



ปัจจัยทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติด
ที่มีอาการทางจิตร่วม

Factors Predicting Caregivers' Capabilities for Care Operation
for Persons with Substance - Induced Psychosis

ธัชามณจน์ สวนกระจำง
Thichamon Suankrajang

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

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

Prince of Songkla University

2565

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแล
 ผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม
 ผู้เขียน นางสาวธิชามณณ์ สนวนกระจำง
 สาขาวิชา การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....ประธานกรรมการ
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินีภาญจน์ คงสุวรรณ) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุมาพร ปุญญโสพรรณ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินีภาญจน์ คงสุวรรณ)

.....
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ หนูแก้ว)

.....กรรมการ
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ หนูแก้ว)

.....กรรมการ
 (ดร.นายแพทย์นพพร ตันตริงสี)

บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
 เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาล
 จิตเวชและสุขภาพจิต

.....
 (ศาสตราจารย์ ดร. ดำรงค์ดี ฟ้ารุ่งแสง)
 คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคล
ที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินีกาญจน์ คงสุวรรณ)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....
(นางสาวธิชามณฑน์ สวนกระจำง)
นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวธิชามณฑน์ สอนกระจ่าง)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม
ผู้เขียน	นางสาวธิชามณณ์ สวนกระจ่าง
สาขา	การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
ปีการศึกษา	2564

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลและศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมที่มารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาและโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี จำนวน 120 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 8 ส่วนคือ (1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม (2) ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม (3) การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล (4) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (5) การสนับสนุนทางสังคม (6) สัมพันธภาพในครอบครัว (7) ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม และ (8) การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือส่วนที่ 4 และ 7 เท่ากับ 1.00, และ .87 ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือส่วนที่ 4 ถึง 8 โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .86, .81, .90, .91 และ .82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและวิเคราะห์ปัจจัยทำนายโดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบปกติ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมมีระดับความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.40, SD = 0.41$) ตัวแปรปัจจัยทำนายสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 36.5 ($R^2 = .365, p < .05$) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\beta = .513, p < .05$) สัมพันธภาพในครอบครัว ($\beta = .391, p < .05$) อายุ ($\beta = .235, p < .05$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .200, p < .05$) ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมต่อไป

Thesis Title	Factors Predicting Caregivers' Capabilities for Care Operation for Persons with Substance-Induced Psychosis
Author	Miss Thichamon Suankrajang
Major Program	Nursing Science (Psychiatric and Mental Health Nursing)
Academic Year	2021

ABSTRACT

This predictive research aimed to study the level of capabilities for care operation and factors predicting caregivers' capabilities for care operation for persons with substance-induced psychosis. The sample comprised 120 primary caregivers of persons with substance-induced psychosis at Thanyarak Songkhla hospital and Thanyarak Pattani hospital. The research instrument consisted of 8 parts: (1) general information of caregivers, (2) general information for persons with substance induced psychosis, (3) perception of health status of caregivers, (4) perceptions of illness severity, (5) social support, (6) family relationships, (7) caregivers' capabilities for care operating for persons with substance induced psychosis, and (8) negative expressed emotion. The content validity of the instruments was verified by five experts. The content validity index of part 4 and 7 were 1.00, and .87 respectively. The reliability of part 4 to 8 was tested. The sample yielded Cronbach's alpha coefficient of .86, .81, .90, .91 and .82, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics. The predictability was analyzed using standard multiple regression analysis (Enter Method).

The result showed that capabilities for care operation for persons with substance induced psychosis was at moderate level ($M = 3.40$, $SD = 0.41$). Predictive factors could explain 36.5 percent of the variance ($R^2 = .365$, $p < .05$). For consideration, the factors that significantly predicted were perceptions of illness severity ($\beta = .513$, $p < .05$), family relationships ($\beta = .391$, $p < .05$), age ($\beta = .235$, $p < .05$), and social support ($\beta = .200$, $p < .05$). The results of this study could be used as basic information to develop nursing programs to promote caregivers' capabilities for care operation for persons with substance induced psychosis.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสำเร็จและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินิภาญจน์ คงสุวรรณและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรธรณ หนูแก้ว ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะรวมทั้งชี้แนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาตลอดกระบวนการในการทำวิทยานิพนธ์ ด้วยความรัก ความเมตตาและเอาใจใส่ สนับสนุน ให้กำลังใจที่ดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาและขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย นายแพทย์ธนูรัตน์ พุทธิชาติ นางเมตตา เลิศเกียรติรัชตะ นายสยาม มุสิกไชยและนางรัชดา ยิ้มซำย ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่มีประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นและขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ และให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อวิทยานิพนธ์ รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาและโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมที่เสียสละในการตอบแบบสอบถาม และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล ที่สนับสนุนด้านการศึกษา และสถาบันกรมการแพทย์สนับสนุนทุนการศึกษารวมทั้งบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ตลอดจนหัวหน้างาน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักศึกษาทุกท่านที่ให้กำลังใจ และเป็นกัลยาณมิตรที่ดีเสมอมา

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณมารดา ครอบครัวของผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่คอยสนับสนุน ให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือจนวิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี คุณค่าและประโยชน์จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ บุพการี คณาจารย์ บุคคลอันเป็นที่รัก รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน

ธิดามณฑน์ สวนกระจำง

สารบัญ

		หน้า
	บทคัดย่อ.....	(5)
	ABSTRACT.....	(6)
	กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
	สารบัญ.....	(8)
	รายการตาราง.....	(10)
บทที่ 1	บทนำ.....	1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
	วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
	คำถามการวิจัย.....	4
	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
	สมมติฐานการวิจัย.....	7
	นิยามศัพท์.....	7
	ขอบเขตของการวิจัย.....	9
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2	วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	10
	ผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม.....	11
	ลักษณะอาการทางคลินิก.....	11
	เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม.....	12
	ผลกระทบของผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม.....	13
	ผลกระทบต่อผู้ติดสารเสพติด.....	13
	ผลกระทบต่อครอบครัว.....	14
	ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม.....	14
	ความต้องการการดูแลของผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม.....	15
	ผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม.....	16
	ความหมายและประเภทของผู้ดูแล.....	16
	ผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม.....	17
	ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล.....	18
	ความหมายของความสามารถของผู้ดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาตามทฤษฎีของ โอเร็ม.....	18
	ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม....	19
	การประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล.....	21
	ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพ ติดที่มีอาการทางจิตร่วม.....	23

สารบัญ

	หน้า
	26
บทที่ 3	27
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	27
ประชากร.....	27
กลุ่มตัวอย่าง.....	27
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	28
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	28
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	33
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	33
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	34
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	35
บทที่ 4	38
ผลการวิจัยและอภิปรายผล.....	38
ผลการวิจัย.....	38
อภิปรายผลการวิจัย.....	48
บทที่ 5	54
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	54
สรุปผลการวิจัย.....	54
ข้อเสนอแนะ.....	55
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	56
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	56
เอกสารอ้างอิง.....	57
ภาคผนวก.....	66
ก เครื่องมือในการวิจัย.....	67
ข การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	81
ค เอกสารรับรองโครงการวิจัย.....	84
ง การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ.....	85
จ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	97
ประวัติผู้เขียน.....	98

รายการตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=120).....	39
2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ติตสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=120).....	41
3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติตสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม (N=120).....	44
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ติตสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม (N=120).....	45
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล (N=120).....	45
6	คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม (N=120).....	45
7	คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของตัวแปร สัมพันธภาพในครอบครัว (N=120).....	45
8	คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของตัวแปรการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ (N=120).....	46
9	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบต่อความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติตสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม (N=120).....	47
10	ค่าสัมประสิทธิ์ของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณระหว่างตัวทำนายกับความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติตสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม (N=120).....	48

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
2	แผนภูมิฮีสตอแกรมของข้อมูลอายุ.....	85
3	แผนภูมิฮีสตอแกรมของข้อมูลระยะเวลาในการดูแล.....	86
4	แผนภูมิฮีสตอแกรมของข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ดูแล.....	86
5	แผนภูมิฮีสตอแกรมของข้อมูลสัมพันธภาพในครอบครัว.....	87
6	แผนภูมิฮีสตอแกรมของข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม.....	87
7	แผนภูมิฮีสตอแกรมของข้อมูลการรับรู้ความรุนแรงของโรค.....	88
8	แผนภูมิฮีสตอแกรมของข้อมูลการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ.....	88
9	แผนภาพการกระจายระหว่างข้อมูลอายุกับความสามารถในการปฏิบัติในการทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง.....	90
10	แผนภาพการกระจายระหว่างข้อมูลระยะเวลาในการดูแลกับความสามารถในการปฏิบัติในการทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง.....	90
11	แผนภาพการกระจายระหว่างข้อมูลภาวะสุขภาพกับความสามารถในการปฏิบัติในการทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง.....	91
12	แผนภาพการกระจายระหว่างข้อมูลสัมพันธภาพในครอบครัวกับความสามารถในการปฏิบัติในการทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง.....	91
13	แผนภาพการกระจายระหว่างข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการปฏิบัติในการทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง.....	92
14	แผนภาพการกระจายระหว่างข้อมูลการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับความสามารถในการปฏิบัติในการทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง.....	92
15	แผนภาพการกระจายระหว่างข้อมูลการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบกับความสามารถในการปฏิบัติในการทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง.....	93
16	การกระจายความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์.....	93
17	ผลการทดสอบค่าความคลาดเคลื่อนที่เป็นอิสระต่อกัน.....	94
18	ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการแสดงออกทางอารมณ์ ด้านลบ.....	95
19	ผลการทดสอบค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในชุดเดียวกัน.....	96

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ยาเสพติดเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงเรื้อรังมานานส่งผลเสียต่อสังคม เศรษฐกิจ และการพัฒนาประเทศในด้านต่าง ๆ ทำให้สูญเสียกำลังคนและกำลังทรัพย์เป็นจำนวนมาก ประเทศไทยก็เป็นอีกประเทศหนึ่งที่มีปัญหาด้านยาเสพติด ในอนาคตปัญหาเสพติดยังคงมีแนวโน้มรุนแรง อยู่และนับวันจะทวีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ยาเสพติดส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตหลายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านครอบครัวและสังคม ในด้านร่างกาย เมื่อเสพไปนาน ๆ ทำให้สุขภาพทรุดโทรมมีอาการนอนไม่หลับ ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร ด้านจิตใจ มีอาการวิตกกังวล เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ขาดสมาธิ หงุดหงิด โมโหง่าย และมีความคิดหวาดระแวง ขาดสัมพันธภาพในครอบครัว และสังคม ไม่สนใจข่าวสารและสิ่งแวดล้อม ขาดความรับผิดชอบต่อนหน้าที่การงาน เมื่อไม่มีเงินไปซื้อ ยาเสพติดทำให้ต้องไปก่อคดีลักทรัพย์ ฉกชิงวิ่งราว ซึ่งส่งผลกระทบต่อความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย ในการดำรงชีวิตของประชาชน (กนกชนก, 2552; ดารารัตน์, 2555; สุจิตรา, 2554) และยาเสพติด มีผลอย่างมากต่อระบบสารสื่อประสาท เมื่อเสพเรื้อรังทำให้ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางความคิด และพฤติกรรมและแสดงออกด้วยอาการทางจิตซึ่งจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อมีการเสพยาเสพติดเข้าไปในปริมาณ มาก ๆ ติดต่อกันเป็นเวลานาน ทำให้เกิดอาการประสาทหลอน คลุ้มคลั่ง ขาดสติกลัวคนจะมาทำร้าย ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ มีแนวโน้มก่อความรุนแรงทั้งต่อตัวเองและผู้อื่น (บุบผา, นุรินยา, สยาม, อ้อมเดือน, ดารารัตน์, และวันดี, 2558) ซึ่งสารเสพติดที่ก่อให้เกิดอาการทางจิตมีหลายชนิด ได้แก่ ยาบ้า ยาไอซ์ กัญชา ที่มีแนวโน้มแพร่ระบาดเพิ่มขึ้นอย่างมากในกลุ่มวัยรุ่นและคนทำงาน ซึ่งทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตอย่างรุนแรง (บุญศิริ, 2558) และสารเสพติดชนิดยาบ้าเป็นสารกระตุ้น ประสาทที่พบอาการป่วยทางจิตได้บ่อยที่สุดเรียกว่า โรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน มีอาการคล้ายกับ โรคจิตเภท ที่พบบ่อยที่สุดคือ หูแว่วได้ยินเสียงคนอื่นกล่าวพาดพิงถึงตน มีอาการหวาดระแวงกลัวคน มาทำร้าย มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นสูง และมีโอกาสเกิดโรคทางจิตสูงกว่าคนทั่วไปถึง 11 เท่าเมื่อเสพติดยาบ้าเรื้อรัง (กรมสุขภาพจิต, 2561)

ปัจจุบันพบว่า มีผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมเพิ่มมากขึ้น จากรายงาน ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ซึ่งเป็นสถานพยาบาลเฉพาะ ทางด้านการบำบัดรักษาเสพติดระดับประเทศ พบว่า ปีงบประมาณ 2561 – 2563 มีผู้เข้ารับการ บำบัดรักษาเสพติดที่มีความผิดปกติทางจิต เป็นจำนวน 3,971 ราย 3,984 ราย และ 3,629 ราย ตามลำดับ (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2563) และจากสถิติใน ปี 2560 มีผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 2,669,821 คน และมีผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตเข้า บำบัดรักษาในสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ 226,391 คน คิดเป็นร้อยละ 8 ของผู้ป่วยจิตเวช (กรมสุขภาพจิต, 2561) ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การดูแลที่ยุ่งยากและซับซ้อนมากขึ้น

ผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความสำคัญมากต่อการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจโดยเฉพาะการดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการบำบัดรักษา เพราะเป็นโรคที่มีความสลับซับซ้อน เนื่องจากการติดยาเป็นการเจ็บป่วยทางสมองเป็นกระบวนการที่ค่อย ๆ เกิดขึ้นจากการใช้ปริมาณยาที่เพิ่มมากขึ้น จนทำให้สมองส่วนการคิด สติปัญญาถูกทำลายไป ไม่สามารถควบคุมสมองส่วนที่ใช้อารมณ์ และความรู้สึกได้ (ลชิตา, 2559) จากการศึกษาของรัศมน (2561) ได้ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างอาการผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมกับอาการของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีภาวะโรคจิตที่เกิดขึ้นเอง พบว่าทั้งสองภาวะนี้มีอาการไม่แตกต่างกัน ทั้งในด้านอาการทางลบ อาการทางบวก หรืออาการทางอารมณ์ ซึ่งการแยกโรคจำเป็นต้องอาศัยประวัติการใช้สารเสพติด และระยะเวลาที่ใช้สารเสพติดกับอาการภาวะโรคจิตที่เกิดขึ้น ดังนั้นผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม จะมีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรม ได้แก่ อาการหลงผิด คือมีความเชื่อที่ไม่เป็นความจริงและไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ อาการประสาทหลอน หูแว่วเหมือนคนมาพูดข้าง ๆ หู และได้ยินอย่างต่อเนื่อง มีการรับรู้ความรู้สึก ร้อน เย็นและได้กลิ่นแปลกๆโดยผู้อื่นไม่ได้กลิ่น ทั้งนี้ผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมจะมีการแสดงท่าทางการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติซ้ำ ๆ การแสดงออกทางอารมณ์ไม่สัมพันธ์กับความคิด และการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ไม่เหมาะสม รวมถึงไม่สนใจดูแลตนเองหรือสิ่งแวดล้อม (สุทิสสา, 2561) จากปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละวัน เพราะต้องคอยดูแล สังเกตและระวังอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามเป็นอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมด้านลบ เช่น แยกตัว ซึม ไม่สนใจตัวเองและสิ่งแวดล้อม (กนกชนก, 2552)

ดังนั้นเมื่อมีบุคคลในครอบครัวมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตร บิดา มารดา หรือญาติพี่น้องต้องเข้ามาจัดการดูแล ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อทดแทนส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ด้วยตนเองหรือทำได้เล็กน้อย ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และครอบครัวคือทรัพยากรสำคัญในการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งผู้ที่ป่วยทางจิต (Mattoo, Nebhinani, Kumar, Basu, & Kulhara, 2013) จากการศึกษาผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว สามารถให้การดูแลที่เหมาะสม และให้การสนับสนุนที่ดีแก่ผู้ป่วย จะส่งผลให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดประสบความสำเร็จเพิ่มขึ้น (สยาม, 2550) และการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ เพราะเชื่อว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่เป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาและอบรมสมาชิกในครอบครัวให้เติบโตเป็นประชากรที่มีคุณภาพเป็นภูมิคุ้มกันยาเสพติดที่ดี (สุจิตตรา, 2554) นอกจากนี้ครอบครัวยังมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพ ที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อ คุณค่าและพฤติกรรมด้านสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว (ยุพา, 2559) และผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมก็เช่นกันต้องการความรัก ความเอาใจใส่จากครอบครัว ต้องการกำลังใจ การให้โอกาส การให้อภัย ไม่พูดถึงเรื่องในอดีต (สุนุช, 2556)

ความสามารถของผู้ดูแลจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสถานการณ์ และความสามารถของแต่ละบุคคล ซึ่งโอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า การที่บุคคลจะดูแลตนเองหรือดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญ คือ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ ลักษณะธรรมเนียมประเพณี ระบบครอบครัว ระบบบริการสุขภาพ แบบแผนการดำเนินชีวิต

สภาพแวดล้อม แหล่งประโยชน์และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ซึ่งความสามารถของผู้ดูแลที่แตกต่างกันจะส่งผลต่อการดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมได้แตกต่างกัน และจากการทบทวนวรรณกรรม ในปี 2550-2560 ที่เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยทางจิตและผู้ป่วยที่มีโรคทางกาย โดยพิจารณาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องในการศึกษาตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบโดยอายุของผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่สำคัญในการกำหนดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นตามอายุ สูงสุดเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่และจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา โอเร็ม (Orem, 2001) จากการศึกษาของแก้วตา (2554) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.230$, $p=.05$) ผู้ที่มีอายุมากขึ้นจะมีประสบการณ์ มีความสามารถในการเข้าใจ ตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ได้ดี มีความพร้อมด้านวุฒิภาวะ ภาวะจิตใจ และส่งผลต่อการพัฒนาตนเองให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ส่วนผู้ดูแลที่มีความชำนาญในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเนื่องจากได้สั่งสมประสบการณ์การดูแลจากการดูแลที่ใช้ระยะเวลาในการดูแลเป็นเวลายาวนาน ซึ่งความสามารถในการดูแลบุคคลที่อยู่ในระยะพึ่งพา จะแปรตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น โอเร็ม (Orem, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของแก้วตาและเพ็ญภา (2555) พบว่าระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.286$, $p<.01$) และงานวิจัยของเอมิกา (2556) พบว่าภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.564$, $p=.05$) ผู้ดูแลที่มีสุขภาพดีจะมีแนวโน้มที่จะมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้ดูแลที่มีปัญหาด้านสุขภาพและเมื่อมีสุขภาพดีสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองและผู้ป่วยได้ ทั้งนี้จะพบว่าผู้ดูแลที่รับรู้ว่ามีแหล่งสนับสนุนทางสังคมน้อย จะมีภาวะกดดันด้านจิตใจและส่งผลกระทบต่อ การดูแลผู้ป่วยได้ (นิทรมนต์, และเพ็ญภา, 2557) และสอดคล้องกับการศึกษาของแก้วตาและเพ็ญภา (2555) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.642$, $p=.05$) ส่วนการศึกษาของพัชรี (2551) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.35$, $p<.01$) จึงทำให้ผู้ดูแลมีแรงผลักดันในการที่จะแสวงหาความรู้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้คาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับอาการและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ จากการศึกษาของสุวนุช, (2556) การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับปานกลางกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.47$, $p=.01$) กล่าวคือ เมื่อผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดในระดับสูงจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ ด้านลบในระดับน้อย

ทั้งนี้ผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน เมื่อมีอาการของโรคกำเริบขึ้น จะส่งผลกระทบต่อร่างกายกับตัวเองและผู้อื่น และวิธีการรักษาผู้ป่วยติด

สารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมนั้น จะต้องรักษาควบคู่กันทั้งอาการทางจิตและการบำบัดเพื่อป้องกันการกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำ รวมถึงความร่วมมือจากครอบครัว ญาติ และสังคม เพื่อให้โอกาสและให้กำลังใจ ควรให้เวลาและให้ความช่วยเหลือไม่ควรพูดตำหนิ หรือดูถูก ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จของการบำบัดอีกด้วย (กิตต์กวี, 2558) ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องเข้ามามีบทบาทในการดูแล ซึ่งพบว่า มีปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้น่าจะเป็นตัวทำนายที่ดีในการทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมโดยเลือกศึกษาเกี่ยวกับ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุน ทางสังคม และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ซึ่งผลจากการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสำหรับให้การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม

คำถามการวิจัย

1. ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมอยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยด้าน อายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ สามารถทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมได้หรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) ตามแนวคิดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา (dependent care agency) โดยกล่าวว่าภาวะสุขภาพของบุคคลคือการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพในเรื่องของความเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อน และผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรภาพ กระบวนการดำเนินโรค และการรักษา ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยขั้นพื้นฐานสำคัญที่ช่วยทำให้ความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น เมื่อมีข้อจำกัดของความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ จึงเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคคลผู้รับผิดชอบให้การดูแลในการมาช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการที่จำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การดูแลตนเองมีเป้าหมายเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด และเมื่อใดก็ตามบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองน้อยกว่าความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด เมื่อนั้นบุคคลจะมีความพร่องในการดูแลตนเอง (พร้อมจิตร, 2553) และบุคคลที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ย่อมต้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (McEwen & Wills, 2014) ผู้ติดตามเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมเป็นผู้มีความพร่องในการดูแลตนเอง อันเป็นผลจากพยาธิสภาพของโรคจากการเปลี่ยนแปลงสารเคมีในสมอง ทำให้กระบวนการทางความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรมผิดปกติ ซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพของตนเองและอาจเกิดโรคแทรกซ้อนได้ จึงจำเป็นต้องพึ่งพาจากบุคคลอื่น และการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา มีความสำคัญมากขึ้นในปัจจุบันจากการเพิ่มจำนวนผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง และผู้ที่มีความต้องการการดูแลยุ่งยากซับซ้อนจนเกินกว่าที่จะตอบสนองได้ด้วยตนเองตามลำพัง (สมจิตร, 2544) ความสามารถของบุคคลที่ต้องการดูแลรับผิดชอบบุคคลที่ต้องการพึ่งพาเปรียบได้เช่นเดียวกับความสามารถในการดูแลตนเองแต่มีความแตกต่างกันตรงที่เป็นความสามารถที่จะตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองของบุคคลอื่น และยังมีลักษณะเช่นเดียวกับความสามารถทางการพยาบาลซึ่งเป็นความสามารถที่จะกำหนดและสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลของบุคคลที่ต้องการพึ่งพาตามแนวคิดของเทลเลอร์ (Taylor, 1989)

ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา (Dependent care agency) มีโครงสร้างเหมือนกับความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) มีที่สำคัญ คือ 1) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (foundation capabilities and dispositions) 2) พลังความสามารถ 10 ประการ (ten power components) และ 3) ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแล (capabilities for dependent-care operations) โดยในแต่ละระดับ สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (foundation capabilities and dispositions) เป็นความสามารถของมนุษย์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการรับรู้และเกิดการกระทำ ซึ่งแบ่งออกเป็นความสามารถที่จะรู้ความสามารถที่จะกระทำ และคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ได้แก่ ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ การทำหน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก การรับรู้เหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอก การเห็นคุณค่าในตนเอง การจัดลำดับความสำคัญ การแบ่งเวลาการทำกิจกรรมต่าง ๆ และความสามารถจัดการกับบุคคล ที่รับผิดชอบ

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (ten power components) ในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาเป็นคุณลักษณะที่จำเป็นและเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย 1) ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง 2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกาย 3) ความสามารถของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นเพื่อการดูแลตนเอง 4) ความสามารถที่จะใช้เหตุผล 5) มีแรงจูงใจในการดูแลตนเอง 6) มีทักษะในการตัดสินใจ 7) มีความสามารถในการแสวงหาความรู้การดูแลตนเองและนำไปใช้ได้ 8) มีทักษะในการใช้ความคิด 9) มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง 10) มีความสามารถที่จะปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

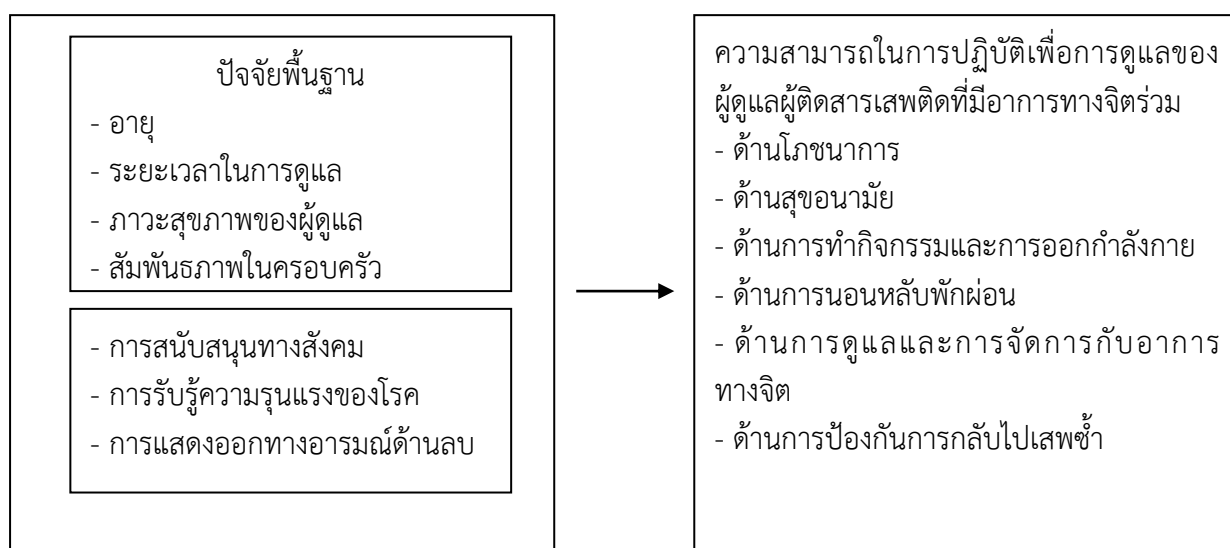
3. ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (capabilities for dependent-care operations) เป็นความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาในขณะนั้นทันทีซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการคือ 1) การคาดการณ์ (estimative operations) เป็นกระบวนการแสวงหาความรู้ การพัฒนาความสามารถที่จำเป็นสำหรับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ผู้ดูแลต้องรู้และเข้าใจเกี่ยวกับความหมายรวมถึงวิธีการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา 2) การปรับเปลี่ยน (transitional operation) เป็นความสามารถของผู้ดูแลในการตัดสินใจเกี่ยวกับบุคคลที่ต้องพึ่งพา และปรับเปลี่ยน แกไขกิจกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็นของบุคคลที่ต้องพึ่งพา 3) การลงมือปฏิบัติ (productive operation) เป็นความสามารถของผู้ดูแลในการเตรียมตัวเอง วัตถุ สิ่งแวดล้อม และการลงมือปฏิบัติ ในกิจกรรมการดูแลตามเป้าหมาย และติดตามประเมินผลเพื่อตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพามีความสัมพันธ์กับความสามารถ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน พลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งความสามารถทั้ง 3 ประการเป็นความสามารถที่สะท้อนอยู่ในระยะต่างๆของการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา หากบุคคลขาดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานย่อมขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่จงใจและมีเป้าหมาย และไม่สามารถพัฒนาความสามารถเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลของผู้ดูแลได้ รวมถึงขาดทั้งพลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาด้วย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยเฉพาะความสามารถในการลงมือปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม เพราะเป็นความสามารถขั้นสูงสุดซึ่งถือเป็นขั้นสุดท้ายที่สะท้อนผลลัพธ์ของระยะต่าง ๆ สามารถวัดได้ง่าย และความสามารถในการลงมือปฏิบัติซึ่งเป็นความสามารถของผู้ดูแลในด้านการวางแผน การประเมินสถานการณ์ สิ่งแวดล้อม และกระบวนการคิด พิจารณาอย่างรอบคอบในการตัดสินใจ เพื่อการลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการประเมินผล เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลของผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ซึ่งจะแสดงออกมาในรูปแบบของพฤติกรรมลงมือปฏิบัติกิจกรรม

