

บทที่ 1

บทนำ

ปัญหาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยมีปัญหาต่าง ๆ เกิดขึ้นมากมาย ทั้งปัญหาใหญ่ระดับประเทศ ปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ทันที ปัญหาที่ไม่สามารถที่จะคาดการณ์ล่วงหน้าได้ และปัญหาที่กำลังทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ จนกระทั่งกลายเป็นปัญหาสำคัญที่ไม่สามารถแก้ไขได้ในอนาคต เช่น ปัญหายาเสพติดที่กำลังแพร่ระบาดในกลุ่มเด็ก และเยาวชน ข้อมูลกลุ่มอายุของผู้เข้าบำบัดรักษาพบว่ากลุ่มอายุน้อยมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 15-19 ปี โดยในปี 2552 ปรากฏว่ากลุ่มอายุ 15-19 ปี เป็นกลุ่มหลักของผู้เข้ามาบำบัดรักษาแทนกลุ่มอายุ 20-24 ปีเดิม ซึ่งให้เห็นว่ากลุ่มเด็กและเยาวชนมีแนวโน้มเข้ามาเกี่ยวข้องกับยาเสพติดมากขึ้น (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2553) การแก้ปัญหาดังกล่าว เหล่านี้จะเกิดขึ้นได้และประสบความสำเร็จ ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐบาล ภาคเอกชน และภาคประชาชน สถานการณ์ปัญหาเสพติดมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2548 เป็นต้นมา เห็นได้จากจำนวนผู้ต้องหาที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น จาก 79,319 คน ในปี พ.ศ. 2548 เป็น 185,042 คน ในปี 2552 ทางด้านผู้เข้ารับการบำบัดรักษาก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน จากเดิม 42,920 คน ในปี 2548 เป็น 106,686 คน ในปี 2552 (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2553) ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2549-30 มิถุนายน 2550 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาทั้งหมด 30,311 ราย ซึ่งพบว่าหลังจากการบำบัดครบกำหนดแล้วมีการกลับไปเสพซ้ำร้อยละ 2.13 (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2551) สาเหตุการกลับไปเสพซ้ำเกิดจากความพร้อมของตัวผู้ป่วยเป็นส่วนสำคัญที่สุด โดยมีปัจจัยครอบครัว สังคม และสภาพแวดล้อมเป็นองค์ประกอบผลักดัน (สุพจน์ ชูดีดำรง, 2544) สาเหตุอีกอย่างหนึ่งที่เป็นไปได้ คือ การขาดการประเมินผลการรักษาอย่างครอบคลุม การประเมินผลการรักษาในปัจจุบันเน้นผลลัพธ์ทางคลินิกและการเลิกยาเสพติดได้เป็นหลัก มิได้มีการประเมินผลในเรื่องคุณภาพชีวิตทางจิตใจหรือสังคม การวัดผลลัพธ์การรักษาควรมีการประเมินคุณภาพชีวิต (quality of life หรือ QOL) ของผู้ป่วยด้วย การติดยาเสพติดส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ จึงควรต้องประเมินผลการรักษาให้ครอบคลุม เพื่อป้องกันปัญหาที่ยังคงมีอยู่หลังการรักษาเพื่อแก้ไขต่อไป

การวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (health-related quality of life) ได้รับความสนใจอย่างกว้างขวางในการวัดผลลัพธ์ของวิธีการรักษาโรค การวัดผลด้านนี้เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้มีความสำคัญเพราะเป็นข้อมูลที่มาจากผู้ป่วยโดยตรง การวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนี้มักใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวัด เนื่องจากสามารถเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยได้โดยตรงในเวลาอัน

สั้น อย่างไรก็ตามปัญหาที่พบในปัจจุบันคือ ยังไม่มีแบบสอบถามมาตรฐานที่เป็นภาษาไทย สำหรับการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ติดยา การนำแบบสอบถามของต่างประเทศมาแปล เพื่อใช้ในคนไทย เป็นทางเลือกหนึ่ง แต่อาจประสบปัญหาบางประการ เช่น ค่าลิขสิทธิ์ของแบบสอบถาม ความแตกต่างด้านวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ผู้ศึกษาในฐานะปฏิบัติงานด้านยาเสพติดจึงสนใจพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ติดยาเสพติด เนื่องจากข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในการนำมาพิจารณาวางแผนและประเมินผลในการรักษา การนำแบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับบุคคลทั่วไป เช่น SF-36 มาใช้กับผู้ติดยาเสพติดมีความไม่เหมาะสม เนื่องจากผู้ติดยาเสพติดจัดเป็นประชากรกลุ่มพิเศษ ซึ่งมีอาการทางกาย จิตใจ อารมณ์และพฤติกรรมในมิติที่แตกต่างจากผู้คนทั่วไป เช่น ประเด็นความปลอดภัยในชีวิต ความต้องการยาเสพติด อาการถอนพิษยา เป็นต้น ซึ่งมิติเหล่านี้ไม่มีในแบบวัดทั่วไป นั่นคือ แบบวัดคุณภาพชีวิตทั่วไปจะเน้นวัดในแง่ผลของความเจ็บป่วย แต่ไม่ได้รวมคุณภาพชีวิตด้านอื่น ๆ ซึ่งสำคัญต่อผู้ป่วยติดยาไว้ (Leple'ge and Hunt, 1997) Metzger และ O'Brien (1990) พบว่าแบบวัดทั่วไปเน้นความสำคัญในด้านสุขภาพความสามารถในการทำงาน บทบาททางสังคม และความบกพร่องจากการเจ็บป่วย มิติที่สำคัญประการหนึ่งของมนุษย์ ซึ่งมีความเกี่ยวเนื่องกับความเป็นอยู่ที่ดีได้ถูกตัดออก ซึ่งมิติเหล่านั้นเป็นมิติที่สำคัญในผู้ใช้สารเสพติด นอกจากนี้ความหมายของคุณภาพชีวิตที่ใช้ในแบบวัดทั่วไป โดยมากเป็นความหมายที่แคบ ซึ่งเป็นข้อจำกัดเมื่อนำมาใช้กับผู้ป่วยซึ่งใช้สารเสพติด งานวิจัยในอดีตนำแบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับโรคทั่วไป เช่น แบบวัด SF-36 มาใช้ประเมินผลการรักษาผู้ป่วยติดยาเสพติดชนิดฉีด (Wachtel et al., 1992; Ryan and White, 1996; Torrens et al., 1997; Stein et al., 1998) พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในด้านร่างกายและด้านจิตใจต่ำกว่าบุคคลทั่วไปมาก ทำให้ผู้ป่วยถูกจัดอยู่ในกลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำมาก และแบบวัดขาดความไวต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิต เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษา นั่นคือ คะแนนของผู้ป่วยต่ำมาก แม้อาการติดยาจะกระเตื้องขึ้น แต่คะแนนคุณภาพชีวิตก็ยังไม่กระเตื้อง ทำให้แบบวัดทั่วไปใช้ไม่ได้ในผู้ป่วยติดยา (Carretero et al., 1996; Wu et al., 1997) ส่วนแบบวัดคุณภาพเฉพาะผู้ติดยาเสพติดที่มี ได้แก่ IDUQOL (Injection Drug User Quality of Life Scale) แต่เป็นแบบวัดซึ่งใช้กับผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นอย่างเดียว และแบบวัด QOL-DA (Quality of Life Scale for Drug Addicts) ซึ่งเป็นภาษาจีนและยังไม่ได้ทดสอบความตรงในฉบับภาษาอังกฤษ งานวิจัยทดสอบแบบวัดฉบับภาษาจีนมีเพียง 1 การศึกษา แบบวัดนี้วัดคุณภาพชีวิตเพียง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และอาการถอนพิษยา ซึ่งยังขาดด้านที่สำคัญ เช่น ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านระดับความเป็นอิสระ และด้านจิตวิญญาณ เป็นต้น ในประเทศไทยมีการพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ติดยาเสพติดทั่วไป คือ DAQOL (Drug Addicts Quality of Life Scale) โดยเภสัชกรหญิงเสาศาหรือ โสคาติส (2548) แบบวัดประกอบด้วย 18 มิติย่อย ครอบคลุม 7 ด้าน คือ ด้านร่างกาย (physical domain) ด้านจิตใจ (psychological domain) ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (level of independence) ด้าน

ความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (spirituality religion/personal beliefs) และด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม (overall quality of life) ผลการศึกษาพบว่า ความเที่ยงของแบบวัดทั้ง 18 ด้านอยู่ในช่วง 0.65-0.91 การทดสอบความไวพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนในด้านต่าง ๆ เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษา 12 วัน เช่น พบการเปลี่ยนแปลงในมิติอาการนอนพิชยา มิติการนอนหลับพักผ่อน มิติความต้องการยาเสพติด มิติอารมณ์ มิติการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นต้น ค่าความตรงของแบบวัดอยู่ในระดับที่น่าพอใจ โดย DAQOL สามารถแยกความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยในระยะติดตามผลและผู้ป่วยในระยะนอนพิชยาได้ ผู้ป่วยซึ่งใช้สารเสพติด 1 2 และ 3 ชนิดมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ผู้ป่วยซึ่งได้รับการบำบัดรักษายาเสพติดจำนวน 1 ครั้ง และผู้ที่บำบัดตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไปก็มีความแตกต่างกันในเรื่องคุณภาพชีวิตเมื่อวัดด้วย DAQOL ผลการค้นพบบ่งชี้ว่าแบบวัดมีความตรง อย่างไรก็ตาม จำนวนตัวอย่างในการศึกษาดังกล่าวมีน้อย (n=200) ทำให้ไม่สามารถใช้สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเพื่อศึกษาความตรงของแบบวัดได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมาจากสถานบริการเพียง 3 แห่ง คือ ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดสงขลา ปัตตานี และโรงพยาบาลสงขลา ในปี 2551 ได้มีการทดสอบคุณสมบัติของแบบวัด DAQOL โดยเกษกรหญิงสิรินรัตน์ นิยมธรรม (2551) ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจพบว่าคำถามใน 14 มิติของแบบวัด DAQOL มีการเกาะกลุ่มกันตามที่ผู้สร้างแบบวัดวางไว้ ส่วนอีก 4 มิติควรได้รับการปรับปรุงข้อความ ได้แก่ มิติอาการนอนพิชยา มิติความคิด ความจำ และสมาธิ มิติการพึ่งพิงการรักษาและมิติเพศสัมพันธ์ ความเที่ยงของแบบวัด 12 มิติอยู่ในระดับที่น่าพอใจ ($\alpha > 0.7$) ยกเว้นมิติความคิด ความจำ และสมาธิ มิติการดำเนินชีวิตประจำวัน มิติเพศสัมพันธ์ มิติเพื่อนฝูง มิติความเป็นอิสระ ความปลอดภัย ความมั่นคงในชีวิต และมิติสุขภาพและการรักษาจากสังคม มีค่า $\alpha < 0.7$ เล็กน้อย (0.60-0.69) การทดสอบความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของแบบวัด พบว่าหลังให้การรักษาไป 12 วันพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ในมิติอาการนอนพิชยา มิติความต้องการยาเสพติด มิติอารมณ์ มิติการนับถือตนเอง มิติการพึ่งพิงการรักษา และมิติความเป็นอิสระ ความปลอดภัย ความมั่นคงในชีวิต แบบวัด DAQOL สามารถบอกความแตกต่างในกลุ่มผู้ป่วยนอกระยะนอนพิชยากับผู้ป่วยระยะติดตามผลได้ DAQOL ยังสามารถบอกความแตกต่างในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดชนิดอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ยาบ้าและเฮโรอีน และผู้ซึ่งใช้ยาบ้าหรือเฮโรอีนอย่างใดอย่างหนึ่ง กับผู้ที่ใช้ทั้งยาบ้าและเฮโรอีนร่วมกันได้ นอกจากนี้ DAQOL ยังสามารถบอกความแตกต่างของผู้ป่วยซึ่งเข้าบำบัด 1 ครั้ง กับผู้ป่วยซึ่งเข้าบำบัด 4 ครั้งขึ้นไปได้ ในปี 2552 ได้มีการทดสอบความเที่ยงและความตรงของแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ติดยาเสพติด (DAQOL) ในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ (N=986) โดยเกษกรหญิงเสาดาทรอ โสดาติส (2552) ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจพบว่าคำถามใน 8 มิติของแบบวัด DAQOL มีการเกาะกลุ่มกันตามที่ผู้สร้างแบบวัดวางไว้ คำถามในมิติการปลอดภัย

อาการถอนพิษยาแยกกันอยู่ใน 3 มิติ มิติความคิด ความจำ สมาธิและมิตีอารมณ์แยกเป็น 2 มิติ อีก 6 มิติควรได้รับการปรับปรุงข้อคำถาม ได้แก่ มิติการนอนหลับพักผ่อน มิติการดำเนินชีวิตประจำวัน มิติการไม่ต้องพึ่งพิงการรักษา มิติเพื่อนฝูง มิติความเป็นอิสระ ความปลอดภัย ความมั่นคงในชีวิต และมิติสุขภาพและการรักษาจากสังคม ส่วนมิติเพศสัมพันธ์ได้มีการพิจารณาตัดออก ความเที่ยงของแบบวัด 20 มิติอยู่ในระดับที่น่าพอใจ ($\alpha > 0.7$) ยกเว้นมิติแหล่งเงิน มีค่า $\alpha < 0.7$ เล็กน้อย (0.67) การทดสอบความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของแบบวัด พบว่าหลังให้การรักษาไป 12 วัน พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ในมิติการปลอดจากอาการถอนพิษยาต้านอาการทางจิตเวช มิติการไม่ต้องพึ่งพิงการรักษา มิติการนับถือตนเอง มิติการดำเนินชีวิตประจำวัน มิติการทำงาน มิติครอบครัว มิติเพื่อนฝูง มิติจิตวิญญาณ และด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม เมื่อเปรียบเทียบ Effect size พบว่า DAQOL มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงมากกว่า SF-36 ในด้านจิตใจ และด้านระดับความเป็นอิสระ DAQOL มีความสัมพันธ์กับทุกมิติของ SF-36 ตามคาดหวัง ยกเว้น ในมิติการดำเนินชีวิตประจำวัน ของ DAQOL กับด้านคำถามเปรียบเทียบสุขภาพของ SF-36 เพียงมิติเดียว แสดงว่าแบบวัด DAQOL มีความตรงเชิงโครงสร้าง แบบวัด DAQOL สามารถบอกความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยในระยะติดตามผลกับผู้ป่วยในระยะถอนพิษยาได้ ยกเว้น มิติความคิด สมาธิ มิติการดำเนินชีวิตประจำวัน มิติการทำงาน มิติครอบครัว มิติสุขภาพและการรักษาจากสังคม และมิติจิตวิญญาณ DAQOL สามารถบอกความแตกต่างในกลุ่มผู้ป่วยซึ่งใช้ยาบ้าเพียงชนิดเดียวกับผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยเฉพาะด้านสุขภาพร่างกาย นอกจากนี้ DAQOL ยังสามารถบอกความแตกต่างตามจำนวนครั้งในการกลับเข้ารับรักษาของผู้ป่วยซึ่งเข้าบำบัด 1 ครั้ง และผู้ป่วยซึ่งเข้ารับการรักษาบำบัดมากกว่า 5 ครั้งขึ้นไปได้ ในมิติการปลอดจากอาการถอนพิษยาต้านอาการทางกายทั่วไป มิติการปลอดจากอาการถอนพิษยาต้านระบบกล้ามเนื้อและกระดูก มิติการปลอดจากอาการถอนพิษยาต้านอาการทางจิตเวช มิติการนอนหลับพักผ่อน มิติการไม่พึ่งพิงยาเสพติด มิติอารมณ์ด้านความรู้สึกซึมเศร้า มิติอารมณ์ด้านความวิตกกังวล มิติความจำ มิติการไม่ต้องพึ่งพิงการรักษา มิติครอบครัว มิติเพื่อนฝูง และด้านคุณภาพชีวิต โดยรวมแล้วแบบวัด DAQOL มีความเที่ยงและความตรงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่เนื่องจากแบบวัดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้ติดสารเสพติดทุกชนิด โดยใช้แบบวัดเดียวกัน ซึ่งผู้ติดสารเสพติดแต่ละชนิดอาจมีอาการทางกาย อาการถอนพิษยา หรืออารมณ์ที่แตกต่างกัน ทำให้แบบวัดที่ได้วัดคุณภาพชีวิตได้ไม่ตรงกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดสารเสพติดแต่ละชนิด ในฐานะผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติด ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการที่จะพัฒนาแบบวัดอาการถอนพิษยา DAQOL ในขั้นต่อไป โดยพัฒนาแยกเฉพาะสารเสพติด ในขั้นแรกจะศึกษาในสารเสพติด 3 ตัว คือ เฮโรอีน ยาบ้า และกัญชา เนื่องจากยาเสพติดทั้งสามตัวเป็นยาเสพติดที่เป็นปัญหามากที่สุดในสามอันดับแรก (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2551) การพัฒนามีเพื่อให้ได้แบบวัดเฉพาะสารเสพติดที่มีความตรง ความเที่ยงและมีความครอบคลุมเหมาะสมกับคนไทยมากที่สุด

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ติดสารเสพติดประเภทเฮโรอีน ยาบ้า กัญชา ให้มีความตรงและความเที่ยง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ติดสารเสพติดประเภทเฮโรอีน ยาบ้า กัญชา ที่ได้สามารถนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจในการวางแผน กำหนดนโยบาย และประเมินผลในการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานที่นำไปใช้ประโยชน์ : หน่วยงานที่มีการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด