419	.854

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.858	16

แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (หลังทดลองใช้เครื่องมือ)

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ1	96.83	295.799	.752	.961
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ2	96.60	303.559	.500	.963
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ3	98.70	307.528	.699	.962
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ4	98.70	307.528	.699	.962
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ5	97.83	311.868	.535	.963
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ6	98.73	308.961	.633	.962
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ7	97.87	309.568	.616	.962
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ8	97.77	309.289	.641	.962
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ9	98.70	307.528	.699	.962
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ10	98.70	307.528	.699	.962
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ11	98.70	307.528	.699	.962
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ12	97.80	310.028	.627	.962
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ13	98.63	313.482	.314	.963
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ14	98.53	309.223	.543	.962
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ15	98.57	313.426	.308	.963
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ16	98.60	308.593	.590	.962
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ17	98.43	312.737	.347	.963
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ18	98.43	311.978	.390	.963
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ19	98.50	312.741	.343	.963
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ20	95.97	300.585	.640	.962
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ21	96.10	305.266	.638	.962
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ22	95.90	306.783	.565	.962
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ23	96.10	286.852	.867	.960
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ24	96.07	287.168	.842	.960
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ25	95.87	284.189	.811	.961
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ26	95.97	291.275	.789	.961
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ27	96.23	287.909	.802	.961
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ28	96.07	289.720	.795	.961
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ29	95.83	287.247	.863	.960
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ30	96.13	290.120	.848	.960
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ31	96.13	297.223	.682	.962
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ32	96.20	296.579	.682	.962
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ33	96.07	292.340	.772	.961
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ34	96.13	300.878	.657	.962
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ35	96.40	295.903	.698	.961
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ36	96.20	303.338	.616	.962

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.963	.966	36

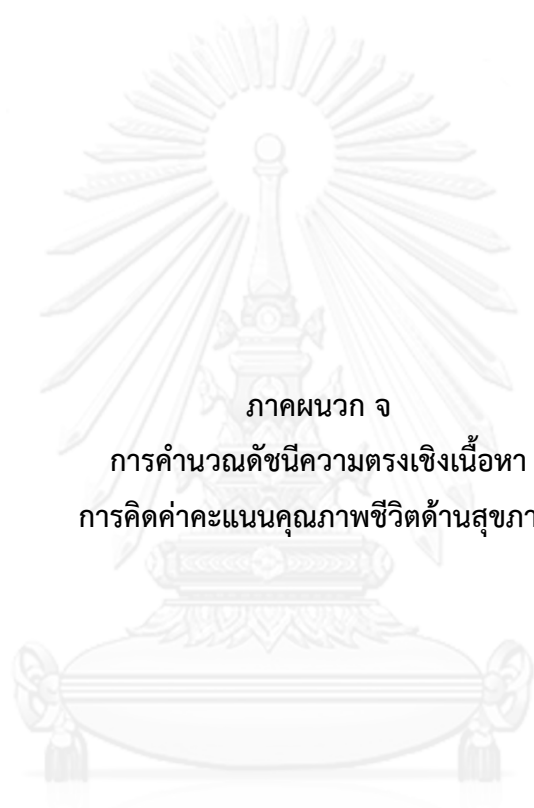
แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (หลังนำเครื่องมือไปใช้จริง)

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ1	103.40	396.013	.642	.935
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ2	102.83	389.851	.635	.935
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ3	104.25	403.933	.569	.936
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ4	103.84	408.986	.527	.937
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ5	103.59	412.623	.486	.937
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ6	104.04	404.954	.554	.936
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ7	103.57	412.778	.509	.937
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ8	103.68	411.308	.517	.937
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ9	104.11	400.628	.655	.936
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ10	103.94	401.388	.679	.936
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ11	103.68	409.713	.530	.937
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ12	103.55	415.895	.335	.938
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ13	104.87	412.845	.412	.937
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ14	104.92	411.488	.502	.937
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ15	104.88	410.055	.573	.937
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ16	104.97	411.575	.503	.937
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ17	104.89	411.101	.520	.937
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ18	104.94	411.522	.502	.937
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ19	104.97	410.240	.572	.937
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ20	102.65	390.685	.593	.936
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ21	102.71	392.460	.559	.936
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ22	102.40	391.000	.635	.935
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ23	102.66	381.137	.642	.935
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ24	102.14	378.690	.752	.934
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ25	102.06	379.168	.739	.934
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ26	102.94	384.573	.629	.935
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ27	102.90	389.585	.499	.937
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ28	101.96	384.252	.676	.935
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ29	102.15	390.142	.568	.936
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ30	102.63	386.501	.590	.936
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ31	102.30	399.959	.427	.938
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ32	102.62	391.515	.637	.935
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ33	103.18	396.530	.455	.937
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ34	103.01	396.854	.544	.936
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ35	103.35	404.645	.368	.938
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้อ36	103.08	398.374	.488	.937

