ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภทและใช้สารเสพติดในชุมชนเขตภาคกลาง*

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

*กิ่งกาญจน์ ไชยบุศย์, พย.บ. (Kingkan Chaiyabut, BNS)***

*เพ็ญพักตร์ อุทิศ, ปร.ด. (Penpaktr Uthis, Ph.D., RN)****

Abstract

Objectives: 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 relationships 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.

Methods: 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 reliability coefficients 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.

Results: 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 in the good level.

** วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*

*** พยาบาลวิชาชีพ*

****Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*

E-mail: penpaktr_uthis@hotmail.com

2. Scores on health related quality of life of persons who used difference types of substance were significantly different at .05 level. Daily consumption cup of coffee, social support, family relationship, and drug adherence were significantly and positively related to health related quality of life at .05 level. In addition, positive symptoms and negative symptoms were significantly and negatively related to health related quality of life. Age, gender and daily consumption of cigarettes were not significantly related to health related quality of life at .05 level.

Keyword: Schizophrenia, Health related quality of life, Co-occurring, Substance use, Community

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ ชนิดของสารเสพติด ปริมาณของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว) ปริมาณของบุหรี่ที่สูบต่อวัน (จำนวนมวน) อาการทางบวก อาการทางลบ การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว และ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมขณะเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลเสนา โรงพยาบาลท่าเรือ โรงพยาบาลสามโคก และแผนกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 160 คน ได้จากการคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกข้อมูลการใช้สารเสพติด 3) แบบประเมินอาการทางบวก 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 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษา: สรุปผลการวิจัยที่สำคัญ ได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม และรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับดี

2. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมซึ่งใช้สารเสพติดต่างชนิดกันมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปริมาณกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว) การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาการทางบวกและอาการ

ทางลบ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอายุ เพศ และปริมาณของบุหรี่ที่สูบต่อวัน (จำนวนมวน) ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภท การใช้สารเสพติด ชุมชน คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนมักพบปัญหาสำคัญคือ การใช้สารเสพติดร่วม (Dixon, 1999) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่าอัตราความชุกชั่วชีวิตของการใช้สารเสพติดร่วมในผู้ป่วยจิตเภทสูงถึง 70 - 80% (Westermeyer, 2006) ในประเทศไทยการใช้สารเสพติดร่วมของผู้ป่วยจิตเภทก็เป็นปัญหาสำคัญเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากที่พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทรายใหม่ซึ่งเข้ารับการรักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยามีอัตราการใช้สารเสพติดสูงถึงร้อยละ 53.64 โดยเมื่อพิจารณาถึงชนิดของสารเสพติดที่ใช้ พบว่าเป็นการใช้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากที่สุด (นพพร ตันติรังสี, 2551) และผู้ป่วยจิตเภทเมื่อมีการใช้สารเสพติดร่วมมักจะพบว่ามีการสูบบุหรี่และดื่มกาแฟร่วมด้วยมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทเพียงอย่างเดียว (Benaiges et al., 2012)

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่และมีการใช้สารเสพติดร่วมพบว่ามีปัญหาที่รุนแรงและซับซ้อนมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทเพียงอย่างเดียว โดยเฉพาะเมื่อใช้สารเสพติดเป็นระยะเวลานาน ๆ ฤทธิ์ของสารเสพติดจะส่งผลต่อระดับสารชีวเคมีในสมอง ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทั้งด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่รุนแรง (Faltz & Sellin, 2005) กล่าวคือ ด้านพฤติกรรม ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นสูง (Swartz et al., 1998) ด้านความคิดและอารมณ์ ผู้ป่วยมักมีความคิดว่าตนเองไม่มีค่า วิตกกังวลและซึมเศร้า นำมาซึ่งความคิดฆ่าตัวตาย โดยจากข้อมูลสถิติพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมมีสถิติการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทเพียงอย่างเดียว (Suokas et al., 2010) ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและการใช้สารเสพติดร่วมดังกล่าวนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีของผู้ป่วย เนื่องจากผลกระทบดังกล่าวมีผลต่อการดำเนินชีวิตโดยเฉพาะในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย อีกทั้งยังพบว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นนำมาซึ่งอัตราการกลับเป็นซ้ำ (Relapse) และอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้น (re-hospitalization) (Kazadi, Mooza & Jeenah, 2008) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในการดำเนินชีวิตลดต่ำลงและรับรู้ว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (Bizzari et al, 2005) โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health related quality of life) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง (Sadock & Sadock, 2007) ที่องค์ประกอบของชีวิตด้านสุขภาพย่อมจะมีอิทธิพลกับผู้ป่วยมากกว่าองค์ประกอบด้านอื่น ๆ (นุจรี ประทีปวณิชจอห์นส, 2552)