ความสามารถในแต่ละระดับจะเป็นพื้นฐานในระดับที่สูงขึ้นไป ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้จากการทบทวนความสามารถของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดทั่วไป ความสามารถของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมและความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยจะเป็นความสามารถของการดูแลด้านโภชนาการ ด้านสุขอนามัย ด้านการทำการกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านการนอนหลับพักผ่อน

ด้านการดูแลและการจัดการกับอาการของโรค และด้านการป้องกันการกลับไปเสพยา (กนกชนก, 2552; นุรินดา, อ้อมเดือน, ดารารัตน์, และสยาม, 2552; ปราโมทย์, 2553; สุกัญญา, 2558; สุวนุช, 2556; สุวรรณ, 2552)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

อายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ สามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมได้

นิยามศัพท์

ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม หมายถึง การประเมินตนเองของผู้ดูแลเกี่ยวกับระดับของความสามารถในการลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ในด้านการวางแผน การลงมือปฏิบัติ การติดตามและประเมินผล เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม 6 ด้าน คือ 1) ด้านโภชนาการ 2) ด้านสุขอนามัย 3) ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย 4) ด้านการนอนหลับพักผ่อน 5) ด้านการดูแลและการจัดการกับอาการของโรค และ 6) ด้านการป้องกันการกลับไปเสพยา เพื่อได้รับการดูแลที่เหมาะสม และการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุขและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลที่มีอาการทางจิตร่วม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) และการทบทวนวรรณกรรม

เกี่ยวกับการดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม (สุนุช, 2556) รวมถึงการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (สุวรรณ, 2552)

ปัจจัยทำนาย หมายถึง ปัจจัยที่สามารถทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ได้แก่

อายุ หมายถึง ระยะเวลา นับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำแบบสอบถามโดยนับอายุเต็มปีบริบูรณ์

ระยะเวลาในการดูแล หมายถึง ระยะเวลาเป็นวัน เดือน ปี ที่ผู้ดูแลปฏิบัติหน้าที่ในด้านการดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำแบบสอบถาม

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับสุขภาพด้านร่างกายทั่วไป ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การที่สมาชิกสร้างความสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว ด้วยความผูกพัน มีความเข้าใจและช่วยเหลือกัน ทำกิจกรรมร่วมกัน มีการติดต่อสื่อสารที่ระหว่างสมาชิกครอบครัว มีความเชื่อและไว้วางใจกัน ประเมินด้วยแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของอรอนงค์ (2554)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การช่วยเหลือที่ผู้ดูแลได้รับจากบุคคลอื่น ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัตถุ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจ ทำให้ผู้ดูแลสามารถทำหน้าที่ดูแลได้อย่างเหมาะสมและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ประเมินได้จากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามกรอบแนวคิดของแบรนด์ท์และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1981) ซึ่งแปลโดยสรินรัตน์ (2544) และนำมาดัดแปลงใช้โดยณัฐ (2554)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ระดับการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม รับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรค การเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคนั้น ๆ มีความรุนแรงต่อสุขภาพและเกิดผลกระทบต่อบุคคลนั้น ๆ ถ้าหากไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค ประเมินโดยแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ หมายถึง การแสดงออกทางภาษา ลักษณะคำพูด น้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง อารมณ์ ด้วยความรู้สึกไม่พอใจ ของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ประเมินโดยแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลของสุนุช (2556) ซึ่งสร้างมาจากองค์ประกอบการแสดงออกทางอารมณ์ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไทยของสรรพวีรวงศ์ (Sunpaweravong, 2007) ตามกรอบแนวคิดการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทของ บราวน์ เบอร์เลย์ และวิงค์ (Brown, Birley, & Wing, 1972) ประกอบด้วย การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ได้แก่ 1) การวิพากษ์วิจารณ์ (critical comments) 2) การแสดงความเป็นมิตร (hostility) 3) การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (emotion over-involvement) 4) การห่างเหินทางอารมณ์ (emotional under – involvement)

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ ICD -10 อยู่ใน F 10.5x - F 19.5x (กล่าวถึงเฉพาะ .5x) ซึ่งต้องเป็นผู้ที่ให้การดูแลหลักในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

สามารถนำผลการศึกษาที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในการดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม

บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี จากเอกสาร ตำราต่าง ๆ รวมถึงผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม
 - 1.1 ลักษณะอาการทางคลินิก
 - 1.2 เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม
 - 1.3 ผลกระทบของผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม
 - 1.4 ความต้องการการดูแลของผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม
2. ผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม
 - 2.1 ความหมายของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม
 - 2.2 ผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม
3. ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแล
 - 3.1 ความหมายของความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแล
 - 3.2 ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม
 - 3.3 การประเมินความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแล
4. ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม
5. สรุปผลการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม

ผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม เกิดจากผู้เสพมีการใช้สารเสพติดมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง รวมถึงชนิดและความถี่ของการใช้สารเสพติด ซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสารเคมีในสมอง ทำให้เกิดอาการจิตประสาทหลอนได้ง่าย โดยผู้เสภจะมีอาการ หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว เห็นภาพหลอน (สุทิสสา, 2561) ซึ่งจะเป็นอยู่ครั้งคราวเมื่อมีการใช้สารเสพติดนั้น และหากมีการใช้เป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดอาการทางจิตอย่างถาวรได้ ซึ่งอาการจะคล้ายกับผู้ป่วย "โรคจิตเภท" คือนอกจาก หวาดระแวง มีหูแว่ว หลงผิด แล้วยังไม่สามารถรับรู้โลกความเป็นจริง มีความบกพร่อง ขาดการดูแลตนเองการดำรงชีวิตประจำวันอีกด้วย (รัศมน, 2561)

ลักษณะอาการทางคลินิก

ลักษณะอาการทางคลินิกของผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม สามารถแบ่งได้ตามลักษณะอาการทางจิตเวชและตามชนิดของสารเสพติด

1. ผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตจากแอมเฟตามีน มีลักษณะคล้ายกับโรคจิตเภท หวาดระแวง จะมีอาการหลงผิด หวาดกลัว บางรายมีหูแว่ว ภาพหลอนร่วมด้วย สับสนมีอาการประสาทหลอนทั้งทางหู และทางตา และมักพบว่ามียุติกรรมย้ำคิดย้ำทำ ก้าวร้าว อาจทำร้ายตนเอง และผู้อื่นได้ (จินตนา, 2556; พันธุ์ภา, 2555; ปราโมทย์, 2553; รัศมน, 2561; สมภพ, 2553; สุทิสสา, 2561)

2. ผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตจากกัญชา มีลักษณะอาการทางจิต คือการขาดการควบคุมตนเอง ทำให้มีอาการมึนงง ตื่นเต้น หัวเราะง่ายโดยไม่มีเหตุผล พูดเสียงดัง ความจำเสื่อม ความคิดสับสน การรับรู้ต่อเสียง แสง เวลาและระยะเวลาและการตัดสินใจผิดไป หวาดระแวง หลงผิด บางรายมีหูแว่ว อาการทางจิตอาจต่อเนื่องเป็นเวลานานร่วมกับมีอาการด้านลบได้แก่ ซึมเศร้า หงุดหงิดง่าย (จินตนา, 2556; ปราโมทย์, 2553; สุวนุช, 2556)

3. ผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตจากเฮโรอีน มีลักษณะอาการคล้ายโรคจิตแบบหวาดระแวง ประสาทหลอน กระสับกระส่าย มีบุคลิกภาพเปลี่ยนไป เมื่อเสพต่อไปเรื่อย ๆ อาการทางจิตจะเด่นชัดขึ้น มีพฤติกรรมก้าวร้าว จนเกิดอันตรายแก่ตนเองและผู้อื่น (กมลชนก, 2552)

4. ผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตจากสารระเหย อาการทางจิตที่พบ มีอาการเฉา ซึม ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ควบคุมตนเองไม่ได้ มองเห็นภาพหลอน หูแว่ว มีเสียงในหู นอนไม่หลับ มีความผิดปกติของประสาทการรับรู้แบบอื่น เช่น การรับรู้เวลาผิดไป มีอาการหลงผิด (ปราโมทย์, 2553; สุวนุช, 2556)

5. ผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตจากกระท่อมผสมยาเสพติดผสมได้ก จะมีอาการกระวนกระวาย คลุ้มคลั่ง มีภาพหลอน ประสาทหลอนทางหู และมีอาการชักได้ง่าย (กมลชนก, 2552; สุวนุช, 2556)

เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม

ในการวินิจฉัยผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม มีเกณฑ์ที่นิยมใช้ในการจำแนกโรคอยู่ 2 ระบบคือ การจำแนกโรคที่พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder , Fifth Edition, 2013) และ ระบบการแยกโรคขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Disease and Related Health Problem 10 th Revision – ICD 10, 2016) ซึ่งมีรายละเอียดการจำแนกโรคดังนี้

1. การวินิจฉัยภาวะ Substance - Induced Mental Disorders ของสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา DSM- 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth Edition, 2013) มีดังนี้

A : มีอาการที่เด่นชัดถึงความผิดปกติทางจิต

B: มีหลักฐานจากประวัติการตรวจร่างกายหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังข้อ 1 หรือ 2

1. มีความผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้นระหว่างหรือภายในช่วง 1 เดือนหลังจากเมายาหรือขาดยาหรือใช้สารเสพติด และ

2. การใช้ยาหรือสารเสพติดที่เป็นสาเหตุเกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต

C : ความผิดปกติไม่ได้อธิบายได้ดีกว่ากับโรคทางจิตที่ไม่ได้เป็นผลจากการใช้สารหรือยาที่ก่อให้เกิดความรู้สึกผิดปกติทางจิตอาจรวมถึงสิ่งต่อไปนี้

1. ความผิดปกติไม่ได้เกิดเฉพาะในช่วงเมายา การขาดยา และการใช้ยาเสพติดอย่างรุนแรง หรือ

2. ความผิดปกติทางจิตยังคงมีอยู่เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือนหลังจากที่มีอาการขาดยาเฉียบพลันหรือมีเมมาอย่างรุนแรงหรือใช้เกณฑ์นี้ไม่ได้ใช้กับความผิดปกติทางระบบประสาท ที่เกิดจากความผิดปกติในการรับรู้ มีอาการประสาทหลอนซึ่งยังคงมีอยู่ นอกจากการเมายาเฉียบพลันหรือมีภาวะขาดยา

D : ความผิดปกตินี้ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะในช่วงของการเพ้อ สับสน

E : ความผิดปกตินี้ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน หรือเกิดปัญหาทางสังคมการประกอบอาชีพ หรือการทำหน้าที่ด้านอื่นที่สำคัญบกพร่องอย่างชัดเจน

2. การวินิจฉัยภาวะ “Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use ขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Disease and Related Health Problem 10 th Revision – ICD 10, 2016) ICD -10 ได้ให้คำจำกัดความไว้ดังนี้

F11.5x - F19.5x (กล่าวถึงเฉพาะ.5x) เป็นความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยาและอนุพันธ์ของฝิ่น กัญชา ยาสูบและยาสูบและยานอนหลับ โคเคน สารกระตุ้นระบบประสาทอื่นรวมทั้งกาแฟ ยาหลอนประสาท ยาสูบ สารระเหย และจากการเสพยาหลายขนาน และสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอื่นเป็นกลุ่มอาการทางจิตที่พบขณะเสพยาหรือหลังเสพยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ไม่สามารถอธิบายได้จากภาวะเป็นพิษเฉียบพลันเพียงอย่างเดียว และไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของภาวะถอนยา ความผิดปกตินี้มีอาการประสาทหลอนหลายแบบ (โดยเฉพาะหูแว่วพบมากกว่า

แบบอื่นแต่บ่อยครั้งที่พบประสาทหลอนหลายอย่าง) การรับรู้ผิดไป หลงผิด (ระแวง คิดว่าถูกปองร้าย) การเคลื่อนไหวผิดไป (งุนวายหรือเซื่องซึม) และอารมณ์ผิดปกติ มีตั้งแต่ตื่นตระหนกไปจนถึงปิติอย่างเหลือล้น ระดับความรู้สึกตัวปกติ บางรายอาจมีอาการสละสลือแต่ไม่สับสนอย่างรุนแรง

สรุปได้ว่าผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมอาศัยเกณฑ์การจำแนกโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา DSM-5 หรือ ICD 10 ต้องมีอาการทางจิตเด่นชัด เช่น อาการหลงผิดหรืออาการประสาทหลอนและอาการดิ่งกล่าว ต้องสัมพันธ์กับการเสพฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่น กัญชา ยากลุ่มประสาทและยานอนหลับ โคเคน สารกระตุ้นระบบประสาทอื่นรวมทั้งกาแฟ ยาหลอนประสาท ยาสูบ สารระเหย และจากการเสพยาหลายขนาน และสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอื่น อาการทางจิตมีระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือนหลังจากมีอาการเมายาและขาดยาแต่ต้องมีอาการรุนแรงเกินกว่าที่มักพบในภาวะเมายาหรือขาดยาทั่วไป และอาการทางจิตทำให้เกิดความทุกข์ทรมานหรือเกิดปัญหาทางสังคม การประกอบอาชีพ หรือการทำหน้าที่ด้านอื่นที่สำคัญบกพร่องอย่างชัดเจน การวินิจฉัยแยกโรคต้องอาศัยการซักประวัติอาการและการติดตามอย่างต่อเนื่อง อาการทางจิตจากยาเสพติดมักจะหายไป 2-4 สัปดาห์ หากอาการยังคงอยู่ให้นึกถึงโรคจิตระยะเริ่มแรก (primary psychiatric disorder) เช่น โรคซึมเศร้า (depressive disorder) โรควิตกกังวล (anxiety disorder) (บุญศิริ, 2552) สำหรับการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะทางยาเสพติดที่ใช้ระบบการวินิจฉัยแบบ DSM-5 และ ICD 10

ผลกระทบของผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม

ผลกระทบต่อผู้ติดสารเสพติด

1. ผลกระทบด้านร่างกาย เนื่องจากฤทธิ์ของยาเสพติดทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น สุขภาพทรุดโทรม น้ำหนักลด ใบหน้าหมองคล้ำ อวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเคลื่อนไหวไม่หยุดนิ่ง บริเวณท้องแขนมีรอยกริดจากการทำร้ายตนเอง (กาญจนา, 2554) เมื่อใช้ยาเสพติดจะมีอาการตื่นตันทันง่าย พุดมาก มีอสุ้น เหงื่อออกมาก นอนไม่หลับ หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง และมันตาขยาย เมื่อหมดฤทธิ์ยาจะมีอาการอ่อนเพลียไม่ร่าเริง (สุจิตรา, 2554) และไม่สามารถรับประทานอาหารได้หรือรับประทานอาหารได้น้อย (วีระพลและสมเดช, 2560) การที่ผู้เสพไม่รู้สึกหิวทำให้ขาดสารอาหารและขาดวิตามินได้ (กมลชนก, 2552) และอาจเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคในระบบต่าง ๆ เช่น โรคทางเดินอาหาร โรคปอด โรคหัวใจ โรคไต ฯลฯ (เปรมฤดี, ภรภัทรและดวงใจ, 2560) รวมถึงการมีโอกาสดูดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และติดเชื้อเอชไอวีจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ (บังอร, 2550)

2. ผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ บุคคลที่ใช้สารเสพติดต่อเนื่องเป็นเวลานาน จะมีอาการปรากฏทางด้านจิตใจและอารมณ์ที่ผิดจากปกติทั่วไป จะมีอารมณ์อ่อนไหวง่าย วิตกกังวล กระวนกระวาย หงุดหงิดง่าย ขาดความภาคภูมิใจและความเชื่อมั่นในตนเอง บางรายมีอาการซึมเศร้า (กนกชนก, 2552) มองโลกในแง่ร้าย ไม่ยอมรับค่านิยมของสังคม มีบุคลิกพึ่งพาผู้อื่น (กาญจนา, 2554) และการรับรู้มีความผิดปกติ ทำให้ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมได้เนื่องจากระบบสมองส่วน

หน้าทำงานผิดปกติทำให้มีอาการและพฤติกรรมแสดงออกแต่ละคนแตกต่างกันไป (สำเนา, และ พัทธ์, 2555) เมื่อมีอาการทางจิตจะมีลักษณะที่สำคัญของอาการนี้คือมีอาการหูแว่วหรือหลงผิด คิดว่ามีคนปองร้ายและอาจมีอาการประสาทหลอน สัมผัสว่ามีแมลงมาไต่ตามตัว (สมภพ, 2557) มีความผิดปกติของการรับรส จะได้กลิ่นแปลก ๆ โดยคนอื่นไม่ได้กลิ่นนั้น (สุทิสสา, 2561) นอกจากนี้มี ผลต่อสมองส่วน hippocampus ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการเรียนรู้และความจำ กล่าวได้ว่าผู้ใช้ยา เสพติดจะทำให้การเรียนรู้และความจำบกพร่องไป (Whitlock, Heynen, Shuler, & Bear, 2006)

ผลกระทบต่อครอบครัว

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่าในครอบครัวที่มีผู้ติดยาเสพติดจะประสบปัญหาด้าน ความสัมพันธ์ในครอบครัว เกิดความขัดแย้งกัน ระหว่างบิดา มารดา หรือบุตร (นิรุสณีย์, 2555) ผู้ติดยาเสพติดมักใช้เวลาไปกับยาเสพติด ทำให้ขาดความรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ของตนเองอาจทำให้ ขาดรายได้ เกิดภาระหนี้สิน จากการนำเงินไปซื้อยาเสพติด (ดารารัตน์, 2555) และเมื่อเกิดอาการ แทรกซ้อนทางจิต ไม่สามารถทำงานได้ ต้องเป็นภาระของครอบครัว (สำเนา, บุญเรือง, และอุษา, 2559) และจากการศึกษาของวีระพลและสมเดช (2560) พบว่า ผลกระทบด้านครอบครัวของผู้ดูแลหลัก จะมีอาการเครียด วิตกกังวลเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา และคอยตักเตือน สั่งสอนหรือดุด่า ว่ากล่าว ทำให้เกิดการทะเลาะเบาะแว้ง ไม่พอใจและแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงออกมา ซึ่งเป็น ปัญหาบานปลายทำให้ครอบครัวแตกแยก หย่าร้างและแยกกันอยู่ จากการศึกษาของสุจิตรา (2554) พบว่าผลกระทบพฤติกรรมรุนแรงของครอบครัว ตามการรับรู้ของผู้ใช้ยาบ้า ซึ่งสมาชิกครอบครัวรับรู้ ว่าเกิดผลกระทบต่อผู้ถูกรักษาซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 100 ได้แก่ความทุกข์ใจ เสียใจ มีความวิตกกังวล เครียด

ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม

ผู้ติดยาเสพติด จะเกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการเสพยา ค่าใช้จ่ายในการ บำบัดรักษา ค่าเดินทางมาโรงพยาบาล และเมื่อมีการถูกจับต้องมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินคดีเกี่ยวกับ ยาเสพติด และเมื่อใช้ยาเสพติดแล้วทำให้ขาดความรับผิดชอบ ทำงานได้ไม่ดีไม่สามารถทำงานได้เต็ม กำลังความสามารถ เกิดความเกียจคร้านก็จะหยุดงานเองจนโดนไล่ออกจากงาน (กาญจนา, 2554) เปลี่ยนพฤติกรรมจากผู้เสพมาเป็นผู้ค้าในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเองมีการยึดอาชีพเป็นผู้ค้าด้วย เช่นกัน เนื่องจากคิดว่าหาเงินได้ง่าย ทั้งนี้ผู้ค้ายาเคยผ่านการเสพมาแล้ว เห็นช่องทางในการซื้อขาย คิดว่าเป็นการหาเงินที่มีรายได้สูง และทำได้ง่าย อีกปัจจัยหนึ่งคือผู้เสพ มีอาการติดยาจึงจำเป็นต้อง เสพให้ได้ในปริมาณที่เพิ่มขึ้น ผู้ติดยาส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นและไม่มีรายได้จึงทำให้หันมาค้ายาแทน (วีระพลและสมเดช, 2560) และจะได้รับผลกระทบจากชุมชน ได้แก่การถูกต่อว่าจากเพื่อนบ้านหรือ ชุมชน เพื่อนบ้านแสดงความรังเกียจ และหวาดกลัวต่อการกระทำรุนแรง (สุจิตรา, 2554) ผู้ใช้ ยาเสพติดจะมีความบกพร่องทางด้านทักษะทางสังคมและมีความสัมพันธ์ที่เป็นแบบเฉพาะคือ มีลักษณะพึ่งพิงสูง ขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น ไม่สนใจดูแลตนเองขาดความมั่นใจหรือมีท่าทีก้าวร้าว

(กนกชนก, 2552) นอกจากนี้ยังถูกจำกัดสิทธิ์ทางกฎหมายในการดำรงตำแหน่งทางการเมือง รวมถึงการเข้ารับราชการ (กิงกมล, 2558)

สรุปได้ว่าผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมจะมีผลกระทบในการดำเนินชีวิต ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ สัมพันธภาพในครอบครัว ด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยทางด้านร่างกายนั้นส่งผลทำให้สุขภาพร่างกายทรุดโทรม อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เบื่ออาหาร และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคในระบบต่าง ๆ ทางด้านจิตใจส่งผลให้มีอารมณ์อ่อนไหวง่าย วิตกกังวล หงุดหงิดง่าย ไม่สนใจกิจกรรมของสังคมและมีอาการทางจิต หูแว่ว หลงผิด ประสาทหลอน ขาดความรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ของตนเอง มีความขัดแย้งในครอบครัว เกิดภาวะหนีสิน สังคมไม่ยอมรับ รวมถึงการถูกจำกัดสิทธิ์ทางกฎหมายในการดำรงตำแหน่งทางการเมืองและการเข้ารับราชการ

ความต้องการการดูแลของผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม

ความต้องการเป็นความรู้สึกภายในของบุคคลและเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตต้องใช้ระยะเวลาในการดูแล อาจทำให้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคลในครอบครัว (สุวรรณา, 2552) ผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ไม่ค่อยตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมเป็นผลก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ในการดูแลสุขภาพ เป็นผลทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ต้องใช้เวลาในการบำบัดรักษานาน และจากการทบทวนวรรณกรรมผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมต้องการการดูแลในเรื่องต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (กมลชนก, 2552; สุกัญญา, 2558; สุวนุช, 2556; สุวรรณา, 2552)

1) ด้านโภชนาการ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์มีสารอาหารครบ 5 หมู่ เช่น ข้าว เนื้อสัตว์ ไข่ ผัก และผลไม้ และรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ ๆ หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

2) ด้านสุขอนามัย โดยการรักษาความสะอาดของร่างกาย การอาบน้ำ และการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง การรักษาความสะอาดและเปลี่ยนเสื้อผ้าทุกวัน การตรวจสุขภาพในช่องปากอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

3) ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย โดยการออกกำลังกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้งนานครั้งละ 30 นาที การพบปะสนทนากับเพื่อน ๆ และญาติพี่น้อง การปรึกษาหารือกับสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีปัญหาส่วนใหญ่ การร่วมกิจกรรมที่มีในหมู่บ้านหรือชุมชน

4) ด้านการนอนหลับพักผ่อน การจัดสภาพแวดล้อมภายในห้องนอนให้เหมาะสม ปลอดภัย ไม่มีเสียงรบกวน แสงสว่างเพียงพอ

5) ด้านการดูแลและการจัดการกับอาการทางจิต โดยการฝึกการผ่อนคลาย เช่น การฟังเพลง อ่านหนังสือ ทำงานอดิเรก การปฏิบัติกิจทางศาสนาตามที่นับถือ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องการไปรับการตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล

6) การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ โดยการฝึกเทคนิควิธีการของการยับยั้งพฤติกรรมจากสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสม โดยวิธีการสอนให้ค้นหาความคิด

ความรู้สึก บุคคลและสถานที่ที่กระตุ้นเตือนให้ใช้ยา ต้องแนะนำให้หาวิธีการจัดการกับสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสมรวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมและปลอดภัย

ผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม

ความหมายและประเภทของผู้ดูแล

ผู้ดูแล คือผู้ที่ให้การดูแลส่วนตัว สนับสนุนและช่วยเหลือผู้ที่มีความพิการ มีเงื่อนไขทางการแพทย์ การเจ็บป่วยทางจิต แอลกอฮอล์หรือยาเสพติดอื่น ๆ (Waters, 2016)

ผู้ดูแล คือ ผู้ให้การดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมในรูปแบบต่าง ๆ ที่บ้าน โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนเป็นการดูแลที่มีแบบอย่างมาจากการประพฤติปฏิบัติที่ดี โดยมีความสัมพันธ์ผูกพันแบบเครือญาติ (Ross & Mackenzie, 1996)

ผู้ดูแล คือ ผู้ดูแลบางคนที่ไม่ให้การดูแลญาติหรือเพื่อนที่มีภาวะเจ็บป่วย ทพพลภาพหรือผู้สูงอายุโดยไม่สามารถดูแลจัดการตนเองที่บ้านได้โดยปราศจากการช่วยเหลือ ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการจะไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแล (Carers, 2005)

สรุป ผู้ดูแล คือ ผู้ที่ให้ความช่วยเหลือ ดูแลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย พิกการ หรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง มีความสัมพันธ์กับผู้ดูแลแบบเครือญาติ และให้การดูแลโดยไม่ได้มุ่งหวังค่าตอบแทน

ผู้ดูแลแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะตามระดับของเขตความรับผิดชอบของฮอโรวิทซ์ (Horowitz, 1985) ดังนี้

1. ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) คือ ผู้ที่ถูกระบุว่าเป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือในช่วงเจ็บป่วย เป็นผู้ให้การดูแลคิดเป็นชั่วโมงต่อวันสูงสุด ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การดูแลเรื่องการรับประทานยาโดยดูแลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

2. ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) คือ ผู้ที่เป็นบุคคลอื่นที่ได้รับมอบหมายการดูแลทำหน้าที่ปฏิบัติกิจกรรมและการจัดการด้านอื่น ๆ ที่ไม่ได้ปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้ป่วยโดยตรง และให้การช่วยเหลือเป็นครั้งคราว โดยมีระยะเวลาการดูแลน้อยกว่าการดูแลหลัก

ประเภทของผู้ดูแล โดยแบ่งตามความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแลได้ 2 ประเภทใหญ่ ๆ (Bell & Gibbons, อ้างตาม ศิริพันธ์, 2554) ดังนี้

1. ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (formal caregiver/carers) หมายถึง ผู้ดูแลที่ผ่านการฝึกอบรมมาก่อน เป็นผู้มีความรู้ในวิชาชีพจากองค์กรต่าง ๆ หรือสถานพยาบาล โดยผู้รับการดูแลและผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กันส่วนตัว เช่น ทีมสุขภาพ พยาบาล องค์กรต่าง ๆ ลูกจ้างดูแล รวมถึงผู้ช่วยการดูแลจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

2. ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (informal caregiver/carers) หมายถึง ผู้ดูแลที่ไม่ผ่านการฝึกอบรมมาก่อน การดูแลอาจยาวนาน 24 ชั่วโมงต่อวัน โดยผู้ดูแลกับผู้รับการดูแลมีความสัมพันธ์กันส่วนตัว ดูแลช่วยเหลือในชีวิตประจำวันต่าง ๆ ซึ่งเกิดจากความรัก ความผูกพัน

สำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ โดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล มุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแล เช่น สมาชิกในครอบครัว ลูก หลาน เพื่อน ญาติ หรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย เป็นต้น

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในผู้ดูแลหลัก และผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการเนื่องจากมีความสัมพันธ์ที่ดีและให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลมีความสำคัญในการดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยหรือบรรเทาอาการลง

ผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม

การดูแลผู้ป่วยผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ต้องใช้ระยะเวลาในการดูแล ผู้ดูแลคือบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด (Yeh et al., 2008) ต้องคอยให้ความช่วยเหลือตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหารและยา (นิภาพร, 2552) ส่งผลทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ไม่มีเวลาในการดูแลตนเอง บางรายมีความเครียดวิตกกังวลเรื่องการดูแลผู้ป่วย กลัวไม่หาย เรื่องการเรียนหรือการทำงานของผู้ป่วย เรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆ ขณะเดียวกันผู้ดูแลบางรายต้องหยุดจากงานประจำ ทำให้ต้องสูญเสียรายได้ของครอบครัว ซึ่งเป็นภาระที่หนักของครอบครัว (กมลชนก, 2552) ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมในด้านต่าง ๆ มีดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย จากการที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยซึ่งบางครั้งเกิดอาการรุนแรงที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ ทำให้ผู้ดูแลต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ผู้ดูแลต้องอดนอน มีการพักผ่อนไม่เพียงพอเกิดอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย สุขภาพร่างกายทรุดโทรม ผู้ดูแลบางรายอาจได้รับบาดเจ็บจากการที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมีพฤติกรรมก้าวร้าว (สุวนุช, 2556) ทำให้ถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกายได้เนื่องจากผู้ดูแลไม่สามารถหยุดพฤติกรรมผู้ป่วยที่ควบคุมตนเองไม่ได้ (จรินทร์ยา, 2552)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานผู้ดูแลจะเกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า มีภาวะกดดันด้านจิตใจ (Doornbos, 2002) เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว ต่ำทอผู้ดูแล ควบคุมตนเองไม่ได้ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกถูกรบกวนทางด้านจิตใจ มีผลต่อทัศนคติ หรือปฏิกริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแล (Montgomery, 2006) ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไปเกิดความเครียด รู้สึกหวาดกลัว รู้สึกหงุดหงิด โมโห อึดอั้น ในบางรายอาจพบว่ามีความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วย วิตกกังวลต่อพฤติกรรมรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้และกังวลในการกลับไปใช้ยาเสพติดของผู้ป่วย (ปราโมทย์, 2553) และประสบการณ์ทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดในเด็กวัยรุ่น พบว่าผู้ดูแลจะมีความเครียด ความเจ็บปวด ท้อแท้ สิ้นหวัง และรู้สึกล้มเหลวในการดูแลเด็กวัยรุ่นที่ใช้ยาเหล่านั้น (Raves & Duchene, 2015)

3. ผลกระทบด้านสังคม ผู้ดูแลต้องเลื่อนเวลาในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ถูกรบกวนเวลาส่วนตัว รบกวนการปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว บางรายรู้สึกว่าการให้ผู้ป่วยใช้ยาเสพติดเป็นสิ่งที่ไม่ดี ยอมรับความจริงไม่ได้ ทำให้ผู้ดูแลต้องพยายามหลีกเลี่ยงจากการพบปะพูดคุยกับผู้อื่นเนื่องจากอับอายจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย ไม่มีความสุขในชีวิตประจำวัน

4. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจพบว่าผู้ดูแลจะถูกรบกวนด้านเศรษฐกิจ รายได้ หรือถูกพึ่งพาทางการเงินเนื่องจากผู้ป่วยบางรายมีอาการรุนแรงผู้ดูแลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยให้รักษาที่บ้านได้ จำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ต้องลาออกจากงานผู้ป่วยบางรายมีความเกียจคร้านในการทำงานทำให้เป็นภาระแก่ผู้ดูแล ในเรื่องค่าใช้จ่ายส่งผลให้ผู้ดูแลมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น อาจมีภาระหนี้สินจากการดูแลผู้ป่วย

จากผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมาดังที่กล่าวข้างต้น และอาจมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลให้เกิดความรุนแรงมากขึ้น เช่น สัมพันธภาพผู้ป่วยกับผู้ดูแลไม่ดี ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ผู้ดูแลมีโรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยยาวนาน ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า และผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในด้านต่าง ๆ ในการดูแล ดังนั้นเพื่อลดผลกระทบของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม จึงต้องส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ให้สามารถดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมได้โดยไม่กลับไปเสพยา และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล

ความหมายของความสามารถของผู้ดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาตามทฤษฎีของโอเร็ม

ตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (dependent care agency) คือการกระทำหรือสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่จำเป็นของบุคคลที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ความสามารถของผู้ดูแลที่ต้องรับผิดชอบ เปรียบได้กับความสามารถในการดูแลตนเอง แตกต่างกันที่เป็นความสามารถที่จะตอบสนองต่อความต้องการ การดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลอื่น (Taylor อ้างตาม สมจิต, 2544) ดังนั้นความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย จะได้รับการตอบสนองได้อย่างเหมาะสมเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้ให้การดูแล ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญคือ 1) ความสามารถขั้นพื้นฐานของบุคคลที่ต้องพึ่งพา 2) พลังความสามารถ 10 ประการและ 3) ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาซึ่งจะประกอบด้วยความสามารถ 3 ระดับ คือ 1) ความสามารถในการคาดการณ์ (estimative operations) เป็นกระบวนการแสวงหาความรู้ การพัฒนาความสามารถที่จำเป็นสำหรับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา 2) ความสามารถในการปรับเปลี่ยน (transitional operation) เป็นความสามารถของผู้ดูแลในการตัดสินใจ ปรับเปลี่ยน แก้ไข กิจกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของผู้ป่วยและ 3) ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ (productive operation) เป็นความสามารถของผู้ดูแลในการวางแผน ลงมือปฏิบัติกิจกรรม การดูแล และติดตามประเมินผลการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของผู้ป่วย

ผู้ดูแลที่มีความสามารถขั้นพื้นฐานและมีพลังความสามารถในการดูแลสูง จะส่งผลให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้ดียิ่งขึ้น และจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิต

ร่วมโดยประเมินได้จากการวางแผน การลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแล การติดตาม และประเมินผล การปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการดูแลที่จำเป็นของผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม

ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม

จากแนวคิดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาในทฤษฎีการพยาบาล ของโอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลของบุคคลที่ต้องการพึ่งพานั้นเป็น ความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคล เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา ซึ่งถ้า ผู้ดูแลมีความสามารถที่ทำให้ผู้ที่ต้องการพึ่งพาได้รับการตอบสนองความต้องการดังกล่าวและจะ นำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีเกิดความผาสุกของบุคคล

ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล หมายถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย ซึ่งในภาวะปกติผู้ใหญ่จะสามารถดูแล ตนเองได้ ส่วนผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เช่นผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ผู้ป่วยจิตเภทหรือผู้ที่มี ความพร่องในการดูแลตนเอง ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ดังนั้นผู้ดูแลผู้ติด สารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมจึงต้องมีความสามารถในการดูแลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการใน การดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมและความสามารถในการดูแลของ ผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมจะต้องดูแลให้ครอบคลุมทุกด้านเพื่อคงไว้ ซึ่งสุขภาพที่ดี ประกอบด้วย ความสามารถในการวางแผน ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ และความสามารถใน การประเมินผล จากแนวคิดการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาของโอเร็ม (Orem, 2001) และการทบทวน วรรณกรรมเกี่ยวกับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยติดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ประกอบด้วย 6 ด้านดังนี้ (กนกชนก, 2552; ปิยะรัตน์, 2556; สุกัญญา, 2558; สุนุช, 2556)

1) ด้านโภชนาการ ผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมจะมีความบกพร่องทางการ รับรู้ ความคิดและพฤติกรรมเนื่องจากอาการของโรคทำให้ไม่ได้สนใจในกิจกรรมใด ๆ รวมถึงเรื่องการ รับประทานอาหาร ดังนั้นผู้ดูแลควรดูแลเรื่องการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ได้รับสารอาหาร เพียงพอและครบถ้วนโดยมีการวางแผนในการเลือกปรุงอาหารรวมทั้งมีการช่วยเหลือกรณีที่ผู้ป่วย รับประทานอาหารได้น้อย การลงมือปฏิบัติ โดยจัดอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วน และที่ผู้ป่วยชอบ รับประทาน และสามารถรับประทานได้มากขึ้น การประเมินผลโดยผู้ดูแลสอบถามความต้องการของ ผู้ป่วย ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการรับประทานอาหาร พร้อมทั้งติดตามประเมินผลการรับประทานอาหาร ของผู้ป่วย นอกจากนี้ต้องดื่มน้ำในปริมาณที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย อย่างน้อย วันละ 8-10 แก้ว

2) ด้านสุขอนามัย ผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมมีความบกพร่องในเรื่อง การรักษาความสะอาดของร่างกายจากสภาวะของโรค ผู้ดูแลควรสังเกตความพร่องในการดูแล สุขวิทยาส่วนบุคคลและการแต่งกายโดยดูแลสุขอนามัยทางด้านร่างกายและความสุขสบายของผู้ป่วย โดยมีการวางแผน การดูแลการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลสุขอนามัยของปากและฟัน การดูแล ผิวหนัง ดูแลการแต่งกายให้เหมาะสมสวมเสื้อผ้าที่สะอาดเหมาะสมกับเพศและวัย และดูแลความสุข สบายของผู้ป่วย การลงมือปฏิบัติ ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลสุขอนามัยของผู้ป่วย กระตุ้นให้

ผู้ป่วยแปร่งฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน และการสังเกตอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย พร้อมทั้งหาแนวทางการช่วยเหลือ การประเมินผลโดยผู้ดูแลติดตาม สอบถามการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยในแต่ละวัน รวมถึงสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการทำกิจวัตรประจำวัน

3) ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบโดยมีการวางแผน ในการกำหนดกิจกรรมและรูปแบบการออกกำลังกาย การลงมือปฏิบัติ ผู้ดูแลต้องมีความสามารถในการกำหนดกิจกรรมและสนับสนุนการทำกิจกรรมด้วยตนเองของผู้ป่วยโดยการประเมินผล ผู้ดูแลติดตามสอบถามเกี่ยวกับเกี่ยวกับผลของการทำกิจกรรม และสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการทำกิจกรรม

4) การนอนหลับพักผ่อน ผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมมักจะมีปัญหาเรื่องการนอนไม่หลับ ไม่ยอมนอน ผู้ดูแลควรดูแลให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ วันละ 6-8 ชั่วโมง โดยมีการวางแผน จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เหมาะกับการพักผ่อนและมีแนวทางการช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยนอนไม่หลับ การลงมือปฏิบัติ โดยจัดให้ผู้ป่วยเข้านอนและตื่นนอนตามเวลา จัดกิจกรรมในช่วงกลางวัน เช่นรดน้ำต้นไม้ ทำสวน การประเมินผลโดยผู้ดูแลติดตามสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการนอนไม่หลับเพื่อหาแนวทางการช่วยเหลือ

5) ด้านการดูแลและการจัดการกับอาการทางจิต ผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมจะมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาสร้างความกดดันให้ผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าว หลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน แยกตนเอง ไม่สนใจตัวเอง ดังนั้นผู้ดูแลจำเป็นต้องมีวิธีดูแลโดยการวางแผนการดูแล มีความสามารถในการดูแลเรื่องการรับประทานยาให้ตรงเวลาและสม่ำเสมอ นำผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ฝึกการผ่อนคลาย เช่นการฟังเพลง อ่านหนังสือ ทำงานอดิเรก การปฏิบัติกิจทางศาสนาตามที่นับถือและมีแนวทางการช่วยเหลือ การลงมือปฏิบัติ ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบของโรค สังเกตพฤติกรรมหรือคำพูดที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตราย จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ส่งเสริมการทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยสนใจ การประเมินผลโดยผู้ดูแลติดตามและสอบถามหลังให้การช่วยเหลือ

6) การป้องกันการกลับไปเสพยา โดยมีการวางแผนการดูแลโดยผู้ดูแลจะต้องพูดคุยและทำข้อตกลงกับผู้ป่วยเรื่องการงดเว้นเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และสารเสพติดทุกชนิด การวางแผนการดูแลป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำของผู้ป่วย การสนับสนุนให้ผู้ป่วยบอกถึงสาเหตุของการใช้ยาเสพติดของตนเอง พูดคุยเกี่ยวกับการค้นหาและการจัดการกับตัวกระตุ้น ดูแลไม่ให้อยู่ใกล้ตัวกระตุ้นต่าง ๆ เช่น เพื่อนที่ใช้ยาเสพติด สถานที่ใช้ยาเสพติด เงิน อุปกรณ์การเสพยาเสพติด การดูแล เอาใจใส่ผู้ป่วย รับฟังปัญหาและให้การช่วยเหลือ บอกเพื่อนบ้านให้เข้าใจผู้ป่วยและขอรับรองเพื่อนบ้านไม่ให้ล้อเลียนผู้ป่วย และมีแนวทางการช่วยเหลือ การลงมือปฏิบัติ ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการอยากยา การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยการประเมินผลโดยผู้ดูแลติดตามและสอบถามหลังให้การช่วยเหลือ

การประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล

แนวคิดของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาเหมือนกับแนวคิดของความสามารถในการดูแลตนเองคือ เป็นความสามารถที่จะปฏิบัติการเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา ได้แก่ ความสามารถในการคาดการณ์ โดยสามารถรู้ปัจจัยภายในและภายนอกที่สำคัญต่อการดูแลตนเอง ความสามารถปรับเปลี่ยน เป็นการสะท้อนถึงความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ควรปฏิบัติ และความสามารถในการลงมือปฏิบัติ เป็นการเตรียมตัวเพื่อดูแลตนเองและลงมือปฏิบัติการดูแลตนเองตามเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงตามช่วงเวลา (พร้อมจิตร, 2553) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเป็นแบบสอบถามอาศัยแนวคิดความสามารถในการปฏิบัติการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของโอเร็ม (Orem, 2001) ซึ่งกิจกรรมการดูแลครอบคลุมทั้งด้านการวางแผน การลงมือปฏิบัติและการประเมินผลและแบบประเมินจะมีลักษณะเฉพาะของการดูแลของผู้ป่วยแต่ละโรคดังนี้

แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าของธมลวรรณ (2560) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ แบ่งเป็น 7 ด้าน ประกอบด้วยด้านโภชนาการ จำนวน 4 ข้อ ด้านการนอนหลับพักผ่อนจำนวน 4 ข้อ ด้านการทํากิจกรรมและการออกกำลังกาย จำนวน 4 ข้อ ด้านการขับถ่ายจำนวน 5 ข้อ ด้านการป้องกันฆ่าตัวตาย จำนวน 4 ข้อ ด้านสุขอนามัย จำนวน 4 ข้อ ด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า จำนวน 5 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับจากมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และไม่ได้ปฏิบัติ และการแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือมีความสามารถในระดับมาก ระดับปานกลาง และระดับน้อย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .93

แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชนของแก้วตา (2554) ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน สร้างขึ้นตามแนวคิดของอีเวอร์ (Ever et al, 1985) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบประเมินความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาของสกาเวิร์ตน์ พวงจันทร์ (2538) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก 21 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากไม่ตรงกับตัวท่านเลย ตรงกับตัวท่านน้อย ตรงกับตัวท่านปานกลาง ตรงกับตัวท่านมากและตรงกับตัวท่านมากที่สุดส่วนระดับและการแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือมีความสามารถในระดับสูง ปานกลาง และต่ำ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.95 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .93

แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลของพัชรี (2551) ศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาของโอเร็ม (Orem, 2001) จำนวน 34 ข้อแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านการประเมินอาการ อันตรายนและการช่วยเหลือผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ ด้านการจัดการอาการเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก จำนวน 15 ข้อ และด้านการจัดการเมื่อผู้ป่วยหมดสติจำนวน 9 ข้อ การแปล

ผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มีความสามารถระดับต่ำระดับปานกลางและระดับสูง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 ความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .96

แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของปิยรัตน์ (2556) ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิด ความสามารถในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) ประกอบด้วยกิจกรรมการดูแล จำนวน 35 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ ด้านการช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน จำนวน 6 ข้อ ด้านการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาและการรักษา จำนวน 6 ข้อ ด้านการดูแลให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น จำนวน 6 ข้อ ด้านการจัดการกับอาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย จำนวน 9 ข้อและด้านการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วย จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้งและไม่ปฏิบัติเลย การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มีความสามารถระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 ความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .92

แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดของสวนุช (2556) ศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ประกอบด้วยกิจกรรมการดูแล จำนวน 34 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้านคือ ด้านการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ป่วย จำนวน 7 ข้อ ด้านการประเมิน ฝ้าระวัง สังเกตอาการ จำนวน 5 ข้อ ด้านการดูแลและจัดการกับอาการของโรคที่เกิดขึ้น จำนวน 8 ข้อ ด้านการบริหารยาและการจัดการเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการได้รับยา จำนวน 7 ข้อ และด้านการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่มีความสามารถในการดูแลมีความสามารถในการดูแลระดับน้อย มีความสามารถในการดูแลระดับปานกลาง และมีความสามารถในการดูแลระดับมาก และการแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความสามารถในการดูแลอยู่ในระดับต่ำ ความสามารถในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง และความสามารถในการดูแลอยู่ในระดับสูงตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 ความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .94

โดยสรุปจะเห็นได้ว่าการประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล จะมีประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการช่วยดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน การดูแลให้ได้รับยาและการจัดการกับอาการของโรค การมีสัมพันธภาพ ด้านการจัดการกับอาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การดูแลความปลอดภัยและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ซึ่งมีความแตกต่างกันตามเฉพาะของโรค ผู้วิจัยได้สร้างแบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมขึ้นโดยอาศัยแนวคิดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของโอเร็ม (Orem, 2001) เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยโดยกิจกรรมการดูแลจะครอบคลุม ทั้งทางด้านการวางแผน การลงมือปฏิบัติและการประเมินผล ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านสุขอนามัย ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านการนอนหลับพักผ่อน ด้านการดูแลและการจัดการกับอาการของโรค และด้านการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ

ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่าปัจจัยพื้นฐานมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ที่อาจเป็นปัจจัยทำให้เกิดข้อจำกัดหรือเป็นปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อความสามารถของผู้ดูแลได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ ลักษณะธรรมเนียมประเพณี ระบบครอบครัว ระบบบริการสุขภาพ แบบแผนการดำเนินชีวิต สภาพแวดล้อม แหล่งประโยชน์และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีการศึกษา ในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (แก้วตา, 2554) ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า (ธมลวรรณ, 2560) ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (เนตรชนก, 2551) ผู้สูงอายุที่มีโรคหลอดเลือดสมอง (พรชัย, และสายใจ, 2560) ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (พัชรี, 2551) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (หทัยชนก, 2553) ผู้ป่วยโรคมะเร็ง (อำไพ, 2550) เด็กสมาธิสั้น (สนธยา, 2550) ผู้ป่วยโรคลมชักที่มีอาการทางจิต (สำอางค์, 2550) และผู้ป่วยจิตจากสารเสพติด (สุนุช, 2556) ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล มีดังนี้

อายุ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งบอกความมีวุฒิภาวะ ความสามารถในการดูแลตนเองหรือบุคคลอื่น ซึ่งเพิ่มขึ้นสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และจะลดลงตามความเสื่อมของโครงสร้างในวัยผู้สูงอายุ และระดับการพัฒนาของบุคคลจะแตกต่างกันตามวัยที่เพิ่มขึ้น ผู้ที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์และมีทักษะในการแก้ปัญหาดีกว่าวัยหนุ่มสาว โอเร็ม (Orem, 2001) การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล จะมีความเกี่ยวข้องกับอายุเป็นสำคัญและอายุยังบอกถึงศักยภาพในการริเริ่มหรือการกระทำอย่างต่อเนื่องในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และจากการศึกษาของแก้วตา (2554) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.230, p<.05$) ผู้ที่มีอายุมากขึ้นจะมีประสบการณ์มีความสามารถในการเข้าใจ ตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ได้ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของธมลวรรณ (2560) ศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ เป็นวัยที่มีสุขภาพแข็งแรง มีประสบการณ์ชีวิตมาก สามารถดูแลบุคคลอื่นได้ดี และมีทักษะในการตัดสินใจและจากงานวิจัยของเขมณัฐ, พัชรินทร์และโสภิต (2558) ศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า อายุมากขึ้นทำให้มีการรับรู้ มีความเข้าใจ สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้

เพศ เป็นปัจจัยพื้นฐานหนึ่งที่สามารถบ่งบอกความแตกต่างทางสรีระภาพระหว่างเพศชายและเพศหญิงและความสามารถในการดูแล ส่งผลต่อความต้องการการดูแล โอเร็ม (Orem, 2001) เพศเป็นตัวบ่งบอกถึงความสามารถของผู้ดูแลของคนในครอบครัว ชุมชนและสังคมซึ่งลักษณะของสังคมไทยในอดีตกำหนดให้เพศชายเป็นผู้นำครอบครัว และเพศหญิงมีหน้าที่ทำงานบ้านเป็นผู้ดูแลบุคคลในครอบครัว ซึ่งผู้ดูแลที่มีความแตกต่างกันเรื่องเพศ จะส่งผลทำให้ความสามารถในการดูแลแตกต่างกันออกไป ซึ่งสอดคล้องกับงานศึกษาส่วนใหญ่ ที่พบว่าผู้ดูแลเป็นเพศหญิงและมีความสามารถในการดูแลระดับสูง (พัชรี, 2551; ไร่พรรณ, 2552) แต่การศึกษาของแก้วตา (2554) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ระยะเวลาในการดูแล ความสามารถในการดูแลจะพัฒนาตามระยะเวลาและประสบการณ์การเรียนรู้ในช่วงเวลาที่ผ่านไปโดยได้ฝึกฝนทักษะ หาความรู้เพิ่มเติม มีการแสวงหาวิธีต่างๆโดยสังขมประสบการณ์ต่างๆทำให้สามารถดูแลตนเองหรือผู้อื่นได้โอเร็ม (Orem, 2001) ในการดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลและต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการของโรค (สุนุช, 2556) ดูแลเอาใจใส่ ให้ความรัก เป็นที่พึ่งทางใจยอมรับ ให้กำลังใจเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ (นุรินดา, อ้อมเดือน, ดารารัตน์, และสยาม, 2552) ดังนั้นผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมที่มีระยะเวลาในการดูแลมากกว่าจะมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมที่มีระยะเวลาในการดูแลน้อยกว่า ซึ่งระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนานจะช่วยเพิ่มพูนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เกิดความชำนาญในการปฏิบัติการดูแล (ภรภัทร, 2550) สอดคล้องกับงานวิจัยของ แก้วตาและเพ็ญญา (2560) พบว่า ระยะเวลาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแล กล่าวคือ การใช้ระยะเวลาที่ยาวนานในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยเพิ่มพูนประสบการณ์ในการดูแล

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เป็นปัจจัยพื้นฐานหนึ่งที่มีผลต่อความสามารถในการดูแล ผู้ที่มีภาวะสุขภาพที่ดี ย่อมสามารถดูแลตนเองและบุคคลผู้พึ่งพาได้ดีและมีศักยภาพเพียงพอที่จะจัดการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาโอเร็ม (Orem, 2001) ผู้ดูแลที่มีสุขภาพดีจะมีแนวโน้มที่จะมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้ดูแลที่มีปัญหาด้านสุขภาพและเมื่อมีสุขภาพดี สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองและผู้ป่วยได้ (เอมิกา, 2556) และเมื่อมีภาวะสุขภาพที่แข็งแรงจะทำให้ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลลดลงและสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ดี (Archhbold et al., 1990) การดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือในด้านต่าง เช่น การรับประทานอาหาร การรับประทานยาและการดูแลเมื่อเกิดผลข้างเคียงของยา การนอนหลับพักผ่อน (สรนา, 2550) ถ้าผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพไม่ดี ส่งผลให้มีข้อจำกัดในด้านความสามารถในการดูแลในการตอบสนองความต้องการของผู้อื่นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแก้วตา (2554) พบว่าภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.364, p < .05$) กล่าวคือ ผู้ดูแลมีโรคประจำตัวมากจะทำให้ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาลดลง

สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น (ธมลวรรณ, 2560) และเป็นปัจจัยด้านระบบครอบครัวในการพึ่งพาระหว่างสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาด้านความรู้ ความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นในครอบครัว โอเร็ม (Orem, 2001) ดังนั้นปัจจัยที่สำคัญในการช่วยให้ระบบการพึ่งพาระหว่างสมาชิกในครอบครัวประสบความสำเร็จได้คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย จากการศึกษาของแก้วตา (2554) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .561, p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของประกอบพร (2550) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ดังนั้น สัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้กระบวนการดูแลประสบความสำเร็จ หากสัมพันธภาพที่ไม่ดีจะก่อให้เกิดความโกรธความรู้สึที่ไม่ดีรวมไปถึงพฤติกรรมดูแลที่ไม่ดีด้วย (รสศุณณ์, 2553)

การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ที่ดีว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับความรักใคร่จากบุคคลรอบข้างและได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ซึ่งเป็นการเพิ่มแรงจูงใจให้ผู้ดูแลกระทำกิจกรรมการดูแลและสามารถดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้ด้วยโอเร็ม (Orem, 2001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแก้วตา (2554) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.624, p < .05$) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและมีอิทธิพลต่อการไม่ป่วยซ้ำในเชิงบวกแสดงว่าผู้ป่วยที่มีการสนับสนุน ทางสังคม ในระดับสูงมีแนวโน้มไม่เกิดการป่วยซ้ำ (นาถนภา, จินตนา, และสุนิศา, 2556) และผู้ดูแลรับรู้ว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมน้อย ผู้ดูแลจะมีภาวะกดดันด้านจิตใจส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยได้ (นัทธมนต์, และเพ็ญภา, 2557) และจากงานวิจัยของเอมิกา (2556) ศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านพบว่า หากได้รับการสนับสนุนทางสังคม ได้รับกำลังใจจากครอบครัวและคนรอบข้าง จะทำให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสระบายความรู้สึก ได้รับการปลอบใจหรือความช่วยเหลือจากคนรอบข้างรวมทั้งมีสุขภาพด้วย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกผ่อนคลาย ความเครียดลดลง

การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นความรู้สึกที่รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของบุคคลและใช้สติปัญญาในการรับรู้เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น เกี่ยวกับความรุนแรง สาเหตุและผลกระทบต่อชีวิต (Dodd et al., 2001) และความสามารถในการดูแลตนเองจะแสดงออกมาในด้านของพฤติกรรม การดูแลตนเอง โอเร็ม (Orem, 1995) การที่บุคคลรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำงานจะทำให้บุคคลนั้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้น และมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้นเช่นกัน (Janz & Becker, 1984) จากการศึกษาของพัชรี (2551) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.35, p < .01$) ผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมเมื่อกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ จะทำให้เกิดอาการกำเริบของโรคมามากขึ้น บางครั้งเกิดพฤติกรรมรุนแรงที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ (สุวนุช, 2556) และผู้ดูแลไม่สามารถจัดการหรือดูแลได้อย่างเหมาะสม อาจทำให้ได้รับบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายร่างกายได้ (จรินทร์ยา, 2552) เมื่อผู้ดูแลรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคทำให้ผู้ดูแลมีแรงผลักดันในการที่จะแสวงหาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการให้การดูแลผู้ป่วยได้ (พัชรี, 2551)

การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ เป็น ความรู้สึก อารมณ์ และทัศนคติของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยในเชิงลบซึ่งแสดงออกมาผ่านทางภาษาและท่าทาง (Brown, Birley, & Wing, 1972) ผู้ดูแลที่ใช้คำพูดหรือน้ำเสียงที่แสดงออกว่าไม่พอใจหรือตำหนิ หรือดูแลผู้ป่วยโดยเข้าไปจัดการในทุก ๆ เรื่องจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด มีปฏิกิริยาตอบสนองออกมาทางด้านร่างกาย และจิตใจ ทำให้มีความรุนแรงของโรคมามากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยบกพร่องในการดูแลตนเอง (Band, Barrowclough, & Wearden, 2014) จากการศึกษาของสุวนุช (2556) พบว่า ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.47, p < .01$) กล่าวคือเมื่อผู้ดูแล มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยรวมในระดับสูง จะมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบโดยรวมในระดับน้อย

สอดคล้องกับการศึกษาของจำนงจิตต์ (2553) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบต่อเด็กสมาธิสั้น พบว่ามารดามีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการห่างเหินทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นผู้ดูแลมีความสำคัญที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปติดสารเสพติดและมีการกำเริบซ้ำได้ (ปราณี, 2551)

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม จากปัจจัยทำนายด้าน อายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ และตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ซึ่งน่าจะเป็นตัวทำนายที่ดีในการทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม

สรุปผลการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมเมื่อเกิดความบกพร่องในการดูแลตนเองจึงต้องพึ่งพาความสามารถของบุคคลอื่นในครอบครัวเข้ามาดูแลจัดการเพื่อตอบสนองความต้องการลดความรุนแรงของโรค และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นผู้ดูแลต้องมีความสามารถในการดูแล เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ตามแนวคิดของโอเร็มเชื่อว่าปัจจัยพื้นฐานมีอิทธิพลต่อความสามารถของผู้ดูแล ในการครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมโดยปัจจัยที่ศึกษาคือ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ทั้งนี้ผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมเป็นโรคที่ต้องใช้ระยะเวลาในการบำบัดรักษานาน ผู้ดูแลจึงต้องเข้ามามีบทบาทในการดูแล ซึ่งผลจากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสำหรับการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมต่อไป

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive –descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมและปัจจัยทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการทางจิตตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรค โดยการใช้อำนาจจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD -10) (F11.5x – F19.5x กล่าวถึงเฉพาะ .5x) ที่มารับบริการในโรงพยาบาลเฉพาะทางที่มีการบำบัดผู้ติดยาและสารเสพติดของภาคใต้

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการทางจิตตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรค โดยการใช้อำนาจจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD -10) (F10.5x – F19.5x กล่าวถึงเฉพาะ .5x) ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเฉพาะทางที่มีการบำบัดผู้ติดยาและสารเสพติดของภาคใต้ประกอบด้วยโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาและโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี จำนวน 120 คนระหว่างเดือนกันยายนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ซึ่งคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติ โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลที่รับผิดชอบหลักที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป โดยเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา บุตร พี่น้อง หรือญาติของผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง
 2. เป็นผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน
 3. สามารถ อ่าน เขียน สื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ สนทนาได้ตอบรู้อเรื่อง
- เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) คือ ผู้ดูแลที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้สมบูรณ์และขอยุติการทำแบบสอบถาม

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้มีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรทอรอนไดร์ (Thorndike, 1978 อ้างตามบุญใจ, 2553)

$$n = 10k + 50$$

$$n = (10 \times 7) + 50$$

เมื่อ n คือจำนวนขนาดตัวอย่าง k คือ จำนวนปัจจัยที่ศึกษาสำหรับการศึกษานี้ มีตัวแปรที่ใช้ศึกษา 7 ตัวคือ อายุ ระยะเวลาในการดูแล การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สัมพันธภาพ ในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการแสดงออกทางอารมณ์ ด้านลบ

ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ 120 คนและเก็บข้อมูลผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาและโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานีในปี พ.ศ. 2561-2563 โดยโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา มีผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 370 คน/ปี (โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา, 2561) และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานีมีผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 140 คน/ปี (โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี, 2561) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติด ที่มีอาการทางจิตร่วมที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาจำนวน 87 คน และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานีจำนวน 33 คน ซึ่งทั้งสองโรงพยาบาลมีการให้บริการที่มีศักยภาพใกล้เคียงกัน เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดที่มีความหลากหลายทางพฤติกรรม ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยกำหนดเกณฑ์และสัมภาษณ์ผู้ดูแลทุกรายที่มารับบริการ ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วย 8 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม มีจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ โรคประจำตัว ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมตามการรับรู้ของผู้ดูแลมีจำนวน 14 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประเภทของสารเสพติดที่ใช้ อายุที่เริ่มใช้ยาเสพติด ระยะเวลาที่ได้รับการบำบัดรักษายาเสพติด ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการทางจิต ระยะเวลาที่ได้รับการบำบัดรักษาอาการทางจิต จำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาลด้วยการติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมและโรคทางกายอื่น ๆ

ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม เป็นการวัดการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้วัดภาวะสุขภาพโดยเกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตรวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพด้วยตัวเลข (Numerical rating scale) โดยใช้ตัวเลขกำกับอย่างต่อเนื่องตามแนวเส้นตรงโดยใช้ตัวเลข 1-10 เริ่มจากซ้ายมือเป็นเลข 1 หมายถึง สุขภาพแย่มากที่สุด และปลายเส้นตรงทางขวามือเป็นเลข 10 กำกับหมายถึง สุขภาพดีมากที่สุด คะแนนตั้งแต่ 1 จนถึง 10 คะแนน การประเมินโดยให้ผู้ดูแลทำเครื่องหมาย x ลงบนตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

กำหนดเกณฑ์การประเมินค่าคะแนน

แบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับโดยใช้ค่าพิสัย หาดด้วยจำนวนระดับที่ต้องการ (ธานินทร์, 2550)

7.01 - 10.00	แสดงว่า	การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี
4.01 - 7.00	แสดงว่า	การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
1.00 - 4.00	แสดงว่า	การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม การรับรู้ความรุนแรงของโรค: ความรู้สึกถึงภาวะคุกคามของโรค การเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคนั้น ๆ มีความรุนแรงต่อสุขภาพเกิดผลกระทบต่อบุคคลนั้น ๆ ถ้าหากไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 6 ข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าโดยมีค่าคะแนนรายข้อตั้งแต่ 1-10 คะแนน 1 คะแนนหมายถึงน้อยที่สุดและ 10 คะแนน หมายถึง มากที่สุด

กำหนดเกณฑ์การประเมินค่าคะแนน แบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้ค่าพิสัยหาดด้วยจำนวนระดับที่ต้องการ (ธานินทร์, 2550)

7.01 - 10.00	หมายถึง	การรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับสูง
4.01 - 7.00	หมายถึง	การรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง
1.00 - 4.00	หมายถึง	การรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ประเมินได้จากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามกรอบแนวคิดของแบรนต์และไวเนอร์ท์ (Brandt & Weinert, 1981) ซึ่งแปลโดย สรินรัตน์ (2544) และนำมาดัดแปลงใช้โดยณัฐ (2554) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบและจำนวนคำถามมี 20 ข้อดังนี้

- การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Integration) ข้อ 7, 8, 15
 - การได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ (Assistance and Guidance) ข้อ 4, 13, 14, 18, 20
 - การมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่น (Opportunity for Nurturance) ข้อ 6, 11
 - การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Self – worth) ข้อ 2, 3, 5, 12, 19
 - ความผูกพันใกล้ชิด (Intimacy) ข้อ 1, 9, 10, 16, 17
- คำถามเชิงบวก (1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20)
ให้คะแนนดังนี้

- 0 คะแนน = ไม่จริงเลย
 1 คะแนน = เป็นจริงเล็กน้อย
 2 คะแนน = เป็นจริงปานกลาง
 3 คะแนน = เป็นจริงมาก
 4 คะแนน = เป็นจริงมากที่สุด
- คำถามเชิงลบ (4, 9, 15) ให้คะแนนดังนี้
- 4 คะแนน = ไม่จริงเลย
 3 คะแนน = เป็นจริงเล็กน้อย
 2 คะแนน = เป็นจริงปานกลาง
 1 คะแนน = เป็นจริงมาก
 0 คะแนน = เป็นจริงมากที่สุด

เกณฑ์การแปลคะแนน ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 – 100 และแปลค่าคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

มากกว่า $\bar{X} + SD$	หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมสูง
ระหว่าง $\bar{X} \pm SD$	หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
น้อยกว่า $\bar{X} - SD$	หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

ส่วนที่ 6 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ใช้แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของอรอนงค์ (2559) มีจำนวน 15 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามปลายปิดโดยมีข้อความทางบวก 12 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14 และ 15 ส่วนข้อความทางลบ 3 ข้อ ได้แก่ข้อ 5, 7 และ 12 โดยมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบเลย
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบเป็นส่วนน้อย
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบเพียงครึ่งหนึ่ง
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบเป็นส่วนมาก

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก

ไม่เห็นด้วย	ให้	1	คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้	2	คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้	3	คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้	4	คะแนน

ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ

ไม่เห็นด้วย	ให้	4	คะแนน
-------------	-----	---	-------

เห็นด้วยน้อย ให้ 3 คะแนน

เห็นด้วยปานกลาง ให้ 2 คะแนน

เห็นด้วยมาก ให้ 1 คะแนน

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม พิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถาม กำหนดค่าคะแนนเป็น 3 ระดับ ด้วยวิธีการกำหนดอัตราภาคชั้น นำคะแนนสูงสุดของแบบวัด ลบด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการ (ธานินทร์, 2550) โดยการใช้การแบ่งเกณฑ์คะแนน ดังนี้

1.00 - 1.99 หรือ 15 - 30 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ

2.00 - 2.99 หรือ 31 - 46 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง

3.00 - 3.99 หรือ 47 - 60 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 7 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) อีกทั้งได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดของผู้ดูแลของ สุวนุช (2556) และจากการศึกษาค้นคว้า ตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ด้านโภชนาการ ด้านสุขอนามัย ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านการนอนหลับพักผ่อน ด้านการดูแลและการจัดการกับอาการของโรคและด้านการป้องกันการกลับไปเสพติด มีจำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย

ด้านโภชนาการ จำนวน 4 ข้อ

ด้านสุขอนามัย จำนวน 4 ข้อ

ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย จำนวน 4 ข้อ

ด้านการนอนหลับพักผ่อน จำนวน 4 ข้อ

ด้านการดูแลและการจัดการกับอาการของโรค จำนวน 7 ข้อ

ด้านการป้องกันการกลับไปเสพติด จำนวน 7 ข้อ

ลักษณะคำตอบของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

5 หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลในการปฏิบัติได้มากที่สุด

4 หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลในการปฏิบัติได้มาก

3 หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลในการปฏิบัติได้ปานกลาง

2 หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลในการปฏิบัติได้น้อย

1 หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลในการปฏิบัติได้น้อยที่สุด

การแปลผล คะแนนของความสามารถในการดูแลของผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม พิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถาม กำหนดค่าคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ผู้ดูแลมีความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลอยู่ในระดับน้อย ปานกลางและมาก ด้วยวิธีการกำหนด

อัตราภาคขึ้น นำคะแนนสูงสุดของแบบวัดลบด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการ (ธานินทร์, 2550) โดยใช้การแบ่งเกณฑ์คะแนน ดังนี้

- 1.00 - 2.33 หรือ 30 - 70 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการดูแลอยู่ในระดับต่ำ
- 2.34 - 3.67 หรือ 71 - 111 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง
- 3.68 - 5.00 หรือ 112 - 150 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการดูแลอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 8 แบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ใช้แบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดของสุวบุช (2556) มีจำนวน 19 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

- | | |
|---|-------------|
| ด้านการวิพากษ์วิจารณ์ | จำนวน 5 ข้อ |
| ด้านการแสดงความไม่เป็นมิตร | จำนวน 4 ข้อ |
| ด้านการแสดงความผูกพันทางอารมณ์มากเกินไป | จำนวน 5 ข้อ |
| ด้านการห่างเหินทางอารมณ์ | จำนวน 5 ข้อ |

เกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ (0-4)

โดยมีเกณฑ์การ ให้คะแนนดังนี้

- 0 หมายถึง ข้อความที่ระบุตรงกับการแสดงออกของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด
- 1 หมายถึง ข้อความที่ระบุตรงกับการแสดงออกของผู้ตอบแบบสอบถามมาก
- 2 หมายถึง ข้อความที่ระบุตรงกับการแสดงออกของผู้ตอบแบบสอบถามบ้าง
- 3 หมายถึง ข้อความที่ระบุตรงกับการแสดงออกของผู้ตอบแบบสอบถามน้อย
- 4 หมายถึง ข้อความที่ระบุไม่ตรงกับการแสดงออกของผู้ตอบแบบสอบถามเลย

การแปลผลคะแนนของการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม พิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถาม กำหนดค่าคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบน้อย บางครั้งและมาก ด้วยวิธีการกำหนดให้ค่าเฉลี่ยสูงสุดของแบบประเมินลบด้วยค่าเฉลี่ยต่ำสุดหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการ (Polit, & Beck, 2012)

โดยใช้การแบ่งเกณฑ์คะแนน ดังนี้

- | | |
|--------------------------------|---|
| 0.0 - 1.33 หรือ 0 - 25 คะแนน | หมายถึง มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบมาก |
| 1.34 - 2.67 หรือ 26 - 51 คะแนน | หมายถึง มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบบางครั้ง |
| 2.68 - 4.00 หรือ 52 - 76 คะแนน | หมายถึง มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบน้อย |

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

1. การตรวจหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยนำแบบสอบถามไปหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในทฤษฎีของโอเร็ม จำนวน 1 ท่าน จิตแพทย์ที่มีประสบการณ์การดูแลบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 2 ท่าน ซึ่งผลการคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับของแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมและแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมได้เท่ากับ 1.00, และ .87

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ (internal consistency) โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม และแบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในผู้ดูแลของผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมได้ผ่านการทดลองมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .86, .81, .90, .91 และ .82 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย ณ สถานบริการเฉพาะทางที่มีการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้จากการสุ่มอย่างง่าย การรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. ชั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาวิทาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ได้จากการคัดเลือกเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิในการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างและขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย

1.2 เสนอโครงร่างวิจัยและเครื่องมือวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลที่ได้รับการคัดเลือกเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และดำเนินการในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ชั้นดำเนินการ

2.1 เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยจะทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่

ได้รับการคัดเลือก ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิในการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างและขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย

2.2 ผู้วิจัยประสานงานกับฝ่ายการพยาบาล คือ หัวหน้ากลุ่มงานด้านการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน และประสานผู้เกี่ยวข้องโรงพยาบาลที่ได้รับการคัดเลือก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิในการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง และการดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย

2.3 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนการดำเนินงานดังต่อไปนี้

2.3.1 ผู้วิจัยเข้าไปเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มารับการบำบัดรักษาในสถานบริการที่ได้รับการคัดเลือก

2.3.2 ผู้วิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้และเป็นผู้ยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ

2.3.3 ผู้วิจัยเข้าพบกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ จากนั้นผู้วิจัยได้มีการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยและยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เมื่อวันที่ 19 สิงหาคม 2563 (รหัสหนังสือรับรอง PSU IRB 2020-NSt 017)

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย โดยจัดทำเอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างที่พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างที่ (ภาคผนวก ข) แนบกับแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างอ่านก่อนทำแบบสอบถาม ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและแนะนำตัวต่อกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาการทำวิจัย การนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้ทราบว่า การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้มีความเสี่ยงต่ำเนื่องจากเป็นเพียงการให้ข้อมูลตามแบบสอบถามเท่านั้นซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านนั้น ๆ โดยเป็นการตอบแบบสอบถามของผู้เข้าร่วมวิจัยเกี่ยวกับ อายุ ระยะเวลาในการดูแลภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบขณะดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมเพื่อทราบความคิดเห็น ความรู้สึก ความเชื่อ หรือการปฏิบัติของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด และไม่มี การจัดการกระทำที่ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายของผู้เข้าร่วมวิจัย และการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่านไม่มีผลกระทบต่อการรักษา ระหว่างทำการวิจัยสามารถหยุดพักเพื่อผ่อนคลายตามความสะดวกของผู้ร่วมวิจัย หากท่านมีความประสงค์ที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยอีกต่อไปท่านมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบในการศึกษานี้ไม่พบปัญหาในกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลส่วนบุคคลและคำตอบใน

แบบสอบถามจะถูกปิดไว้เป็นความลับ ปกป้องโดยใช้วิธีการกำกับเลขชุดเอกสารแทนการลงชื่อจริง ไม่มีการระบุชื่อและที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทั้งหมดจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับอย่างดี โดยข้อมูลที่อยู่ในกระดาษ จะเก็บรักษาไว้ใส่กุญแจซึ่งถือโดยผู้วิจัยเพียงผู้เดียว หากข้อมูลแบบอิเล็กทรอนิกส์จะมีการใส่รหัสเพื่อการป้องกันและผู้วิจัยผู้เดียวเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ การนำข้อมูลทั้งหมดจะไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการศึกษาเท่านั้น มีการวิเคราะห์ข้อมูลตามข้อเท็จจริง รายงานผลและนำเสนอผลการวิจัยโดยไม่มีการบิดเบือนข้อมูล ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งลักษณะการนำเสนอผลการวิจัยเป็นการนำเสนอทางวิชาการตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น และเอกสารในโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นระยะเวลา 3 ปีหลังการวิจัยเสร็จสิ้นสมบูรณ์ก่อนนำไปทำลายโดยตัวผู้วิจัยเอง (สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, 2560)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปวิเคราะห์กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีรายละเอียดข้อมูลทางสถิติดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ระดับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมโดยใช้คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติด ที่มีอาการทางจิตร่วมด้วยวิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) เป็นการพยากรณ์ตัวแปรตามหนึ่งตัว จากตัวแปรอิสระตั้งแต่สองตัวขึ้นไปโดยใช้วิธีแบบปกติโดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ (ภาคผนวก จ) ดังนี้ (บุญใจ, 2553)

3.1 ตัวแปรอิสระทุกตัวเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ มีระดับการวัดแบบอันตรภาคชั้น (interval scale) หรือแบบอัตราส่วน (ratio scale) ในกรณีตัวแปรอิสระมีระดับการวัดแบบนามบัญญัติ (nominal scale) และแบบอันดับ (ordinal scale) ต้องมีการแปลงตัวแปรให้เป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable) ก่อน โดยให้ค่าตัวเลขเป็นค่าคงที่แทนระดับค่าของตัวแปร ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ตัวแปรทุกตัวเป็นตัวแปรเชิงปริมาณที่มีระดับการวัดแบบอันตรภาคชั้น จึงผ่านข้อตกลงเบื้องต้น

3.2 ตัวแปรมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normality) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้เมื่อพิจารณาแผนภูมิฮิสโตแกรม (histogram) พบว่า ตัวแปรทุกตัวมีการกระจายตัวเป็นรูประฆังคว่ำและสมมาตรกันร่วมกับพิจารณาค่าค่าความเบ้ (Skewness) และความโด่ง (kurtosis) ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีการแจกแจงเป็นปกติโดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์ความเบ้และค่าสัมประสิทธิ์ความโด่งของการแจกแจงข้อมูล (statistic skewness & statistic kurtosis) และข้อมูลของแต่ละตัวแปรอยู่ในช่วง ± 3 มีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ จึงผ่านข้อตกลงเบื้องต้น

3.3 ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (linearity) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าลักษณะการกระจายของข้อมูล (scatter plot) ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามทุกคู่ กราฟที่ได้มีลักษณะเป็นเส้นตรง จึงผ่านข้อตกลงเบื้องต้น

3.4 ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการทำนายของตัวแปรทุกตัวมีค่าคงที่ (homoscedasticity) พิจารณาจากภาพการกระจายใน scatter plot โดยพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standardized residuals values ZRESID) บนแกนแนวนอนและค่าประมาณ Y ในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standardized predicted values หรือ ZPRED) บนแกนแนวตั้ง X พบว่าค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์กระจายบริเวณค่าศูนย์ โดยจุดต่าง ๆ มีความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (ZRESID) อยู่ระหว่าง -2.00 ถึง +2.00 (กัลยาและฐิตา, 2560) จึงกล่าวได้ว่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) จึงผ่านข้อตกลงเบื้องต้น

3.5 ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความเป็นอิสระจากกัน (Autocorrelation) โดยพิจารณาจากการทดสอบเดอร์บิน – วัตสัน (Durbin –Watson) ซึ่งควรมีค่าเข้าใกล้ 2 หรือมีค่าในช่วง 1.5 - 2.5 ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ค่าทดสอบเดอร์บิน – วัตสันเท่ากับ 2.008 แสดงว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์ภายในตัวเอง จึงผ่านข้อตกลงเบื้องต้น

3.6 ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง (multicollinearity) ซึ่งตรวจสอบโดย

3.6.1 ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ทดสอบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแปลความหมายของระดับความสัมพันธ์ของตัวแปร ได้ดังนี้ (Polit & Beck, 2012)

ค่าสหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0 หมายถึง ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน

ค่าสหสัมพันธ์ (r) น้อยกว่า .10 - .39 หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ระหว่าง .40 - .69 หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าสหสัมพันธ์ (r) สูงกว่า .70 หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง

ค่าสหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 1 หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรมีค่าไม่เกิน .65 (Burn & Grove, 2009) นั่นคือตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ตัวแปรอิสระมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันอยู่ระหว่าง .192 - .363 ซึ่งมีค่าไม่เกิน .65 แสดงว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง จึงผ่านข้อตกลงเบื้องต้น

3.6.2 วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในชุดเดียวกัน (collinearity) โดยพิจารณาจากค่าการยอมรับหรือความคลาดเคลื่อนยินยอม (tolerance) และค่าองค์ประกอบความแปรปรวนที่สูงเกินความเป็นจริง (Variance Inflation Factor หรือ VIF) ค่าการ

ยอมรับหรือความคลาดเคลื่อนยินยอม (tolerance) ปกติมีค่าตั้งแต่ 0 -1 ถ้าค่าเข้าใกล้ 1 แปลว่าตัวแปรเป็นอิสระจากกันและมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นต่ำ แต่ ถ้าค่าเข้าใกล้ 0 มากเท่าใดแสดงว่าตัวแปรอิสระนั้นมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น ๆ สูง (บุญใจ, 2553) ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเองสูงต้องมีค่าการยอมรับหรือความคลาดเคลื่อนยินยอมน้อยกว่า .10 (สำราญ, 2557) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ค่าการยอมรับหรือความคลาดเคลื่อนยินยอมเท่ากับ .681-.954 ซึ่งมีค่ามากกว่า .10 แสดงว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง จึงผ่านข้อตกลงเบื้องต้น ส่วนค่าองค์ประกอบความแปรปรวนที่สูงเกินความเป็นจริง (Variance Inflation Factor หรือ VIF) โดยปกติมีค่าสูงสุดไม่เกิน 10 หากมีค่ามากกว่า 10 แสดงว่าตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเองสูง (กัลยาและฐิตา, 2560) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่าค่าองค์ประกอบความแปรปรวนที่สูงเกินความเป็นจริงอยู่ในช่วง 1.048 – 1.468 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 10 แสดงว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง จึงผ่านข้อตกลงเบื้องต้น

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมและศึกษาปัจจัยทำนายของอายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ ความรุนแรงของโรคและการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมที่มารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาและโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี จำนวน 120 คน เก็บข้อมูลในเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยและอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

ผลการวิจัยนำเสนอในรูปแบบการบรรยายประกอบตารางตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมเป็นไปตามการรับรู้ของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน ประเภทของสารเสพติดที่ใช้ อายุที่เริ่มใช้ยาเสพติด ระยะเวลาที่ได้รับการบำบัดรักษายาเสพติด ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการทางจิต ระยะเวลาที่ได้รับการบำบัดรักษาอาการทางจิต จำนวนครั้งการเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน ประวัติการรักษาโรคทางกาย

ส่วนที่ 3 ระดับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมรายด้านและโดยรวม

ส่วนที่ 4 ระดับการรับรู้ของปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลสัมพันธภาพในผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม

ส่วนที่ 6 ปัจจัยทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ โรคประจำตัว ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและระยะเวลาในการดูแล

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 66.7 เป็นเพศหญิง มีอายุต่ำสุด 19 ปี และสูงสุด 68 ปี ($M = 47.66$, $SD. = 12.44$) โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี (ร้อยละ 32.5) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 56.7) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 78.3) จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 29.2) อาชีพค้าขาย (ร้อยละ 49.2) มีรายได้ระหว่าง 10,001-15,000 บาท ต่อเดือน ($M = 16,415.50$, $SD. = 8,059.03$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบิดา/มารดา (ร้อยละ 53.3) ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมอยู่ระหว่าง 2-5 ปี ($M = 2.71$, $SD. = 1.92$) ดังรายละเอียด ในตาราง 1

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ($N=120$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	40	33.3
หญิง	80	66.7
อายุ (ปี) ($M = 47.66$, $SD. = 12.44$, $Min = 19$, $Max = 68$)		
<20	1	0.8
21-30	16	13.3
31-40	14	11.7
41-50	33	27.5
51-60	39	32.5
>60	17	14.2
ศาสนา		
พุทธ	68	56.7
อิสลาม	52	43.3
สถานภาพ		
โสด	12	10
สมรส	94	78.3
หม้าย	14	11.7
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	5	4.2
ประถมศึกษา	12	20.8
มัธยมศึกษา	35	29.2
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	25	20.8

ตาราง 1 (ต่อ)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ปริญญาตรี		29	24.2
สูงกว่าปริญญาตรี		1	0.8
อาชีพปัจจุบัน			
ค้าขาย		59	49.2
รับจ้าง		10	8.3
เกษตรกร		37	30.8
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ		12	10.0
เกษียณอายุ		2	1.7
รายได้ของผู้ดูแล (บาท) (M =16,415.50, SD. = 8,059.03) Min = 1,000, Max = 50,000)			
1000 - 5000		8	6.7
5001-10000		29	24.2
10001-15000		35	29.2
15001-20000		25	20.8
20001-25000		12	10.0
25001-30000		7	5.8
30000-50000		4	3.3
โรคประจำตัว			
ไม่มี		87	72.5
มี		33	27.5
- ไขมันสูง		4	3.3
- โรคอ้วน		2	1.7
- เบาหวาน		3	2.5
- ความดันโลหิตสูง		13	10.8
- หัวใจ		9	7.5
- มากกว่า 1 โรค		2	1.7
ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย			
คู่สมรส		12	10.0
บิดา/มารดา		64	53.3
พี่/น้อง		26	21.7
บุตร		13	10.8
อื่น ๆ เช่น ญาติ/ ป้า/ตา-ยาย		5	4.2

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม (ปี) (M = 2.71, SD. = 1.92, Min = 0.5, Max = 10)		
0.5-2 ปี	37	30.8
2-5 ปี	74	61.7
5-10 ปี	9	7.5

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมตามการรับรู้ของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ ประเภทของสารเสพติดที่ใช้ อายุที่เริ่มใช้ยาเสพติด ระยะเวลาที่ได้รับการบำบัดรักษา ยาเสพติด ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการทางจิต ระยะเวลาที่ได้รับการบำบัดรักษาอาการทางจิต จำนวนครั้งการเข้ารับ การบำบัดแบบผู้ป่วยใน ประวัติการรักษาโรคทางกาย

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมส่วนใหญ่ร้อยละ 94.2 เป็นเพศชาย มีอายุต่ำสุด 17 ปี และสูงสุด 67 ปี (M= 30.81, SD. =29) โดยส่วนใหญ่มีอายุ ระหว่าง 21-30 ปี (ร้อยละ 45.8) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 56.7) สถานภาพโสด (ร้อยละ 55) จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 74.2) ส่วนใหญ่ว่างงาน (ร้อยละ 43.3) รายได้ของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 60.0) ประเภทของสารเสพติดที่ใช้ส่วนใหญ่ใช้ผสมผสาน หลายชนิด (ร้อยละ 53.3) ส่วนใหญ่ใช้ยาเสพติดครั้งแรกอายุ 10-20 ปี (ร้อยละ 69.2) ระยะเวลาที่ ได้รับการบำบัดรักษา ยาเสพติด 1-5 ปี (ร้อยละ 84.2) ระยะเวลาที่มีอาการทางจิต < 1 ปี (ร้อยละ 50.8) ระยะเวลาที่ได้รับการบำบัดรักษาอาการทางจิต 1 - 3 ปี (ร้อยละ 84.2) กลุ่มผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมเคยเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน 1 - 2 ครั้ง (ร้อยละ 48.3) ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการรักษาโรคทางกาย (ร้อยละ 89.2) ดังรายละเอียด ในตาราง 2

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม

ตาราง 2

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=120)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	113	94.2
หญิง	7	5.8
อายุ (ปี) (M = 30.81, SD. = 9.87, Min = 17, Max = 67)		
<20	13	10.8
21-30	55	45.8

ตาราง 2 (ต่อ)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
31-40		36	30.0
41-50		11	9.2
51-60		3	2.5
>60		2	1.7
ศาสนา			
พุทธ		68	56.7
อิสลาม		52	43.3
สถานภาพ			
โสด		66	55.0
สมรส		27	24.2
หม้าย		10	8.3
หย่าร้าง		11	9.2
แยกกันอยู่		4	3.3
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้เรียน		3	2.5
ประถมศึกษา		22	18.3
มัธยมศึกษา		89	74.2
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา		3	2.5
ปริญญาตรี		3	2.5
อาชีพปัจจุบัน			
ว่างงาน		52	43.3
ค้าขาย		13	10.8
รับจ้าง		13	10.8
เกษตรกร		41	34.2
อื่น ๆ		1	0.8
รายได้ของผู้ป่วย (บาท) (M = 3,399.17 SD. =3,570.31) Min = 0, Max = 18,000)			
ไม่มีรายได้		28	23.3
<5000		72	60.0
5001-10000		16	13.3
10001-15000		2	1.7
15001-20000		2	1.7
ประวัติการรักษาโรคทางกาย			
ไม่มี		114	95.0
มี		6	5.0

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
- ความดันโลหิตสูง	1	0.8
- หัวใจ	4	3.3
- มากกว่า 1 โรค	1	0.8
ประเภทของสารเสพติดที่ใช้		
น้ำกระท่อม	1	0.8
กัญชา	3	2.5
ยาบ้า	41	34.2
สุรา	6	5.0
ไอซ์	5	4.2
ผสมผสาน	64	53.3
ใช้ยาเสพติดครั้งแรกอายุ (ปี)		
10-20 ปี	83	69.2
21-30 ปี	31	25.8
31-40 ปี	5	4.2
41-50 ปี	1	0.8
ระยะเวลาที่ได้รับการบำบัดรักษาเสพติด (ปี)		
< 1 ปี	5	4.2
1-5 ปี	101	84.2
6-10 ปี	10	8.3
11-15 ปี	3	2.5
16-20 ปี	1	0.8
ระยะเวลาที่มีอาการทางจิต (ปี)		
< 1 ปี	61	50.8
1-2 ปี	37	30.8
3 ปี	15	12.5
4 ปี	1	0.8
5 ปี	5	4.2
> 5 ปี	1	0.8
ระยะเวลาที่ได้รับการบำบัดรักษาอาการทางจิต (ปี)		
< 1 ปี	14	11.7
1 - 3 ปี	101	84.2
4 - 6 ปี	4	3.3
7 - 9 ปี	1	0.8

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เคยเข้ารับการรักษาการติดเชื้อเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม แบบผู้ป่วยในจำนวน (ครั้ง)		
ไม่เคยบำบัด	12	10.0
1 – 2 ครั้ง	58	48.3
3 – 4 ครั้ง	41	34.2
> 4 ครั้ง	9	7.5

ส่วนที่ 3 ระดับความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมรายด้านและโดยรวม

จากการศึกษาพบว่าความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.36$, $SD = 0.40$) และในแต่ละด้านมีความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน โดยมีด้านการนอนหลับพักผ่อนมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 3.55$, $SD = 0.61$) และมีด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($M = 2.99$, $SD = 0.85$) ดังรายละเอียดในตาราง 3

ตาราง 3

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ($N=120$)

ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแล	M	SD	ระดับความสามารถ
ด้านโภชนาการ	3.30	0.69	ปานกลาง
ด้านสุขอนามัย	3.38	0.71	ปานกลาง
ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย	2.99	0.85	ปานกลาง
ด้านการนอนหลับพักผ่อน	3.55	0.61	ปานกลาง
ด้านการดูแลและการจัดการกับอาการของโรค	3.52	0.68	ปานกลาง
ด้านการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ	3.44	0.56	ปานกลาง
โดยรวม	3.36	0.40	ปานกลาง

ส่วนที่ 4 ระดับการรับรู้ของปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม

จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 42.5 รับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ติดเชื้อเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมอยู่ในระดับสูง ดังรายละเอียดในตาราง 4

ตาราง 4

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ติดเชื้อเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม (N=120)

	ต่ำ		ปานกลาง		สูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ติดเชื้อเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม	29	24.2	40	33.3	51	42.5

จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 52 รับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพระดับปานกลางถึงรายละเอียด ในตาราง 5

ตาราง 5

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล (N=120)

	สุขภาพแย่		ปานกลาง		สุขภาพดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล	19	15.9	52	43.3	49	40.8

จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลางถึงรายละเอียด ในตาราง 6

ตาราง 6

คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม (N=120)

ตัวแปร	M	SD	การแปลผล
การสนับสนุนทางสังคม	2.42	0.37	ปานกลาง

จากการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูงถึงรายละเอียดในตาราง 7

ตาราง 7

คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของตัวแปร สัมพันธภาพในครอบครัว (N=120)

ตัวแปร	M	SD	การแปลผล
สัมพันธภาพในครอบครัว	3.06	0.43	สูง

จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางด้านอารมณ์ด้านลบบางครั้งมีตั้ง
รายละเอียดในตาราง 8

ตาราง 8

คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของตัวแปรการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ
(N=120)

	M	SD	การแปลผล
คะแนนรวม	2.17	0.39	บางครั้ง
ด้านการวิพากษ์วิจารณ์	1.91	0.90	บางครั้ง
ด้านการแสดงความไม่เป็นมิตร	2.44	0.87	บางครั้ง
ด้านการแสดงความผูกพันด้านอารมณ์มากเกินไป	1.78	0.84	บางครั้ง
ด้านการห่างเหินทางอารมณ์	2.61	0.94	บางครั้ง

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล
สัมพันธ์ภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการแสดงออก
ทางอารมณ์ด้านลบต่อความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการ
ทางจิตร่วม

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product
moment correlation coefficient) ระหว่างตัวแปรต้นกับความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแล
ของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม พบว่า อายุ ($r = .215, p < .05$) ระยะเวลาในการดูแล
($r = .200, p < .05$) ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ($r = .202, p < .05$) สัมพันธ์ภาพในครอบครัว ($r = .202,$
 $p < .05$) สัมพันธ์ภาพในครอบครัว ($r = .192, p < .05$) การสนับสนุนทางสังคม ($r = .215, p < .05$)
และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ($r = .363, p < .01$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับ
ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการ
ปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
ดังรายละเอียดในตาราง 9

ตาราง 9

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบต่อความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม (N=120)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1.อายุ	-							
2.ระยะเวลาในการดูแล	.202*	-						
3.ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล	-.094	-.080	-					
4.สัมพันธภาพในครอบครัว	-.267**	.085	.069	-				
5.การสนับสนุนทางสังคม	-.129	-.030	.100	.347**	-			
6.การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.203*	.105	.076	-.439**	-.212*	-		
7.การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ	.092	-.016	.073	.124	.283**	-.117	-	
8.ความสามารถในการปฏิบัติ	.215*	.200*	.202*	.192*	.215*	.363**	.100	-

* p.< .05, ** p.< .01

ส่วนที่ 6 ปัจจัยทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม

การศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม โดยสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐานด้วยวิธีปกติ (Enter) ผู้วิจัยได้นำตัวแปร 7 ตัวที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ พบว่ามีตัวแปร 4 ตัวแปรที่รวมทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคซึ่งเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมได้สูงสุด ($\beta = .513, p < .05$) รองลงมาเป็น สัมพันธภาพในครอบครัว ($\beta = .391, p < .05$) อายุ ($\beta = .235, p < .05$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .200, p < .05$) ตามลำดับโดยทั้ง 4 ตัวแปรสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการปฏิบัติ

เพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมได้ร้อยละ 36.5 (Adjusted R² = .365, p < .05) และมีตัวแปร 3 ตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายความสามารถในการปฏิบัติ เพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมได้ คือ ระยะเวลาในการดูแล ($\beta = .083$, p > .05) ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ($\beta = .142$, p > .05) และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ($\beta = .025$, p > .05) ดังรายละเอียดในตาราง 10

ตาราง 10

ค่าสัมประสิทธิ์ของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณระหว่างตัวทำนายกับความสามารถในการปฏิบัติ เพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม (N=120)

ตัวแปรทำนาย	Unstandardized coefficients		β	t	p-value
	B	SE			
1. อายุ	2.143	.724	.235	2.958	.004
2. ระยะเวลาในการดูแล	1.632	1.506	.083	1.084	.281
3. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล	.921	.483	.142	1.906	.059
4. สัมพันธภาพในครอบครัว	.734	.166	.391	4.412	.000
5. การสนับสนุนทางสังคม	.268	.109	.200	2.465	.015
6. การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.517	.085	.513	6.120	.000
7. การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ	.040	.126	.025	.317	.752

Adjusted R² = .365, F = 10.776, Constant = 5.293, p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ ดังนี้
ระดับความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม

จากการศึกษา พบว่าผู้ดูแลมีความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.40, SD = 0.41) และในแต่ละด้านมีความสามารถอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีด้านการนอนหลับพักผ่อนมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (M = 3.55, SD = 0.60) และมีด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (M = 3.16, SD = 0.66) ความสามารถของผู้ดูแลจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสถานการณ์และความสามารถของแต่ละบุคคล ซึ่งอธิบายได้ว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตามกรอบแนวคิด

ของโอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า การที่บุคคลจะดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานซึ่งเป็นปัจจัยเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแล ในการศึกษาครั้งนี้ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมที่สำคัญได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแล ระดับการศึกษา ระยะเวลาของผู้ดูแล รายได้ของผู้ดูแลและภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

เพศของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.7) (ตาราง 1) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรอนงค์ (2554) ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74) สอดคล้องกับงานศึกษาส่วนใหญ่ ที่พบว่าผู้ดูแลเป็นเพศหญิงและมีความสามารถในการดูแลระดับสูง ทำให้ถูกคาดหวังในบทบาทของการเป็นผู้ดูแลทั้งในยามปกติและในยามเจ็บป่วย (พัชรี, 2551; ราพรรณ, 2552; Cook et al., 1994) แสดงว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงโดยถูกคาดหวังว่าเพศหญิงต้องเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบงานบ้านและดูแลเอาใจใส่สมาชิกในครอบครัวรวมถึงการดูแลสุขภาพสมาชิกที่มีภาวะเจ็บป่วยและมีบทบาทในการดูแลในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตใจ (พิสมัยและดารุณี, 2562)

อายุของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีอายุเฉลี่ย 47.66 ปี (SD = 12.44) (ตาราง 1) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแก้วตา (2554) ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้ดูแลอยู่ในวัยผู้ใหญ่ (อายุ 40-59 ปี) ซึ่งเป็นวัยที่มีประสบการณ์ในการทำงานสามารถเรียนรู้ เข้าใจ ปัญหา

ความสัมพันธ์ของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบิดาหรือมารดา (ร้อยละ 53.3) (ตาราง 1) ผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกันจะมีความผูกพันและเป็นบทบาทหน้าที่ที่ต้องพึงกระทำซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุนุช (2556) ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบิดา มารดา (ร้อยละ 47.62) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วย โดยเฉพาะมารดาจะคอยเอาใจใส่ ดูแล ให้ความรัก เมื่อบุตรมีภาวะเจ็บป่วยจะดูแลช่วยเหลือบุตรอย่างเต็มที่ในการให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ (รัชณี, 2551)

ระดับการศึกษาของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 29.2) (ตาราง 1) ตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า บุคคลที่มีการศึกษาจะตัดสินใจ คิดพิจารณาการกระทำและแสวงหาข้อมูล รวมถึงใช้แหล่งประโยชน์ได้มากกว่าบุคคลที่ไม่มีการศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธมลวรรณ (2560) พบว่าร้อยละ 36.60 ของผู้ดูแลมีการศึกษาระดับปริญญาตรี และมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก

ระยะเวลาในการดูแล ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 2.71 ปี (SD = 1.92) (ตาราง 1) ความสามารถของผู้ดูแลในการปฏิบัติดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพาจะแปรผันตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น กล่าวคือ การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานจะช่วยส่งเสริมประสบการณ์และทำให้เกิดความชำนาญในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแก้วตา (2554) พบว่าระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

รายได้ของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่ารายได้ของผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 16,415.50 บาท/เดือน (ร้อยละ 29.2) (ตาราง 1) ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 49.2) (ตาราง 1) เนื่องจากด้วยอาชีพ ทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย ต้องทำงานเพื่อดูแลครอบครัว

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 72.5) (ตาราง 1) การทำหน้าที่ของร่างกายและมีโครงสร้างที่ผิดปกติส่งผลให้บุคคลมีข้อจำกัดของความสามารถในการดูแลตนเอง (พร้อมจิตร, 2553) และอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลผู้อื่น ผู้ดูแลที่มีสุขภาพดีจะสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแก้วตา (2554) พบว่าการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่าด้านการนอนหลับพักผ่อนมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 3.55$, $SD = 0.61$) (ตาราง 3) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดาคิดเป็นร้อยละ 53.3 ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางสายเลือด ทำให้มีความห่วงใยในบุตร ดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยเป็นอย่างดี ดูแลในเรื่องการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ช่วงก่อนนอนดูแลไม่ให้ดื่มชาหรือกาแฟ ช่วยผู้ป่วยให้ผ่อนคลายเมื่อนอนไม่หลับโดยการอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์หรือชวนปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและคอยติดตามปัญหาการนอนหลับของผู้ป่วยในแต่ละคืน ผู้ดูแลดูแลเรื่องการรับประทานยาตามเวลา ฝ้าดูอาการข้างเคียงจากยาต้านอาการทางจิต เช่น คอแห้ง ปากแห้ง น้ำลายเหนียว และพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง (นุรินดา, อ้อมเดือน, ดารารัตน์, และสยาม, 2552) ดูแลสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยโดยเก็บอุปกรณ์ ของมีคมเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ผู้ดูแลต้องเฝ้าระวังไม่ให้ผู้ป่วยอยู่ใกล้ตัวกระตุ้นต่าง ๆ ได้แก่ เพื่อนที่ใช้ ยาเสพติด สถานที่ใช้ยาเสพติด เงิน และอุปกรณ์การเสพยา เป็นต้น ดูแลเรื่องการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ครบ 3 มื้อ ตามเวลา ดูแลช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและติดตามคอยสอบถามอย่างสม่ำเสมอ ส่วนด้านการทำกิจกรรมและ การออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($M = 2.99$, $SD = 0.85$) ดังรายละเอียดในตาราง 3 เนื่องจากผู้ป่วยยาเสพติดมีพฤติกรรมอยู่เฉย ๆ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม รู้สึกเบื่อ (สุนุช, 2556) จึงไม่ชอบในการทำกิจกรรมหรือการออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องคอยสอบถามและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมที่ตัวเองชอบตามความสามารถดังนั้นผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ปัจจัยทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม

จากการศึกษาทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ พบว่า มีตัวแปร 4 ตัวแปรที่ทำนายได้แก่ อายุ สัมพันธภาพในครอบครัวการสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ได้ร้อยละ 36.5 ($Adjusted R^2 = .365$, $p < .05$) ตัวแปรที่ทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคซึ่งเป็นตัวแปรที่

สามารถทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมได้สูงสุด ($\beta = .513, p < .05$) รองลงมาเป็น สัมพันธภาพในครอบครัว ($\beta = .391, p < .05$) อายุ ($\beta = .235, p < .05$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .200, p < .05$) ตามลำดับ (ตาราง 7) สามารถอภิปรายได้ดังนี้

อายุของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า อายุ ร่วมทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .235, p < .05$) กล่าวคือผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมที่มีอายุน้อยกว่า สามารถดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่า ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ (อายุ 51-60ปี) ซึ่งเป็นวัยที่สร้างสมประสบการณ์ มีการแก้ปัญหาได้ดี มีความอดทนและอายุเป็นตัวบ่งชี้กำหนดความต้องการและความสามารถในการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพาและความสามารถจะเพิ่มขึ้นตามลำดับของวัยและจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุโอเร็ม (Orem, 2001)

สัมพันธภาพในครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวร่วมทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .391, p < .05$) กล่าวคือเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นภายในครอบครัว ผู้ดูแลจำเป็นต้องคงไว้ซึ่งระบบครอบครัวเพื่อให้เกิดความผาสุก มีการพัฒนา ความรู้ ทักษะต่าง ๆ เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีและประสบความสำเร็จ โอเร็ม (Orem, 2001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรอนงค์ (2554) พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวดี ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทลดลง สมาชิกในครอบครัวมีความเอื้ออาทรต่อกัน และกำหนดสิทธิหน้าที่ของสมาชิกให้มีคุณภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์และสังคม (จันทวงศ์, 2550) หากความสัมพันธ์ภายในครอบครัวไม่ดี เกิดความขัดแย้งหรือความรุนแรงขึ้น ทำให้ผู้ดูแลประสบความเครียดในตนเอง ขาดความอบอุ่น รู้สึกไม่ปลอดภัยและใช้ยาเสพติดในการแก้ปัญหา (อรรวรรณ, 2559)

การสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมร่วมทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .200, p < .05$) กล่าวคือ เมื่อผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคม ได้รับการดูแล ช่วยเหลือ รับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ไม่ได้ถูกทอดทิ้งให้โดดเดี่ยว ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกดี มีแรงขับในการทำกิจกรรมนั้นๆให้มีความสามารถในการดูแล โอเร็ม (Orem, 2001) และจากการศึกษาของณัฐ (2554) พบว่าการสนับสนุนทางสังคม การได้รับความรัก ความเอาใจใส่ที่ดีหรือให้โอกาสจากคนใกล้ชิดจะทำให้ผู้ติดยาเสพติดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือหลีกเลี่ยงการกลับไปใช้ยาเสพติดได้

การรับรู้ความรุนแรงของโรค ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคร่วมทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .513, p < .05$) กล่าวคือ เมื่อบุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคการเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคนั้น ๆ มีความรุนแรงต่อสุขภาพ ทำให้ผู้ดูแลสนใจที่จะหาความรู้และปรึกษาทีมสุขภาพมากขึ้น ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมร้อยละ 42.5 รับรู้

ความรุนแรงของโรคของอยู่ในระดับสูง (ตาราง4) ทั้งนี้ในโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาและโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี มีการให้ความรู้ในกลุ่มครอบครัวและมีการติดตามเป็นระยะ

อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีตัวแปร 3 ตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและพฤติกรรมเป็นเวลานานอาจทำให้ผู้ดูแลมีการปรับตัว ยอมรับและเข้าใจในตัวผู้ป่วยมากขึ้นและผู้ดูแลเป็นบุคคลในครอบครัวทางสายเลือด จึงมีความห่วงใยและใส่ใจในการดูแล จึงมีการแสวงหาวิธีต่าง ๆ และพยายามเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยโดยได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาล ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะเวลาถึงจะน้อยหรือมากจึงไม่มีผลต่อการดูแลและจากการศึกษาครั้งนี้ร้อยละ 61.7 มีระยะเวลาในการดูแล 2-5 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของธมลวรรณ (2560) พบว่าระยะเวลาในการดูแลไม่มีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าและการศึกษาของวาสนา, ชนิตดาและดวงใจ (2561) พบว่าระยะเวลาในการดูแลไม่มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยเช่นกัน

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เนื่องจากมีระบบในการช่วยเหลือด้านบริการพยาบาลจากโรงพยาบาลทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และความมั่นใจในการดูแลซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธมลวรรณ (2560) พบว่าภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาครั้งนี้ร้อยละ 72.5 ไม่มีโรคประจำตัวและร้อยละ 52 ระบุว่าไม่มีภาวะสุขภาพระดับปานกลาง จึงพบว่าภาวะสุขภาพของผู้ดูแลไม่มีผลต่อความสามารถในการดูแล

การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ เนื่องจากผู้ดูแลเป็นบุคคลใกล้ชิด มีความผูกพันทางสายเลือด จึงเข้าไปดูแลและจัดการผู้ป่วยในเกือบทุกเรื่อง ทำให้เกิดภาวะเครียด (Alvarez et al., 2010) และแสดงออกโดยใช้คำพูด น้ำเสียง ที่ไม่พอใจ (Saunders, 2003) เมื่อผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแล และมีความรัก ความผูกพันทางสายเลือด ทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวและเผชิญความเครียดจากการดูแลได้ จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ส่วนใหญ่เป็นบิดา - มารดาร้อยละ 53.3 ซึ่งมีความห่วงใย เอื้ออาทรในบุตร และเป็นหน้าที่ที่ต้องดูแลการเผชิญความเครียดในญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุส่วนใหญ่จะไม่ตอบโต้ ปลดปล่อยอารมณ์ให้เย็นลง ปลดปล่อยความคิดเป็นฝ่ายยอมผู้ป่วย เพื่อให้อยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข (ณัชศพา, สุปรีดา, และยุพาพิน, 2561) การแสดงออกทางอารมณ์มีทั้งด้านบวกและด้านลบ ได้แก่ การชื่นชม การควบคุมทางอารมณ์ การแสดงความอบอุ่น การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความเป็นมิตร การแสดงความผูกพันทางอารมณ์มากเกินไปและการห่างเหินทางอารมณ์ สุวนุช, (2556) เนื่องจากการแสดงออกทางอารมณ์เป็นเรื่องปกติของผู้ดูแลที่มีความรัก ความผูกพันกันและให้ความสนใจช่วยเหลือให้บุตร มีอาการดีขึ้นพร้อมที่จะให้อภัย ให้กำลังใจ และให้โอกาสผู้ป่วยในการปรับปรุงตัวเอง ผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบสูง จะทำให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดเกิดความเครียดและกลับไปใช้สารเสพติดอีกและทำให้เกิดอาการทางจิตเกิดขึ้นได้ (Hoolley, 2007) และจากการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์

ด้านลบในบางครั้งจึงพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลไม่มีผลต่อความสามารถในการดูแล

โดยสรุปการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและตัวปัจจัยทำนายร่วมกันสามารถทำนายได้ร้อยละ 36.5 ตัวแปรที่ร่วมทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\beta = .513, p < .05$) สัมพันธภาพในครอบครัว ($\beta = .391, p < .05$) อายุ ($\beta = .235, p < .05$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .200, p < .05$) และตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมได้แก่ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบทำนาย (descriptive predictive) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมและศึกษาปัจจัยทำนายของอายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมที่มารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล วิทยาลัยสงขลาและโรงพยาบาลวิทยาลัยปัตตานี จำนวน 120 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้คือ เป็นผู้ดูแลที่รับผิดชอบหลักที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป โดยเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา บุตร พี่น้อง หรือญาติของผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือนและสามารถ อ่าน เขียน สื่อสาร ด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ สนทนาโต้ตอบรู้เรื่อง เก็บข้อมูลในเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม 8 ชุด ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม (2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมเป็นไปตามการรับรู้ของผู้ดูแล (3) แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม (4) แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม (5) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (6) แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม (7) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม (8) แบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในผู้ดูแลของผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยแบบสอบถามที่ 4 และ 7 ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งผลการคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับของแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมและแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ได้เท่ากับ 1.00 และ .87 ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ (internal consistency) โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม และ แบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์

ด้านลบในผู้ดูแลของผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ได้ผ่านการทดลองมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .86, .81, .90, .91 และ .82 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาคั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปที่ใช้เพื่อการวิเคราะห์ทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมเป็นไปตามการรับรู้ของผู้ดูแล ระดับความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมรายด้านและโดยรวม โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์การทำนายของ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบปกติ (simultaneous multiple regression analysis) โดยวิธีนำตัวแปรทุกตัวเข้าในสมการพร้อมกัน (enter) ซึ่งสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ผู้ดูแลมีความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.40$, $SD = 0.41$) และในแต่ละด้านมีความสามารถอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีด้านการนอนหลับพักผ่อนมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 3.55$, $SD = 0.60$) และมีการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($M = 3.16$, $SD = 0.66$)

2. ปัจจัยทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม พบว่า มีตัวแปร 4 ตัวแปรที่ร่วมทำนายได้แก่ อายุ สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของโรค

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในด้านนโยบาย ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการศึกษาพยาบาลและด้านการวิจัย ดังนี้

ด้านนโยบาย

ควรส่งเสริมและเพิ่มศักยภาพให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการปฏิบัติดูแลผู้ติดยาและสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม

ควรส่งเสริม แนะนำหาแหล่งสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการปฏิบัติดูแลผู้ติดยาและสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม สามารถนำปัจจัยที่ได้จากการศึกษามาประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติดูแลผู้ติดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม โดยให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคและมีความรุนแรงต่อสุขภาพ การดูแล

เอาใจใส่ การมีสัมพันธภาพที่ดี การแสดงออกถึงความรัก การมีครอบครัวที่อบอุ่น การได้รับกำลังใจ จากสมาชิกในครอบครัว โดยจัดกิจกรรมพยาบาลที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัวและทีม สุขภาพรวมถึงแหล่งข้อมูลต่าง ๆ รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมซึ่งนำไปสู่ความสามารถในการปฏิบัติ ของผู้ดูแลที่มีประสิทธิภาพในการดูแลเพิ่มมากขึ้น

ด้านการศึกษาพยาบาล

สามารถนำผลการศึกษามาบูรณาการจัดการเรียนการสอน เพื่อให้นักศึกษาเกิดความ ตระหนักและเห็นความสำคัญของการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติของผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ ซึ่ง ผลจากการศึกษาครั้งนี้มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง จึงควรมี การส่งเสริมให้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ด้านการวิจัย

นำปัจจัยที่ได้จากการศึกษามาพัฒนารูปแบบที่ส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลให้ เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว รวมถึงให้รับรู้ถึงผลกระทบและความ รุนแรงของโรค เช่น โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ความรู้ ความสามารถและทักษะในการ ดูแลผู้ติดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมและการสนับสนุนทางสังคม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อความสามารถในการ ดูแลของผู้ดูแลเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ติดยาและสาร เสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมอยู่ในระดับสูง
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่สามารถร่วมทำนายความสามารถในการดูแลผู้ติดสาร เสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมเช่น ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมภาวะ การดูแลและการเผชิญความเครียด เป็นต้น

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ตัวแปรตามเป็นทัศนคติของผู้ดูแล อาจไม่ได้เป็นผลทางคลินิก ซึ่งทำให้ผู้ป่วยอาจ กลับไปเสพยาได้
2. การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงโดยคัดเลือกเข้าศึกษาใน โรงพยาบาลตติยภูมิที่เฉพาะทางด้านบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ทำให้ผลการศึกษามีข้อจำกัดในการ นำไปใช้สรุปอ้างอิงประชากร

เอกสารอ้างอิง

- กนกชนก การะเกษร. (2552). การรับรู้ปัญหาทางอารมณ์และการเผชิญปัญหาทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตที่เข้ารับการรักษาครั้งแรกในโรงพยาบาลจิตเวช. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- กรมสุขภาพจิต. (2561). ข่าวสุขภาพจิตประจำวัน. ค้นเมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2562, จาก <https://www.dmh.go.th/news-mh/view.asp?id=28009>
- กัลยา วานิชย์บัญชา, และฐิตา วานิชย์บัญชา. (2560). การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล (พิมพ์ครั้งที่ 30). กรุงเทพมหานคร: สามลดา.
- กาญจนา วงษ์จีน. (2554). การบำบัดด้วยหนังสือเพื่อลดความเครียดของเยาวชนที่เป็นโรคสมองพิการ. ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบรรณารักษศาสตร์และสารสนเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน, กรุงเทพมหานคร.
- กิ่งกมล เตียนวล. (2558). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาครอบครัวต่อการรับรู้ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดยาเสพติดในโรงพยาบาลอภัยุรักษ์ปัตตานี. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- กิตต์กวี โพธิ์โน. (2558). เจาะลึกระบบสุขภาพ. ค้นเมื่อวันที่ 12 กันยายน 2562, จาก <https://www.hfocus.org/content/2016/06/12285>
- เกศกมล วรรณนุช. (2551). การปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการถอนสุรา. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- แก้วตา มีศรี. (2554). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- แก้วตา มีศรี, เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 26(1), 35-49.
- เชมณัฐ ศรีพรหมภัทร์, พัชรินทร์ นินทจันทร์, และโสภณ แสงอ่อน. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต トラบাপ ความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 29(1), 103-122.
- จรินทร์ยา เพชรน้อย. (2552). ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จันทนงค์ อินทร์สุข. (2550). ปัจจัยที่ทำนายบทบาทของผู้ดูแลเกี่ยวกับการส่งเสริมการนอนหลับในผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

- จินตนา อมรชาติ. (2556). *ผลของโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ณัชศพา หลงผาสุข, สุปรีดา มั่นคง, และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2561). ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 33(2), 97-109.
- ณัฐ เด่นดวงบริพันธ์. (2554). *แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ใช้สารเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในที่สถาบันธัญญารักษ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ดาร์รัตน์ สารพันธ์. (2555). *ผลของกลุ่มฝึกการคิดเชิงบวกต่อความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ติดยาเสพติดหญิงในทัณฑสถานหญิงสงขลา*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ฉมลวรรณ สีนาค. (2560). *ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ธานีรินทร์ ศิลป์จารุ. (2550). *การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ*. กรุงเทพมหานคร:วี. อินเตอร์พรีน.
- นฤมล จินตพัฒน์กิจ. (2561). *อาการผิดปกติทางจิต ค้นเมื่อวันที่ 15 เมษายน 2562*, จาก <http://www.srithanya.go.th/srithanya/files/ECT/ect4-610319.pdf>
- นัทธมนต์ นิรมสุขและเพ็ญนภา แดงต่อมยุทธ์. (2557). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะความกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 28(3), 49-62.
- นันทา ชัยพิชิตพันธ์. (2556). การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ: ทางเลือกเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติด. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 13(1), 98-108.
- นิภาพร แสนสระดี. (2552). *ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคลมชักที่มีอาการทางจิต*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- นิรุสณีย์ อากาจิ. (2555). *ความเข้มแข็งอดทนและการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นไทยมุสลิมที่มารับการบำบัดรักษาเสพติดในสถานพยาบาลภาคใต้ตอนล่างของไทย*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- นุชนารถ แก้วมาตกร, จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส, พิชามณูชู้ ปุณโณทก, ภาคิณี เดชชัยยศ, และศรวิษฐ์ บุญประชุม. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการเลิกสารเสพติดของเยาวชนที่ใช้สารเสพติด. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 11(1), 133-141.
- นุรินดา แทะละหมัด, อ้อมเดือน บุญญามณี, ดาร์รัตน์ สารพันธ์, และสยาม มุสิกไชย. (2552). *การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดขณะบำบัดรักษาในศูนย์บำบัดรักษา*. ค้นเมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2562, จาก <https://www.sdct.go.th/upload/forum/doc4add1af20ed5b.pdf>

- เนตรชนก รักษาวงศ์. (2551). *การเสริมสร้างสุขภาพจิตด้วยตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- บรรจงจิตต์ พันธุ์ทอง, และนิภา กิมสูงเนิน. (2557). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังแห่งตน ร่วมกับการสนับสนุนครอบครัวต่อพฤติกรรมการไม่เสพยาสูบในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า สถาบัน ธรรมนูญรักษ์. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 23(1), 61-68.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร : ยูเอนต์ไอ อินเทอร์เน็ต มีเดีย.
- บุญศิริ จันศิริมงคล. (2552). *เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องโรคร่วมในโรคติดสารเสพติด* วันที่ 25-26 พฤษภาคม 2552. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.
- บุญศิริ จันศิริมงคล. (2558). *ติดยาป่วยจิต รักษาได้*. โรงพยาบาลธรรมนูญรักษ์ขอนแก่น. ค้นเมื่อ 8 กันยายน 2562 จาก <https://www.hfocus.org/content/2016/06/12285>
- บุบผา บุญญามณี, นุรินยา แหละหมัด, สยาม มุสิกะไชย, อ้อมเดือน บุญญามณี, ดารารัตน์ สาธรพันธ์, และวันดี สุทธิรังษี, (2558). ความพร้อมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการ ทางจิตร่วมในศูนย์บำบัดรักษาเสพติดและสถาบันธรรมนูญรักษ์. *วารสารวิชาการยาเสพติด*, 3(2), 33-46.
- บุษกร กนแกม. (2557). *ผลของโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วย จิตเภทที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ประกอบพร ทิมทอง. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัย บูรพา, ชลบุรี.
- ปราณี เชษขุนทด. (2551). *การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท: เปรียบเทียบระหว่าง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำและไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. คณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ปราโมทย์ บุญญาธิการ. (2553). *การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวผู้ป่วย จิตเภทที่เข้าเสพติด*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ปิยะรัตน์ รัตนพันธ์. (2556). *พลังสุขภาพจิตและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- เปรมฤดี หงษ์สุทธิ, ภารภัทร เองอุดมทรัพย์, และดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการป้องกันการติดสารเสพติดของนักเรียนชายโรงเรียนขยายโอกาส. *วารสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีย์*, 33(3), 112-123.

- พรชัย จุลเมตต์, และ สายใจ พัวพันธ์. (2560). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(3), 104-118.
- พร้อมจิตร์ ห่อนบุญเหิม. (2553). *ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม: แนวคิดและการประยุกต์*. (พิมพ์ครั้งที่1). มหาสารคาม : อภิชาติการพิมพ์.
- พัชรี พร้อมมูล. (2551). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนมาถึงโรงพยาบาล. *สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.*
- พันธ์นุภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2555). โรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน: ทบทวนวรรณกรรม. *วารสารสวนปรุง*, 9(1), 1-15.
- พิสมัย สุระกาญจน์, และดารุณี จงอุดมการณ์. (2562). บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: การสังเคราะห์วิทยานิพนธ์ แบบการวิจัยเชิงคุณภาพ. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่7 ขอนแก่น*, 26(2), 83-92.
- ภรภัทร อิมโอฐ. (2550). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยคริสเตียน, นครปฐม.
- มนัส สุนทรโชติ, และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2556). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพลังด้านการพยาบาลของวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัด แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 27(2), 85- 98.
- ยุพา จิวพัฒน์กุล. (2559). *การพยาบาลครอบครัว*. (พิมพ์ครั้งที่1). นครปฐม: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รสศุภณธ์ เจืออุปถัมย์. (2553). *ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน, กรุงเทพมหานคร.
- รัชณี ไพรสวัสดิ์. (2551). *บทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- รัศมีน กัลยาศิริ. (2561). *การเสพติดและผลแทรกซ้อนทางจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี. (2563). สถิติผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี ปี 2561-2563. อัดสำเนา.
- โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา. (2563). สถิติผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ปี 2561-2563. อัดสำเนา.
- ลชิตา ศรีธรรมชาติ. (2559). *ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยในศูนย์บำบัดยาเสพติด*. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- วราภรณ์ มั่งคั่ง. (2558). *ปัจจัยครอบครัวที่มีผลต่อการใช้ยาเสพติดของวัยรุ่นชายในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนบ้านบึง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- วาสนา นามเหลา, ชนิดดา แนนเกษร, และดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชครินทร์. *วารสารวิทยาลัยพระปกเกล้า*, (29)2, 23-35.
- วีรพล ชูสันเทียะ, และสมเดช พิณจสุนทร. (2560). ผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดในผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี: กรณีศึกษา. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน*, 5(3), 522-533.
- ศิริัญญา ชมขุนทด. (2555). *ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความมั่นใจ ในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาชาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ศิริพันธ์ สาส์ตย์. (2554). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: บริษัท แอคทีฟ พรินท์ จำกัด.
- สกาวรรตน์ พวงจันทร์. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของบุตรต่อครอบครัวกับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ ข้อมูลสถิติค้นเมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2563, จาก http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=3294&Itemid=53
- สนธยา มณีรัตน์. (2550). *ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต). คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ. พรินต์ติ้ง.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2553). *ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์
- สมิธ วุฒิสวัสดิ์. (2552). *การศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวของนักเรียนช่วงชั้นที่ 2*. ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- สยาม มุสิกะไชย. (2550). *ความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยยาเสพติด. ในบุบผา บุญญามณี, นุรินดา แหะละหมัด, และสยาม มุสิกะไชย (บรรณาธิการ), การดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ปรากฏการณ์ที่ต้องร่วมกันช่วยเหลือ* (หน้า 26-40). สงขลา: โรงพิมพ์นำผล.

- สรนา มงคล. (2550). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีสามีติดยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2558). แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด พ.ศ. 2558-2562 ค้นเมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2562, จาก https://www.oncb.go.th/Home/PublishingImages/Pages/ProgramsandActivities/strategic_plan2558-2560.pdf
- _____. (2560). ที่มาของนโยบายยาเสพติดแนวใหม่. ค้นเมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2562, จาก <https://www.oncb.go.th/PublishingImages/Pages/againstdrugs2017/ที่มาของนโยบายยาเสพติดแนวใหม่.pdf>
- _____. (2560). ผลการปราบปรามทั่วประเทศประจำปี 2560. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด บางกอกบล็อก.
- สำเนา นิลบรรพ์, บุญเรือง ศรีเหรียญ, และอุษา คงทอง. (2559). ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเสพยาซ้ำของผู้เสพเมทแอมเฟตามีน. วารสารบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์, 10(1), 193-207.
- สำเนา นิลบรรพ์, และพิทักษ์ สุริยะ. (2555). กระบวนการเสพติดและผลกระทบต่อสุขภาพครอบครัวของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่ม Club Drug ที่เข้ารับการรักษาในสถาบันธัญญารักษ์และศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพมหานคร.
- สำราญ มีแจ้ง. (2557). สถิติขั้นสูงสำหรับการวิจัย: ทฤษฎีและการปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬารักษ์มหาวิทยาลัย.
- สำอาน พันธุ์ประทุม. (2550). ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคลมชักที่มีอาการทางจิต. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต). คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สุจิตรา ฤทธิมนตรี. (2554). พฤติกรรมรุนแรงต่อครอบครัวของผู้ใช้ยาบ้า. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพมหาวิทยาลัยขอนแก่น, 34(3), 48-56.
- สุทิสสา ถาน้อย. (2561). สมองและสารสื่อประสาท ความผิดปกติในภาวะติดยาเสพติด. (พิมพ์ครั้งที่ 1). พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สุวนุช พร้อมมูล. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สุวรรณ อนนตรี. (2552). ความต้องการของผู้ดูแลและความต้องการที่ได้รับจากพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2558). การบำบัดครอบครัว: บทบาทของพยาบาลจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 29(1), 1-13.

- อรรณวน เพชรพงศ์พันธ์. (2559). *ความสามารถในการฟื้นฟูอุปสรรคของผู้เสียสละเสพติดที่เข้ารับ การบำบัดสารเสพติดรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มาตรฐานใหม่*. สารนิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตมหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์, สงขลา.
- อรอนงค์ กุลณรงค์. (2554). *ความพร้อมในการดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว และความเครียดใน บทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อัญชลี โตเอี่ยม, ปัญญรัตน์ ลากวงศ์วัฒนา, ญัฐกมล ชาญสาธิตพร และกนิษฐา จำรูญสวัสดิ์. (2559). ปัจจัยทำนายในการเสพแอมเฟตามีนของเยาวชนในชุมชนแออัด. *วารสารพยาบาล สภากาชาดไทย*, 9(2), 88-103.
- อำไพ แก้วบัณฑิต. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ*. วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตร มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- เอมิกา กลยณี. (2556). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ ให้ การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- Alvarez – Jimenez, M., Gleeson, J.F., Cotton, S.M., Wade, D., Crisp, K., Yap, M.B.H., & McGorry, P.D. (2010). Differential predictors of critical comments and emotional over-involvement in first-episode psychosis. *Psychological Medicine*, 40(1), 63-72.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Archbold, P. G., Stewart, B. J., Greenlick, M.R. & Harvath, T. (1990). Mutuality and preparedness as predictor of caregiver role strain. *Research in Nursing and Health*, 13, 375-384.
- Band, R., Barrowclough, C., & Wearden, A. (2014). The impact of significant other expressed emotion on patient outcomes in chronic fatigue syndrome. *Health Psychology*, 33(9), 1092-1104.
- Brown, G. W. Birley, J. L.T. & Wing, J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenia disorder. A replication. *British Journal of Psychiatry*, 121(3), 241-258.
- Burn, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.
- Carers, U. K. (2005). *Caring about carers*. Retrieved from [http:// www.carers.gov.uk](http://www.carers.gov.uk).

- Cook, J.A., Lefley, H.P., Pickett, S.A., & Cohler, B.J. (1994). Age and family burden among parent of offspring with severe mental illness. *American Journal Orthopsychiatric*, 64(3), 435-447.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E.S., Humphreys, J., ...& Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
- Doornbos, M. M. (2002). Family caregivers and the mental health care system: Reality and Dream. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16(1), 39-46.
- Evers, G., et. (1985). *Development of the Appraisal of Self-Care Agency Scale*. Paper presented at International Research Conference. Edmonton: Canada.
- Horowitz, A. (1985). Family caregiver to the frail elderly. In C. Eisdorfer. (Ed.), *Annual Review of Gerontology & Geriatrics*. (pp. 194-246). New York, NY: Springer Publishing.
- Hooley, J. M. (2007). Expressed emotion and relapse of psychopathology. *Annual Review of Psychology*. Doi: 10.1146/annurev.clinpsy. 2.022305.095236.
- McEwen, M., & Wills, E.M. (2014). *Theoretical basis for nursing* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Mattoo, S., Nebhinani, N., Kumar, B. N., Basu, D., & Kulhara, P. (2013). Family burden with substance dependence: A study from India. *The Indian Journal of Medical Research*, 137(4), 704-711.
- Montgomery, R. J. V. (2006). Using and Interpreting the Montgomery Borgatta caregiver burden scale. From <http://www.uwm.edu/SSW/facstaff/bio/Burden%20Scale.pdf>.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing concepts of practice* (5th ed.). St. Louis; MO: Mosby Year Book.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing concepts of practice* (6th ed.). St. Louis; MO: Mosby Year Book.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Saks, M., & Allsop, J. (2012). *Researching Health: Qualitative, quantitative and mixed methods* (2nd ed.). London: SAGE.
- Saunders, J.C. (2003). Families living with severe mental illness: A literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, 24(2), 175-198.
- Schaefer, C., Coyne, J.C., & Lazarus, R. (1981). The health – related function of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 381-406.

- Sunpaweravong, J. (2007). Development of a Thai-expressed emotion scale for family caregivers of schizophrenic patients. Doctoral dissertation, Prince of Songkla University, Songkla.
- Reyes, Cindy., & Duchene, J. B. (2015). *Caregivers' emotional experiences regarding their adolescent's substance abuse problem*. San Bernardino: The California State University.
- Rose, F., & Mackenzie, A. (1996). *Nursing in primary health care policy into practice*. London: Routledge.
- Taylor, S. (1989) An interpretation of family within Orem's general theory of nursing. *Nursing Science Quarterly*, 2(3), 131-137.
- Waters, C. (2016). *Good Practice Guidelines for engaging with families and carers in mental health service*. Retrieved from <https://www.chiefpsychiatrist.wa.gov.au/wp-content/uploads/2017/04/Good-Practice-Guidelines-for-engaging-with-families-and-carers-May-2016.pdf>
- Wegner, L., & Arend, T., & Bassadien, R., & Bismath, Z., & Cros, L., (2014). Experiences of mothering drug-dependent youth: influences on occupational performance patterns. *South African Journal of Occupational Therapy*, 44(2), 1-11.
- Whitlock, R. J., Heynen, J. A., Shuler, G. M., & Bear, F. M. (2006). *Learning induces long-term potentiation in the hippocampus*. *Science*, 313(5790), 1093-1097.
- World Health Organization. 1993) . *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37108>
- Yeh, L.-L., Hwu, H.-G., Chen, C. H., Chen, C. H., & Wu, A. C. C. (2008). Factors related to perceived needs of primary caregivers of patients with schizophrenia. *Journal of the Formosan Medical Association*, 107(8), 664 – 652.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม

คำชี้แจง: แบบสอบถามประกอบด้วย 8 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมตามการรับรู้ของผู้ดูแลจำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมจำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม จำนวน 25 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 7 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม จำนวน 30 ข้อ

ส่วนที่ 8 แบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม จำนวน 19 ข้อ

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หน้าข้อความหรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. เพศ

() 1. ชาย () 2. หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ศาสนา

() 1. พุทธ () 2. อิสลาม () 3. คริสต์ () 4. อื่นๆ.....

4. สถานภาพ

() 1. โสด () 2. สมรส () 3. หม้าย () 4. หย่าร้าง

() 5. แยกกันอยู่

5. ระดับการศึกษา

() 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ () 2. ประถมศึกษา () 3. มัธยมศึกษา

() 4. ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา () 5. ปริญญาตรี () 6. สูงกว่าปริญญาตรี

6. อาชีพปัจจุบัน

() 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ว่างงาน () 2. ค่าขาย/ธุรกิจส่วนตัว () 3. รับจ้าง

() 4. เกษตร () 5. รับราชการ () 6. รัฐวิสาหกิจ () 7. เกษียณอายุ

() 8. อื่น ๆ ระบุ.....

7. รายได้ของผู้ดูแล.....บาท/เดือน/วัน

8. โรคประจำตัว

() 1. ไม่มีโรคประจำตัว () 2. มีโรคประจำตัว ระบุ.....

9. ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

() 1. คู่สมรส () 2. บิดา/มารดา () 3. พี่/น้อง

() 4. บุตร () 5. หลาน () 6. อื่น ๆ ระบุ.....

10. ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม.....ปี.....เดือน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมตามการรับรู้ของผู้ดูแล

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หน้าข้อความหรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. เพศ

() 1. ชาย () 2. หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ศาสนา

() 1. พุทธ () 2. อิสลาม () 3. คริสต์ () 4. อื่น ๆ.....

4. สถานภาพ

() 1. โสด () 2. สมรส () 3. หม้าย () 4. หย่าร้าง () 5. แยกกันอยู่

5. ระดับการศึกษา

() 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ () 2. ประถมศึกษา () 3. มัธยมศึกษา

() 4. ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา () 5. ปริญญาตรี

() 6. สูงกว่าปริญญาตรี

6. อาชีพปัจจุบัน

() 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ว่างงาน () 2. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว () 3. รับจ้าง

() 4. เกษตร () 5. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ () 6. เกษียณอายุ

() 7. อื่น ๆ ระบุ.....

7. รายได้.....บาท/เดือน/วัน

8. ประเภทของสารเสพติดที่ใช้.....

9. อายุที่เริ่มใช้ยาเสพติด.....ปี

10. ระยะเวลาที่ได้รับการบำบัดรักษายาเสพติด.....ปี

11. ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการทางจิต.....ปี

12. ระยะเวลาที่ได้รับการบำบัดรักษาอาการทางจิต.....ปี

13. จำนวนการนอนโรงพยาบาลด้วยการติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม.....ครั้ง

14. โรคทางกายอื่น ๆ

() 1. ไม่มี () 2. มี ระบุ.....

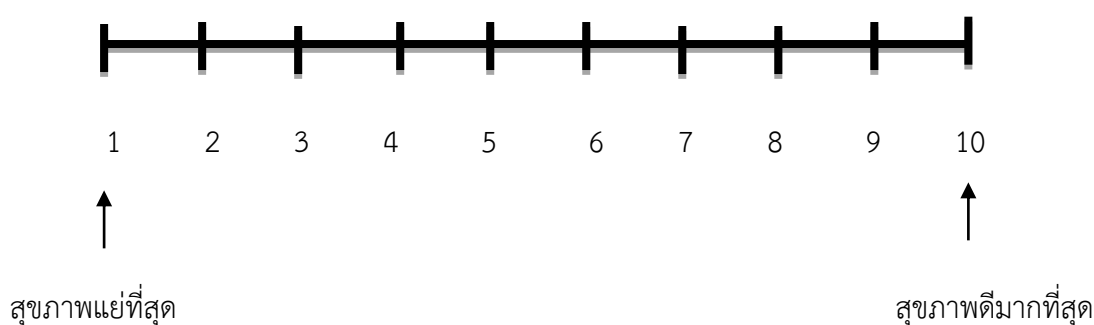
ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย X ลงบนตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลโดย

0 หมายถึง สุขภาพแย่มากที่สุด

10 หมายถึง สุขภาพดีมากที่สุด

ปัจจุบันท่านรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมของท่านอยู่ในระดับใด



ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย X ลงบนตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึก ความเข้าใจหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

การรับรู้ความรุนแรงของโรค: ความรู้สึกถึงภาวะคุกคามของโรค การเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคนั้น ๆ มีความรุนแรงต่อสุขภาพเกิดผลกระทบต่อบุคคลนั้นๆ ถ้าหากไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค

1 หมายถึง ท่านมีความรู้สึก ความเข้าใจหรือความคิดเห็นต่อข้อความนี้น้อยที่สุด

10 หมายถึง ท่านมีความรู้สึก ความเข้าใจหรือความคิดเห็นต่อข้อความนี้มากที่สุด

ตัวอย่าง

ข้อความ	น้อยที่สุด										มากที่สุด
0. โรคหัวใจรักษาไม่หายขาด	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

การรับรู้ของผู้ดูแลต่อความรุนแรงของโรคของผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม

ข้อความ	น้อยที่สุด										มากที่สุด
ผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมมีความรุนแรงของโรคอย่างไรบ้าง											
1. ทำให้ร่างกายทรุดโทรม อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2. ทำให้มีอาการหงุดหงิด โมโหง่าย	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3. ทำให้ทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว หลงผิด ประสาทหลอน	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
4. ไม่สามารถทำงานได้ เป็นภาระของครอบครัว	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5. สามารถกลับเป็นซ้ำได้	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
6. ทำให้เสียชีวิตฉับพลันได้	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม

คำชี้แจง : แบบสอบถามชุดนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน ๆ ตลอดจนผู้ใกล้ชิดเมื่อเกิดปัญหาขึ้น ประกอบด้วยคำถามจำนวน 25 ข้อ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวาให้ตรงกับความเป็นจริง ตามความรู้สึกต่อการได้รับความช่วยเหลือหรือได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือเพื่อนในข้อความนั้นๆ

ข้อความ	ไม่จริงเลย	จริงเล็กน้อย	จริงปานกลาง	จริงมาก	จริงมากที่สุด
1.ฉันมีบุคคลที่ทำให้ฉันรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย					
2.ฉันรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญต่อกลุ่มเพื่อน					
3. ฉันรับรู้จากบุคคลอื่นว่าฉันทำงานดี					
4. ฉันไม่สามารถพึ่งพาญาติพี่น้องหรือเพื่อนเมื่อฉันมีปัญหา					
5. ฉันมีโอกาสได้พบปะกับบุคคลที่ทำให้ฉันรู้สึกมีคุณค่า					
6.ฉันให้เวลาแก่บุคคลที่สนใจตรงกับฉัน					
7. ฉันมีโอกาสที่จะได้ดูแลผู้อื่นน้อยมาก					
8. ฉันรับรู้ว่ามีบุคคลที่ชอบทำงานร่วมกับฉัน					
9. ฉันมีบุคคลที่พร้อมจะช่วยเหลือฉันตลอดเวลา					
10. ฉันไม่สามารถระบายความรู้สึกให้ใครฟังได้					
11. ฉันมีกลุ่มเพื่อนบ้านที่คอยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน					
12. ฉันมีโอกาสที่จะกระตุ้นผู้อื่นให้พัฒนาความสนใจและทักษะ					
13. คนในครอบครัวทำให้ฉันรู้ว่าฉันมีความสำคัญต่อครอบครัว					
14. ฉันมีบุคคลที่คอยให้การช่วยเหลือโดยไม่หวังการตอบแทน					

ข้อความ	ไม่จริง เลย	จริง เล็กน้อย	จริงปาน กลาง	จริงมาก	จริงมาก ที่สุด
15. ฉันรู้สึกว่ามีใครมีปัญหาเหมือนฉัน					
16. แม้ฉันอารมณ์เสีย จะมีบุคคลที่สามารถอยู่ได้โดยปล่อยให้ฉันเป็นตัวของตัวเอง					
17. ฉันชอบกระทำบางสิ่งเป็นพิเศษ					
18. ฉันรับรู้ว่ามีคนอื่นชื่นชมในตัวฉัน					
19. ฉันมีบุคคลที่รักและเอาใจใส่ฉัน					
20. ฉันสามารถเข้าร่วมสังคมและงานรื่นเริงกับผู้ร่วมงาน					
21. ฉันเต็มใจให้ความช่วยเหลือเมื่อมีผู้ต้องการ					
22. ฉันมีคนคอยให้คำแนะนำ ช่วยเหลือให้ฉันสามารถแก้ไขสถานการณ์ต่างๆ					
23. ฉันรู้สึกว่าคุณเองเป็นที่ต้องการของคนอื่น					
24. คนส่วนมากทำให้ฉันคิดว่าไม่ใช่เพื่อนที่ดีเท่าที่ควรจะเป็น					
25. ฉันมีผู้ให้คำแนะนำในการดูแลตนเองยามเจ็บป่วย					

ส่วนที่ 6 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () ที่ท่านคิดว่าตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา สมาชิกในครอบครัวของท่านทำกิจกรรมหรือมีความสัมพันธ์กันตามข้อความต่อไปนี้อย่างไร มีจำนวน 15 ข้อ โดยมีคำตอบ 4 ระดับ คือ

- ไม่เห็นด้วย = 1 หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบเลย
- เห็นด้วยน้อย = 2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบเป็นบางส่วน
- เห็นด้วยปานกลาง = 3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบเพียงครึ่งหนึ่ง
- เห็นด้วยมาก = 4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบเป็นส่วนมาก

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย (1)	เห็นด้วยน้อย (2)	เห็นด้วยปานกลาง (3)	เห็นด้วยมาก (4)
1. ท่านได้รับความรัก และความห่วงใยจากสมาชิกในครอบครัว				
2. สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่รู้ว่าท่านชอบและต้องการอะไร				
3. ท่านคิดว่าตนเองมีประโยชน์ต่อครอบครัว				
4. ที่ผ่านมามีความสุขและพอใจในครอบครัวของท่าน				
5. ในวันหนึ่งๆท่านแทบไม่ได้พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว				
6. ท่านได้รับความเคารพนับถือจากสมาชิกในครอบครัว				
7. สมาชิกในครอบครัวมักทำให้ท่านรู้สึกน้อยใจอยู่เสมอ				
8. ท่านสามารถกล่าวตักเตือนสมาชิกในครอบครัวได้				
9. ท่านสามารถขอคำปรึกษากับสมาชิกในครอบครัวได้เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น				
10. ท่านได้รับความสนใจและเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว				

ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย (1)	เห็นด้วย น้อย (2)	เห็นด้วย ปานกลาง (3)	เห็นด้วย มาก (4)
11. เมื่อท่านเจ็บป่วยจะได้รับความช่วยเหลือหรือ ดูแลจากสมาชิกในครอบครัว				
12. สมาชิกในครอบครัวมักมีความคิดขัดแย้งกับ ท่านเสมอ				
13. ท่านและสมาชิกในครอบครัวได้ไปพักผ่อนนอก บ้านด้วยกันอย่างสม่ำเสมอ				
14. ท่านมักจะทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกใน ครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ เล่นกีฬาและอื่น ๆ				
15. ท่านกับสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดี ต่อกัน				

ส่วนที่ 7 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตารางท้ายข้อความที่ท่านคิดว่าตรงกับความจริงมากที่สุด

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความสามารถในการปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ท่านมีความสามารถในการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความสามารถในการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความสามารถในการปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความสามารถในการปฏิบัติอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ข้อความ	ความสามารถที่ปฏิบัติได้				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ฉันมีความสามารถในการปฏิบัติได้เพียงใด					
1. ฉันเลือกอาหาร ที่มีสารอาหารครบ 5 หมู่ ได้แก่ ข้าว เนื้อสัตว์ ไข่ ผักและผลไม้					
2. ฉันจัดการให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ครบ 3 มื้อ ตามเวลา					
3. ฉันจัดการให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว					
4. ฉันจัดการให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ได้แก่ สุรา เบียร์ เหล้าเถื่อน ฯลฯ					
5. ฉันตั้งใจในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย					
6. ฉันจัดการให้ผู้ป่วยอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง					
7. ฉันจัดการให้ผู้ป่วยแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง					
8. การติดตามสอบถามการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย					
9. ฉันกำหนดกิจกรรมและรูปแบบการออกกำลังกาย					
10. ฉันพาผู้ป่วยไปพบปะญาติ พี่น้องหรือคนในชุมชน บ่อยมากน้อยเพียงใด					

ข้อความ	ความสามารถที่ปฏิบัติได้				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
11. ฉันจัดการให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที					
12. ฉันคอยติดตามผลของการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย					
13. ฉันจัดการให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ					
14. ฉันจัด/ที่นอน/ที่พักผ่อนในบ้านให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย/สงบ					
15. ฉันช่วยให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายเมื่อผู้ป่วยนอนไม่หลับ เช่นการฟังเพลง/ อ่านหนังสือ/ สวดมนต์/ทำสมาธิ					
16. ฉันคอยถามไถ่เกี่ยวกับปัญหาการนอนหลับของผู้ป่วยในแต่ละคืน					
17. ฉันเฝ้าดูอาการข้างเคียงจากยาต้านอาการทางจิต เช่น คอแห้ง ปากแห้ง น้ำลายเหนียว					
18.ฉันเฝ้าดูอาการกำเริบทางจิตได้แก่ หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย นอนไม่หลับ เดินไปมามีพฤติกรรมก้าวร้าว มีความคิดแปลก ๆ หูแว่ว เห็นภาพหลอนหวาดระแวงพูดคนเดียว					
19. ฉันเก็บอุปกรณ์ ของมีคมเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น					
20.ฉันกำกับผู้ป่วยให้รับประทานยาต่อเนื่อง					
21. ฉันพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง					
22.ฉันให้ข้อมูลที่เป็จริงเมื่อมีอาการหลงผิด					
23.ฉันเฝ้าดูอาการกำเริบทางจิตได้แก่ หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย นอนไม่หลับ เดินไปมามีพฤติกรรมก้าวร้าว มีความคิดแปลก ๆ หูแว่ว เห็นภาพหลอน หวาดระแวง พูดคนเดียว					
24. ฉันมีวิธีการจัดการเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ					

ข้อความ	ความสามารถที่ปฏิบัติได้				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
25. ฉันชวนพูดคุยให้ผู้ป่วยบอกสาเหตุของการใช้ยาเสพติด					
26. ฉันชวนพูดคุยเกี่ยวกับการค้นหาและการจัดการกับตัวกระตุ้น					
27.ฉันเฝ้าดูผู้ป่วยไม่ให้ใช้สารเสพติด					
28. ฉันเฝ้าดูผู้ป่วยไม่ให้อยู่ใกล้ตัวกระตุ้นต่าง ๆ เช่น เพื่อนที่ใช้ยาเสพติด สถานที่ใช้ยาเสพติด เงิน อุปกรณ์การเสพยาเสพติด					
29. ฉันบอกเพื่อนบ้านให้เข้าใจผู้ป่วยและขอร้องเพื่อนบ้านไม่ให้ล้อเลียนผู้ป่วย					
30.ฉันคอยไต่ถามเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยชนะใจตนเอง/เอาชนะการอยากยา					

ส่วนที่ 8 แบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตารางท้ายข้อความที่ท่านคิดว่าตรงกับการแสดงออกของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด

ตรงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการแสดงออกของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด
ตรงมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการแสดงออกของผู้ตอบแบบสอบถามมาก
ตรงปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการแสดงออกของผู้ตอบแบบสอบถามปานกลาง
ตรงน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการแสดงออกของผู้ตอบแบบสอบถามน้อย
ไม่ตรงเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับการแสดงออกของผู้ตอบแบบสอบถามเลย

ข้อความ	ตรงมากที่สุด	ตรงมาก	ตรงปานกลาง	ตรงน้อย	ไม่ตรงเลย
1. ฉันบอกกับผู้ป่วยว่าฉันไม่ชอบการกระทำหลายอย่าง เช่น แอบสูบบุหรี่ ดื่มเหล้าหรือยังใช้ยาเสพติด เป็นต้น					
2. ฉันบอกกับผู้ป่วยว่าฉันรู้สึกอับอายเมื่อเขากระทำการที่ไม่เหมาะสม เช่น แอบสูบบุหรี่ ดื่มเหล้าหรือยังใช้ยาเสพติด เป็นต้น					
3. ฉันต่อว่าผู้ป่วยเมื่อทำให้ฉันผิดหวังและทุกข์ใจ					
4. ฉันตำหนิผู้ป่วยที่สร้างความเดือดร้อนให้สมาชิกในครอบครัว เช่น การขโมยเงิน การใช้ยาเสพติด เป็นต้น					
5. ฉันบอกผู้ป่วยว่าเขาเป็นภาระของครอบครัว					
6. ฉันบอกกับผู้ป่วยว่าถ้าเขาไปอยู่ที่อื่นฉันจะมีความสุข					
7. ฉันขู่หรือบังคับให้ผู้ป่วยทำงานหรือทำกิจกรรมประจำวันของตนเอง					
8. ฉันใช้ความรุนแรงเช่น ดุด่า หรือทุบตีผู้ป่วย เมื่อเขาขัดใจหรือไม่ทำตามที่ท่านบอก					
9. ฉันแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง เมื่อรู้สึกไม่พอใจและไม่อยากดูแลผู้ป่วย					
10. ฉันแสดงท่าทีให้ผู้ป่วยทราบว่าการทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสายตาดตลอดเวลา					

ข้อความ	ตรงมากที่สุด	ตรงมาก	ตรงปานกลาง	ตรงน้อย	ไม่ตรงเลย
11. ฉันคิดมากและกังวลทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย					
12. ฉันพยายามทำทุกอย่างให้ผู้ป่วยโดยไม่สนใจว่าผู้ป่วยจะต้องการหรือไม่					
13. ฉันทำกิจวัตรประจำวันทุกอย่างแทนผู้ป่วยเพราะเป็นหน้าที่ที่ต้องดูแล					
14. ฉันจัดการเรื่องต่างๆแทนผู้ป่วย เพราะกลัวเขาจะทำได้ไม่ดี					
15. ฉันไม่สนใจเรื่องต่างๆของผู้ป่วย					
16. ฉันไม่พูดคุยกับผู้ป่วยแม้อยู่ในบ้านเดียวกัน					
17. ฉันปล่อยให้ผู้ป่วยทำทุกอย่างโดยลำพัง ไม่ได้สนใจความรู้สึกหรือความเจ็บป่วย					
18. ฉันไม่สนใจว่าผู้ป่วยจะต้องการอะไร					
19. ฉันไม่ต้องการยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วย					

ภาคผนวก ข การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ข้าพเจ้านางสาววิชามณชนน์ สอนกระจ่าง นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาล จิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา สนใจศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมและศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ตามตัวแปร อายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในการดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยเนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด

หากท่านยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ท่านจะได้ตอบแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลจำนวน 10 ข้อ 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมจำนวน 14 ข้อ 3) แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลจำนวน 1 ข้อ 4) แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมจำนวน 6 ข้อ 5) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจำนวน 25 ข้อ 6) แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวจำนวน 15 ข้อ 7) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมจำนวน 30 ข้อและ 8) แบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมจำนวน 19 ข้อ การตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 45 นาที การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้มีความเสี่ยงต่ำเนื่องจากเป็นเพียงการให้ข้อมูลตามแบบสอบถามเท่านั้น การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่านไม่มีผลกระทบต่อการรักษา ระหว่างทำการวิจัยสามารถหยุดพักเพื่อผ่อนคลายตามความสะดวกของผู้ร่วมวิจัย หากท่านมีความประสงค์ที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยอีกต่อไปท่านมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบข้อมูลส่วนบุคคลและคำตอบในแบบสอบถามจะถูกปิดไว้เป็นความลับ ปกป้องโดยใช้วิธีการกำกับเลขชุดเอกสารแทนการลงชื่อจริง ไม่มีการระบุชื่อและที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทั้งหมดจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับอย่างดี โดยข้อมูลที่อยู่ในกระดาษ จะเก็บรักษาไว้ในตู้กุญแจซึ่งถือโดยข้าพเจ้าเพียงผู้เดียว หากข้อมูลแบบอิเล็กทรอนิกส์จะมีการใส่รหัสเพื่อการป้องกันและข้าพเจ้าเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ การนำข้อมูลทั้งหมดจะไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการศึกษาท่านนั้นมีการวิเคราะห์ข้อมูลตามข้อเท็จจริง รายงานผลและนำเสนอผลการวิจัยโดยไม่มีการบิดเบือนข้อมูล ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งลักษณะการนำเสนอผลการวิจัยเป็นการนำเสนอทางวิชาการตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยท่านนั้น และเอกสารในโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูก

เก็บรักษาไว้เป็นระยะเวลา 3 ปีหลังการวิจัยเสร็จสิ้นสมบูรณ์ก่อนนำไปทำลาย (สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, 2560)

หากมีข้อสงสัยต่าง ๆ ท่านสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาของการศึกษาวิจัยตามหมายเลขโทรศัพท์ 083-6514656 และการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้จะเป็นไปโดยความสมัครใจและไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น และจะไม่มีค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

ท่านจะไม่ได้รับผลประโยชน์โดยตรงแต่ท่านเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผนผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมเพื่อส่งเสริมให้เกิดความสามารถในการดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมได้อย่างเหมาะสม และผลการศึกษานำไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาต่อยอดงานวิจัยในการศึกษาโปรแกรมหรือแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในการดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมได้ต่อไป

เนื่องด้วยการได้รับความอนุเคราะห์จากท่านที่กรุณาสละเวลาในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ดิฉันขอขอบพระคุณท่าน มา ณ โอกาสนี้ด้วย

นางสาวธิดาณทน สนวนกระจำง
นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**เอกสารให้การยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
สำหรับกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม**

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนาย
ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม

โดยข้าพเจ้าได้อ่านเอกสารคำอธิบายโครงการวิจัยรวมทั้งได้รับฟังคำอธิบายจาก
นางสาวธิชามณชน์ สนวนกระจำง และได้ทราบถึงรายละเอียดของโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ และ
ระยะเวลา ที่ทำการวิจัย ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติตัว ที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติ ผลประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะ
ได้รับ

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับ
นางสาวธิชามณชน์ สนวนกระจำง ที่เบอร์โทรศัพท์ 083-6514656

หากได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้า
สามารถขอรับคำปรึกษา/แจ้งเรื่อง/ร้องเรียน ได้ที่คณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมของ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ 15 ถนนกาญจนวนิช ตำบลหาดใหญ่
อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110 โทรศัพท์ 0-7428-6470 หรือทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์
panwadee.t@psu.ac.th

ลงชื่อผู้วิจัย.....

(นางสาวธิชามณชน์ สนวนกระจำง)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนา
ยินยอมโดยตลอดแล้วจึงได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ

ลงชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อพยาน.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก ค
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เอกสารรับรองโครงการวิจัย
เอกสารรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขา
สังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

 เอกสารรับรองโครงการวิจัย โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	
รหัสรับโครงการ:	2020 NST – On 019
ชื่อโครงการ:	ปัจจัยทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม
รหัสหนังสือรับรอง:	PSU IRB 2020 – NST 017
ชื่อหัวหน้าโครงการ:	นางสาววิชามณีน สอนกระจำง
หน่วยงานที่สังกัด:	หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
เอกสารที่รับรอง:	1. แบบเสนอโครงการเข้ารับการประเมินจริยธรรมในงานวิจัย 2. เครื่องมือวิจัย 3. ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
วันที่รับรอง:	19 สิงหาคม 2563
วันที่หมดอายุ:	19 สิงหาคม 2565
<p>ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้น ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับหลักการเบลมอนด์ (Belmont) จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และขอให้รายงานผลการวิจัยทุก 1 ปี ตามแบบฟอร์ม AP-007</p>	
(ลงนาม) <u>ศศิธร พุ่มดวง</u>	 (ศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร พุ่มดวง) ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ภาคผนวก ง

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis)

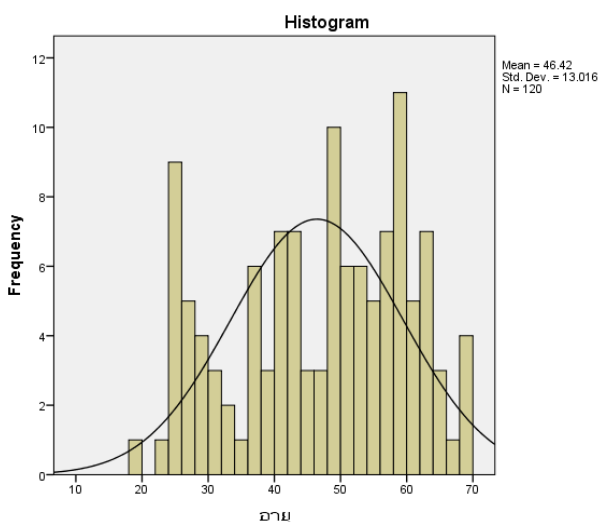
1. ตัวแปรอิสระต้องมีระดับการวัดอยู่ในช่วงมาตรา (interval scale) หรืออัตราส่วน (ratio scale) ในกรณีตัวแปรอิสระมีระดับการวัดแบบนามบัญญัติ (nominal scale) และแบบอันดับ (ordinal scale) ต้องมีการแปลงตัวแปรให้เป็นตัวแปรหุ่นก่อน โดยใช้เลข 0 และ 1 แทนระดับค่าตัวแปร

ในการศึกษาครั้งนี้ ตัวแปรอิสระประกอบด้วย อายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและตัวแปรตามคือ ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม เป็นตัวแปรที่มีระดับการวัดอยู่ในช่วงมาตรา (interval scale) ซึ่งเป็นตัวแปรที่สามารถเปรียบเทียบความแตกต่างในลักษณะมากกว่าหรือน้อยกว่า(ผ่านข้อตกลงเบื้องต้น)

2. ตัวแปรทุกตัวมีการกระจายแบบโค้งปกติ (normality) พิจารณาดังนี้

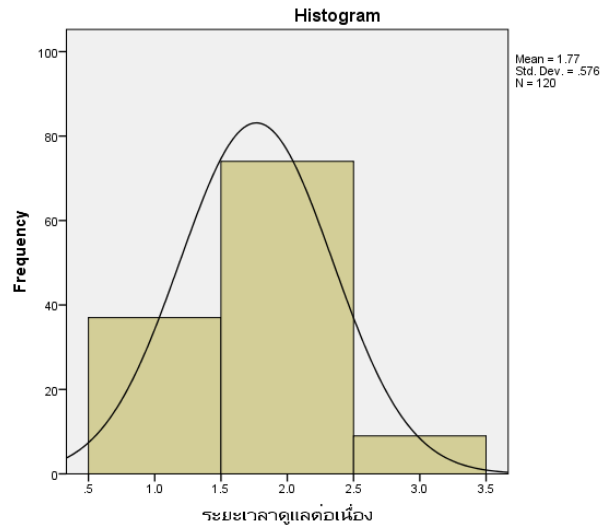
2.1 แผนภูมิฮิสโตแกรม (histogram) ตัวแปรต้องมีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ มีลักษณะเป็นโค้งรูประฆังคว่ำที่สมมาตรกัน โดยมีค่าเฉลี่ย (mean) ค่าฐานนิยม (mode) และค่ามัธยฐาน (median) ใกล้เคียงกัน (บุญใจ, 2553) ตามภาพ 2-8 ดังนี้

2.1.1 อายุ



ภาพ 2 แผนภูมิฮิสโตแกรมของข้อมูลอายุ

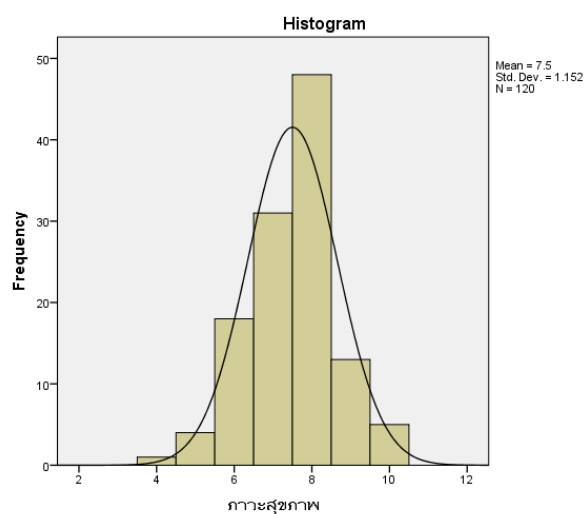
จากแผนภูมิฮิสโตแกรมของข้อมูลอายุพบว่าการกระจายแบบโค้งปกติ เนื่องจากมีลักษณะเป็นโค้งรูประฆังคว่ำที่สมมาตรกัน มีค่าเฉลี่ย 47.66 ค่าฐานนิยม 49.00 และค่ามัธยฐาน 49.00 ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกัน (ผ่านข้อตกลงเบื้องต้น) ระยะเวลาในการดูแล



ภาพ 3 แผนภูมิฮิสโตแกรมของข้อมูลระยะเวลาในการดูแล

จากแผนภูมิฮิสโตแกรมของข้อมูลระยะเวลาในการดูแลพบว่าการกระจายแบบโค้งปกติ เนื่องจากมีลักษณะเป็นโค้งรูประฆังคว่ำที่สมมาตรกัน มีค่าเฉลี่ย 1.77 ค่าฐานนิยม 2.00 และค่ามัธยฐาน 2.00 ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกัน (ผ่านข้อตกลงเบื้องต้น)

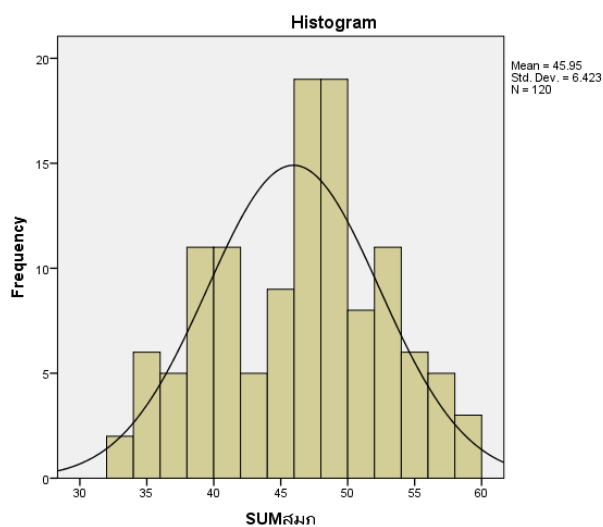
2.1.2 ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล



ภาพ 4 แผนภูมิฮิสโตแกรมของข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

จากแผนภูมิฮิสโตแกรมของข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ดูแลพบว่าการกระจายแบบโค้งปกติ เนื่องจากมีลักษณะเป็นโค้งรูประฆังคว่ำที่สมมาตรกัน มีค่าเฉลี่ย 7.50 ค่าฐานนิยม 8.00 และค่ามัธยฐาน 8.00 ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกัน (ผ่านข้อตกลงเบื้องต้น)

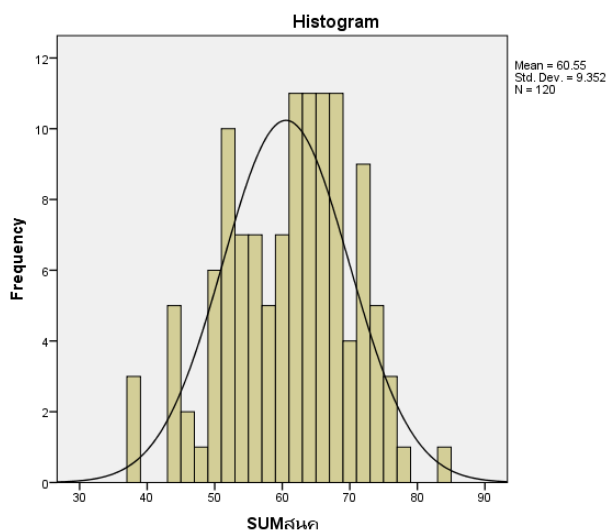
2.1.4 สัมพันธภาพในครอบครัว



ภาพ 5 แผนภูมิฮิสโตแกรมของข้อมูลสัมพันธภาพในครอบครัว

จากแผนภูมิฮิสโตแกรมของข้อมูลสัมพันธภาพในครอบครัวพบว่าการกระจายแบบโค้งปกติ เนื่องจากมีลักษณะเป็นโค้งรูประฆังคว่ำที่สมมาตรกัน มีค่าเฉลี่ย 45.95 ค่าฐานนิยม 47.00 และค่ามัธยฐาน 49.00 ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกัน (ผ่านข้อตกลงเบื้องต้น)

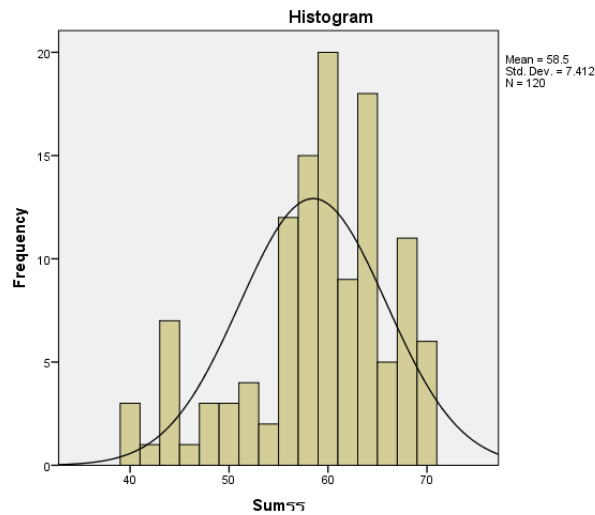
2.1.5 การสนับสนุนทางสังคม



ภาพ 6 แผนภูมิฮิสโตแกรมของข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม

จากแผนภูมิฮิสโตแกรมของข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมพบว่าการกระจายแบบโค้งปกติ เนื่องจากมีลักษณะเป็นโค้งรูประฆังคว่ำที่สมมาตรกัน มีค่าเฉลี่ย 60.55 ค่าฐานนิยม 63.00 และค่ามัธยฐาน 62.00 ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกัน (ผ่านข้อตกลงเบื้องต้น)

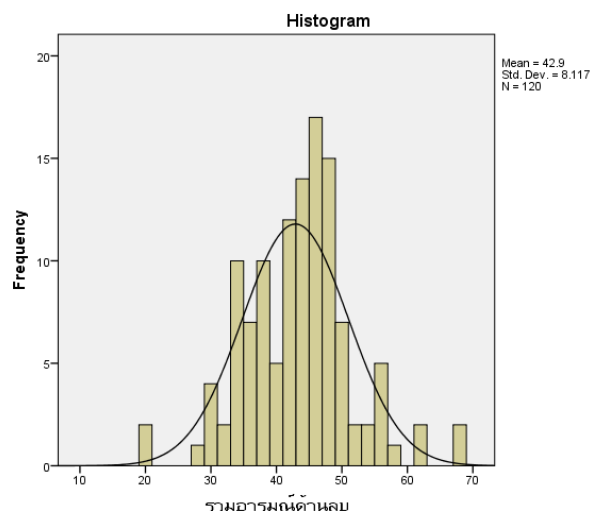
2.1.6 การรับรู้ความรุนแรงของโรค



ภาพ 7 แผนภูมิฮิสโตแกรมของข้อมูลการรับรู้ความรุนแรงของโรค

จากแผนภูมิฮิสโตแกรมของข้อมูลการรับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่าการกระจายแบบโค้งปกติ เนื่องจากมีลักษณะเป็นโค้งรูประฆังคว่ำที่สมมาตรกัน มีค่าเฉลี่ย 59.50 ค่าฐานนิยม 60.00 และ ค่ามัธยฐาน 58.50 ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกัน (ผ่านข้อตกลงเบื้องต้น)

2.1.7 การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ



ภาพ 8 แผนภูมิฮิสโตแกรมของข้อมูลการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ

จากแผนภูมิฮิสโตแกรมของข้อมูลการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ พบว่ามีการกระจายแบบโค้งปกติ เนื่องจากมีลักษณะเป็นโค้งรูประฆังคว่ำที่สมมาตรกัน มีค่าเฉลี่ย 42.90 ค่าฐานนิยม 43.00 และ ค่านัยฐาน 43.00 ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกัน (ผ่านข้อตกลงเบื้องต้น)

2.2 ค่าความเบ้ (Skewness) และความโด่ง (kurtosis) ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีการแจกแจงเป็นปกติโดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์ความเบ้และค่าสัมประสิทธิ์ความโด่งของการแจกแจงข้อมูล (statistic skewness & statistic kurtosis) อยู่ในช่วง ± 3 พิจารณาผลการทดสอบการกระจายแบบโค้งปกติด้วยค่าความเบ้และความโด่ง ดังแสดงในตารางที่ 11

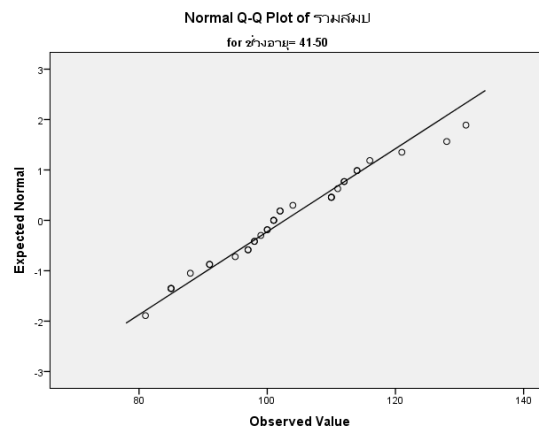
ตาราง 11 ค่าความเบ้ ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของความเบ้ ค่าความโด่ง ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของความโด่งและผลทดสอบการกระจายแบบโค้งปกติด้วยค่าความเบ้และค่าความโด่ง

ตัวแปร	Skewness			Kurtosis		
	Statistic	Std.Error	standardized	Statistic	Std.Error	standardized
1. อายุ	-.477	-.221	2.158	-.700	.438	-1.598
2. ระยะเวลาในการดูแล	.052	.221	.325	-.359	.438	-.820
3. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล	-.235	.221	-1.06	.249	.438	.568
4. สัมพันธภาพในครอบครัว	-.189	.221	-.855	-.726	.438	-1.658
5. การสนับสนุนทางสังคม	-.284	.221	-1.29	-.349	.438	-.797
6. การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.051	.221	.230	.111	.438	.253
7. การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ	.153	.221	.692	1.002	.438	2.288
8. ความสามารถในการปฏิบัติ	.584	.221	2.643	.763	.438	1.742

จากค่าสัมประสิทธิ์ความเบ้และค่าสัมประสิทธิ์ความโด่งของการแจกแจงข้อมูล (statistic skewness & statistic kurtosis) อยู่ในช่วง ± 3 แสดงว่าข้อมูล อายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ และความสามารถในการปฏิบัติ มีการกระจายแบบโค้งปกติ (ผ่านข้อตกลงเบื้องต้น)

3. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) พิจารณาจากลักษณะการกระจายของข้อมูลแผนภาพกระจาย (scatter plot) กราฟที่ได้ควรมีลักษณะเป็นเส้นตรง (บุญใจ, 2553)

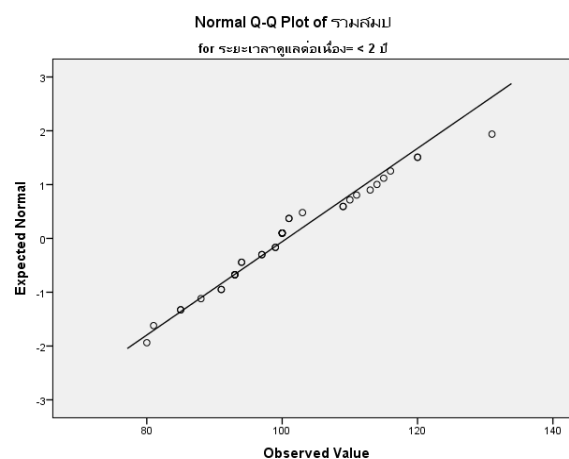
3.1 ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างข้อมูลอายุกับความสามารถในการปฏิบัติ



ภาพ 9 แผนภาพการกระจายระหว่างข้อมูลอายุกับความสามารถในการปฏิบัติ
ในการทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างข้อมูลอายุกับความสามารถในการปฏิบัติ (ผ่านข้อตกลงเบื้องต้น)

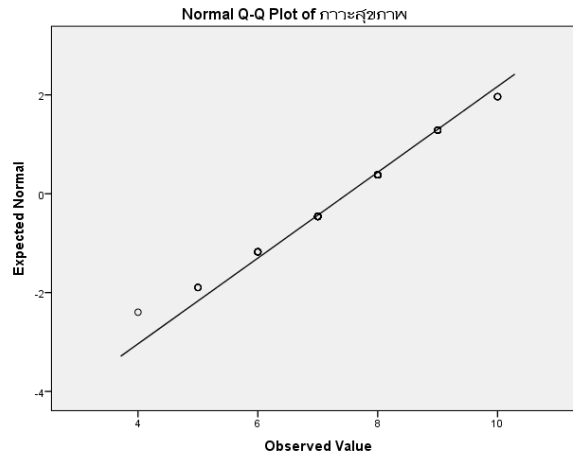
3.2 ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างข้อมูลระยะเวลาในการดูแลกับความ
สามารถในการปฏิบัติ



ภาพ 10 แผนภาพการกระจายระหว่างข้อมูลระยะเวลาในการดูแลกับความ
สามารถในการปฏิบัติในการทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างข้อมูลระยะเวลาในการดูแลกับความ
สามารถในการปฏิบัติ (ผ่านข้อตกลงเบื้องต้น)

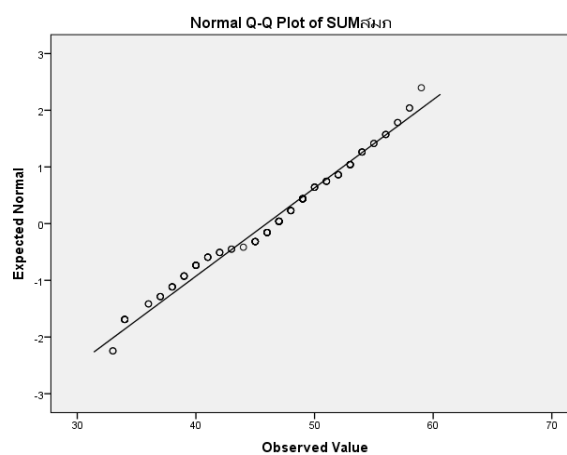
3.3 ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างข้อมูลภาวะสุขภาพกับความสามารถใน
การปฏิบัติ



ภาพ 11 แผนภาพการกระจายระหว่างข้อมูลภาวะสุขภาพกับความสามารถ
ในการปฏิบัติในการทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างข้อมูลภาวะสุขภาพกับความสามารถใน
การปฏิบัติ(ผ่านข้อตกลงเบื้องต้น)

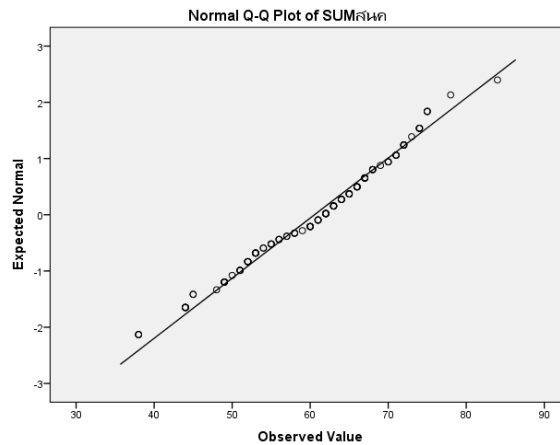
3.4 ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างข้อมูลสัมพันธ์ภาพในครอบครัวกับความ
สามารถในการปฏิบัติ



ภาพ 12 แผนภาพการกระจายระหว่างข้อมูลสัมพันธ์ภาพในครอบครัวกับความ
สามารถในการปฏิบัติในการทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างข้อมูลสัมพันธภาพในครอบครัวกับความ
ความสามารถในการปฏิบัติ(ผ่านข้อตกลงเบื้องต้น)

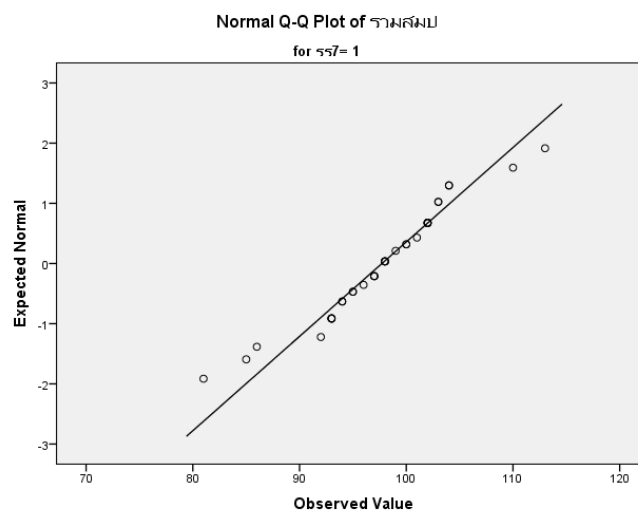
3.5 ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมกับ
ความสามารถในการปฏิบัติ



ภาพ 13 แผนภาพการกระจายระหว่างข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมกับ
ความสามารถในการปฏิบัติในการทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมกับ
ความสามารถในการปฏิบัติ (ผ่านข้อตกลงเบื้องต้น)

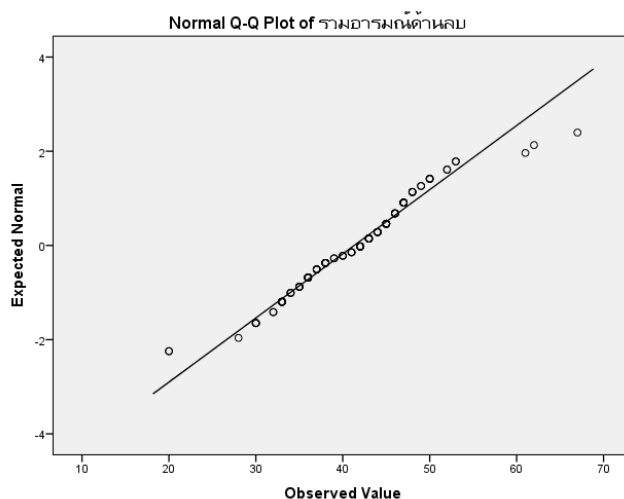
3.6 ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างข้อมูลการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับ
ความสามารถในการปฏิบัติ



ภาพ 14 แผนภาพการกระจายระหว่างข้อมูลการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับความสามารถ
ในการปฏิบัติในการทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างข้อมูลการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับความสามารถในการปฏิบัติ (ผ่านข้อตกลงเบื้องต้น)

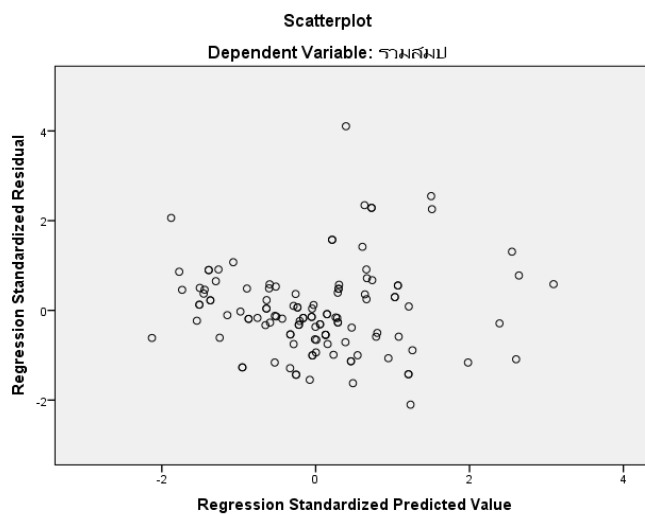
3.7 ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างข้อมูลการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบกับความสามารถในการปฏิบัติ



ภาพ 15 แผนภาพการกระจายระหว่างข้อมูลการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบกับความสามารถในการปฏิบัติในการทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างข้อมูลการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบกับความสามารถในการปฏิบัติ (ผ่านข้อตกลงเบื้องต้น)

4. ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedascity)



ภาพ 16 การกระจายความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์

จากภาพการกระจายใน Scattet plot โดยพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standardized residuals values ZRESID) บนแกนแนวนอนและค่าประมาณ Y ในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standardized predicted values หรือ ZPRED) บนแกนแนวตั้ง X (กัลยาและฐิตา, 2560; บุญใจ, 2553) พบว่าค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์กระจายบริเวณค่าศูนย์ จึงกล่าวได้ว่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedascity) (บุญใจ, 2553) (ผ่านข้อตกลงเบื้องต้น)

5. ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความเป็นอิสระจากกัน (Autocorrelation) (บุญใจ, 2553) โดยพิจารณาจากการทดสอบเดอร์บิน – วัตสัน (Durbin – Watson) ซึ่งควรมีค่าเข้าใกล้ 2 หรือมีค่าในช่วง 1.5 - 2.5 ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ค่าทดสอบเดอร์บิน – วัตสันเท่ากับ 2.008 แสดงว่าตัวแปรอิสระ ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ไม่มีความสัมพันธ์ภายในตัวเอง (ผ่านข้อตกลงเบื้องต้น)

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.634 ^a	.402	.365	9.795	2.008

a. Predictors: (Constant), รวมอารมณ์ด้านลบ, รวมระยะเวลาดูแลต่อเนื่อง, I, ภาวะสุขภาพ, รวมสัมพันธภาพ, รวมอายุ, รวมสนับสนุนทางสังคม, รวมการรับรู้ความรุนแรง

b. Dependent Variable: รวมความสามารถในการปฏิบัติ

ภาพ 17 ผลการทดสอบค่าความคลาดเคลื่อนที่เป็นอิสระต่อกัน

6. ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง (multicollinearity) โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม โดยพิจารณาจากค่าต่อไปนี้

6.1 วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ทดสอบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวแปรอิสระแต่ละคู่ ไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง เมื่อมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันไม่เกิน .65 (Burn & Grove, 2009) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ตัวแปรอิสระ ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันอยู่ระหว่าง .192 - .363 ซึ่งไม่เกิน .65 แสดงว่าตัวแปรอิสระทั้ง 7 ตัวแปร ไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง (ผ่านข้อตกลงเบื้องต้น)

Correlations

		รวม สัมพันธ์ภาพ	รวมช่วง อายุ	รวมระยะ เวลาดูแล	รวมภาวะ สุขภาพ	รวมการรับรู้ ความรุนแรง	รวม สนับสนุน ทางสังคม	รวมอารมณ์ ด้านลบ
	รวม สัมพันธ์ภาพ	รวม สัมพันธ์ภาพ	รวม สัมพันธ์ภาพ	รวม สัมพันธ์ภาพ	รวม สัมพันธ์ภาพ	รวม สัมพันธ์ภาพ	รวม สัมพันธ์ภาพ	รวม สัมพันธ์ภาพ
รวมสัมพันธ์ภาพ	Pearson Correlation	.192*	1	-.267**	.085	.069	-.439**	.347**
	Sig. (2-tailed)	.036		.003	.355	.451	.000	.000
	N	120	120	120	120	120	120	120
รวมอายุ	Pearson Correlation	.215*	-.267**	1	.202*	-.094	.203*	-.129
	Sig. (2-tailed)	.019	.003		.027	.309	.026	.162
	N	120	120	120	120	120	120	120
รวมระยะเวลา ดูแลต่อเนื่อง	Pearson Correlation	.200*	.085	.202*	1	-.080	.105	-.030
	Sig. (2-tailed)	.028	.355	.027		.388	.252	.748
	N	120	120	120	120	120	120	120
รวมภาวะ สุขภาพ	Pearson Correlation	.202*	.069	-.094	-.080	1	.076	.100
	Sig. (2-tailed)	.027	.451	.309	.388		.410	.277
	N	120	120	120	120	120	120	120
รวมการรับรู้ ความรุนแรง	Pearson Correlation	.363**	-.439**	.203*	.105	.076	1	-.212*
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.026	.252	.410		.020
	N	120	120	120	120	120	120	120
รวมการ สนับสนุนทาง สังคม	Pearson Correlation	.215*	.347**	-.129	-.030	.100	-.212*	1
	Sig. (2-tailed)	.018	.000	.162	.748	.277	.020	
	N	120	120	120	120	120	120	120
รวมอารมณ์ ด้านลบ	Pearson Correlation	.100	.124	.092	-.016	.073	-.117	.283**
	Sig. (2-tailed)	.276	.178	.315	.866	.430	.204	.002
	N	120	120	120	120	120	120	120

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

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

ภาพ 18 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาดูแล ภาวะสุขภาพ สัมพันธ์ภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการแสดงออกทางอารมณ์ ด้านลบ

6.2 วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในชุดเดียวกัน (collinearity) โดยพิจารณาจากค่าการยอมรับหรือความคลาดเคลื่อนยินยอม (tolerance) และค่าองค์ประกอบความแปรปรวนที่สูงเกินความเป็นจริง (Variance Inflation Factor หรือ VIF) ค่าการยอมรับหรือความคลาดเคลื่อนยินยอม (tolerance) ปกติมีค่าตั้งแต่ 0 -1 ถ้าค่าเข้าใกล้ 1 แปลว่าตัวแปรเป็นอิสระจากกันและมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นต่ำ แต่ ถ้าค่าเข้าใกล้ 0 มากเท่าใดแสดงว่าตัวแปรอิสระนั้นมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น ๆ สูง (บุญใจ, 2553) ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเองสูงต้องมีค่าการยอมรับหรือความคลาดเคลื่อนยินยอมน้อยกว่า .10 (สำราญ, 2557) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ค่าการยอมรับหรือความคลาดเคลื่อนยินยอมเท่ากับ .681-.954 ซึ่งมีค่ามากกว่า .10 แสดงว่าตัวแปรอิสระ

ไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง (ผ่านข้อตกลงเบื้องต้น) ส่วนค่าองค์ประกอบความแปรปรวนที่สูงเกินความเป็นจริง (Variance Inflation Factor หรือ VIF) โดยปกติมีค่าสูงสุดไม่เกิน 10 หากมีค่ามากกว่า 10 แสดงว่าตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเองสูง (กัลยาและฐิตา, 2560) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่าค่าองค์ประกอบความแปรปรวนที่สูงเกินความเป็นจริงอยู่ในช่วง 1.048 – 1.468 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 10 แสดงว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง (ผ่านข้อตกลงเบื้องต้น)

Coefficients ^a							
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1 (Constant)	5.293	12.020		.440	.661		
ช่วงอายุ	2.143	.724	.235	2.958	.004	.847	1.181
ระยะเวลาดูแลต่อเนื่อง	1.632	1.506	.083	1.084	.281	.910	1.099
ภาวะสุขภาพ	.921	.483	.142	1.906	.059	.954	1.048
รวมการรับรู้ความรู้แรงของโรค	.517	.085	.513	6.120	.000	.760	1.315
รวมการสนับสนุนทางสังคม	.268	.109	.200	2.465	.015	.810	1.234
รวมสัมพันธ์ภาพ	.734	.166	.391	4.412	.000	.681	1.468
รวมอารมณ์ด้านลบ	.040	.126	.025	.317	.752	.890	1.123

a. Dependent Variable: รวมความสามารถในการปฏิบัติ

ภาพ 19 ผลการทดสอบค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในชุดเดียวกัน

ภาคผนวก จ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง/สังกัด
1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อีสระมาลัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา
2. นายแพทย์ธนูรัตน์ พุทธิชาติ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา จังหวัดสงขลา
3. นางเมตตา เลิศเกียรติรัชตะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการผู้ได้รับ วุฒิบัตรผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จังหวัดสงขลา
4. นายสยาม มุสิกะไชย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา จังหวัดสงขลา
5. นางรัชดา ยิ้มซ้าย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ประวัติผู้เขียน

ชื่อนักศึกษา นางสาวชัชวาลย์ สอนกระจำ

รหัสประจำตัวนักศึกษา 6010420024

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
ประกาศนียบัตรพยาบาล ศาสตร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นราธิวาส	2540

ทุนการศึกษา (ที่ได้รับในระหว่างการการศึกษา)

ทุนอุดหนุนการค้นคว้าวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ ปีงบประมาณ 2563 บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี อำเภอเมือง จังหวัด
ปัตตานี