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.938	36



ภาคผนวก จ

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา
การคิดค่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา คำนวณจากสูตร ดังนี้

$$\text{CVI} = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

แบ่งระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเป็น 4 ระดับ คือ

4	หมายถึง	คำถามมีความสอดคล้องกับคำจำกัดความ
3	หมายถึง	คำถามต้องปรับปรุงเล็กน้อยจึงสอดคล้องกับคำจำกัดความ
2	หมายถึง	คำถามต้องปรับปรุงมากจึงสอดคล้องกับคำจำกัดความ
1	หมายถึง	คำถามไม่สอดคล้องกับคำจำกัดความ

1) ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินอาการทางบวก

$$\text{CVI} = \frac{7}{7} = 1$$

2) ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินอาการทางบวก

$$\text{CVI} = \frac{7}{7} = 1$$

3) ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว

$$\text{CVI} = \frac{12}{12} = 1$$

4) ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว

$$\text{CVI} = \frac{12}{15} = .80$$

5) ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม

$$\text{CVI} = \frac{15}{16} = .94$$

6) ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับภาษาไทย

$$\text{CVI} = \frac{36}{36} = 1$$

การคิดค่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

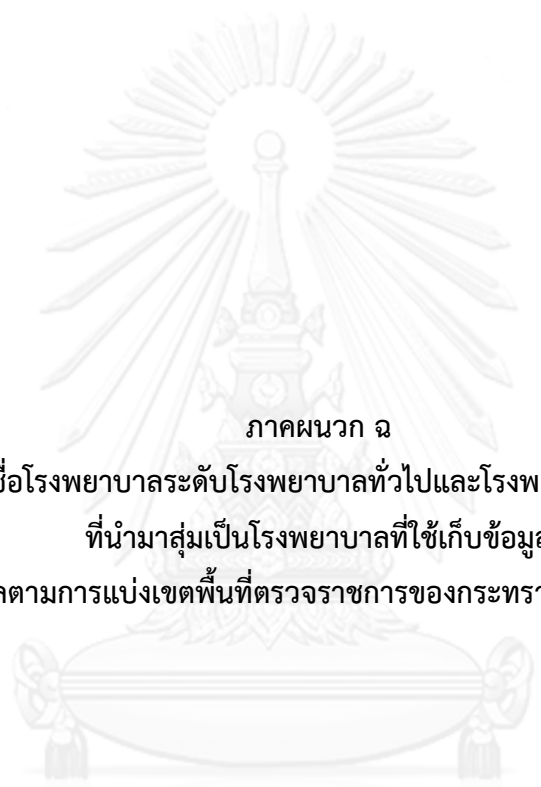
มิตีย่อยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	ข้อคำถาม	จำนวนข้อคำถาม (ข้อ)	เกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อ	ค่าคะแนนรวม (คะแนน)	ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ (คะแนน)
- มิติด้านร่างกาย	3-12	10	3	30	10-30
- มิติด้านข้อจำกัดการทำบทบาทเนื่องจากปัญหาด้านร่างกาย	13-16	4	2	8	4-8
- มิติด้านความเจ็บปวด	21-22	2	5	10	2-10
- มิติด้านการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป	1,33-36	5	5	25	5-25
- มิติด้านความมีชีวิตชีวา	23,27,29,31	4	6	24	4-24
- มิติด้านการทำหน้าที่ทางสังคม	20,32	2	5	10	2-10
- มิติด้านภาวะสุขภาพจิต	24-26,28,30	5	6	30	5-30
- มิติข้อจำกัดการทำบทบาทเนื่องจากปัญหาสุขภาพจิต	17,18,19	3	2	6	3-6
- คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	1-36	35		143	35-143

สูตรการคิดคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

คิดโดยนำคะแนนที่ได้มาเทียบเป็น 100 คะแนน โดย

คะแนนที่ได้ $\times 100$

คะแนนรวมทั้งหมดของโดยรวมหรือรายด้าน



ภาคผนวก ฉ

รายชื่อโรงพยาบาลระดับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน
ที่นำมาสู่เป็นโรงพยาบาลที่ใช้เก็บข้อมูล
(ข้อมูลตามการแบ่งเขตพื้นที่ตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายชื่อโรงพยาบาลทั่วไป

- โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี
- โรงพยาบาลชลประทาน จังหวัดนนทบุรี
- โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี
- โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี
- โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท
- โรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี
- โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
- โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี
- โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์
- โรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
- โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี
- โรงพยาบาลสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร
- โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
- โรงพยาบาลสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี
- โรงพยาบาลอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง
- โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี
- โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี
- โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี
- โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี
- โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17
- โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
- โรงพยาบาลอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี
- โรงพยาบาลสมุทรปราการ
- โรงพยาบาลนครนายก จังหวัดนครนายก
- โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี
- โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา

รายชื่อโรงพยาบาลชุมชน

- โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี
- โรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี
- โรงพยาบาลไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี
- โรงพยาบาลหนองแขง จังหวัดสระบุรี
- โรงพยาบาลวิหารแดง จังหวัดสระบุรี
- โรงพยาบาลมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี
- โรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดลพบุรี
- โรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง
- โรงพยาบาลท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา
- โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา
- โรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา
- โรงพยาบาลปะจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี
- โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ จังหวัดปราจีนบุรี
- โรงพยาบาลวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว
- โรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ
- โรงพยาบาลปากท่อ จังหวัดราชบุรี
- โรงพยาบาลหนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี
- โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี
- โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะมหาราชาบรมณียเขต จังหวัดกาญจนบุรี
- โรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี
- โรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี
- โรงพยาบาลสามโคก จังหวัดปทุมธานี
- โรงพยาบาลหนองแค จังหวัดสระบุรี
- โรงพยาบาลแก่งคอย จังหวัดสระบุรี
- โรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี
- โรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี
- โรงพยาบาลแปลงยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา
- โรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา
- โรงพยาบาลบางพระ จังหวัดฉะเชิงเทรา
- โรงพยาบาลสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา
- โรงพยาบาลกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี
- โรงพยาบาลตาพระยา จังหวัดสระแก้ว
- โรงพยาบาลองครักษ์ จังหวัดนครนายก
- โรงพยาบาลห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี
- โรงพยาบาลสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี
- โรงพยาบาลแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี
- โรงพยาบาลเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี



ภาคผนวก ข
เปรียบเทียบขนาดของแก้วกาแฟมาตรฐาน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



120 cc (1) = กาแฟสำเร็จรูป 1 ถ้วย



240cc (2)



400 cc (3.3) 450 cc (3.75) = 1 ถ้วยพลาสติก



180 cc (1.5) = กาแฟกระป๋องเบอร์ดี 1 กระป๋อง

(ที่มา: ร้านกาแฟ, 2556)



ภาคผนวก ซ
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภทและใช้สารเสพติดในชุมชน เขตภาคกลาง”

คำชี้แจง

1. แบบสัมภาษณ์นี้มี 8 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 7 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการใช้สารเสพติด	จำนวน 7 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการทางบวก	จำนวน 7 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบประเมินอาการทางลบ	จำนวน 7 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว	จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 7 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	จำนวน 16 ข้อ
ส่วนที่ 8 แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับภาษาไทย (SF-36)	จำนวน 36 ข้อ
2. โปรดอ่านคำชี้แจงก่อนการตอบคำถามในแต่ละส่วน
3. ข้อมูลของท่านถือเป็นความลับและนำมาใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น จึงไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการปฏิบัติงานและการดำเนินชีวิตของท่าน จึงขอให้ท่านกรุณาตอบคำถามทุกข้อด้วยตนเองตามจริง

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย.....

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ในช่องข้อความ หรือเติมข้อความ
ในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุปี
3. สถานภาพสมรส
 โสด คู่
 หม้าย หย่า/ร้าง/แยก
4. ระดับการศึกษา
 ไม่ได้เรียนหนังสือ ประถมศึกษา
 มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.
 อนุปริญญา / ปวศ. ปริญญาตรี
 สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ
ว่างงาน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ รับจ้าง
 ค้าขาย เกษตรกรรม
 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ งานบ้าน
 อื่นๆ(ระบุ)
6. ความเพียงพอของรายได้ของท่าน/เดือน
 ไม่เพียงพอ เพียงพอ
7. ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทปี.....เดือน

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย.....

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลการใช้สารเสพติด

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสัมภาษณ์ประวัติการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม ให้ทำเครื่องหมาย ในช่องข้อความ หรือเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงกับคำตอบของผู้รับสัมภาษณ์

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความที่ผู้สัมภาษณ์อ่านแล้วตอบให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกต้อง

1. ชนิดของสารเสพติดที่ท่านใช้	2. ระยะเวลาที่ท่านใช้สารเสพติดในข้อ 1	3. ความถี่ของการใช้สารเสพติดในข้อ 1 ของท่าน	4. ปริมาณของการใช้สารเสพติดในข้อ 1 ของท่าน ในแต่ละวัน/แต่ละครั้ง
<input type="checkbox"/> ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อย่างเดียว โปรดระบุ	<input type="checkbox"/> ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ นาน.....ปี..... เดือน	<input type="checkbox"/> สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง <input type="checkbox"/> สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง <input type="checkbox"/> สัปดาห์ละ 5-6 ครั้ง <input type="checkbox"/> ทุกวัน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ	โปรดระบุ.....
<input type="checkbox"/> ใช้สารเสพติดชนิดอื่น โปรดระบุ	<input type="checkbox"/> ใช้สารเสพติดชนิดอื่น นาน.....ปี..... เดือน		
<input type="checkbox"/> ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์โปรดระบุและ ใช้สารเสพติดชนิดอื่น โปรดระบุ	<input type="checkbox"/> ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และใช้สารเสพติดชนิดอื่น นาน.....ปี..... เดือน		

5. จำนวนมวนของบุหรี่ที่ท่านสูบต่อวัน
- ไม่เคยสูบ เคยสูบแต่เลิกแล้ว
- สูบ 1-14 มวน/วัน สูบ 15-24 มวน/วัน
6. จำนวนแก้วของกาแฟที่ท่านดื่มในแต่ละวัน
- ไม่เคยดื่ม
- ดื่ม.....แก้ว/วัน
7. จำนวนของเครื่องดื่มชูกำลังที่ท่านดื่มในแต่ละวัน
- ไม่เคยดื่ม
- ดื่ม โพรตระบุ..... ดื่ม.....ขวด/วัน

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย.....

ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการทางบวก

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ แบบประเมินอาการทางบวกเป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นให้เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานในการจำแนกชนิดและลักษณะอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม มีข้อความทั้งหมด 7 ข้อ โปรดทำเครื่องหมาย หน้าข้อที่ตรงกับคำตอบของผู้สัมภาษณ์ คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความที่ผู้สัมภาษณ์อ่านแล้วตอบให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกต้อง

คะแนน 1	หมายถึง	ไม่มีอาการ
คะแนน 2	หมายถึง	มีอาการขั้นต่ำสุด
คะแนน 3	หมายถึง	มีอาการเล็กน้อย
คะแนน 4	หมายถึง	มีอาการปานกลาง
คะแนน 5	หมายถึง	มีอาการค่อนข้างรุนแรง
คะแนน 6	หมายถึง	มีอาการรุนแรง
คะแนน 7	หมายถึง	มีอาการรุนแรงมาก

อาการทางบวก	คะแนน						
	1	2	3	4	5	6	7
1. อาการหลงผิด							
2. ความคิดสับสน							
3.							
4.							
5.							
6.							
7. ความรู้สึกที่ไม่เป็นมิตร							

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย.....

ส่วนที่ 4 แบบประเมินอาการทางลบ

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ แบบประเมินอาการทางลบเป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นให้เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานในการจำแนกชนิดและลักษณะอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม มีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ โปรดทำเครื่องหมาย หน้าข้อที่ตรงกับคำตอบของผู้รับสัมภาษณ์

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความที่ผู้สัมภาษณ์อ่านแล้วตอบให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกต้อง

คะแนน 1	หมายถึง	ไม่มีอาการ
คะแนน 2	หมายถึง	มีอาการขั้นต่ำสุด
คะแนน 3	หมายถึง	มีอาการเล็กน้อย
คะแนน 4	หมายถึง	มีอาการปานกลาง
คะแนน 5	หมายถึง	มีอาการค่อนข้างรุนแรง
คะแนน 6	หมายถึง	มีอาการรุนแรง
คะแนน 7	หมายถึง	มีอาการรุนแรงมาก

อาการทางลบ	คะแนน						
	1	2	3	4	5	6	7
1. การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ							
2. การแยกตัวทางอารมณ์							
3.							
4.							
5.							
6.							
7. การคิดอย่างตายตัว							

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย.....

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเพื่อประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมและสมาชิกในครอบครัว โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ โปรดทำเครื่องหมาย หน้าข้อที่ตรงกับคำตอบของผู้รับสัมภาษณ์

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความที่ผู้สัมภาษณ์อ่านแล้วตอบให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกต้อง

- | | |
|-------------------|---|
| เป็นจริงมากที่สุด | ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด |
| เป็นจริงส่วนมาก | ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่ |
| เป็นจริงปานกลาง | ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง |
| เป็นจริงเล็กน้อย | ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเพียงเล็กน้อย/ไม่เห็นด้วยส่วนใหญ่ |
| ไม่เป็นจริงเลย | ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความทั้งหมด |

สัมพันธภาพในครอบครัว	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงส่วนมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงเล็กน้อย	ไม่เป็นจริงเลย
1. สมาชิกในครอบครัวแสดงความรักความห่วงใยต่อท่าน					
2. เมื่อท่านมีปัญหาหรือไม่สบายใจสมาชิกในครอบครัวจะแสดงความเห็นอกเห็นใจหรือให้คำแนะนำช่วยเหลือท่านเสมอ					
3. เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีปัญหาท่านจะได้รับความรู้หรือร่วมกันแก้ปัญหา					
4.					
12. สมาชิกในครอบครัวช่วยให้ท่านมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต					

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย.....

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ และระดับประคองจากบุคคลต่างๆ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เครือข่าย เพื่อนฝูง แพทย์พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม มีข้อความถามทั้งหมด 15 ข้อ โปรดทำเครื่องหมาย หน้าข้อที่ตรงกับคำตอบของผู้รับสัมภาษณ์

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความที่ผู้สัมภาษณ์อ่านแล้วตอบให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกต้อง

- | | | |
|---|---------|---|
| 5 | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด |
| 4 | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านเป็น
ส่วนมาก |
| 3 | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านปานกลาง |
| 2 | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านเล็กน้อย |
| 1 | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงไม่กับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านเลย |