Stewart & Ware (1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (health related quality of life) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับผลกระทบของภาวะสุขภาพต่อความสามารถในการทำหน้าที่

ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่ง Ware & Sherboure (1992) ได้นำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ในการแบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ซึ่งแบ่งได้เป็น 8 มิติย่อย ได้แก่ มิติด้านการทำหน้าที่ทางร่างกาย ข้อจำกัดในการทำบทบาทเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย ความเจ็บปวด การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป ความมีชีวิตชีวา การทำหน้าที่ทางสังคม ข้อจำกัดการทำบทบาทเนื่องจากปัญหาด้านจิตใจและสุขภาพจิต

จากผลกระทบการใช้สารเสพติดร่วมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับต่ำ (Benaiges et al., 2012) นำมาซึ่งการกลับเป็นซ้ำ (relapse) (Boyer et al., 2013) และการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (re-hospitalization) ที่เพิ่มสูงขึ้น (Russo et al., 1997) ซึ่งจะเห็นได้ว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นจากปัญหาคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีของผู้ป่วยนั้นเกี่ยวข้องโดยตรงกับตัวชี้วัดคุณภาพทางการพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม จึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมโดยการคัดสรรตัวแปรจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมในชุมชนมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ อาการทางบวก อาการทางลบ ปริมาณของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว) ปริมาณของบุหรี่ที่สูบต่อวัน (จำนวนมวน) สัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม

สมมติฐานการวิจัย

1. อายุ สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม

2. ปริมาณของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว) ปริมาณของบุหรี่ที่สูบต่อวัน (จำนวนมวน) อาการทางบวก และอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม

3. เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมเพศหญิงมีแนวโน้มมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำกว่าเพศชาย

4. ชนิดของสารเสพติดที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์แบบภาคตัดขวาง (Crossectional-Correlation Descriptive Research) กลุ่มตัวอย่าง

คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ขณะเข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และในคลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลเสนา โรงพยาบาลสามโคก และโรงพยาบาลท่าเรือ อาศัยอยู่ในชุมชนนานกว่า 6 เดือน อายุ 18 - 59 ปี สื่อสารภาษาไทยรู้เรื่อง ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยโดยเซ็นยินยอมการวิจัย ไม่มีอาการทางจิตที่เสี่ยงต่ออันตรายทั้งตนเองและผู้อื่น

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีวิธีการคำนวณโดยใช้สูตรของ Thorndike (1978) ดังนี้ N = 10(k) + 50 (N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง K = จำนวนของตัวแปรที่ศึกษา) การศึกษาครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรอิสระ 11 ตัวแปร N = (10x11) + 50 ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณคือ 160 คน

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลในแต่ละระดับ

ชื่อโรงพยาบาล	ระดับโรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วยนอก	กลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สัดส่วน	กลุ่มตัวอย่างที่ใช้จริง
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	เฉพาะทาง	1,585	121	115
โรงพยาบาลสระบุรี	ศูนย์	253	19	20
โรงพยาบาลเสนา	ทั่วไป	154	12	15
โรงพยาบาลท่าเรือ, โรงพยาบาลสามโคก	ชุมชน	112	8	10

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากผู้วิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของทุกโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยขอพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ขอความร่วมมือในการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาของการวิจัย สอบถามความสมัครใจโดยการเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เน้นย้ำว่าการวิจัยครั้งนี้จะเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลการใช้สารเสพติด
3. แบบประเมินอาการทางบวก (PASS–T) แปลมาใช้เป็นภาษาไทย โดยธนา นิลชัยโกวิทย์ (2550) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Kay, Fiszbein, & Opler (1987) มีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ เป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบมีทั้งหมด 7 ตัวเลือก มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ พบว่า

ค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) = 1.00 และค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .96

4. แบบประเมินอาการทางลบ (NASS – T) แปลมาใช้เป็นภาษาไทย โดยธนา นิลชัยโกวิทย์ (2550) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Kay, Fiszbein & Opler (1987) มีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ เป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบมีทั้งหมด 7 ตัวเลือก มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ พบว่า ค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) = 1.00 และค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .96

5. แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นแบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัวที่ผู้วิจัยปรับมาจากแบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทของสาริณี โต๊ะทอง ตามแนวคิดสัมพันธภาพในครอบครัวของ อุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบมีทั้งหมด 5 ตัวเลือก มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ พบว่า ค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00 และค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .90

6. แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยปรับมาจากแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของหงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer et al. (1981) ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ เป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบมีทั้งหมด 5 ตัวเลือก มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ พบว่าค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .80 และค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84

7. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ผู้วิจัยปรับมาจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของสุรินทร เชี่ยวโสธร (2546) สร้างขึ้นตามแนวคิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ Farragher (1999) และเพชรี คันธสายบัว (2544) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ พบว่า ค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .94 และค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86

8. แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับภาษาไทยที่ผู้วิจัยปรับมาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Kongsakorn & Silpakit (2000) มีข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบ มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ พบว่า ค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) = 1.00 และค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .94

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล นำเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่เก็บข้อมูลทุกโรงพยาบาล เพื่อขอรับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการเก็บข้อมูล

2. ภายหลังได้รับการอนุมัติจริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าส่วนงานที่รับผิดชอบการทำวิจัย

3. ผู้วิจัยเข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงวันที่ 16 ตุลาคม - 22 พฤศจิกายน 2556

4. จัดเตรียมข้อมูลและวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติเพื่อสรุปผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติและคำนวณหาค่าทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการใช้สารเสพติด วิเคราะห์โดยการแจกแจงค่าความถี่และร้อยละ หาค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

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

3. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร เพศ อายุ ปริมาณของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว) ปริมาณของบุหรี่ที่สูบต่อวัน (จำนวนมวน) คะแนนอาการทางลบ อาการทางบวกการสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมมีจำนวน 160 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 122 คน (ร้อยละ 76.3) มีอายุเฉลี่ย 37.56 ปี มีอายุในช่วง 31 - 40 ปี จำนวน 65 คน (ร้อยละ 40.6) ส่วนใหญ่สถานภาพโสด จำนวน 102 คน (ร้อยละ 63.7) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 67 คน (ร้อยละ 41.8) ประกอบอาชีพรับจ้าง 64 คน (ร้อยละ 40.0) ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนเพียงพอ 89 คน (ร้อยละ 55.6) ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทพบว่า ต่ำกว่า 5 ปี 73 คน (ร้อยละ 45.6)

2. ข้อมูลการใช้สารเสพติด ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมส่วนใหญ่มีการใช้สารเสพติดประเภทเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพียงอย่างเดียว จำนวน 108 คน (ร้อยละ 67.5) ระยะเวลาในการใช้สารเสพติดต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 79 คน (ร้อยละ 49.4) ใช้สารเสพติดสัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง 59 คน (ร้อยละ 36.8) ปริมาณของการใช้สารเสพติด เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ดื่ม 1 - 5.5 ดื่มมาตรฐานต่อครั้ง (ร้อยละ 53.7 ของผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ทั้งหมด) ยาบ้า ส่วนใหญ่ใช้ครั้งละ 2 เม็ดต่อครั้ง (ร้อยละ 51 ของผู้ที่ใช้ยาบ้าทั้งหมด) กัญชา สูบ 1 บ้องต่อครั้ง (ร้อยละ 66.7 ของผู้ที่สูบกัญชาทั้งหมด) ส่วนใหญ่ดื่มกาแฟ จำนวน 96 คน (ร้อยละ 60) โดยดื่ม 1 แก้วต่อวัน ร้อยละ 23.1 ของผู้ที่ดื่มกาแฟทั้งหมด ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ จำนวน 131 คน (ร้อยละ 81.8) โดยสูบ 15 - 24 มวนต่อวัน (ร้อยละ 41.2 ของกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ทั้งหมด)

3. อาการทางบวกอยู่ในระดับต่ำสุด (เฉลี่ย 1.99 คะแนน) อาการทางลบอยู่ในระดับต่ำสุด (เฉลี่ย 1.94 คะแนน) สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี (เฉลี่ย 3.52 คะแนน) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย 3.73 คะแนน) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

_16-0824(139-152)P4.indd 145 9/5/59 BE 9:47 AM

อยู่ในระดับดี (เฉลี่ย 4.02 คะแนน) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี

4. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม (ดังตารางที่ 2 และ 3)

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวน และขนาดความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม ระหว่างกลุ่มที่มีการใช้สารเสพติดชนิดต่างกัน (n = 160)

แหล่งความแปรปรวน	df	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 2 พบว่า ความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วมระหว่างกลุ่มที่มีการใช้สารเสพติดต่างชนิดกัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (F = 3.96)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันแสดงความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ อาการทางบวก อาการทางลบ ปริมาณของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน ปริมาณของบุหรี่ที่สูบต่อวัน สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
อายุ	-.032	.691
เพศ	-.055	.494
อาการทางบวก	-.455	.000
อาการทางลบ	-.412	.000
ปริมาณของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน	.190	.016
ปริมาณของบุหรี่ที่สูบต่อวัน	-.050	.528
สัมพันธภาพในครอบครัว	.454	.000
การสนับสนุนทางสังคม	.500	.000
พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	.558	.000

การอภิปรายผลการวิจัย

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม

จากผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมของ Benaiges et al. (2012) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างยังมีความสามารถในการดำรงชีวิตในชุมชนสามารถประกอบอาชีพเพื่อเลี้ยงดูตนเองได้ ดังจะเห็นได้จากข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่พบว่ามีการประกอบอาชีพเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61.3) และมีรายได้ในการใช้จ่ายต่อเดือนเพียงพอ (ร้อยละ 55.6) ส่งผลทำให้ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง นำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Chan, 2004)

ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ปริมาณของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว) ปริมาณของบุหรี่ที่สูบต่อวัน (จำนวนมวน) ชนิดของสารเสพติด อาการทางบวก อาการทางลบ สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม

1. เพศ: ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พบว่าทั้งเพศชายและเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยและการศึกษาของ Carpentier et al. (2009) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเพศหญิงมีแนวโน้มต่ำกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยเพศหญิงนั้นปัจจุบันมีบทบาททางสังคมเท่าเทียมกับผู้ป่วยเพศชายมากขึ้น ภาระของการรับผิดชอบงานบ้านจึงเป็นลักษณะของการรับผิดชอบร่วมกันมากกว่าที่จะเป็นภาระของเพศหญิงฝ่ายเดียว ดังนั้นเมื่อเพศหญิงมีอาการเจ็บป่วย การรับรู้ว่าการเจ็บป่วยดังกล่าวมีผลทำให้พร่องต่อการรับผิดชอบหน้าที่จึงลดลง อีกทั้งเมื่อเกิดการเจ็บป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชายย่อมมีความสามารถในการที่จะปรับตัวเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเพื่อให้เหมาะสมกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเท่าเทียมกัน (วิลาสินี แผ้วชนะ, 2541)

2. อายุ: ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยและการศึกษาของ Schaar & Ojehagen (2003) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากด้วยอายุที่เพิ่มมากขึ้นของผู้ป่วยจะนำมาซึ่งความเสื่อมของการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตลดลงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย

3. ปริมาณของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว) : ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว) กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พบว่าปริมาณของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยและการศึกษาของ Benaiges et al. (2012) ที่พบว่า ปริมาณของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวัน (จำนวนแก้ว) ความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ทั้งนี้จากข้อมูลจำนวนแก้วของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวันในการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ดื่มกาแฟเพียง 1 (ร้อยละ 38.54) - 2 แก้วมาตรฐาน (ร้อยละ 31.25) ซึ่งปริมาณกาแฟที่ต่ำกว่า 2 แก้วมาตรฐานเป็นปริมาณที่ไม่ส่งผลกระทบต่อร่างกายที่จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี อีกทั้งปริมาณของกาแฟดังกล่าวยังส่งผลดีต่อร่างกายอีกด้วย (พิชานันท์ ลีแก้ว, 2556)

4. ปริมาณของบุหรี่ที่สูบต่อวัน (จำนวนมวน): ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณของบุหรี่ที่สูบต่อวัน (จำนวนมวน) กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พบว่า จำนวนมวนของบุหรี่ที่สูบต่อวันไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยและการศึกษาของ Benaiges et al. (2012) ที่พบว่าจำนวนมวนของบุหรี่ที่สูบต่อวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ที่สูบบุหรี่ค่อนข้างหนัก (Heavy smokers) จึงจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ต่ำลง ซึ่งในข้อมูลของการสูบบุหรี่ในงานวิจัยครั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่สูบบุหรี่ในระดับสูบเล็กน้อย (ร้อยละ 34.3) และสูบในระดับปานกลาง (ร้อยละ 41.2) ซึ่งเป็นการสูบที่ไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย

5. ชนิดของสารเสพติด: ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของสารเสพติดกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พบว่า การใช้สารเสพติดต่างชนิดกันจะทำให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยและการศึกษาของ Schaar & Ojehagen (2003) ทั้งนี้จากข้อมูลการใช้สารเสพติดของผู้ป่วย พบว่าชนิดของสารเสพติดที่มีการใช้มากที่สุด 2 ชนิดแรก คือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 67.5) และใช้สารเสพติดชนิดอื่นประเภทยาบ้า (ร้อยละ 18.7 ของผู้ที่ใช้สารเสพติดชนิดอื่นทั้งหมด) ซึ่งทั้งเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และยาบ้าจะมีกลไกการออกฤทธิ์ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยต่างกัน กล่าวคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ร่วมส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการทำกิจวัตรประจำวันที่ลดลง (Salyers & Mueser, 2001) ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ยาบ้าร่วมจะส่งผลกระทบให้เกิดอาการทางจิตที่รุนแรงและซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น มีอาการหลงผิดประสาทหลอนที่รุนแรง มีการแสดงออกของพฤติกรรมที่รุนแรงเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นเพิ่มขึ้น (วสุ จันทรศักดิ์, 2543) นำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน

6. อาการทางบวก: ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย จิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม พบว่า อาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยและการศึกษาของ Eack & Newhill (2007) ผู้ป่วยจะมีลักษณะของการคิดและการรับรู้ที่ผิดไปจากเดิมเป็นลักษณะอาการหลงผิดประสาทหลอน ความผิดปกติดังกล่าวแสดงออกในลักษณะของการสื่อสารที่ไม่สามารถติดต่อ

สื่อสารได้ตรงกับความเป็นจริงในสิ่งที่ต้องการให้ผู้อื่นรับรู้ได้และการรับรู้ซึ่งมักจะมีการรับรู้ที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง จากลักษณะดังกล่าวจึงส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ไม่ดี

7. อาการทางลบ: ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พบว่า อาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยและการศึกษาของ Eack & Newhill (2007) เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมจะมีอาการทางจิตที่รุนแรงและซับซ้อนมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทเพียงอย่างเดียว (Faltz & Sellin, 2005) ส่งผลต่อความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิต มีความจำเป็นต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลในทุกๆด้าน ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นภาระ บางครั้งมีการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยอย่างรุนแรง แสดงความไม่เป็นมิตรต่อผู้ป่วย (Schreiber, Breifer, & Pichar, 1995) การแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อผู้ป่วยของผู้ดูแลดังกล่าวนั้นส่งผลทำให้เกิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (Yalom, 2005) ส่งผลต่อความเสื่อมสมรรถภาพในการปฏิบัติหน้าที่ในการดำเนินชีวิตนำมาซึ่งระดับของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ไม่ดี (Bizzari, 2005)

8. สัมพันธภาพในครอบครัว: ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยและการศึกษาของ Schaar & Ojehagen (2003) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยได้อยู่ในครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวมีความรักใคร่ผูกพันธ์กัน ดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จะส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสุขความหวังและมีกำลังใจที่ดีในการต่อสู้กับภาวะเจ็บป่วยได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวในการปฏิบัติหน้าที่ในการดำรงชีวิตประจำวันเพื่อคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี (Tan et al., 2004)

9. การสนับสนุนทางสังคม: ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยและการศึกษาของ Caron et al. (2005) และ Laudet et al. (2006) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหมือนได้รับแรงกระตุ้นทางจิตใจเปรียบเหมือนแรงผลักดันที่สำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม (หงส์ บันเทิงสุข, 2545) นำมาซึ่งความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในการดำรงชีวิตเพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี

10.พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา: ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้สารเสพติดร่วม พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสัมพันธ์ทางบวก

กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยและการศึกษาของ Adelufosi et al. (2012) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากแนวทางการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมจำเป็นต้องมีการรักษาโดยการใช้ยาเพื่อควบคุมอาการทางจิตเช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทเพียงอย่างเดียว (Tiet & Mausbach, 2007) ดังนั้น หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก็จะสามารถควบคุมอาการทางจิตให้อยู่ในระยะอาการสงบและลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้ (อรวรรณ ฆ้องต้อ, 2550) การที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะอาการสงบส่งผลให้สามารถปฏิบัติหน้าที่เพื่อดำเนินชีวิตประจำวันได้รับรู้ว่าตนมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มโรคอื่นๆด้วยเพื่อจะได้นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มอื่นให้ดีขึ้น

2. ควรมีการต่อยอดการศึกษาวิจัยในครั้งนี้โดยการนำผลการวิจัยที่ได้ไปพัฒนาเป็นโปรแกรมการวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ให้คำชี้แนะ ถ่ายทอดวิชาความรู้ เป็นกำลังใจจนการวิจัยประสบผลสำเร็จ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ บุคลากรทุกโรงพยาบาลที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล และสุดท้ายนี้ขอขอบคุณทุกท่านที่ผู้วิจัยไม่ได้เอ่ยนามที่ได้มีส่วนช่วยเหลือให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

นพพร ตันติรังสี. (2551). *การศึกษาการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ที่มารับการรักษาที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา.* กรุงเทพมหานคร: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา.

นุชจรี ประทีปวณิช จอห์นส. (2552). *คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ:การประเมินและการนำไปใช้.* ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อรวรรณ ฆ้องต้อ. (2550). *ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและภาระการดูแลของผู้ดูแล.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Adelufosi, O. A., Adebowale, O. T., Abayomi, O. & Mosanya, T. J. (2012). Medication adherence and quality of life among Nigerian outpatients with schizophrenia. *General Hospital Psychiatry, 34,* 72-79.

Benaiges, I., Prat, G. & Adan, A. (2012). Health-related quality of life in patients with dual diagnosis: clinical correlates. *Health and Quality of Life Outcomes, 10,* 106-128.

Caron, J., Lecomte, Y., Stip, E. & 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.

Dixon, L. (1999). Dual diagnosis of substance in schizophrenia: prevalence and impact on outcome. *Schizophrenia Research, 35*, S93-S100.

Eack, M. S. & Newhill, E. C. (2007). Psychiatric Symptoms and Quality of Life in Schizophrenia: A Meta-Analysis. *Schizophrenia Bulletin, 33*(5), 1225-1237.

Kongsakorn, R. & 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.

Laudet, B. A., Morgen, K. & 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.

Schaar, I. & 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 Epidemical, 38*(83-87).

Stewart, A. L. & Ware, J. E. (1992). Measuring functioning and Well-being: *The Medical Outcome Study Approach.* Durham, NC: Duke University.

Ware, E. J. & Sherbourne, D. C. (1992). The MOS-36 Items Short – Form Health Survey I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care, 30*(6), 473-483.