การสนับสนุนทางสังคม	ระดับคะแนน				
	5	4	3	2	1
1. แพทย์และพยาบาลให้ความช่วยเหลือท่านด้วยความเต็มใจ					
2. ท่านได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลต่างๆเมื่อท่านไม่สบายใจ					
3. บุคคลรอบข้างทำให้ท่านรู้สึกว่าคุณมีความสำคัญต่อเขา					
4. ท่านสามารถบอกความคับข้องใจกับผู้ที่ท่านไว้วางใจได้					
8.					
9.					
14. ท่านได้รับความช่วยเหลือเสมอเวลามีปัญหาทางการเงิน					
15. มีคนช่วยแบ่งเบาภาระของท่านทั้งที่บ้านและที่ทำงาน					

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย.....

ส่วนที่ 7 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม มีข้อความทั้งหมด 16 ข้อ โปรดทำเครื่องหมาย หน้าข้อที่ตรงกับคำตอบของผู้รับสัมภาษณ์

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความที่ผู้สัมภาษณ์อ่านแล้วตอบให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกต้อง

เป็นประจำ	หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำทุกวันหรือทุกครั้งที่มีเหตุการณ์นั้นๆ
บ่อยครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติเกือบทุกวัน (สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง) หรือเกือบทุกครั้งที่มีเหตุการณ์ (มากกว่า 2 ใน 3 ของทุกครั้งที่เกิดเหตุการณ์นั้น)
บางครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติเดือนละครั้งหรือมากกว่า 1 ใน 3 ของจำนวนครั้งที่เกิดเหตุการณ์นั้น
นานๆครั้ง	หมายถึง นานๆปฏิบัติสักครั้งหนึ่ง (น้อยกว่าเดือนละ 1 ครั้ง หรือน้อยกว่า 1 ใน 3 ของจำนวนครั้งที่เกิดเหตุการณ์นั้น)
ไม่เคย	หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคย
1. ท่านหยุดยารักษาอาการทางจิตเมื่อคิดว่าอาการทางจิตของท่านดีขึ้น					
2. ท่านเคยลืมกินยารักษาอาการทางจิต					
3. ท่านกินยารักษาอาการทางจิตเมื่อจำเป็นเท่านั้น					
9.					
16. ท่านปรึกษาพยาบาลหรือแพทย์ เมื่อมี (หรือหากมี) ปัญหาหรือมีอาการผิดปกติจากการใช้ยารักษาอาการทางจิต					

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย.....

ส่วนที่ 8 แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการถามเกี่ยวกับสุขภาพและความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน มีข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ โปรดทำเครื่องหมาย หน้าข้อที่ตรงกับคำตอบของผู้รับสัมภาษณ์

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความที่ผู้สัมภาษณ์อ่านแล้วตอบให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกต้อง

1. โดยทั่วไปที่ผ่านมา 1 เดือนสุขภาพของท่าน

5	ดีเยี่ยม
4	ดีมาก
3	ดี
2	พอใช้
1	ไม่ดีเลย

2. เปรียบเทียบช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ปัจจุบันสุขภาพของท่าน

5	ดีขึ้นมาก
4	ดีขึ้นบ้าง
3	เหมือนเดิม
2	แย่ลงบ้าง
1	แย่ลงมาก

ภาวะสุขภาพของท่านในปัจจุบัน มีผลกระทบหรือเป็นข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้หรือไม่ มากน้อยเพียงใด

ข้อความ	มีผล มาก	มีบ้าง เล็กน้อย	ไม่ มี ผล
3. กิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก เช่น วิ่ง ยกของหนัก เล่นกีฬาที่ต้องใช้แรงมาก	3	2	1
4. กิจกรรมที่ต้องออกแรงปานกลาง เช่น ย้ายโต๊ะ ภูบ้าน	3	2	1
7.	3	2	1
8.	3	2	1
11.	3	2	1
12. อาบน้ำและแต่งตัว	3	2	1

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา สุขภาพร่างกายของท่านมีผลต่อการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน บ้างหรือไม่

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
13. ทำให้ต้องลดเวลาการทำงานหรือกิจกรรมลง	1	2
14.	1	2
16. มีความยากลำบากในการทำงานหรือกิจกรรม ต้องใช้ความพยายามเพิ่มมากขึ้น	1	2

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ปัญหาทางอารมณ์ (เช่น ซึมเศร้า หรือวิตกกังวล) มีผลต่อการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันบ้างหรือไม่

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
17. ลดเวลาในการทำงานหรือกิจกรรมลง	1	2
18.	1	2
19. ขาดความรอบคอบในการทำงานหรือกิจกรรมเหมือนอย่างที่เคยทำได้	1	2

20. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ปัญหาสุขภาพกายหรือปัญหาทางอารมณ์รบกวนความสัมพันธ์ของท่านกับครอบครัว เพื่อนฝูง หรือเพื่อนบ้าน บ้างหรือไม่อย่างไร

5	ไม่เลย
4	เพียงเล็กน้อย
3	ปานกลาง
2	ค่อนข้างมาก
1	มาก

21. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการเจ็บปวดตามร่างกายหรือไม่

5	ไม่เลย
4	เพียงเล็กน้อย
3	ปานกลาง
2	ค่อนข้างมาก
1	มาก

22. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา อาการปวดรบกวนการทำงานตามปกติของท่านหรือไม่

5	ไม่เลย
4	เพียงเล็กน้อย
3	ปานกลาง
2	ค่อนข้างมาก
1	มาก

คำถามต่อไปนี้ถามเกี่ยวกับความรู้สึกและเรื่องราวที่ผ่านมาในช่วง 1 เดือน โปรดเลือกข้อที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ตลอดเวลา	เกือบตลอดเวลา	บ่อยๆ	บางเวลา	นานๆครั้ง	ไม่มีเลย
23. รู้สึกสดชื่นมีชีวิตชีวา	6	5	4	3	2	1
24. ประสาทเครียด	1	2	3	4	5	6
25.	1	2	3	4	5	6
31. รู้สึกเหนื่อยล้า	1	2	3	4	5	6

32. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ปัญหาสุขภาพทางกายหรือจิตใจทำให้รบกวนต่อการเข้าสังคม การพบปะเพื่อนฝูง และญาติสนิทของท่านอย่างไรบ้าง

1	ตลอดเวลา
2	เกือบตลอดเวลา
3	บางครั้ง
4	นานๆครั้ง
5	ไม่รบกวน

เลือกคำตอบที่ตรงกับสุขภาพของท่านให้มากที่สุด

ข้อความ	ถูกต้อง ที่สุด	ถูกต้อง ส่วนมาก	ไม่ทราบ	ไม่ถูกต้องเป็น ส่วนมาก	ไม่ถูกต้อง เลย
33. ฉันดูเหมือนจะป่วยง่ายกว่าคนอื่น	1	2	3	4	5
34.	5	4	3	2	1
35.	1	2	3	4	5
36. สุขภาพของฉันดีเยี่ยม	5	4	3	2	1

ภาคผนวก ฅ

ตัวอย่างเอกสารขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บข้อมูลการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ที่ ศธ 0512.11/ 1449

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

31 กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกิงกาญจน์ ไชยบุศย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โครงร่างวิทยานิพนธ์นี้ได้ผ่านการพิจารณา โดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว จึงขอเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากหน่วยงานของท่านและใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมในชุมชนจำนวน 90 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ข้อมูลการใช้สารเสพติด แบบประเมินอาการทางบวก แบบประเมินอาการทางลบ แบบสัมภาษณ์สัมพันธ์ภาพในครอบครัว แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับภาษาไทย (Thai SF -36) ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวกิงกาญจน์ ไชยบุศย์ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-1160

ชื่อนิสิต

นางสาวกิงกาญจน์ ไชยบุศย์ โทร. 081-911-7479

ที่ ศธ 0512.11/1149



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

31 กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกิงกาญจน์ ไชยบุศย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โครงร่างวิทยานิพนธ์นี้ได้ผ่านการพิจารณา โดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว จึงขอเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากหน่วยงานของท่านและใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมในชุมชนจำนวน 40 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ข้อมูลการใช้สารเสพติด แบบประเมินอาการทางบวก แบบประเมินอาการทางลบ แบบสัมภาษณ์สัมพันธ์ภาพในครอบครัว แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับภาษาไทย (Thai SF-36) ทั้งนี้หนังสือจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวกิงกาญจน์ ไชยบุศย์ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรกรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-1160

ชื่อ นิสิต

นางสาวกิงกาญจน์ ไชยบุศย์ โทร. 081-911-7479



ภาคผนวก ญ
เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

18 ถนนเทศบาล 4
อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี



โทรศัพท์ 036-316555
โทรสาร 036-211624

เอกสารรับรองโครงการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสระบุรี

หมายเลข 019/2013

ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้
สารเสพติดร่วม

รหัสโครงการ : EC030/02/2013

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวกิ่งกาญจน์ ไชยบุศย์

สถานที่ทำวิจัย : โรงพยาบาลสระบุรี

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. โครงร่างการวิจัย
3. แบบสอบถาม
4. ประวัติผู้วิจัย

วันที่รับรอง : 17 กันยายน 2556

วันหมดอายุ : 17 กันยายน 2557

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสระบุรี ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทาง
หลังจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines และ The
International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

ลงนาม
(นายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ วัชรโรจน)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

2 ตุลาคม 2556
วันที่

ลงนาม
(นายแพทย์ชุตติเดช ตา-องครักษ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี

2 ตุลาคม 2556
วันที่

Tel: (66)36 316555
Fax.: (66)36 211624



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดย
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

โครงการวิจัยเรื่อง : บังคับตัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
ที่ใช้สารเสพติดร่วม

ผู้ดำเนินการวิจัยโดย : นางสาวกิงกาญจน์ ไชยบุศย์

สถานที่ดำเนินการวิจัย : สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ระยะเวลาดำเนินการ : ๔ เดือน

เอกสารที่อนุมัติ

๑. โครงการวิจัย
๒. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและแบบสอบถามสำหรับอาสาสมัคร
๓. เอกสารแนะนำการเข้าร่วมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้พิจารณา
โครงการแล้ว คณะกรรมการฯ พิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้ จึงเห็น
สมควรให้ดำเนินการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นได้

๕)

(นายสินเงิน สุขสมpong)
ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานเภสัชกรรม

ที่ อย 0032.223/1318

วันที่ 15 พฤศจิกายน 2556

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาระเบียบวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในคน

เรียน คุณกึ่งกาญจน์ ไชยบุศย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตามที่ท่านได้ส่งโครงร่างวิจัย เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม เพื่อพิจารณาระเบียบวิจัยและจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย เพื่อประกอบการพิจารณาสนับสนุนการเก็บข้อมูลนั้น คณะอนุกรรมการฯ ได้พิจารณาแล้ว เห็นว่าเป็นประโยชน์ต่อโรงพยาบาลไม่ผิดต่อสิทธิมนุษยชน และจริยธรรมการวิจัยในผู้ป่วย เห็นควรอนุมัติ ให้ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิจัย เลขที่ IRB.sena 5/56 ลงวันที่ 27 สิงหาคม 2556 โดยมีระยะเวลาครบกำหนด 1 ปี นับตั้งแต่วันที่อนุญาต

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(นายแพทย์วิวัฒน์ ปองเสียม)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมสาขากุมารเวชกรรม)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวกึ่งกาญจน์ ไชยบุศย์ เกิดเมื่อวันที่ 9 พฤศจิกายน พ.ศ. 2530 ที่อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี ปีการศึกษา 2552 และเข้ารับการศึกษาคณะพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช (ภาคนอกเวลาราชการ) คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2554



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY