

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

แนวคิดเรื่องคุณภาพชีวิต

แนวเรื่องคุณภาพชีวิต (quality of life) เป็นแนวคิดที่เกิดขึ้นในราวปี 1970 ในประเทศตะวันตก สำหรับประเทศไทย แนวคิดเรื่องคุณภาพชีวิตปรากฏเป็นครั้งแรกในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 3 (2515-2519) ซึ่งเป็นช่วงที่การเมืองไทยผันผวนเป็นอย่างมาก แนวคิดนี้เกิดจากการพิจารณาว่าประเทศไทยได้มีการเจริญทางเศรษฐกิจและรายได้ประชาชาติเพิ่มมากขึ้น แต่การกระจายรายได้กลับไม่เป็นธรรม คนส่วนใหญ่ของประเทศกลับยากจน ดังนั้นประเทศควรจะได้รับการพัฒนาในแง่ของการสร้างคุณภาพชีวิตให้แก่คนในสังคม โดยเฉพาะคนด้อยโอกาส เช่น เกษตรกร ผู้ใช้แรงงาน ผู้สูงอายุ ผู้พิการ เป็นต้น (ฉวีวรรณ เรืองทัย, 2541)

ความหมายคุณภาพชีวิต

ความหมาย “คุณภาพชีวิต” ได้มีผู้นิยามไว้ในลักษณะต่าง ๆ กันไป เช่น

ดร.นิพนธ์ คันธเสวี ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิต หมายถึง สภาพความเป็นอยู่ของบุคคลในด้านอารมณ์ สังคม ความคิด และจิตใจ ซึ่งรวมเอาทุกด้านของชีวิตมนุษย์ไว้หมด ถ้าสภาพความเป็นอยู่ดังกล่าวนี้ของบุคคลไม่ดี ไม่น่าพอใจ ก็แสดงว่าคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นต่ำกว่าความคาดหมาย (สมจิตต์ สุวรรณหัตสน์และนิภา มนูญปิจู, 2525)

นิโคลัส เบนเนท ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตของบุคคลประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนแรกบุคคลได้มีสิ่งที่เป็นแก่ความต้องการของชีวิต เช่น อาหาร บ้านเรือน ที่อยู่ อาศัย เสื้อผ้า สุขภาพแข็งแรงเจ็บป่วยน้อยครั้ง และมีความมั่นคงในชีวิต มีเศรษฐกิจดี สังคมดี สนใจการเมือง ส่วนที่สอง บุคคลมีค่านิยมที่เหมาะสมกับสังคม วัฒนธรรม การเมือง และสิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจ ซึ่งแต่ละบุคคลใช้เป็นรากฐานของการตัดสินใจอันสำคัญในชีวิต มีความสมดุลระหว่างความปรารถนาและความเป็นไปได้ที่จะบรรลุถึงความปรารถนา มีจุดมุ่งหมายชีวิต มีความร่าเริงในครอบครัว (สมจิตต์ สุวรรณหัตสน์และนิภา มนูญปิจู, 2525)

ศาสตราจารย์นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า หมายถึง คุณภาพในด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ การศึกษา การเมืองและศาสนาซึ่งเทียบเคียงที่ไม่แน่นอน กล่าวคือทุกคนหรือทุกประเทศอาจกำหนดคกฏเกณฑ์มาตรฐานต่าง ๆ กันไปตามความต้องการ และความต้องการในคุณภาพชีวิตนี้ย่อมจะเปลี่ยนแปลงไปได้ตามกาลเวลาและภาวะ (สมจิตต์ สุวรรณหัตสน์และนิภา มนูญปิจู, 2525)

Campbel กล่าวว่า คุณภาพชีวิต คือ ความสุข ความพึงพอใจ และความหวังของแต่ละบุคคล ที่มีต่อสถานการณ์ความเป็นอยู่ในขณะนั้น (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2539)

Dalkey และ Rourke ให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นความรู้สึกที่มีต่อความเป็นอยู่ที่ดี หรือความผาสุก ความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ ทั้งในเรื่องสุขภาพ กิจกรรมในชีวิต ความเครียด เป้าหมายของชีวิต คุณค่าในตนเอง ความซึมเศร้า ตลอดจนสังคมและครอบครัว (เสาวลักษณ์ ผาสุวรรณ, 2545)

องค์การ UNESCO (1993) ได้นิยามคำว่า คุณภาพชีวิตไว้ในชุดฝึกอบรมทางการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ระดับความเป็นอยู่ที่ดีของสังคม และระดับความพึงพอใจในความต้องการส่วนหนึ่งของมนุษย์

โดยสรุปแล้ว คุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับการมีชีวิตที่ดี มีความสุขและความพึงพอใจในชีวิตทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคม เป็นการประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ของสังคม สิ่งแวดล้อม ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละคน

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

Health หรือ สุขภาพที่องค์การอนามัยโลกนิยามไว้คือ “ A state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.” หรือ “สุขภาพ คือ สภาวะความสมบูรณ์ของร่างกาย และจิตใจ ตลอดจนความเป็นอยู่ในสังคมที่ดี ไม่หมายรวมเฉพาะการปราศจากโรค หรือความพิการเท่านั้น”

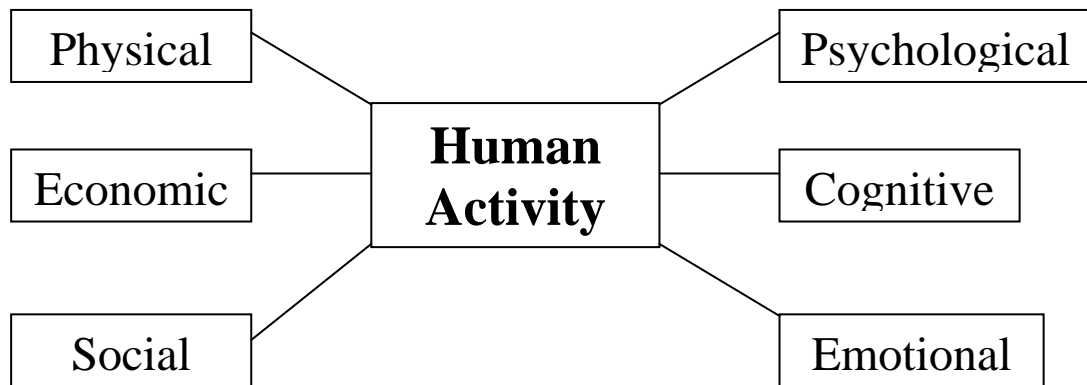
การเคลื่อนไหวของสังคมกลุ่มต่าง ๆ ทั่วทุกมุมโลก ร่วมกันผลักดันให้รัฐบาลประเทศต่าง ๆ ได้ตระหนักถึงการให้ความสำคัญในการดูแลด้านคุณภาพชีวิตมากขึ้น ซึ่งเห็นได้จากนิยามของคำว่า Health ว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปหลังมีการเคลื่อนไหวในปี ค.ศ 1960 ถึงต้นปี ค.ศ 1970 ซึ่งนิยามได้มีความสมบูรณ์มากขึ้นคือ นิยามคำว่าสุขภาพเดิมพิจารณาแค่สุขภาพกาย แต่ได้รับการแก้ไขโดยเพิ่มมิติทางจิตใจ และความเป็นอยู่ที่ดีในสังคมเข้ามาด้วย

องค์การอนามัยโลก (The WHO group, 1994) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่าเป็น มโนทัศน์หลายมิติที่ประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความเชื่อส่วนบุคคลภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล

เมื่อนำนิยามของคำว่าคุณภาพชีวิตและสุขภาพมารวมกัน ก็จะได้นิยามใหม่ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพหรือที่เรียกว่า Health-related Quality of Life (HQOL) ว่า The level of total well-being and satisfaction associated with an individuals life and how this is affected by disease and treatment.

“คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพชีวิต คือ ระดับของความสมบูรณ์ และความพึงพอใจที่ผูกพันกับชีวิตแต่ละบุคคล และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นเมื่อเจ็บป่วย หรือ ได้รับการรักษา”

โครงสร้างของตัวชี้วัดคุณภาพชีวิต (ไกรสร ชัยโรจน์กาญจนา, 2540)



รูปที่ 1 โครงสร้างของตัวชี้วัดคุณภาพชีวิต

การวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจะต้องวัดให้ครบดังรูปข้างต้นนี้ คือ วัดด้านสภาวะร่างกาย จิตใจ ความรับรู้ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

โครงสร้างของตัวชี้วัดคุณภาพชีวิต (Taxonomy of quality of life) ควรประกอบด้วย

Physical well-being คือ ภาวะการรับรู้และดำรงรักษาสุขภาพร่างกายให้มีความแข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข โดยมีการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ เพื่อรักษาสุขภาพร่างกายให้สมบูรณ์

Emotion well-being คือ ภาวะการรับรู้ของสภาพอารมณ์ ความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น และสามารถบริหารจัดการอารมณ์ของตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสมและสร้างสรรค์

Social well-being คือ ภาวะการรับรู้เรื่องการมีสัมพันธภาพของตนเองกับบุคคลอื่นทั้งในกลุ่มเพื่อนร่วมงานและต่อสาธารณชน

Psychological Well-being คือ ภาวะการรับรู้ความสามารถในการควบคุมความวิตกกังวล ความรู้สึกซึมเศร้า ความกลัว ความทุกข์ทรมาน ตลอดจนความรู้สึกเป็นสุข และการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจโดยรวม

Economic Well-being คือ ภาวะการรับรู้เรื่องความเป็นอยู่ที่ดีทางเศรษฐกิจ หรือการกินดี อยู่ดีทางเศรษฐกิจ

Cognitive Well-being คือ ภาวะการรับรู้ที่เกี่ยวกับกระบวนการคิด หรือเกี่ยวกับกระบวนการรับรู้ที่ดี

การวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-related quality of life) (วัชร เลอมานกุล, 2543)

การวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็นที่แพร่หลายเป็นเวลาหลายสิบปีในประเทศต่าง ๆ ในยุโรป และอเมริกา และกำลังได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นจากประเทศในแถบทวีปเอเชีย ในประเทศไทย การวัดคุณภาพชีวิตยังไม่แพร่หลายมาก ปัจจัยที่สำคัญอันหนึ่งคือ การสร้างแบบสอบถามที่มีคุณภาพดีจะต้องใช้เวลานาน และค่าใช้จ่ายสูง เพราะจะต้องได้รับการทดสอบอย่างถี่ถ้วน เพื่อพิสูจน์ว่าแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมีมาตรฐานที่ดีทั้งความตรงและความเที่ยง นอกจากสร้างแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาด้วยตัวเองแล้ว ยังอาจใช้แบบสอบถามที่สร้างโดยผู้อื่น ซึ่งได้มีการพิสูจน์ว่าได้มาตรฐานแล้วมาแปลเป็นภาษาไทย ซึ่งจะเป็นวิธีการที่สะดวกรวดเร็ว และลดค่าใช้จ่ายได้อย่างมาก อย่างไรก็ตามการแปลแบบวัดจากภาษาต่างประเทศ เพื่อให้เข้ากับวัฒนธรรมไทยเป็นสิ่งที่ต้องกระทำอย่างรัดกุม และรักษาไว้ซึ่งมาตรฐานของแบบสอบถามคือ ความตรง และความเที่ยงของต้นฉบับ ซึ่งจะส่งผลให้ข้อมูลจากแบบสอบถามฉบับแปลนั้นสามารถนำไปเปรียบเทียบกับข้อมูลจากต่างประเทศต่าง ๆ ได้ Guillemin และคณะ (1993) ได้เสนอแนวทางการแปลแบบสอบถามคุณภาพชีวิตเป็นภาษาที่ต่างจากภาษาต้นฉบับ โดยรวบรวมจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 712 งานวิจัย และได้สรุปแนวทางจากงานวิจัย 32 งานวิจัยที่ได้คัดเลือกแล้ว ว่ามีแบบแผนที่น่าเชื่อถือ การแปลควรกระทำเป็น 5 ขั้นตอน คือ

- 1) แปล
- 2) แปลกลับ
- 3) ทบทวนทั้งฉบับที่แปลและที่แปลกลับโดยคณะกรรมการ
- 4) ทดสอบความเท่าเทียมกันของภาษาที่ใช้
- 5) ตรวจสอบน้ำหนักของคะแนนที่วัดโดยแบบสอบถาม

การดำเนินการตามขั้นตอนดังกล่าว จะทำให้ได้แบบสอบถามที่ใช้ได้กับกลุ่มคนในวัฒนธรรมต่าง ๆ ตลอดจนสามารถนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกับข้อมูลจากต่างประเทศ และเป็นการประหยัดทรัพยากรกว่าการสร้างแบบสอบถามขึ้นมาใหม่

ความเที่ยงและความตรง (Reliability and validity) (สงวน ลือเกียรติบัณฑิต, 2545)

ความเที่ยง (Reliability) คือการที่แบบวัดนั้นสามารถวัดได้สม่ำเสมอ ได้ผลเหมือนเดิมเมื่อวัดซ้ำ ในการวัดแต่ละครั้งจะมีความคลาดเคลื่อนตามธรรมชาติเกิดขึ้นเสมอ ไม่มีโอกาสที่จะวัดได้ค่าเท่าเดิมทุกครั้ง ปริมาณความคลาดเคลื่อนนี้เอง ที่ทำให้เกิดความไม่เที่ยง ถ้าความคลาดเคลื่อนมีน้อยก็แสดงว่าเครื่องวัดนั้นมีความเที่ยงสูง

ความตรง (Validity) หมายถึงการที่ตัวชี้ (indicators) หรือคำถามในแบบวัด สามารถวัดมโนทัศน์หรือตัวแปรแฝงที่นักวิจัยต้องการได้ เช่น ถ้าคำถามในแบบสอบถาม (ตัวชี้) สามารถวัดทัศนคติต่อวิชาชีพ (ตัวแปรแฝง) ได้ แสดงว่าแบบสอบถามนั้นมีความตรง แต่คำถามนั้นไม่ได้วัด

ทัศนคติแต่ไปวัดความพึงพอใจต่องาน ก็แสดงว่าแบบสอบถามนั้นไม่มีความตรง

ความไวต่อการเปลี่ยนแปลง (Responsiveness หรือ Sensitivity) คือความสามารถในการวัดความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป ถึงแม้จะเป็นความแตกต่างเพียงเล็กน้อย ลักษณะนี้เป็นคุณสมบัติที่จะต้องมีในแบบสอบถามนอกเหนือไปจากความตรงและความเที่ยง

ความตรงและความเที่ยงเป็นเรื่องของระดับ นั่นคือ ไม่มีตัววัดตัวใดที่มีความเที่ยงหรือความตรงสมบูรณ์แบบ แต่ความตรงและความเที่ยงนั้นสามารถประมาณได้เป็นระดับมากน้อย นักวิจัยควรพัฒนาแบบวัดให้มีความตรงและความเที่ยงในระดับที่สูงที่สุดเท่าที่จะทำได้ ภายใต้ขีดจำกัดของงบประมาณ เวลา และข้อจำกัดอื่น ๆ

ความตรงและความเที่ยงอาจไม่มีความสัมพันธ์กัน นั่นคือ เครื่องมือวัดอาจมีความเที่ยงสูง แต่ความตรงอาจต่ำก็ได้ หรือความเที่ยงต่ำแต่ความตรงสูง

วิธีทดสอบความเที่ยง (Reliability test)

การทดสอบความเที่ยงสามารถทำได้ 4 วิธีหลัก ๆ นั่นคือ

1. การทดสอบแล้วทดสอบซ้ำ (Test-retest methods)
2. การใช้แบบวัดที่เสมอเหมือนกัน 2 ชุด (Parallel test)
3. การแบ่งครึ่งแบบวัด (Split half method)
4. การหาความสัมพันธ์ภายใน (Internal consistency)

วิธีทั้ง 4 มีขั้นตอนแตกต่างกัน แต่ท้ายที่สุดจะมีการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง (Reliability coefficient) ออกมา ซึ่งมีค่าได้ตั้งแต่ 0 ถึง 1 โดย 1 หมายถึง ความเที่ยงสูงสุดที่พึงจะมีได้ 0 แสดงถึง การปราศจากความเที่ยงของแบบวัด

1. การทดสอบแล้วทดสอบซ้ำ (Test-retest methods) : เป็นวิธีที่มีหลักการซึ่งง่ายที่สุดใน การประมาณความเที่ยง ทำโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหรือแบบวัด 2 ครั้งในโอกาสที่ต่างกัน เช่น ห่างกัน 1 เดือน โดยกลุ่มตัวอย่างต้องเป็นกลุ่มเดิม ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient) ของคะแนนทั้ง 2 ครั้ง คือค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง (Reliability coefficient) ถ้าคำตอบที่ได้ใน 2 ครั้งเหมือนกันทุกประการ ค่าความเที่ยงจะเป็น 1 แต่ในความจริงความเที่ยงที่ได้จะน้อยกว่า 1 เพราะการตอบ 2 ครั้งจะต่างกัน เนื่องจากการที่ผู้ตอบตีความหมายของแบบวัดต่างจากการตอบแบบสอบถามครั้งเดิม หรือเกิดจากการเพี้ยนเมื่อยล้า ฯลฯ แม้ว่าวิธีการหาความเที่ยงเช่นนี้จะเข้าใจไม่ยาก แต่มีปัญหาหลายประการคือ

- 1) ไม่สะดวกเพราะต้องวัดในตัวอย่างกลุ่มเดียวกัน 2 ครั้ง
- 2) ถ้าช่วงเวลาระหว่างการวัด 2 ครั้งสั้น ค่าความเที่ยงจะสูง เพราะผู้ตอบจำคำตอบของครั้งที่แล้วได้ และพยายามตอบให้เหมือนเดิม

3) ถ้าช่วงเวลาระหว่างการวัด 2 ครั้งยาวนาน อาจมีการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มตัวอย่างในแง่ต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ เช่น การมีเหตุการณ์แทรก (History) การเปลี่ยนแปลงทางด้านต่าง ๆ ของตัวอย่าง (Maturation) ทำให้ตัวแปรที่ต้องการวัดเปลี่ยนไปจากเดิม เหล่านี้ทำให้ค่าความเที่ยงที่ได้มีค่าต่ำเกินจริง

4) ปฏิกริยาตอบสนองต่อการวัดครั้งแรก (Pretest effect) อาจเกิดขึ้น ทำให้ผู้ตอบแบบวัดครั้งที่ 2 ผิดไปจากครั้งแรก ดังนั้นคะแนนของทั้งสองครั้งจึงมีความสัมพันธ์กันต่ำ

2. การใช้แบบวัดที่เสมอเหมือนกัน 2 ชุด (Parallel test) วิธีนี้แก้ข้อเสียของการทดสอบแล้วทดสอบซ้ำ (Test-retest methods) ในเรื่องที่ว่ากลุ่มตัวอย่างอาจจำแบบวัดและคำตอบได้ และพยายามตอบเหมือนเดิม วิธีนี้ผู้วิจัยต้องมีแบบวัด 2 ชุดที่ใช้วัดตัวแปรเดียวกัน และแบบวัดทั้งสองต้องมีความเสมอเหมือนกันทุกประการ (Parallel) แต่มีความแตกต่างกันตรงเนื้อหา ทำให้ผู้ตอบแม้จำคำถามในแบบวัดชุดแรก ก็ไม่มีผลต่อคำถามในแบบวัดชุดที่ 2 วิธีนี้ใช้มากในการศึกษา เพราะสามารถออกข้อสอบหรือแบบวัดที่มีความเสมอเหมือนกันได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องความยากง่าย ค่าความเที่ยงคำนวณจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient) ของคะแนนจากแบบวัดทั้งสอง วิธีนี้อาจให้ตัวอย่างตอบแบบวัดทั้งสองในเวลาเดียวกันหรือต่างเวลากันก็ได้ วิธีนี้แม้ดีว่าการใช้การทดสอบซ้ำ แต่ต้องมั่นใจว่า แบบวัดทั้งสองมีความเสมอเหมือนจริง ๆ มิเช่นนั้นค่าความเที่ยงที่คำนวณได้จะไม่มีความหมาย

3. การแบ่งครึ่งแบบวัด (Split half methods) : วิธีนี้ใช้แบบวัดเพียงอันเดียว โดยแบ่งแบบวัดที่ใช้ออกเป็น 2 ส่วน และให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามทั้ง 2 ส่วนนั้น ในเวลาเดียวกัน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient) ของคะแนนจากทั้ง 2 ส่วน จะนำมาใช้คำนวณค่าความเที่ยง วิธีนี้ถือว่าแบบวัดแต่ละครั้งนั้น เป็นแบบวัดที่มีความเสมอเหมือนกัน ค่าที่ได้คือ ความเที่ยงของแบบสอบถามครึ่งชุด ต้องทำการปรับค่าให้ได้เป็นค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งชุดโดยสูตร Spearman-Brown Prophecy

$$r_{tt} = 2r_{xx}/(1+r_{xx})$$

r_{tt} คือ ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบวัดทั้งชุด

r_{xx} คือ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ได้จากการใช้คะแนนจากแบบสอบถามแบ่งครึ่งสองส่วนมาคำนวณ

การหาความเที่ยงโดยวิธีนี้ก็มีปัญหาเช่นกัน ค่าความเที่ยงจากวิธีนี้จะขึ้นกับการแบ่งกลุ่มคำถามว่านักวิจัยใช้วิธีใดในการแบ่งคำถามออกเป็น 2 กลุ่ม มักมีผู้นิยมใช้ข้อดี หรือข้อคู่เป็นเกณฑ์แบ่ง หรือการใช้คำถามครั้งแรก-ครั้งหลัง หรือการใช้วิธีสุ่ม การแบ่งกลุ่มต่างกัน อาจจะได้ค่าความเที่ยงต่างกัน

4. ความสม่ำเสมอภายใน (Internal consistency or Cronbach alpha) : วิธีนี้ใช้แบบวัดเพียงชุดเดียว และไม่ต้องแบ่งกลุ่มคำถามด้วย วิธีนี้ถือว่าคำถามแต่ละข้อในแบบวัด เป็นแบบวัดย่อย ๆ หรือเป็นตัวชี้ (Indicators) ถ้าตัวชี้วัดแต่ละตัว วัดตัวแปรตัวเดียวกัน ตัวชี้เหล่านี้ย่อมมีความสัมพันธ์กันสูง แต่ถ้าวัดตัวแปรได้ต่างกัน ความสัมพันธ์ย่อมมีค่าไม่สูง สูตรคำนวณหาความสม่ำเสมอภายใน (Internal consistency) ที่นิยมคือ สูตร แอลฟา ครอนบาค (Alpha Cronbach) ค่าที่ประมาณได้ถือว่าเป็นค่าความเที่ยงที่ต่ำที่สุดเท่าที่จะมีได้ (conservative) ทำให้นักวิจัยมีความมั่นใจในการระบุว่าค่านี้คือ ค่าความเที่ยง

ระดับความเที่ยงที่ถือว่าเพียงพอ คือค่าความเที่ยงต้องไม่น้อยกว่า 0.60

ค่าความเที่ยง 0.60-0.65	แสดงว่าแบบวัดมีความเที่ยงไม่ดี
ค่าความเที่ยงระหว่าง 0.65-0.70	แสดงว่าแบบวัดมีความเที่ยงน้อย แต่พอยอมรับได้
ค่าความเที่ยงระหว่าง 0.70-0.80	แสดงว่าแบบวัดมีความเที่ยงดี
ค่าความเที่ยงระหว่าง 0.80-0.90	แสดงว่าแบบวัดมีความเที่ยงดีมาก
ค่าความเที่ยงมากกว่า 0.90	แสดงว่าแบบวัดมีความเที่ยงสูงมาก จนควรพิจารณาลดข้อคำถามลง

หากการวัดทำในรายบุคคล ซึ่งต้องการความถูกต้องสูง เช่น ใช้ในการคัดเลือกบุคคลเข้าทำงาน หรือใช้ตัดสินว่าผู้ป่วยเป็นโรค ต้องได้รับการรักษาหรือไม่ ควรใช้แบบวัดที่มีค่าความเที่ยงสูงเกินกว่า 0.90 แต่ถ้าการวัดทำในกลุ่มคน และต้องการความถูกต้องสูง เช่น ต้องการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง และโรคมะเร็งกึ่งกันบกพร่อง ค่าความเที่ยงเกินกว่า 0.80 ก็เป็นที่ยอมรับได้

การทดสอบความตรง (Validity test)

การวัดความตรง (Validity) นั้นมีลักษณะความเป็นอัตวิสัย (Subjectivity) หรือต้องอาศัยการตีความ และความเห็นของนักวิจัยมากกว่าความเที่ยง การวัดความตรงนั้นมีได้วัดความตรงของแบบวัดโดยตัวมันเองลอย ๆ แต่คิดว่าแบบวัดนั้น วัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวัดหรือไม่ การประเมินความตรงนั้นต้องทำใน 3 แ่ง คือ

- 1) ความตรงในเนื้อหา (Content validity)
- 2) ความตรงเมื่อเทียบกับมาตรฐาน (Criterion-related validity)
- 3) ความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity)

ความตรงในเนื้อหา (Content validity) คือการประเมินว่าคำถามในแบบวัดนั้น เป็นตัวแทนคำถามที่ดีหรือไม่ หรือเนื้อหาในแบบวัดนั้นครอบคลุมเนื้อหาของตัวแปรหรือไม่ เช่น แบบวัดความสามารถ

ในการบริหารของเภสัชกร ที่วัดความสามารถในการบริหารการเงินด้านเดียว ย่อมไม่มีความตรงในเนื้อหา เพราะขาดคำถามการบริหารทรัพยากรอื่น ๆ เช่นการบริหารงานบุคคล การที่จะทำให้คำถามในแบบวัดนั้น เป็นตัวแทนคำถามที่ดีหรือมีความตรงในเนื้อหา นักวิจัยต้องสามารถ

- 1) กำหนดว่า เนื้อหาที่ครอบคลุมทั้งหมดควรมีอะไรบ้าง และคำถามที่ใช้ในการถามแต่ละประเด็นมีอะไรบ้าง
- 2) สุ่มเลือกคำถามของแต่ละประเด็นออกมา
- 3) รวมคำถามเหล่านั้นเป็นแบบวัดและให้ตัวอย่างตอบ

ขั้นตอนทั้ง 3 ทำไม่ได้เสมอไปในทางปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวัดตัวแปรทางจิตวิทยา การประเมินความตรงในเนื้อหาจึงต้องประมาณ โดยการตัดสินใจของนักวิจัยเอง โดยดูว่าคำถามทุกข้อที่ใช้ ครอบคลุมเนื้อหาที่สำคัญหรือไม่ ตลอดจนใช้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นต่อความครอบคลุมของคำถามในแบบสอบถาม ซึ่งการกระทำดังกล่าวมีชื่อเรียกว่า ความตรงแบบผิวหน้า (Face validity)

ความตรงเมื่อเทียบกับมาตรฐาน (Criterion related validity) การประเมินความตรงชนิดนี้ทำใช้คะแนนจากแบบวัดมาทำนายตัวแปรภายนอก (ตัวแปรมาตรฐาน) ที่นักวิจัยเชื่อว่าจะมีความสัมพันธ์กับตัวแปรที่นักวิจัยวัด ถ้าการทำนายผลในการหาความตรงนั้นเป็นการทำนายผลในอนาคตจะเรียกความตรงนั้นว่า Predictive validity ถ้าการทำนายผลในการหาความตรงนั้น มีการวัดตัวแปรที่สนใจและตัวแปรมาตรฐานในขณะเดียวกัน จะเรียกความตรงแบบนี้ว่า ความตรงที่หาในขณะเดียวกัน (Concurrent validity) ถ้าตัวแปรมาตรฐานและตัวแปรที่สนใจมีความสัมพันธ์กันสูง แสดงว่าแบบวัดตัวแปรที่สนใจนั้นมีความตรงในการไปใช้ทำนายผล ความตรงแบบนี้จำเป็นมากถ้านักวิจัยต้องการพัฒนาแบบวัดเพื่อใช้ทำนายผล แต่การประเมินความตรงชนิดนี้สำหรับแบบวัดในงานวิจัยทั่วไปทำได้ยาก เพราะการกำหนดว่าจะนำแบบวัดไปใช้ทำนายตัวแปรอะไรนั้นทำไม่ได้เสมอไป

ความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) นักวิจัยโดยมากให้ความสำคัญกับความตรงแบบนี้มากกว่าความตรงแบบอื่น ๆ ทั้งนี้เพราะมีข้อจำกัดในการประเมินความตรงน้อยกว่าความตรงในเนื้อหา (Content validity) และความตรงเมื่อเทียบกับมาตรฐาน (Criterion related validity) การประเมินความตรงชนิดนี้ทำโดยดูว่า ตัวแปรที่นักวิจัยวัดนั้นสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น ๆ ตามที่ทฤษฎีกำหนดไว้ หรือเป็นไปตามที่คาดหวังเอาไว้หรือไม่ การประเมินความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) นี้ควรทำโดยหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่นักวิจัยสนใจกับตัวแปรอื่น ๆ หลาย ๆ ตัวที่นักวิจัยคาดว่าจะมีความสัมพันธ์ทางทฤษฎี เพราะจะทำให้ให้นักวิจัยมั่นใจในความถูกต้อง หรือความตรงตามโครงสร้างของแบบวัดนั้น ๆ

โดยสรุปแล้วการประเมินความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) ทำโดยกระบวนการ 3 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ระบุความสัมพันธ์ทางทฤษฎีของตัวแปรที่นักวิจัยต้องการวัดและตัวแปรอื่น ๆ
2. ทดสอบความสัมพันธ์ในข้อ 1
3. แปลผลว่า ความสัมพันธ์ดังกล่าวว่าชัดเจนเพียงไร

ถ้าผลการประเมินยืนยันความสัมพันธ์ตามที่ระบุในข้อ 1 นักวิจัยจะมั่นใจว่าแบบวัดของนักวิจัยมีความตรงชนิดนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าผลสรุปนั้นเกิดจากการทดสอบกับตัวแปรหลาย ๆ ตัว ถ้าความสัมพันธ์ของตัวแปรที่นักวิจัยวัด กับตัวแปรบางตัวเป็นไปตามที่นักวิจัยต้องการ แต่บางตัวไม่เป็นไปตามต้องการ แสดงว่าแบบวัดของนักวิจัยอาจไม่มีความตรงหรือมีความคลาดเคลื่อนในการระบุความสัมพันธ์ทางทฤษฎีเกิดขึ้น หรือแบบวัดของตัวแปรทั้งสองที่นำมาหาความสัมพันธ์กันมีความไม่ตรง การสรุปผลควรคำนึงถึงจุดนี้ด้วย

ความไวต่อการเปลี่ยนแปลง (Responsiveness)

ความไวต่อการเปลี่ยนแปลง คือ ความสามารถของเครื่องมือที่จะประเมินความเปลี่ยนแปลงของสุขภาพที่เกิดขึ้น โดยค่าความไวต่อการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์กับค่าความเที่ยง กล่าวคือ ถ้าค่าความเที่ยงมีค่ามาก ค่าความไวก็จะมีค่ามากตามไปด้วย (พรหมทิพา ศักดิ์ทอง, 2550) การหาความไวต่อการเปลี่ยนแปลงมีหลายวิธีได้แก่

1. Effect size (D/s.d.)
2. T-test comparison (D/s.e.diff)
3. Responsiveness statistic (D/s.d. stable)
4. Standardized response mean (D/s.d. diff)

โดยที่ D หมายถึง ความแตกต่างของคะแนนระหว่างการวัดสองครั้ง

s.d. หมายถึง ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

s.d stable หมายถึง ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความแตกต่าง (D) ในกลุ่มที่มีสถานะสุขภาพคงที่

s.d. diff หมายถึง ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความแตกต่างของคะแนนที่วัดสองครั้ง

s.e. diff หมายถึง ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของความแตกต่างของค่าคะแนนที่วัดสองครั้ง

หากค่าที่ได้จากการคำนวณมีค่าสูง แสดงว่าเครื่องมือนั้นสามารถวัดการเปลี่ยนแปลงได้ดี อย่างไรก็ตามยังไม่สามารถบอกได้ว่า การคำนวณค่าความไวต่อการเปลี่ยนแปลงด้วยสูตรต่าง ๆ เหล่านี้ สูตรใดเป็นวิธีที่ดีที่สุด มีผู้เปรียบเทียบผลที่ได้จากการคำนวณโดยวิธีต่าง ๆ พบว่าให้ผลที่แตกต่างกัน ผู้สร้างแบบสอบถามอาจใช้หลาย ๆ วิธีเปรียบเทียบผลที่ได้ เพื่อยืนยันซึ่งกันและกัน

นอกจากการคำนวณโดยใช้สูตรแล้วยังสามารถเปรียบเทียบ โดยพิจารณาความสัมพันธ์กับการวัดตัวแปรมาตรฐานอื่น ๆ เช่น เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของค่าทางคลินิกในโรคนั้น ๆ แล้วพิจารณาว่าแบบสอบถามสามารถวัดความแตกต่างในกลุ่มที่เกิดการเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่

ในทางปฏิบัติผู้สร้างควรวางแผนก่อนการทดสอบคุณสมบัติต่าง ๆ เพื่อให้สามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดได้อย่างคุ้มค่า Juniper (1996) ยกตัวอย่างการวางแผนการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเพื่อทดสอบไว้ดังนี้คือ เมื่อมีการติดตามผู้ป่วยเป็นระยะจะมีผู้ป่วยบางส่วนที่มีอาการของโรคคงที่ และส่วนที่เหลืออาจจะมีการเปลี่ยนแปลงอาการทันทีทันใด หรือมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องมาจากผลการรักษา ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพและมีแนวโน้มว่าอาการจะดีขึ้นอยู่แล้ว จะแสดงการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยสามารถแยกแยะผู้ป่วยโดยให้ตอบคำถามเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงโดยรวม ดังเช่นตัวอย่างนี้ “คิดว่าสุขภาพของท่านเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรหลังจากที่ได้พบแพทย์ครั้งที่แล้ว (หรือเมื่อปีที่แล้วหรือเดือนที่แล้ว)” มีตัวเลือก 15 ตัว เป็นระดับตั้งแต่ -7 (แย่มากที่สุด) ไปถึง 0 (คือไม่มีการเปลี่ยนแปลง) และ 7 (คือดีกว่าเดิมอย่างมาก ๆ) เมื่อติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลาหนึ่ง จะสามารถจัดกลุ่มผู้ป่วยเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มที่มีอาการคงที่ (คะแนน -1, 0 และ +1) และกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลง (คะแนนระหว่าง -7 และ -2 และ +2 ถึง +7) ข้อมูลจากทั้งสองกลุ่มจะใช้ทดสอบค่าความไวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ ขณะที่ข้อมูลของผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ ใช้ในการทดสอบความเที่ยง (วัชร เลอมาณกุล, 2543)

การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) (อัสมะ หะยีมอหะมะสอและ, 2548)

Factor Analysis หรือ การวิเคราะห์องค์ประกอบ เป็นเทคนิคที่จะจับกลุ่มหรือรวมตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ไว้ในกลุ่มหรือองค์ประกอบเดียวกัน ตัวแปรที่อยู่ในองค์ประกอบเดียวกันจะมีความสัมพันธ์กันมาก โดยความสัมพันธ์นั้นอาจจะเป็นในทิศทางบวก (ไปในทางเดียวกัน) หรือทิศทางลบ (ไปในทางตรงกันข้าม) ก็ได้ ส่วนตัวแปรที่อยู่คนละองค์ประกอบจะ ไม่มีความสัมพันธ์กัน หรือมีความสัมพันธ์กันน้อยมาก

การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) เป็นเทคนิคทางสถิติที่ใช้วิเคราะห์ผลการวัดโดยใช้เครื่องมือหรือเทคนิคหลายชุดหรือหลายด้าน (อาจใช้แบบทดสอบ แบบวัด แบบสำรวจ ฯลฯ อาจใช้ชุดเดียว แต่มีการวัดแยกเป็นหลายด้านหรือหลายชุดก็ได้) ผลการวิเคราะห์จะช่วยให้ทราบว่าเครื่องมือหรือเทคนิคเหล่านี้วัดในสิ่งเดียวกัน หรือที่เรียกว่าวัดองค์ประกอบร่วมกันหรือไม่ มีกี่องค์ประกอบ เครื่องมือหรือเทคนิคเหล่านั้นวัดแต่ละองค์ประกอบมากน้อยเพียงใด ผู้วิจัยจะพิจารณาผลการวิเคราะห์แล้วใช้หลักเหตุผลระบุ (หรือกำหนดชื่อ) องค์ประกอบที่วัดนั้น (บุญชม ศรีสะอาด, 2540)

การวิเคราะห์องค์ประกอบเป็นการตรวจสอบความสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่สังเกตหรือวัดได้ จากการวิเคราะห์ตัวประกอบทำให้ได้ตัวประกอบ ซึ่งสามารถใช้เป็นหลักฐานตรวจสอบความตรงเชิงทฤษฎีของเครื่องมือใน 2 ลักษณะ ได้แก่

- 1) แบบสอบนั้นมุ่งวัดลักษณะได้สอดคล้องกับโครงสร้างทางทฤษฎีของลักษณะที่มุ่งวัดนั้นเพียงไร (วัดส่วนประกอบได้ครอบคลุมโครงสร้างทางทฤษฎีของลักษณะที่สนใจ) และ
- 2) แบบสอบนั้นมุ่งวัดลักษณะได้ตรงตามลักษณะที่ต้องการวัดนั้นเพียงไร (วัดตัวประกอบรวมได้ตรงตามลักษณะที่สนใจ) (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2544)

Daneil (1988) ได้พูดถึงการวิเคราะห์องค์ประกอบไว้ว่า “ การวิเคราะห์องค์ประกอบถูกออกแบบมาเพื่อใช้ตรวจสอบโครงสร้างของตัวแปร และเพื่อใช้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยอธิบายผ่านตัวแปรที่สังเกตไม่ได้ ที่มีจำนวนไม่มากที่เรียกว่าตัวแปรแฝงหรือองค์ประกอบ”

จุดมุ่งหมายในการวิเคราะห์องค์ประกอบมี 2 ประการคือ

1. เพื่อสำรวจหรือค้นหาตัวแปรแฝงที่ซ่อนอยู่ภายใต้ตัวแปรที่สังเกตหรือวัดได้ เรียกว่า การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis)
2. เพื่อพิสูจน์ตรวจสอบหรือยืนยันทฤษฎีที่ผู้อื่นค้นพบ เรียกว่า การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis)

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis)

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจใช้สำรวจข้อมูล เพื่อระบุงค์ประกอบที่สามารถอธิบายความแปรปรวนร่วมระหว่างตัวแปร เมื่อผู้วิจัยไม่มีหลักฐานอ้างอิงเพียงพอสำหรับเป็นกรอบของสมมติฐานเกี่ยวกับจำนวนขององค์ประกอบภายใต้ข้อมูลที่สอบวัดได้ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจสามารถใช้ในการตอบคำถามที่เกี่ยวกับความเที่ยงและความตรงเชิงโครงสร้าง เช่น “แบบทดสอบที่นำไปสอบเก็บคะแนนมานี้ วัดอะไรบ้าง”

ขั้นตอนการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ

การวิเคราะห์องค์ประกอบแบ่งเป็น 6 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1) เก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบว่าตัวแปรต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กันหรือไม่ เก็บข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้อมาหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่ต้องการวิเคราะห์ ถ้าตัวแปรมีความสัมพันธ์กันมาก หรือมีความสัมพันธ์กันน้อยอย่างมีนัยสำคัญจะสามารถใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบได้ ถ้าตัวแปร ไม่มีความสัมพันธ์กัน หรือมีความสัมพันธ์กันน้อย ไม่ควรใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบ โดยการตรวจสอบทำได้ 2 วิธีดังนี้

วิธีที่ 1 การตรวจสอบโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ โดยการสร้างเมทริกซ์แสดงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรทุกคู่

- ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรคู่ใดมีค่าใกล้ +1 หรือ -1 แสดงว่าตัวแปรนั้นมีความสัมพันธ์กันมากควรอยู่ในองค์ประกอบเดียวกัน

- ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรคู่ใดมีค่าใกล้ศูนย์ แสดงว่าตัวแปรคู่นั้นไม่มีความสัมพันธ์กันหรือสัมพันธ์กันน้อยควรอยู่คนละองค์ประกอบ

- ถ้ามีตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น ๆ หรือมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น ๆ ที่เหลือน้อยมาก ควรตัดตัวแปรนั้นออกจากการวิเคราะห์

วิธีที่ 2 ผู้วิเคราะห์สามารถตรวจสอบโดยใช้สถิติ KMO

ขั้นที่ 2) การสกัดองค์ประกอบหรือการสกัดปัจจัย (Factor extraction)

คือ การค้นหาจำนวนองค์ประกอบที่มีความสามารถเพียงพอในการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่สังเกตได้ ทำให้ได้เมตริกซ์น้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading matrix) ผลลัพธ์ของการวิเคราะห์องค์ประกอบจะช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับจำนวนองค์ประกอบเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ต่อไป กฎสำหรับการกำหนดจำนวนขององค์ประกอบคือ “eigenvalue > 1” ค่า eigenvalue เป็นค่าที่บ่งบอกถึงความสามารถขององค์ประกอบว่าอธิบายความแปรปรวนของกลุ่มตัวแปรได้มากน้อยเพียงใด โดยปกติถ้าองค์ประกอบนั้นอธิบายความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างได้น้อยกว่า 1 แล้วก็ไม่มีประโยชน์ที่จะนำองค์ประกอบนั้นมาใช้ เราอาจจะกำหนดเกณฑ์อื่น ๆ สำหรับเลือกจำนวนองค์ประกอบได้ แต่ eigenvalue > 1 นี้เป็นเกณฑ์ที่ถูกกำหนดไว้ในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ทุกโปรแกรม

ขั้นที่ 3) การจัดตัวแปรให้อยู่ในองค์ประกอบต่าง ๆ

หลังจากหาค่าน้ำหนักองค์ประกอบได้แล้วจะใช้พิจารณาว่าตัวแปรใดจะอยู่ในองค์ประกอบใดบ้าง ค่าน้ำหนักองค์ประกอบใช้ในการพิจารณาว่ามีตัวแปรใดบ้างที่ควรอยู่ใน องค์ประกอบเดียวกัน ในแต่ละองค์ประกอบให้พิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบของแต่ละตัวแปร ถ้าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรใดมีค่ามาก (เข้าสู่ +1 หรือ -1) ควรจัดตัวแปรนั้นให้อยู่ในองค์ประกอบดังกล่าว ในบางกรณีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมีค่ากลาง ๆ เช่น ถ้ามี 2 องค์ประกอบ แล้วพบว่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปร ในองค์ประกอบที่ 1 เป็น .42 และในองค์ประกอบที่ 2 เป็น .51 ทำให้ไม่แน่ใจว่าควรจัดตัวแปรอยู่ในองค์ประกอบที่ 1 หรือ 2 ก็ควรจะทำการหมุนแกน

ขั้นที่ 4) เลือกวิธีการหมุนแกนปัจจัย (Factor rotation)

กรณีที่ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมีค่ากลาง ๆ ทำให้ไม่สามารถจัดตัวแปรว่าควรอยู่ในองค์ประกอบใดนั้น จะต้องหมุนแกนเพื่อทำให้ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรมีค่ามากขึ้นหรือลดลงจนกระทั่งทำให้ทราบว่าตัวแปรตัวนั้นควรอยู่ในองค์ประกอบใด หรือไม่ควรอยู่ในองค์ประกอบใด

วิธีหมุนแกนปัจจัยแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ

1. Orthogonal rotation

เป็นการหมุนแกนองค์ประกอบไปแล้วยังคงทำให้องค์ประกอบตั้งฉากกันหรือเป็นอิสระกัน แต่ให้ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเพิ่มขึ้นหรือลดลง วิธีนี้มีเทคนิคย่อยหลายวิธี 1) varimax 2) equamax และ 3) quartimax ส่วนใหญ่นิยมใช้วิธี varimax

2. Oblique rotation

เป็นการหมุนแกนองค์ประกอบไปในลักษณะที่องค์ประกอบไม่ตั้งฉากกัน หรือองค์ประกอบไม่เป็นอิสระกันนั่นเอง แต่ให้ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากขึ้นหรือลดลง วิธีนี้ประกอบด้วยเทคนิค Direct Oblimin และ Promax เมื่อหมุนแบบไม่ตั้งฉากกันแล้วอาจจะจัดกลุ่มตัวแปรในแต่ละองค์ประกอบได้ชัดเจนขึ้น

ขั้นที่ 5) การสร้างตัวแปรใหม่หรือปัจจัยใหม่

เมื่อจัดได้แล้วว่าในแต่ละองค์ประกอบมีตัวแปรใดบ้าง จะต้องสร้างตัวแปรใหม่โดยการ save ตัวแปรหรือปัจจัยที่สร้างขึ้น

ขั้นที่ 6) นำปัจจัยหรือตัวแปรใหม่ไปทำการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป เช่น ใช้เทคนิคการวิเคราะห์ความแปรปรวน t - test ฯลฯ

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจจะช่วยนักวิจัยอย่างมากในเรื่องการประเมินธรรมชาติของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและค้นหาความตรงเชิงโครงสร้างของเครื่องมือวัด

ปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยเกี่ยวกับการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ นั่นคือ ผลลัพธ์ที่ได้ก็ไม่สามารถแปลความหมายได้ ทำให้เกิดความลำบากในการหาเหตุผลมาอธิบายผลลัพธ์ที่ได้

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต (Smith และ Wertheimer, 1996)

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. แบบวัดคุณภาพชีวิตทั่วไป ซึ่งใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทุกโรค และผู้ที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ปัจจุบันแบบวัดคุณภาพชีวิตทั่วไปที่ได้รับการยอมรับว่ามีความเชื่อถือ เช่น

1.1 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHO-QOL)

1.2 แบบวัดคุณภาพชีวิตของ RAND-36 Item Health Survey (SF-36)

2. แบบวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะโรค ใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเฉพาะโรคใดโรคหนึ่ง ปัจจุบันแบบวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคที่ได้รับการยอมรับว่ามีความน่าเชื่อถือ เช่น

Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS)

Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ)

Diabetes Quality of Life (DQOL)

Function Living Index Cancer (FLIC)

Quality of Life in Epilepsy (QOLIE)

HIV Overview of Problem Evaluation System (HOPES)

แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ, 2540)

แบบวัดคุณภาพชีวิตนี้ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ 100 ตัวชี้วัด ถูกพัฒนาขึ้นมาโดยทีมงาน WHOQOL group ซึ่งมี ดร.จอห์น ออร์ลีย์ นายแพทย์ใหญ่เป็นผู้นำในการพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขึ้นมา ทีมงานประกอบด้วยศูนย์ปฏิบัติงานภาคสนามใน 15 ประเทศ การพัฒนาแบบวัดตั้งเป้าให้ได้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่สามารถนำไปใช้ได้อย่างสากล ไม่ว่าวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่นจะแตกต่างกันอย่างไร

เหตุผลที่ WHO ต้องริเริ่มสร้างเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตมีดังนี้

1) ในอดีตการประเมินคุณภาพชีวิต มักจะมุ่งไปที่การวัดสุขภาพทางกาย โดยมักใช้ตัวบ่งชี้ทางสุขภาพที่เคยใช้กันมาก่อน เช่น อัตราการตาย อัตราการเจ็บป่วย (เช่น ตัวบ่งชี้ของ World Bank, 1993) ตลอดจนผลกระทบที่เกิดจากโรคภัย และความเสื่อมถอยของความสามารถที่จะดำเนินชีวิตประจำวันและพฤติกรรม (เช่น ใน Sickness Impact Profile ; Bergner et al, 1981) การวัดการประเมินตนเองในเรื่องสุขภาพ (เช่น Nottingham Health Profile; Hunt et al, 1989) และการประเมินสภาพที่สามารถทำงานได้/ทำงานไม่ได้ (เช่น the MOS SF-36, Ware et al, 1993) เครื่องมือเหล่านี้ เริ่มต้นด้วยการแยกวัดผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วย ไม่ได้ใช้วัดคุณภาพชีวิตโดยตรง ซึ่งถูกกล่าวว่าเป็น “การวัดที่ผิดเป้าหมายในเรื่องสุขภาพ” (Fallowfield, 1990)

2) เครื่องชี้วัดสถานะทางสุขภาพ ส่วนมากถูกพัฒนามาจากอเมริกาเหนือและทางอังกฤษ การแปลเครื่องมือเหล่านี้ไปใช้ในประเทศอื่น ๆ เป็นสิ่งที่ต้องใช้เวลาและอาจได้ผลไม่ดีด้วย เนื่องจากมีความแตกต่างทางวัฒนธรรม (Sartorius and Kuyken, 1994 ; Kuyken, Orley, Hudelson and Sartorius, 1994)

3) การรักษาทางการแพทย์ให้ความสำคัญเฉพาะการกำจัดโรคและอาการ ต่อมาเมื่อแรงผลักดันให้เกิดความต้องการที่จะนำอารากแห่งความเป็นมนุษย์เข้ามาสู่กระบวนการดูแลสุขภาพ ทำให้มีการเรียกร้องหาเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตสำหรับใช้ในกระบวนการดูแลสุขภาพ ความสนใจจึงมุ่งไปในเรื่องสุขภาพ และผลของวิธีการรักษา โดยจะเพิ่มความสนใจไปในเรื่องของความเป็นอยู่ที่ดี (well-being) ของผู้ป่วย

ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตของ WHO ชุด 100 ตัวชี้วัด (WHOQOL-100)

การพัฒนา WHOQOL-100 มีหลายขั้นตอน

ขั้นตอนแรก เป็นการทำความเข้าใจในด้านความคิดต่าง ๆ นับตั้งแต่การกำหนดความหมายของคุณภาพชีวิต (QOL) และคำจำกัดความสะท้อนให้เห็นมุมมองที่ว่าคุณภาพชีวิต หมายถึง การประเมินค่าที่เป็นจิตวิสัย (subjective) ซึ่งฝังแน่นอยู่กับบริบททางวัฒนธรรม สังคม และสภาพ

แวดล้อม เพราะว่านิยามของคุณภาพชีวิต จะเน้นไปที่การรับรู้ในเรื่องต่าง ๆ ของผู้ตอบ ไม่ได้คาดหวังที่จะเป็นวิธีการที่จะวัดในรายละเอียดของอาการ โรคหรือสภาพต่าง ๆ แต่จะเป็นการประเมินผลของโรค และวิธีการรักษาที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต การวัดคุณภาพชีวิตไม่เหมือนกับคำว่า “สถานะของสุขภาพ” “วิถีชีวิต” “ความพึงพอใจในชีวิต” “สุขภาพจิต” หรือ “ความเป็นอยู่ที่ดี” จึงไม่อาจวัดในมิติใดมิติหนึ่ง โครงสร้างของ WHOQOL-100 นั้น คุณภาพชีวิตจะต้องมีลักษณะที่เป็นหลายมิติ

ขั้นตอนที่สอง การสำรวจหาโครงสร้างของคุณภาพชีวิตใน 15 ศูนย์ภาคสนาม ที่มีวัฒนธรรมแตกต่างกันเพื่อนำมาสร้างเป็นรายการ แต่ละศูนย์พิจารณาว่าคุณภาพชีวิตควรครอบคลุมด้านใดบ้าง โดยจัดให้มีการอภิปรายกลุ่มอย่างต่อเนื่อง ทั้งในกลุ่มของผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ ผู้ป่วย และผู้สุขภาพดี แต่ละศูนย์จะสร้างข้อคำถามไม่เกิน 6 ข้อ ในแต่ละหัวข้อที่ได้กำหนดเอาไว้ เพื่อให้การทำงานร่วมกันนี้เป็นสากลอย่างแท้จริง ศูนย์ภาคสนาม 15 ศูนย์ จะถูกเลือกมาจากทั่วโลก ที่มีระดับความแตกต่างกันในด้านการพัฒนาอุตสาหกรรม การบริการทางสุขภาพ และสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต เช่น บทบาทของครอบครัว การรับรู้เรื่องเวลา การรับรู้ตัวเอง และ ความสำคัญของศาสนา

ขั้นตอนที่สาม ข้อคำถามจากศูนย์ต่าง ๆ ถูกนำมารวมกัน จัดกลุ่มข้อคำถามตามความหมายทางภาษาได้ 236 ข้อคำถาม ครอบคลุม 29 หัวข้อ และนำเครื่องมือที่ได้นี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 300 คนในแต่ละศูนย์

หลังจากการนำไปทดสอบโดย 15 ศูนย์ภาคสนามแล้ว คัดกรองออกมาเพียง 100 ข้อคำถาม โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ห้อยู่ประกอบได้เป็นแบบวัดที่เรียกว่า เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต 100 ตัวชี้วัด สำหรับทดสอบภาคสนาม (WHOQOL-100 Field Trial Version) ซึ่งจะประกอบด้วยคุณภาพชีวิต 24 หัวข้อ แต่ละหัวข้อมี 4 ข้อคำถาม และมีหัวข้อคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมอีก 4 ข้อ เครื่องมือ WHOQOL-100 สำหรับทดสอบภาคสนามนี้ ถูกนำไปทดสอบกับศูนย์แห่งใหม่ทั่วโลก โดยมีกรอบแนวคิดเบื้องต้น คือ 24 หัวข้อจะถูกจัดให้เป็น 6 องค์กรประกอบ (domain) ดังรายละเอียดคือ

องค์กรประกอบที่ 1 ด้านสุขภาพร่างกาย (Physical domain) ได้แก่

- ความเจ็บปวดและความไม่สบาย
- กำลังวังชาและความเหนื่อยล้า
- การนอนหลับพักผ่อน

องค์กรประกอบที่ 2 ด้านจิตใจ (Psychological domain) ได้แก่

- ความรู้สึกในด้านที่ดี
- การคิด การเรียนรู้ ความจำ สมาธิ
- การนับถือตนเอง

- ภาพลักษณ์และรูปร่าง
- ความรู้สึกในทางที่ไม่ดี

องค์ประกอบที่ 3 ด้านระดับความเป็นอิสระ (Level of independence) ได้แก่

- การเคลื่อนไหว
- การดำเนินชีวิตประจำวัน
- การพึ่งการใช้จ่ายหรือการรักษา
- ความสามารถในการทำงาน

องค์ประกอบที่ 4 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship) ได้แก่

- สัมพันธภาพส่วนบุคคล
- การช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม
- กิจกรรมทางเพศ

องค์ประกอบที่ 5 ด้านสภาพแวดล้อม (Environment) ได้แก่

- ความปลอดภัยทางร่างกาย และความมั่นคงในชีวิต
- สภาพแวดล้อมที่บ้าน
- แหล่งการเงิน
- การบริการสุขภาพและบริการสังคม : การให้บริการและคุณภาพของบริการ
- โอกาสที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารและทักษะใหม่ ๆ
- การมีส่วนร่วมและมีโอกาสพักผ่อนหย่อนใจ และมีเวลาว่าง
- สภาพแวดล้อม
- การคมนาคม

องค์ประกอบที่ 6 ด้านจิตวิญญาณ/ศาสนา/ความเชื่อส่วนบุคคล (Spirituality/religion/personal beliefs) ได้แก่

- จิตวิญญาณ/ศาสนา/ความเชื่อส่วนบุคคล

และคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม

แบบวัด WHOQOL-100 ประกอบด้วย ข้อคำถาม 2 ชนิด คือ ภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) โดยประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 6 ด้านดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย ความรู้สึกสุขสบายไม่มีความเจ็บปวด ความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ พละกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การนอนหลับและพักผ่อน การรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2. ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง ภาพลักษณ์ของตนเอง ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ความมั่นใจในตนเอง ความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน และสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือความกังวล เป็นต้น

3. ด้านความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา (Level of independence) คือ การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายของตน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน ความสามารถในการทำงาน การไม่ต้องพึ่งพาอาศัยต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ที่ตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

5. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ที่ตนมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีเงินทองจับจ่าย สถานบริการด้านสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ที่ตนมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ที่ตนได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

6. ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (Spirituality/religion/personal beliefs) คือ การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

ในปี ค.ศ. 1994 The WHO group ได้เสนอให้ WHOQOL-100 เป็นเครื่องวัดคุณภาพชีวิตที่เป็นสากล สามารถนำไปใช้ในประเทศต่าง ๆ ได้ไม่จำกัดในด้านภาษาและวัฒนธรรม ซึ่งในประเทศไทย กรมสุขภาพจิต (กิตติกร มีทรัพย์, 2537) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยและหาความถูกต้องทางด้านเนื้อหา (content validity) และให้ผู้เชี่ยวชาญภาษาไทยและภาษาอังกฤษ แปลกลับไปเป็นภาษาอังกฤษอีกครั้ง

SF-36 (The Short Form Health Survey-36) (วัชร เลอमानกุล และ ปารณีย์ มีแต่้ม, 2543)

SF-36 เป็นหนึ่งในแบบสอบถามทั่วไปหลายฉบับ ที่ได้รับการทดสอบแล้วว่าได้มาตรฐานแบบสอบถามนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา และมีผู้นำไปแปลและใช้ในการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในประเทศต่าง ๆ มากกว่า 10 ประเทศ แบบสอบถามฉบับนี้สั้นและเข้าใจง่าย สามารถวัดระดับสุขภาพทางกาย (Physical health) จิตใจ (Mental health) รวมถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมด้านสังคม (Social functioning) ของกลุ่มคนทั่วไป และผู้ป่วยโรคต่าง ๆ เช่น

เบาหวาน ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนกระดูกหัวเข่า ผู้ป่วยล้างไต และผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenia) เป็นต้น

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับแบบสอบถาม SF-36

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ SF-36 ถูกสร้างและพัฒนาโดย The Medical Outcome Trust ของประเทศสหรัฐอเมริกา ประกอบด้วยคำถาม 35 ข้อเกี่ยวกับสุขภาพ โดยแบ่งเป็น 8 มิติ (dimension) คือ มิติ

- ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากสุขภาพทางกาย (Role limitations due to physical problems)

- ด้านความเจ็บปวด (Bodily pain)

- ด้านสุขภาพทั่วไป (General perception)

- ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning)

- ด้านพลังงาน (Vitality)

- ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านอารมณ์ (Role limitations due to emotional problems)

- ด้านสุขภาพจิตทั่วไป (General mental health)

รวมทั้งคำถามเปรียบเทียบสุขภาพ (Reported health transition) อีก 1 ข้อ รวมทั้งสิ้น 36 ข้อ

การพัฒนาแบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-36 ฉบับภาษาไทย

ในประเทศไทยได้มีการพัฒนาแบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-36 ฉบับภาษาไทย โดยอาจารย์วัชร เลอमानกุล และอาจารย์ปารณีย์ มีแถม (2543) คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และประสิทธิผลของการรักษาในผู้ป่วย การทดสอบแบบวัดในคนไทยทำในกลุ่มตัวอย่างเล็ก 60 คน และกลุ่มใหญ่จำนวน 569 คน อายุตั้งแต่ 17 ปีขึ้นไป ช่วงเดือนพฤษภาคม ถึง พฤศจิกายน 2543 ผลการวิจัยพบว่ามีอัตราข้อมูลที่ขาดหายไปโดยเฉลี่ยร้อยละ 1.4 ความตรงด้าน convergent และ discriminant validity เท่ากับร้อยละ 91.4 และร้อยละ 96.4 ตามลำดับ มิติด้านพลังงานและความเหนื่อยล้า มีความสัมพันธ์กับมิติด้านอารมณ์ที่เป็นสุขก่อนข้างสูง ความตรงซึ่งวัดโดย known group validity มีแนวโน้มเป็นไปตามที่คาดไว้คือ สามารถวัดความแตกต่างระหว่างผู้ที่มีและไม่มีโรคประจำตัวได้ ความเที่ยงซึ่งวัดโดย Cronbach's alpha coefficient มีค่าตั้งแต่ 0.63 ถึง 0.77 แบบสอบถาม SF-36 ที่แปลเป็นภาษาไทยมีคุณสมบัติสอดคล้องกับต้นฉบับภาษาอังกฤษหลาย ๆ ประการ ยกเว้น ความสัมพันธ์ระหว่างของมิติ Vitality และ Mental Health ซึ่งไม่เป็นไปตามทฤษฎี

แบบวัดคุณภาพชีวิตในผู้ติดสารเสพติดมี 3 แบบวัด คือ

1. IDUQOL (Injection Drug User Quality of Life Scale)
2. QOL-DA (Quality of Life Scale for Drug Addicts)
3. DAQOL (Quality of life Scale in Drug Addicts)

1) IDUQOL เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตในผู้ติดสารเสพติดชนิดฉีด ซึ่งพัฒนาโดย Brogly และคณะ (2003) การศึกษาทำในผู้ติดสารเสพติดชนิดฉีดในเมือง Montreal ประเทศแคนาดา จำนวน 61 ราย ซึ่งมีการใช้สารเสพติดแบบฉีดในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา แบบวัด IDUQOL (Injection Drug User Quality of Life Scale) มี 17 ด้าน ดังนี้

- ด้านความรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่า (Being Useful)
- ด้านการรักษาโรคเอดส์ (HIV/AIDs Treatment)
- ด้านยาเสพติด (Drugs)
- ด้านการรักษายาเสพติด (Drug Treatment)
- ด้านการศึกษา (Education)
- ด้านครอบครัว (Family)
- ด้านความรู้สึกที่ดี (Feeling Good)
- ด้านเพื่อนฝูง (Friends)
- ด้านสุขภาพ (Health)
- ด้านที่อยู่อาศัย (Housing)
- ด้านความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา (Independence)
- ด้านกิจกรรมในยามว่าง (Leisure Activities)
- ด้านแหล่งเงิน (Money)
- ด้านการมีชีวิตคู่ (Partnership)
- ด้านแหล่งทรัพยากร (Resources)
- ด้านเพศสัมพันธ์ (Sex)
- ด้านจิตวิญญาณ (Spirituality)

ผลการศึกษาพบว่า IDUQOL มีคุณสมบัติดังนี้

1. Test-retest reliability หรือ reproducibility โดยเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตเมื่อเริ่มเก็บข้อมูล และคะแนนคุณภาพชีวิตเมื่อผู้ป่วยกลับมาติดตามผลการรักษาใน 7 วันต่อมาพบ Intraclass correlation coefficient (ICC) = 0.71 ซึ่งค่าต่ำสุดที่สามารถยอมรับได้คือ 0.70 เพราะฉะนั้นถือว่าแบบวัดมีความเที่ยงที่ได้นี้ยอมรับได้

2. Criterion validity โดยการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างแบบวัด IDUQOL และแบบวัด Flanagan Quality of Life ได้ค่า Pearson correlation coefficient = 0.57 ถือว่าค่าความสัมพันธ์อยู่ใน

ระดับปานกลาง คือ อยู่ในช่วง 0.40-0.60 ทั้งนี้เนื่องจาก Flanagan Quality of Life ไม่ได้ครอบคลุมถึงมิติที่สำคัญของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดแบบฉีด และยังได้รวมมิติที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดแบบฉีดเข้ามาด้วย

3. Construct validity ทดสอบ โดยดูความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจาก

3.1 Emergency department ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่ามีความสัมพันธ์ในทางลบกับ IDUQOL และ Flanagan Quality of Life คือผู้ป่วยซึ่งเข้า Emergency department มาก จะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยซึ่งเข้า Emergency department น้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่น (Falck et al., 2000; Palepu et al., 2001)

3.2 ผู้ป่วยที่มีและไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง มีความแตกต่างกันในคะแนนของทั้ง IDUQOL และ Flanagan Quality of Life

3.3 ความถี่ในการฉีด cocaine ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์ในทางลบกับ IDUQOL และ Flanagan Quality of Life ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่น (Falck et al., 2000; Palepu et al., 2001)

2) **QOL-DA** เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตในผู้ติดสารเสพติด ซึ่งพัฒนาโดย Wan และคณะ (1996) การศึกษาทำในชาวจีนที่ติดสารเสพติดประเภทเฮโรอีนซึ่งอยู่ในระยะถอนพิษยา จำนวน 158 ราย ใน Drug Abuse Research Center, Kunming ช่วงเดือนเมษายน ปี 1996 QOL-DA (Quality of life Scale for Drug Addicts) วัดคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านอาการถอนพิษยา ผลการศึกษาพบว่า ค่าความเที่ยงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ จากการทำ

1. Test-retest reliability ได้ค่าความเที่ยงในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านอาการถอนพิษยา และคุณภาพชีวิตโดยรวม เท่ากับ 0.82, 0.64, 0.78, 0.76, และ 0.82 ตามลำดับ

2. Split-half reliability โดยการแบ่งครึ่งแบบวัดเป็นข้อคู่และข้อคี่ ได้ค่า correlation Coefficient เท่ากับ 0.95

3. Internal consistency ได้ค่า Cronbach's α ในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านอาการถอนพิษยา เท่ากับ 0.87, 0.89, 0.93, 0.86 ตามลำดับ

ค่าความตรงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ โดย

1) Content validity จากการตรวจสอบคำถามโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 2 ราย พบว่าแบบวัดยัดขอบเขตความหมายของคุณภาพชีวิตตามที่องค์การอนามัยโลกนิยามไว้ แบบวัดมีคำถามเกี่ยวกับปัญหาเฉพาะของผู้ใช้สารเสพติด

2) Construct validity ดูความสัมพันธ์ของแต่ละแบบวัดย่อย พบว่าค่าความสัมพันธ์อยู่ในช่วง 0.60-0.89

3) Empirical validity โดยการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตกับแบบวัด SF-36 และ WHOQOL-100 พบว่าได้ค่า $r = 0.73$ และ 0.71 ตามลำดับ

4) ผู้วิจัยประเมิน Responsiveness โดยการหาความแตกต่างระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ที่อาการ 1 วัน และเมื่อรักษาได้ 12 วัน พบว่า คะแนนเฉลี่ยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในแต่ละด้าน

3) DAQOL เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ติดสารเสพติด ซึ่งพัฒนาโดย เสาดาทรอ โสคาติส (2548) การศึกษาทำในผู้ติดสารเสพติดในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา ปีตธานี และโรงพยาบาลสงขลา จำนวน 200 ราย ตัวอย่างอยู่ในระหว่างการบำบัดรักษาในขั้นตอนต่าง ๆ คือ ผู้ป่วยนอกระยะถอนพิษยา ผู้ป่วยในระยะถอนพิษยา ผู้ป่วยขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ และผู้ป่วยในระยะติดตามผล การศึกษาทำในช่วงเดือนเมษายน 2548 ในปี 2551 เกศจักรหญิงสิรินรัตน์ นิยมธรรมได้มีการทดสอบความเที่ยงและความตรงของแบบวัด DAQOL (Quality of Life Scale in Drug Addicts) ศึกษาในผู้ติดสารเสพติด จำนวน 400 ราย และในปี 2552 เสาดาทรอ โสคาติสได้มีการทดสอบความเที่ยงและความตรงของแบบวัด DAQOL ในผู้ติดสารเสพติดของศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติดสงขลา ปีตธานี ขอนแก่น เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอนและสถาบันราชภัฏรำไพพรรณี จำนวน 986 คน วัดคุณภาพชีวิต 7 ด้าน ประกอบด้วย 21 มิติ คือ

1. ด้านร่างกาย (Physical domain) มีคำถามทั้งหมด 5 มิติ ประกอบด้วยมิติ

- มิติการปลอดจากอาการถอนพิษยาด้านอาการทางกายทั่วไป (Absence of general withdrawal symptoms) มีคำถาม 9 ข้อ

- มิติการปลอดจากอาการถอนพิษยาด้านระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (Absence of muskelo-skeletal pain) มีคำถาม 2 ข้อ

- มิติการปลอดจากอาการถอนพิษยาด้านอาการทางจิตเวช (Absence of psychiatric symptoms) มีคำถาม 3 ข้อ

- มิติการนอนหลับพักผ่อน (Sleep and rest) มีคำถาม 2 ข้อ

- มิติความต้องการยาเสพติด (Need for narcotics) มีคำถาม 3 ข้อ

2. ด้านจิตใจ (Psychological domain) มีคำถามทั้งหมด 5 มิติประกอบด้วยมิติ

- มิติอารมณ์ด้านการปลอดจากความรู้สึกซึมเศร้า (Absence of depression) มีคำถาม 3 ข้อ

- มิติอารมณ์ด้านความวิตกกังวล (Absence of anxiety) มีคำถาม 4 ข้อ

- มิติการนับถือตนเอง (Self-esteem) มีคำถาม 4 ข้อ

- มิติความจำ (Memory) มีคำถาม 2 ข้อ

- มิติความคิดและสมาธิ (Thinking and concentration) มีคำถาม 2 ข้อ

3. ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (Level of independence) มีคำถามทั้งหมด 3 มิติ ประกอบด้วยมิติ

- มิติการดำเนินชีวิตประจำวัน (Activities of daily living) มีคำถาม 2 ข้อ

-มิติการพึ่งพิงการรักษา (Dependence on treatment)	มีคำถาม 2 ข้อ
-มิติการทำงาน (Work)	มีคำถาม 4 ข้อ
4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) มีคำถามทั้งหมด 2 มิติประกอบด้วย มิติ	
-มิติครอบครัว (Family)	มีคำถาม 5 ข้อ
-มิติเพื่อนฝูง (Friend)	มีคำถาม 3 ข้อ
5. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) มีคำถามทั้งหมด 4 มิติประกอบด้วยมิติ	
-มิติแหล่งเงิน (Financial resources)	มีคำถาม 3 ข้อ
-มิติความเป็นอิสระ ความปลอดภัย ความมั่นคงในชีวิต (Freedom, physical safety and security)	มีคำถาม 2 ข้อ
-มิติสุขภาพและการรักษาจากสังคม (Health and social care) มีคำถาม 3 ข้อ	
-มิติสภาพแวดล้อมที่พักอาศัย (Home environment)	มีคำถาม 3 ข้อ
6. ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (Spirituality religion/personal beliefs) มีคำถามทั้งหมด 1 มิติ ประกอบด้วยมิติ	
-มิติจิตวิญญาณ (Spiritual)	มีคำถาม 4 ข้อ
7. คุณภาพชีวิตโดยรวม (Overall quality of life)	มีคำถาม 4 ข้อ
ผลการศึกษาพบว่า	

1. ค่าความเที่ยงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ค่า Cronbach's $\alpha > 0.7$ ในทุกมิติยกเว้นคำถามมิติแหล่งเงินมีความเที่ยงเท่ากับ 0.67

2. การทดสอบ responsiveness โดยดูความแตกต่างของผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษาได้ 1 วัน และ 12 วัน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในมิติต่าง ๆ โดยเฉพาะในมิติการปลอดจากอาการถอนพิษยาต้านอาการทางจิตเวช มิติการไม่พึ่งพิงยาเสพติด มิติการนับถือตนเอง มิติการดำเนินชีวิตประจำวัน มิติการทำงาน มิติครอบครัว มิติเพื่อนฝูง มิติจิตวิญญาณ และด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม จะเห็นความแตกต่างได้อย่างชัดเจน

3. ค่าความตรงของแบบวัดอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ จาก

3.1 Construct validity ประเมินความสัมพันธ์ของ Subscale ใน DAQOL และ SF-36 พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบวัด SF-36 เช่น มิติการปลอดจากอาการถอนพิษยาต้านอาการทางกายทั่วไป มิติการปลอดจากอาการถอนพิษยาต้านระบบกล้ามเนื้อและกระดูก มิติการปลอดจากอาการถอนพิษยาต้านอาการทางจิตเวช มิติการนอนหลับพักผ่อน และมิติการไม่พึ่งพิงยาเสพติด มิติการไม่ต้องพึ่งพิงการรักษา มิติการทำงาน และด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทุกด้านของ SF-36

3.2 Known-group validity ของ DAQOL ประเมินจากความแตกต่างในกลุ่มผู้ป่วย ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการรักษาต่าง ๆ ทั้ง 4 ขั้นตอน ผู้ป่วยที่มีจำนวนชนิดยาเสพติดที่ใช้แตกต่างกัน จำนวนครั้งในการเข้าบำบัดรักษาต่างกัน พบว่า DAQOL สามารถบอกความแตกต่างระหว่างผู้ป่วย ในระยะติดตามผลกับผู้ป่วยในระยะถอนพิษยาได้ ยกเว้น มิติความคิด สมาธิ มิติการดำเนิน ชีวิตประจำวัน มิติการทำงาน มิติครอบครัว มิติสุขภาพและการรักษาจากสังคม และมิติจิต วิญญาณ แบบวัด DAQOL มี Effect size น้อยกว่าแบบวัด SF-36 และอยู่ในระดับต่ำ ยกเว้น DAQOL ในมิติการไม่ต้องพึ่งพิงการรักษาและมิติอารมณ์ด้านความรู้สึกซึมเศร้า มี effect size ระดับปานกลาง แสดงว่าความสามารถในการจำแนกความแตกต่างของกลุ่มที่อยู่ในขั้นตอนการ รักษาต่าง ๆ ไม่แตกต่างกัน แบบวัด DAQOL สามารถบอกความแตกต่างในกลุ่มผู้ป่วยซึ่งใช้ยาบ้า เพียงชนิดเดียวกับผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะด้านสุขภาพร่างกาย DAQOL มี Effect size มากกว่าแบบวัด SF-36 ในการจำแนกความแตกต่างในกลุ่มผู้ป่วยซึ่งใช้ จำนวนชนิดของยาเสพติดแตกต่างกัน นอกจากนี้ DAQOL ยังสามารถบอกความแตกต่างตาม จำนวนครั้งในการกลับเข้ารับรักษาของผู้ป่วยซึ่งเข้าบำบัด 1 ครั้ง และผู้ป่วยซึ่งเข้ารับการบำบัด มากกว่า 5 ครั้งขึ้นไปได้ ในมิติการปลอดจากอาการถอนพิษยาต้านอาการทางกายทั่วไป มิติการ ปลอดจากอาการถอนพิษยาต้านระบบกล้ามเนื้อและกระดูก มิติการปลอดจากอาการถอนพิษยา ต้านอาการทางจิตเวช มิติการนอนหลับพักผ่อน มิติการไม่พึ่งพิงยาเสพติด มิติอารมณ์ด้าน ความรู้สึกซึมเศร้า มิติอารมณ์ด้านความวิตกกังวล มิติความจำ มิติการไม่ต้องพึ่งพิงการรักษา มิติ ครอบครัว มิติเพื่อนฝูง และด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม แบบวัด DAQOL มีความสามารถในการแยก ความแตกต่างในกรณีนี้ได้ดีกว่าแบบวัด SF-36 โดยเฉพาะด้านสุขภาพทางกาย

ความรู้เกี่ยวกับเฮโรอีน (โรงพยาบาลรัฐญารักษ์, 2544)

เฮโรอีน เป็นสารเสพติดที่มีฤทธิ์กดประสาท จัดอยู่ในกลุ่มยาเสพติดให้โทษในประเภทที่ 1 ตาม พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 เป็นสารสังเคราะห์ที่อยู่ในกลุ่มเดียวกับฝิ่น และ มอร์ฟีน มีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า ไดอะเซทิลมอร์ฟีน (Diacetylmorphine) สูตรเคมีคือ $C_{21}H_{23}NO_5$ เฮโรอีนที่นำมาเสพจะอยู่ในรูปเกลือเช่น เฮโรอีนไฮโดรคลอไรด์ มีลักษณะเป็นผงสี ขาว รสขม แต่สีจะเปลี่ยนไปตามองค์ประกอบที่ใส่เข้าไปในขบวนการผลิต เฮโรอีนมีชื่อเรียกอื่น เช่น ผงขาว แคลป์ เฮโรอีนเป็นยาเสพติดที่ได้จากการสังเคราะห์ทางเคมี จากปฏิกิริยาระหว่าง มอร์ฟีนกับสารเคมีบางชนิด เช่น อะเซติกแอนไฮไดรด์ (Aceticanhydride) หรือ อะเซทิลคลอไรด์ (Acetylchloride) หรือเอทิลิดีน ไดอะเซเตต (Ethylidinediacetate) โดยนักวิจัยชาวอังกฤษ ชื่อ C.R. Wright ได้ค้นพบวิธีการสังเคราะห์เฮโรอีนจากมอร์ฟีน โดยใช้ยาอะเซติกแอนไฮไดรด์ (Aceticanhydride) บริษัทผลิตยาไบเออร์ (Bayer) ได้นำมาผลิตเป็นยาออกสู่ตลาดโลก ในชื่อทาง การค้าว่า "Heroin" และถูกนำมาใช้ทดแทนมอร์ฟีนอย่างแพร่หลาย หลังจากที่มีการใช้เฮโรอีนใน

วงการแพทย์มานานถึง 18 ปี จึงทราบถึงอันตราย และผลที่ทำให้เกิดการเสพติดให้โทษที่ร้ายแรง จนปี พ.ศ. 2467 (ค.ศ. 1924) ประเทศสหรัฐอเมริกาได้ออกกฎหมาย ระบุให้เฮโรอีนเป็นยาเสพติดให้โทษ ห้ามมิให้ผู้ใดมีไว้ในครอบครอง หลังจากนั้นต่อมาอีก 35 ปี คือเมื่อปี พ.ศ. 2502 เฮโรอีนจึงได้แพร่ระบาดสู่ประเทศไทย และในปี พ.ศ. 2504 ประเทศไทยจึงออกกฎหมาย ระบุให้เฮโรอีนและมอร์ฟีนเป็นยาเสพติดให้โทษ เฮโรอีนออกฤทธิ์แรงกว่ามอร์ฟีนประมาณ 4-8 เท่า และออกฤทธิ์แรงกว่าฝิ่น ประมาณ 30-90 เท่า เฮโรอีนแบ่งได้เป็น 2 ประเภทเช่นเดียวกับมอร์ฟีน ได้แก่ เฮโรอีนเบส (Heroin base) ซึ่งมีคุณลักษณะเด่น คือ ไม่ละลายน้ำ ส่วนอีกประเภทหนึ่ง คือ เกลือของเฮโรอีน (Heroin salt) เช่น เฮโรอีนไฮโดรคลอไรด์ (Heroin hydrochloride) เฮโรอีนที่แพร่ระบาดในประเทศไทย แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

1. เฮโรอีนผสม หรือเรียกว่าเฮโรอีนเบอร์ 3 หรือไอระเหย เป็นเฮโรอีนที่มีความบริสุทธิ์ต่ำ เนื่องจากมีการผสมสารอื่นเข้าไปด้วย เช่น ผสมสารหนู สตริกนิน ยานอนหลับ กาเฟอีน แป้ง น้ำตาล และอาจผสมสี เช่น สีม่วงอ่อน สีชมพูอ่อน สีนํ้าตาล อาจพบในลักษณะเป็นผง เป็นเกล็ด หรืออัดเป็นก้อนเล็ก ๆ มีวิธีการเสพโดยการสูดเอาไอสารเข้าร่างกาย จึงเรียกว่า "ไอระเหย" หรือ "แคป"

2. เฮโรอีนเบอร์ 4 เป็นเฮโรอีนไฮโดรคลอไรด์ที่มีความบริสุทธิ์สูง มีลักษณะเป็นผงละเอียด หรือเป็นเม็ดคล้ายไขปลา หรือพบในลักษณะอัดเป็นก้อนสี่เหลี่ยมผืนผ้า มักมีสีขาวหรือสีครีม ไม่มีกลิ่น มีรสขม เป็นที่รู้จักทั่วไปว่า "ผงขาว" มักเสพโดยนำมาละลายน้ำและฉีดเข้าร่างกาย หรือ ผสมบุหรี่ยสูบ

นอกจากนี้แล้วผู้ผลิตมักผสมเฮโรอีนเจือปนลงไปโดยสารชนิดอื่น ๆ เพื่อให้ได้ปริมาณมากขึ้น และทำให้สารที่ผสมเฮโรอีนมีฤทธิ์มันมาได้ง่ายขึ้น เช่น ผสมลงไปนิยานอนหลับ ยาระงับประสาท ยาแก้ปวดชนิดต่าง ๆ ผงโบแรกซ์ผสมในอาหาร เครื่องดื่ม เป็นต้น

ฤทธิ์ของเฮโรอีน

เฮโรอีนเป็นยาเสพติดที่ออกฤทธิ์เหมือนกับมอร์ฟีน แต่มีพิษร้ายแรงกว่า ติดได้ง่ายกว่ามอร์ฟีน ทดลองใช้เพียงไม่กี่ครั้งก็ติดทันที ถ้าเลิกเสพก็เลิกได้ยากกว่าฝิ่น และมอร์ฟีน ทั้งเพราะเฮโรอีนมีความแรงหรือออกฤทธิ์มากกว่ามอร์ฟีนและฝิ่น

ผลต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย

สารกลุ่มฝิ่นออกฤทธิ์ต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายมากมาย โดยเฉพาะระบบประสาทและระบบการหายใจ

ระบบประสาทส่วนกลาง

ในบรรดาผลของสารกลุ่มฝิ่นที่มีต่อร่างกายนั้น การระงับอาการเจ็บปวด และการเกิดภาวะเคลิ้มสุขจะเป็นผลที่เด่นชัด การระงับความเจ็บปวดนั้นปรากฏทั้งที่ supraspinal และ spinal ในส่วน supraspinal นั้น สารกลุ่มฝิ่นจะออกฤทธิ์ต่อเซลล์สมองส่วน periaqueductal grey matter (PGA) และ nucleus raphe magnus (NPM) เส้นทางที่สำคัญของระบบประสาทในการระงับความเจ็บปวดจะทอดผ่านตรง PGA สู่ retroventral medullary region (NRM) แล้วทอดไปสู่ dorsal horn เส้นประสาทที่นำสาร serotonin จาก NRM จะกระตุ้นเซลล์สมองส่วนเอนเคฟาลิน ก่อให้เกิดการหลั่ง endogenous opioid ซึ่งสาร opioid เหล่านี้จะยับยั้งการทำงานของเซลล์สมองส่วน spinothalamic nociceptive ตรงบริเวณหลังจุดเชื่อมประสาท (postsynaptic contact) โดยตรง opioid ในส่วนระหว่างเซลล์ยังมีฤทธิ์ยับยั้ง nociceptive fiber ที่บริเวณก่อนจุดเชื่อมประสาทด้วย (presynaptic)

ระบบการหายใจ

สารกลุ่มฝิ่นกดการหายใจโดยการลดการตอบสนองต่อระดับคาร์บอนไดออกไซด์ของศูนย์ควบคุมการหายใจที่บริเวณก้านสมอง ยิ่งกว่านั้นการกดที่ pontine และ medullary center ยังมีผลต่อความสม่ำเสมอของการหายใจ การกดการหายใจนี้เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่พบบ่อยในการใช้สารกลุ่มฝิ่นมากเกินไป (overdose) ซึ่งสามารถเกิดขึ้นใน 5-10 นาทีหลังการฉีดสารมอร์ฟินเข้าเส้นเลือด หรือใน 30-90 นาที หลังการฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือในเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง

ระบบทางเดินอาหาร

สารกลุ่มฝิ่นยังมีฤทธิ์ในการลดการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อเรียบ ลดโดยทำให้การพักการทำงานยาวขึ้น ผลที่ตามมา คือ ทำให้การหลั่งสารจากถุงน้ำดี ตับอ่อน และลำไส้เล็กลดลง ลดความถี่ของการบีบตัวแต่เพิ่มความนานในการรัดตัวของลำไส้ (เกิดการเกร็งค้างในท้อง หรือ cramps) ด้วยเหตุนี้เองสารกลุ่มฝิ่น จึงให้ผลดีในการรักษาอาการท้องเสียหรือโรคอุจจาระร่วง แต่จะทำให้เกิดท้องอืด

ตารางที่ 1 ผลจากการใช้สารกลุ่มฝิ่นในระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง

ระบบ	ผลเฉียบพลัน	ผลเรื้อรัง
ระบบประสาทส่วนกลาง	ระงับปวด ภาวะเคลิ้มสุข กดการหายใจ, ความรู้สึกตัว กดการไอ	ภาวะพึ่งพา โรคปลายประสาทผิดปกติ กล้ามเนื้ออักเสบ สายตาดูผิดปกติ ความผิดปกติของอารมณ์
ทางเดินหายใจ	กดการหายใจ	โรคทางเดินหายใจ (ปอดอักเสบ วัณโรค)

ตารางที่ 1 (ต่อ) ผลจากการใช้สารกลุ่มฝิ่นในระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง

ระบบ	ผลเฉียบพลัน	ผลเรื้อรัง
ทางเดินอาหาร	ลดการบีบตัวของลำไส้ ลดการหลั่งสารจากถุงน้ำดี ตับอ่อนและลำไส้เล็ก	ท้องอืด ตับทำงานผิดปกติ
ตา	รูม่านตาแคบ (ยกเว้น meperidine)	คลื่นไส้, อาเจียน
ไต	ยับยั้งความรู้สึกปวดปัสสาวะ	ภาวะไตผิดปกติ
การเผาผลาญ		กดการทำงานต่อมหมวกไต
เพศ	กดความสามารถทางเพศ	ประจำเดือนผิดปกติ

อาการผู้เสพ

1. มีอาการปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูก ปวดตามข้อ ปวดสันหลัง ปวดบั้นเอว ปวดหัวรุนแรง
2. มีอาการจุกแน่นในอก คล้ายใจจะขาด อ่อนเพลียอย่างหนัก หมดเขียวแรงมีอาการ
หนาว ๆ ร้อน ๆ อืดอืดทึบทราย นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย บางรายมีอาการชักตาตั้ง น้ำลายฟู
ปาก ม่านตาคำหดเล็กลง
3. ใจคอหงุดหงิดฟุ้งซ่าน มึนงง หายใจ
4. ประสาทเสื่อม ความจำเสื่อม

โทษที่ได้รับ

1. โทษต่อผิวหนัง เป็นอาการที่ทำให้เส้นเลือดใต้ผิวหนัง เกิดอาการขยายตัว เกิดเป็นตุ่ม
แดงเล็ก ๆ ขึ้นบริเวณผิวหนังและ กระตุ้นสารฮิสตามีน (Histamine) และกระตุ้นต่อมเหงื่อด้วย
อาการนี้พบเห็นได้ หลังจากผู้เสพเฮโรอีนใหม่ ๆ จะมีอาการคันใต้ผิวหนังจึงแสดงอาการเกา หรือ
ลูบบริเวณใบหน้า ลำคอ นอกจากนี้ผู้เสพยาจะมีเหงื่อออกมากกว่าปกติและขนลุก
2. โทษต่อลำไส้ ทำให้ลำไส้บีบตัวลงผู้เสพยาจึงมีอาการท้องผูก
3. กดศูนย์การหายใจ ทำให้หายใจช้ากว่าปกติ ถ้าใช้ในปริมาณมากจะทำให้หัวใจหยุดเต้น
ได้
4. ทำลายฮอร์โมนเพศถ้าผู้เสพเป็นเพศหญิงจะทำให้ประจำเดือนมาผิดปกติ ถ้าผู้เสพเป็น
เพศชาย จะทำให้ฮอร์โมนเพศลดลง ไม่มีความรู้สึกต้องการทางเพศ
5. ทำลายระบบภูมิคุ้มกันโรคทางร่างกาย ผู้เสพยาจึงมีโอกาสติดเชื้อโรคได้ง่าย อาการที่
พบเห็นภายนอก คือ ผิวหนังมีอาการติดเชื้อเป็นแผลพุพอง ติดเชื้อวัณโรค ติดเชื้อโรคตับอักเสบ

นอกจากนี้ผู้เสพยาเสพติดอื่นจะทำให้ติดโรคเอดส์ได้ง่ายกว่าปกติ เพราะผู้เสพยาใช้เข็มฉีดยาที่ไม่ได้ทำความสะอาด หรือใช้เข็มฉีดยาร่วมกันจนทำให้ติดเชื้อ HIV

ความรู้เกี่ยวกับยาบ้า (วิโรจน์ วีระชัย และลำชา ลักษณ์ภิชนชัย, 2546)

แอมเฟตามีนถูกสังเคราะห์ได้ในปี พ.ศ. 2430 โดย Edeleau ช่วงแรกพบว่ามียุทธียาย หลอดลมจนถึงปี พ.ศ.2476 จึงพบว่ามียุทธิต่อระบบประสาทส่วนกลาง ถูกใช้เป็นยาลดความอ้วน และพบว่าถูกนำไปใช้ในทางที่ผิด เนื่องจากทำให้มี Euphoria และฤทธิ์กระตุ้น Psychomotor ยาบ้าหรือ Methamphetamine Hydrochloride หรือ Methamphetamine Hydrochloride หรือ Desoxyephedrine Hydrochloride มีชื่อทางการค้าว่า Methedrine (Wellcome) สังเคราะห์ได้ในปี พ.ศ.2462

แอมเฟตามีนถูกนำไปใช้อย่างมากในกลุ่มฮิปปี้ (รวมทั้งกัญชาและยาหลอนประสาทอื่นๆ) ถูกใช้เป็นยากระตุ้นในสงครามโลกครั้งที่ 2 ในทหารญี่ปุ่นและในสงครามเวียดนาม ปัจจุบันนี้ สารเคมีกลุ่มแอมเฟตามีนส่วนใหญ่ได้เลิกใช้ประโยชน์ทางการแพทย์และเภสัชกรรมแล้ว และทางกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้สารในกลุ่มแอมเฟตามีน รวมทั้งอนุพันธ์ของแอมเฟตามีน รวม 16 ชนิด เป็นยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรงประเภท 1 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 นับตั้งแต่วันที่ 16 ตุลาคม 2539 เป็นต้นมา

1.1 เภสัชจลนศาสตร์

ร่างกายขจัดแอมเฟตามีนโดยขับออกทางไต และเปลี่ยนสารโดยกระบวนการทางชีวเคมีต่างๆ แต่ส่วนใหญ่เป็นการขับออกทางไต จะขับออกทางไตได้เพิ่มขึ้น ถ้ามีภาวะเป็นกรด ดังนั้น การรักษาผู้ที่ได้แอมเฟตามีนเกิน วิธีหนึ่งก็คือ ทำให้ปัสสาวะเป็นกรดกลไกการเปลี่ยนแปลงสารมี กลไกหลายอย่าง เช่น

- 1.) กลไก Aromatic hydroxylation กลายเป็น phenolic amines โดยเฉพาะ p-hydroxyamphetamine ซึ่งยังสามารถออกฤทธิ์อยู่
- 2.) กลไก Beta-hydroxylation ทำให้กลายเป็นสารที่มี hydroxyl group มาจับ กลไกทั้งสอง ทำให้ได้สาร p-hydroxynorphedrine ซึ่งถูกดึงกลับไปออกฤทธิ์ เหมือนเพิ่มฤทธิ์ของแอมเฟตามีน

กลไกอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการออกซิเดชันของไนโตรเจน และแอลฟาคารบอน เช่น N-Dealkylation และ Deamination ซึ่งต้องใช้เอนไซม์ออกซิเจนและ NADPH₂ ผลที่ได้คือ Primary amines และ Aldehyde นอกจากนั้นยังได้ ketone secondary alcohol และ Benzoic acid ในการเสพยาแอมเฟตามีนนานๆ ไม่ได้มีผลกับการขับสารออกจากร่างกาย แต่ในกลุ่มเสพนานๆ นี้จะมีการ uptake

ของ (3) H-amphetamine เข้าไปในสมองส่วน pons medulla การเสพแอมเฟตามีนจึงแปลกจากสารอื่นที่ร่างกายไม่ได้เพิ่มอัตราการขับสารออกจากร่างกาย หรือไม่ได้เพิ่มการ Hydroxylation

1.2 ผลของยาบ้าต่อร่างกายและจิตใจ

เนื่องจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับปริมาณของยาบ้าที่ใช้ วิถีเสพ ความถี่บ่อยของการใช้ยา ระยะเวลาที่ใช้ยา รวมทั้งร่างกายของผู้ป่วยเอง ในการรักษาก็มีความจำเป็นต้องรักษาให้เหมาะสมตามลักษณะอาการของผู้ป่วย จึงขอแบ่งผลของยาบ้าออกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

- 1.) พิษ ผลอย่างเฉียบพลันและภาวะพิษเฉียบพลันจากยาบ้า (Toxic Acute Effect and Acute Methamphetamine-intoxication)
- 2.) ผลในระยะยาว ภาวะแทรกซ้อนและโรคที่พบร่วมกับการเสพยาบ้า (Chronic Effect Chronic Methamphetamine use disorder)
- 3.) การเสพติดและการบำบัดรักษาการติดยาบ้า (Methamphetamine dependence and treatment)

1.3 พิษเฉียบพลันจากยาบ้า

- 1.) พิษของยาบ้า (Toxic of Methamphetamine)

เมทแอมเฟตามีนเป็นสารที่เป็นพิษต่อระบบประสาท (Neurotoxic effects) ออกฤทธิ์นาน 8–12 ชั่วโมง การเสพหลายครั้งใน 1 วัน ทำให้ระดับสารสูงอยู่ในกระแสเลือดนาน ๆ ซึ่งทำให้มีอันตรายต่อสมอง ผู้ที่ใช้วันละ 20–30 มิลลิกรัม จะมีอาการตื่นตื้นง่าย พุดมาก มีการเคลื่อนไหวมาก มือสั่น เหงื่อออกมาก รู้สึกตึงเครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง และม่านตาขยาย เมื่อหมดฤทธิ์จะมีอาการอ่อนเพลีย ไม่ร่าเริง และมีอารมณ์เศร้า ผู้ที่เสพขนาดสูงวันละ 100–200 มิลลิกรัม อาจเกิดอาการโรคจิต (Acute psychosis) ชนิด Amphetamine psychosis ซึ่งมีอาการเหมือนโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง

- 2.) ผลของยาบ้าต่อร่างกายอย่างเฉียบพลัน (Acute Effect of Methamphetamine)

เมทแอมเฟตามีนจะมีผลต่อร่างกายและจิตใจ มีฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนกลาง ทำให้มีการหลั่ง Catecholamine โดยเฉพาะ Norepinephrine ตำแหน่งที่ออกฤทธิ์ส่วนใหญ่อยู่บริเวณ Cerebral cortex และ Reticular activating system มีฤทธิ์กระตุ้นทั้ง α และ β Receptors โดยตรง เป็นผลให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น อุณหภูมิร่างกายเพิ่มขึ้น หายใจเร็วขึ้น และม่านตาขยาย บางรายอาจมีอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ อาการผิดปกติของเส้นเลือดในสมอง อาจมีอาการชักจนถึง Coma ได้ มีการหลั่ง Dopamine บริเวณ Limbic reward system เมื่อให้แอมเฟตามีนขนาดต่ำๆ จะทำให้มีการเพิ่ม activity ของ locomotor ซึ่งเป็นผลจากระบบ mesolimbic dopaminergic

system ผู้ที่ได้รับแอมเฟตามีนจะเพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อ เพิ่มการตื่นตัว ลดความรู้สึกเมื่อย่ำ ลดความอยากอาหาร ไม่ง่วงนอน และมีอาการเมาแบบเคลิ้มอ่อนๆ

แอมเฟตามีนในขนาดที่สูงจะทำให้มีการหลั่ง 5-hydroxytryptamine ซึ่งจะไปกระตุ้น Serotonergic receptor ได้ นอกจากนั้นแอมเฟตามีนยังมีผลกับ Neuropeptide system ต่าง ๆ โดยเฉพาะ Substance P และ Neurotensinฤทธิ์ของแอมเฟตามีนที่ไปกระตุ้น Serotonergic neurotransmission แต่กลับยับยั้งการกระตุ้น Locomotor ของตัวเองผลรวมเป็นการลดการทำงานของ Serotonergic system ซึ่งสัมพันธ์กับพฤติกรรม Impulsive (Disinhibition of behavior)

มีหลายรายงานที่บ่งว่าสารอนุพันธ์ฝิ่น (Endogenous Opiates) มีบทบาทสำคัญในการที่แอมเฟตามีนกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกาย และการหลั่ง dopamine เพราะ Naloxone สามารถลดผลของแอมเฟตามีนได้

3.) ผลต่อพฤติกรรม

ความก้าวร้าว ผลของแอมเฟตามีนต่อความก้าวร้าวมีความซับซ้อนผู้ที่เสพแอมเฟตามีนมักจะมีอาการก้าวร้าวชนิดระเบิดทันทีในช่วงสั้น ๆ ความก้าวร้าวนี้ดูเหมือนจะสัมพันธ์กับขนาดปริมาณที่เสพ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นอาจมากถึงขั้นเป็นฆาตกรเนื่องจากอาการประสาทหลอนและหวาดระแวง และบางรายอาจฆ่าคนในครอบครัว การเบื่ออาหาร แอมเฟตามีนจัดเป็นสารที่ทำให้เบื่ออาหารชนิดแรง โดยออกฤทธิ์ผ่านทาง Dopamine บริเวณ Lateral hypothalamus ส่วน Fenfluramine ดูเหมือนจะออกฤทธิ์ทางกลไกของ Serotonin

4.) ภาวะเฉียบพลันจากยาบ้า (Acute Methamphetamine intoxication)

ภาวะนี้เกิดจากการใช้ยาบ้าเกินขนาด ทั้งในกลุ่มที่เสพในลักษณะที่ใช้ในทางที่ผิด และกลุ่มที่เสพติดอยู่แล้วเสพเพิ่มจนเกินขนาด บางรายอาจรับประทานโดยไม่รู้ตัว เนื่องจากมีผู้อื่นผสมในน้ำดื่มหรืออาหารเพื่อจุดประสงค์ต่าง ๆ กัน อาจพบการเสพเกินขนาดเป็นการประชดครอบครัวยุในบางรายที่ไม่สามารถให้การวินิจฉัยได้ชัดเจน เนื่องจากไม่ได้ประวัติหรือประวัติไม่ชัดเจน อยู่ในสถานที่ที่ไม่สามารถพิสูจน์หาเมทแอมเฟตามีนได้ จำเป็นต้องมีการวินิจฉัยแยกโรคไว้ด้วย เพื่อให้การรักษาได้อย่างเหมาะสม โรคหรือภาวะที่อาจจะมีอาการและอาการแสดงได้คล้ายกับภาวะเฉียบพลันจากยาบ้าคือภาวะไทรอยด์เป็นพิษ Pheochromocytoma บาดเจ็บทางศีรษะ หรืออาการทางจิตเวช เช่น โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง ภาวะอารมณ์แปรปรวนแบบ Mania

อาการที่พบมักเป็นอาการทางสมอง มีสับสน (Delusion) และหวาดระแวง (Paranoid) ประสาทหลอนและคิดฆ่าตัวตาย บางรายอาจมีอาการชัก กล้ามเนื้อเป่ลี่ย เจ็บแน่นหน้าอก จนถึงหัวใจเต้นผิดจังหวะ มีข้อควรสังเกตบางประการที่จะช่วยแยกภาวะทางจิตกับอาการของผู้เสพยาบ้าเกินขนาด คือผู้ที่เสพยาบ้าเกินขนาดโดยทั่วไปจะเสีย Sensorium และ Orientation เช่นเดียวกับ Organic brain syndromes อื่น ๆ ในต่างประเทศหรือในถิ่นที่มีโคเคนระบาด การแยกอาการโคเคนและยาบ้าอาจสับสนกันได้ เนื่องจากอาการจากโคเคนและยาบ้าจะคล้ายกัน

1.4 ผลในระยะยาว ภาวะแทรกซ้อน และโรคที่พบร่วมกับการเสพยาบ้า (Chronic Effect, Chronic Methamphetamine use disorder)

1.) ผลของยาบ้าต่อร่างกายในระยะยาว (Chronic Effect of Methamphetamine) ยาบ้านี้เมื่อใช้ติดต่อกันจะมีอาการคือยา (Tolerance) และมีอาการติดยาได้ และเมื่อมีการหยุดยาก็จะมีอาการขาดยา (Withdrawal syndrome) คล้ายโคเคน (Cocaine) แต่จะรุนแรงนานกว่าหลังหยุดยาหลายๆ ชั่วโมง เมื่อยาหมดฤทธิ์ความรู้สึกของความตื่นตัวจะลดลงผู้เสพยาจะหลับ บางรายหลับหลายวันเมื่อตื่นขึ้นมาบางรายจะมีอาการซึมเศร้าอยู่หลายสัปดาห์ บางรายเป็นมากจนมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Suicide)

2.) ยาบ้าออกฤทธิ์ทั้ง Norepinephrine, Dopamine, Serotonin, Norepinephrine การเสพยาบ้าขนาดสูงอยู่นาน ๆ ทำให้ Central monoaminergic system เสียไปในสัตว์ทดลอง เช่น ในลิงทำให้มีการลดลงของ Norepinephrine ทั้งสมองและเมสันหยุดให้แอมเฟตามีนนาน 3-6 เดือน สมองบางส่วนก็ยังมี Norepinephrine ต่ำอยู่ เมื่อเสพยาบ้าไปนาน ๆ มีผลกับ Dopamine ของระบบประสาทแตกต่างกันไป แล้วแต่บริเวณของสมองและแบบแผนการเสพ ระหว่างเสพเป็นครั้งคราวกับเสพตลอดทั้งวัน บางบริเวณของสมองมีการลดลงของ Dopamine และยังพบว่าการเปลี่ยนแปลงของ Somatodendritic และ terminal auto receptor sensitivity ทำให้ reinforces ได้ผลตรงข้าม ยาบ้าเมื่อเสพไปนานๆ จะทำลายทั้งระบบ Dopamine ของสมอง ทำให้การสร้าง Dopamine ลดลง จำนวนหรือความสามารถในการรับของ Postsynaptic dopamine receptor ลดลงแม้จะหยุดยาบ้าไปแล้วเป็นปี โดยเฉพาะที่ Caudate putamen และบางรายเซลล์สมองเสียหายอย่างถาวร (Neuronal degeneration) ซึ่งจะมีผลทั้งการเสียความสามารถ การเรียนรู้ (Cognitive) และพบมีความผิดปกติด้านอารมณ์ ความผิดปกติที่พบนี้จะสัมพันธ์กับทั้งขนาดของสารที่เสพ วิธีการเสพ และความถี่ในการเสพ Serotonin การเสพยาบ้าอยู่นาน ๆ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของ Tryptophan hydroxylase activity รวมทั้ง 5-HT มีการศึกษาผลของ fenfluramine ที่สำคัญคือ มีการทำลาย Serotonergic neurons ด้วย

เส้นเลือดของสมอง (Cerebral vasculature) การเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดในสมองเฉพาะในลิง พบว่าเมื่อให้เมทแอมเฟตามีนเป็นระยะเวลา 1 ปี จะเกิดมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากของเส้นเลือดแดงเล็ก ๆ และ Capillary beds รวมทั้งมีการสูญเสีย Neurons ทั้งมี Glial cells, Statellitosis และมีเลือดออกเป็นจุดเล็กในสมองส่วน Cerebellum และ Hypothalamus

ปัจจุบันพบว่าการเสพยาบ้า 5-6 เดือน จะทำให้สมองเสื่อม ลักษณะคล้ายกับโรค Alzheimer's disease จากการศึกษาโดย Magnetic resonance spectroscopy และสารเคมีในสมองพบว่าเซลล์สมองถูกทำลาย โดยเฉพาะสมองส่วนที่ใช้ในการคิด ในการใช้ยาแบบเรื้อรังมีการเปลี่ยนแปลงเกือบทุกระบบ หลอดเลือด หัวใจ สมอง ตับ และปอด ซึมเศร้าอย่างรุนแรง และ

ประสาทหลอน ระยะเวลาท้ายจะทำให้เกิด Limp flicks, Abortive grooming และมีท่าผิดปกติแบบ Dystonic postures

1.5 การเสพติดและการบำบัดรักษายาเสพติด (Methamphetamine Dependence and Treatment)

การรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติดโดยทั่วไปนั้นมุ่งหวังให้ผู้ป่วยสามารถหยุดเสพสารเสพติดได้ โดยไม่มีอาการขาดยาและอาการอยากยาหรือมีกึ่งแต่น้อย และไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง แต่ที่สำคัญ คือการรักษาการเสพติดเพื่อไม่ให้มีการติดซ้ำอีก ก่อนที่จะให้การรักษาได้อย่างถูกต้อง ผู้รักษาจำเป็นต้องให้การวินิจฉัยว่า ผู้ป่วยเสพยาบ้า (Drug Dependence) หรือเพียงแค่ใช้ยาบ้าในทางที่ผิดแต่ยังไม่ถึงขั้นเสพติด (Drug Abuse) ซึ่งแต่เดิมในสมัยก่อนแพทย์จะให้การวินิจฉัยว่าการติดยาเสพติด โดยเน้นว่ามีอาการขาดยา (Withdrawal Symptom) และมีการดื้อยา (Tolerance) และถือว่าเป็นบุคลิกภาพผิดปกติชนิดหนึ่ง ซึ่งปัจจุบันยึดเกณฑ์วินิจฉัยการติดยาเสพติดว่าเป็นความผิดปกติของพฤติกรรมเป็นสิ่งสำคัญ สำหรับหลักเกณฑ์การวินิจฉัยที่นิยมใช้กัน คือ เกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) โดยถือว่ามีการใช้สารเสพติดอย่างผิดๆ จนทำให้เกิดอาการ หรือความบกพร่องอย่างน้อย 3 ข้อใน 7 ข้อ ในระยะเวลาใดๆ ก็ได้ภายในเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา เราแบ่งระยะของการเสพยาบ้าเป็น 2 ระยะ

- 1.) ระยะเริ่มต้นเสพยา (Initiation Phase)
- 2.) ระยะเสพยาในทางที่ผิดจนเสพติด (Consolidation Phase)

การแบ่งการเสพยาจากความรุนแรงของการเสพยาจากเสพน้อยๆ จนถึงเสพติดมากจนเลิกยากซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดยา แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยของแต่ละบุคคล

1.) ระยะเริ่มต้นเสพยา (Initiation Phase) ตั้งแต่การเสพยาเป็นครั้งคราว (Single dose phase) ทำให้เกิด Euphoria เพิ่มกำลังในการทำงานหรือการเข้าสังคม นำไปสู่การวางเงื่อนไขในการอยากยาและการเสพยาตามมา ทำให้เกิดเป็น Reinforcement ไปสู่การเสพยาซึ่งเป็นผลทั้งจากฤทธิ์ของสารเองแล้วยังมีผลจากตัวผู้เสพเองด้วย

2) ระยะเสพยาในทางที่ผิดจนเสพติด (Consolidation Phase) เมื่อเสพยาไปนานขึ้นแม้เป็นครั้งคราวในตอนแรก ผู้เสพยาพบว่าถ้าเสพยามากขึ้นก็จะได้ฤทธิ์ที่มากขึ้น ทำให้เสพยาเพิ่มขึ้นและสม่ำเสมอขึ้น ถ้าหายามาเสพได้ง่ายและอาจเปลี่ยนวิธีการเสพเป็นวิธีที่จะทำให้ออกฤทธิ์เร็วขึ้น แรงขึ้น จากรับประทานเป็นสับ หรือฉีด ผู้ป่วยจะเริ่มเสพจนเมาหนัก (Binging) คือเสพยาซ้ำๆ ในช่วง 12-18 ชั่วโมง หรือนานถึง 7 วัน ซึ่งผู้เสพยาอาจยังหลงอยู่กับฤทธิ์ของยามากขึ้น ความสนใจต่อภารกิจอื่นๆ หน้าที่ต่อครอบครัว ความรับผิดชอบต่อการงานหมดไปการเลิกยาในระยะนี้ยิ่งยากขึ้น

ถ้าผู้ป่วยเพียงแค่อาศัยยาในทางที่ผิดยังไม่ถึงขั้นเสพติด การรักษามักไม่จำเป็นต้องใช้ยา และขั้นตอนต่างๆมากเท่ากับผู้ป่วยเสพติด ผู้ให้การรักษามักให้คำปรึกษาแนะนำ (Counseling) แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก โดยชี้ให้เห็นถึงผลเสียต่อทั้งตัวเองและผู้อื่น ให้จัดระเบียบชีวิต ฝึกให้มีสติที่จะหยุดความคิดเมื่อพบตัวกระตุ้นให้อยากยา และจัดสมดุลชีวิตให้เหมาะสม ครอบครัวคอยเป็นที่ปรึกษาให้กำลังใจ ให้ความอบอุ่น แนะนำในสิ่งที่ควรและไม่ควร ยาที่จะใช้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจไม่มีความจำเป็นนอกจากจะให้ยาต้านอาการซึมเศร้า หรือยาลดความเครียดในบางราย

ผู้ป่วยเสพยาบ้าที่อาการขาดยาจะไม่รุนแรง ผิดกับสารเสพติดบางจำพวกโดยเฉพาะตระกูลฝิ่นซึ่งมีอาการรุนแรง ผู้ป่วยเสพยาบ้าจึงมักไม่ยอมเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยบางรายถึงกับคิดว่ายาบ้าไม่ทำให้เสพติดซึ่งเป็นความเข้าใจที่ผิด เพราะอาการเสพยาบ้าทางร่างกายน้อย แต่การเสพยาบ้าทางจิตใจนั้นรุนแรงกว่า ในรายที่เข้ารับการรักษา มักเป็นผู้ที่ถูกบังคับ เช่น มีคำสั่งศาลบังคับ ญาติบังคับให้มา หรือใช้ยามากจนร่างกายทรุดโทรม มีบางส่วนที่ตั้งใจเข้ารับการรักษาเอง

1.6 อาการ และอาการแสดงหลังหยุดเสพยาบ้า อาการขาดยา (Withdrawal / Abstinence Roadmap for Recovery)

ในผู้ป่วยยาและสารเสพติดเมื่อหยุดยา จะมีทั้งอาการขาดยา (Withdrawal symptoms) และอาการอยากยา (Craving symptoms)

อาการขาดยา (Withdrawal symptoms) หมายถึงอาการที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยหยุดสารเสพติด เช่น ผู้ป่วยติดสารเสพติดตระกูลฝิ่น เมื่อขาดยาจะมีอาการขาดยาที่มักจะเรียกว่า ลงแดง คือ มีอาการท้องเสีย เหงื่อแตก หาว มีน้ำมูก ปวดกระดูก นอนไม่หลับ เป็นต้น ส่วนในผู้ป่วยเสพยาบ้าอาการขาดยาจะมีมากน้อยแตกต่างกันไป แต่ส่วนใหญ่อาการทางร่างกายไม่รุนแรงนัก เช่น มีอาการอยู่ไม่เป็นสุข หงุดหงิดกระวนกระวาย

อาการอยากยา (Craving symptoms) หมายถึงการที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกอยากใช้สารเสพติด ซึ่งอาจเกิดขึ้นในช่วงใดของการหยุดยาก็ได้ โดยทั่วไปมักมีอาการอยากยามากในระยะแรกๆ ของการหยุดยาแม้แต่ในขณะที่เพิ่งเสพยาไป ผู้ป่วยก็อาจมีอาการอยากยาเกิดขึ้นโดยที่ยังไม่มีอาการขาดยาเลยก็ได้ ในผู้ป่วยเสพยาบ้าอาการอยากยาทำให้ผู้ป่วยกลับไปติดซ้ำอีก เราอาจแบ่งระยะหลังจากหยุดเสพยาจนเลิกได้ (Roadmap for Recovery) เป็น 4 ระยะดังนี้

(1.)ระยะขาดยา (Withdrawal Stage) ระยะนี้ใช้เวลาประมาณเป็นชั่วโมงจนถึง 5-10 วันหลังจากหยุดยา ในตอนเริ่มต้นผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้า รู้สึกไม่มีความสุข (Dysphoria) หงุดหงิด เครียด กระวนกระวาย นอนไม่หลับและมีอาการอยากยามาก บางรายก็อาละวาด ต่อมาความอยากยาถูกแทนที่ด้วยความเหนื่อยล้า มีอาการอ่อนเพลีย หมดเร็วแรง รู้สึกง่วงนอน หลับมาก มักหลับใน 24 ชั่วโมงและหลับไป 2-3 วัน เมื่อตื่นขึ้นมาจะหิวมาก และอาการอยากยาจะค่อยๆ ลดลงในบางราย เมื่อหมดฤทธิ์กระตุ้นของยาบ้าผู้ป่วยบางรายกลับมีอาการซึมเศร้ารุนแรง (Severe

Depression) จนถึงกับพยายามฆ่าตัวตาย สำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่ในระยะนี้มักมีอาการเมื่อยล้า รู้สึกง่วงนอน หลับมาก แล้วตามด้วยการหิวมาก

(2.)ระยะหยุดเสพยาช่วงแรก (Early Abstinence or Honeymoon Stage) ถัดจากระยะแรกจนถึงประมาณ 45 วัน ยังมีอาการเครียดอ่อนเพลียอยู่บ้าง การนอนหลับ และอารมณ์ยังมีการแปรปรวน และจะค่อยๆกลับเข้าสู่ภาวะปกติ ผู้ป่วยหลายรายเกิดความเชื่อมั่นเกิน (Overconfidence) เกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถเลิกเสพยาได้ง่ายดายและเลิกได้แน่นอน ส่วนใหญ่ยังมีปัญหาเรื่องสมาธิและความจำ อารมณ์มีการแปรปรวน (Mood Swings) บางรายจะมีอาการซึมเศร้าและกระวนกระวาย ซึ่งสัมพันธ์กับระยะเวลา และขนาดของยาบ้าที่เสพยา

(3.)ระยะผ่านอุปสรรค (Protrated Abstinence or the wall Stage) ระยะเวลา 4-6 เดือน หลังจากหยุดยาระยะนี้มีอาการเหมือนคนปกติ แต่บางรายมีการสูญเสียความจำ การเรียนรู้ (Cognitive) อาจมีอาการแปรปรวนและยังมีอาการซึมเศร้าได้ (Emotion Swings) ซึ่งยังมีอาการอยากยาเป็นพักๆ หรือมีอาการอยากยาเมื่อมีสิ่งกระตุ้น เช่น เพื่อนพูดชวน เห็นผู้อื่นเสพยา จะมีอาการอยากยาที่รุนแรงได้ ดังนั้นจึงพบได้ว่าผู้ป่วยบางรายที่เลิกได้เป็นเดือนๆ ก็ยังหวนกลับมาเสพยาใหม่ได้อีก

(4.)ระยะปรับตัวปกติ (Adjustment / Resolution Stage) เป็นระยะปรับตัวทางความคิดและสังคม ผู้ป่วยรู้สึกถึงความถูกต้อง เกิดความละอาย ยังขาดเป้าหมายของชีวิต อาจมีความเบื่อหน่ายและมีปัญหาในสถานะหรือความสัมพันธ์กับผู้อื่น การจัดสมดุลของชีวิตในระยะนี้จึงมีความสำคัญที่จะทำให้การเลิกยายั่งยืนและไม่กลับไปติดซ้ำอีก

ความรู้เกี่ยวกับกัญชา (โรงพยาบาลรัฐญารักษ์, 2544)

กัญชาเป็นพืชล้มลุกจำพวกหญ้า ใบแตกเป็นแฉกคล้ายใบละหุ่งหรือมันสำปะหลัง ส่วนที่นำมาใช้เป็นยาเสพติดคือ เป็นส่วนที่ได้จากปลายกิ่ง (ยอด) ของต้นตัวเมียที่กำลังมีช่อดอก ซึ่งส่วนนี้จะมียาง (resin) อยู่ในปริมาณที่สูงกว่าส่วนอื่น ๆ ของต้นกัญชา นำมาตากแห้งและบดเป็นผงหยาบ ๆ แล้วนำมามวนบุหรี่ หรืออาจสูบด้วยปล้องหรือบ้องกัญชา กัญชามีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาที่คล้ายกับพวกยากระตุ้นประสาท (stimulant) ยากดประสาท (depressant) ยาหลอนประสาท (hallucinogen) ยาแก้ปวด (analgesic) และยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทหลายประการในยาตัวเดียวกัน สารหลักที่พบเป็นสารพวก cannabinoid มีอยู่ด้วยกัน 3 ชนิด คือ cannabidiol (CBD), tetrahydrocannabinol (THC) และ cannabivone (CBN) สารที่สำคัญที่ออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาต่อร่างกาย คือ THC

การดูดซึม การกระจาย การเปลี่ยนแปลง และการขับถ่าย

THC ถูกดูดซึมได้ดีจากทางเดินหายใจได้อย่างเร็วและสมบูรณ์ การออกฤทธิ์ต่อร่างกายจะเกิดขึ้นภายใน 2-3 นาทีหลังจากสูบ ผลของการออกฤทธิ์จะสูงสุดภายใน 10-30 นาที และฤทธิ์จะอยู่ได้

นาน 2-3 ชั่วโมง การกินกัญชาสามารถดูดซึมได้เช่นกัน แต่การดูดซึมจากทางเดินอาหารจะเป็นไปได้ช้าและไม่สมบูรณ์ การสูบกัญชาจะให้ผลเร็วกว่าการกินกัญชามาก หากใช้วิธีการกินกัญชา การออกฤทธิ์จะเกิดขึ้นภายใน 30-60 นาทีหลังการกิน โดยผลของการออกฤทธิ์จะสูงสุดภายใน 2-3 ชั่วโมงและการออกฤทธิ์จะอยู่ได้นาน 3-5 ชั่วโมง

หลังการดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด THC จะกระจายไปยังอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกาย และบางส่วนจะไปสะสมอยู่ตามเนื้อเยื่อ THC มีคุณสมบัติละลายได้ดีในไขมัน ทำให้สามารถซึมผ่านแนวด่านทานของสมองได้ดี จึงไปออกฤทธิ์ส่วนใหญ่ที่สมอง

THC มีค่าครึ่งชีวิตประมาณ 3 วัน ส่วนใหญ่จะถูกเปลี่ยนแปลงที่ตับ ให้เปลี่ยนเป็นอนุพันธ์ 11-hydroxy derivative การสะสมของ THC ตามกล้ามเนื้อที่มีไขมัน จะทำให้ THC ถูกเปลี่ยนแปลงอย่างช้า ๆ ฤทธิ์ของกัญชาจึงอยู่ได้นาน และต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์เพื่อขับถ่ายสารที่ถูกแปรสภาพแล้วออกไปจากร่างกายโดยทางปัสสาวะ สามารถตรวจพบสารอนุพันธ์ของกัญชาได้นานเป็นวัน ๆ ดังนี้

- ผู้ใช้เป็นครั้งคราวหรือเพิ่งเริ่มหัดเสพ ตรวจพบอนุพันธ์ของกัญชาในปัสสาวะได้นานถึง 3 วัน
- ผู้ใช้บ่อย ๆ ตรวจพบอนุพันธ์ของกัญชาในปัสสาวะได้นานถึง 7-10 วัน
- ผู้ใช้จนเสพติดและปริมาณสูง ตรวจพบอนุพันธ์ของกัญชาในปัสสาวะได้นานถึง 20 วัน

กลไกการออกฤทธิ์

กลไกการออกฤทธิ์ค่อนข้างซับซ้อนและยังไม่ชัดเจน พบว่า THC จะทำปฏิกิริยากับ cannabinoid receptor ในระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ dopamine สูงขึ้น และยังออกฤทธิ์ต่อสารสื่อประสาทหลายระบบ เช่น เสริมฤทธิ์ GABA, serotonin, acetylcholine, norepinephrine และยังเสริมฤทธิ์กับ prostaglandin E2 ระวังปวดได้

ผลการออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา

ผลของกัญชาต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย มีดังนี้

1. ผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง กัญชาออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลางเป็นส่วนใหญ่ การออกฤทธิ์จะมากหรือน้อยขึ้นกับปริมาณของ THC ที่มีอยู่ในกัญชา

ในขนาดต่ำกัญชาทำให้รู้สึกรื่นเริงและเป็นสุข ขาดการยับยั้ง โดยแสดงเป็นลักษณะที่พูดมากและหัวเราะได้มากกว่าที่เคยเป็น (อาการที่เกิดขึ้นคล้ายกับคนเมาเหล้า) รู้สึกผ่อนคลาย และมีนั่ง การรับรู้ในเรื่องสีและแสงไวกว่าปกติ การรับรู้เกี่ยวกับเวลา การมองเห็นและระยะทางผิดไป ผู้เสพจึงมักมีอาการหูแว่วและเห็นวัตถุต่าง ๆ มีขนาดขยายใหญ่ขึ้น กัญชายังทำให้ความคิดสับสน ขาดสมาธิและความจำเสื่อม เสียการทรงตัว กล้ามเนื้ออ่อนเปลี้ยและมือสั่น

ในขนาดสูงขึ้นจะมีอาการมากขึ้นตามไปด้วย กล่าวคือ ผู้เสพมีความคิดสับสนมากขึ้น การรับรู้และการตัดสินใจเสียไป มีความรู้สึกหวาดระแวง กังวลและหวาดกลัว แทนที่จะมีอารมณ์เป็นสุข มีอาการประสาทหลอน หลงผิด และหวาดระแวงอย่างมาก

2. ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ชีพจรเต้นเร็ว กัญชาทำให้เส้นเลือดส่วนปลายขยาย เป็นผลทำให้ความดันโลหิตลดต่ำลง โดยเฉพาะเวลาลุกขึ้นนั่งหรือยืน ตาแดง

3. ผลต่อระบบทางเดินหายใจ การสูบกัญชา จะทำให้ระคายเคืองต่อเยื่อทางเดินหายใจ หลอดลมขยาย

4. ผลต่อระบบทางเดินอาหาร กระตุ้นให้มีความอยากอาหารมากขึ้น ปากแห้ง คอแห้ง และต้านการอาเจียน

5. อื่น ๆ อารมณ์เพศเปลี่ยนแปลง อุณหภูมิร่างกายเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย เมื่อหมดฤทธิ์ อาจมีอาการปวดหัวและเมาค้าง

ในขนาดต่ำ กัญชาทำให้เกิดผลต่อร่างกายคล้ายกับคนเมาเหล้า ขาดสมาธิและสมรรถภาพในการทำงาน ผู้เสพกัญชาเรื้อรังติดต่อกันเป็นเวลานาน จะมีอาการตาแดง ความดันโลหิตต่ำลง กล้ามเนื้ออ่อนเปลี้ย ตัวสั่น เดินไม่ตรงทาง เอ็นที่อยู่ส่วนลึกของร่างกายกระตุก สมรรถภาพในการขับขี้เลื้อมลง ความคิดสับสน ความจำเสื่อม เชื่องซึมและเฉยเมยในบางรายจะมีอาการท้องร่วงหรือเป็นตะคริวที่ท้องน้อย น้ำหนักเพิ่มหรือลด และความรู้สึกทางเพศลดลง

การติดยาและการติดยา

การใช้กัญชาเป็นประจำจะทำให้เกิดอาการติดยา ต้องเพิ่มขนาดที่ใช้ขึ้นเรื่อย ๆ จึงจะบังเกิดผลเท่าเดิมในบางราย ยังไม่มีรายงานการติดยาข้ามระหว่างกัญชากับยาหลอนประสาทอื่น คนที่ใช้กัญชาเป็นประจำติดต่อกันเป็นเวลานาน จะเกิดอาการติดยาทางจิตและการติดยาทางกายอย่างอ่อน เมื่อหยุดใช้ยาจะมีอาการขาดยาเกิดขึ้น แต่ไม่รุนแรง อาการที่เกิดขึ้น ได้แก่ นอนไม่หลับ หงุดหงิด กระสับกระส่าย เหงื่อออก เบื่ออาหารและกระเพาะอาหารทำงานผิดปกติ

ขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด (ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา, 2549)

การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ถือเป็นวิธีการช่วยเหลือที่สำคัญสำหรับผู้ติดสารเสพติด เนื่องจากเมื่อหยุดเสพจะเกิดอาการขาดยา ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ หากผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของตนเอง จะส่งผลให้การตอบสนองต่อการบำบัดรักษามากขึ้น และส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถหยุดยาเสพติดได้มากขึ้น ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลาให้บริการบำบัดรักษา 2 รูปแบบ คือ รูปแบบผู้ป่วยนอกและรูปแบบผู้ป่วยใน โดยมีการดำเนินการบำบัดรักษา 4 ขั้นตอน ได้แก่

1. ขั้นเตรียมการก่อนรักษา (Pre-admission)
2. ขั้นถอนพิษยา (Detoxification)
3. ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) ในรูปแบบของ FAST MODEL
4. ขั้นติดตามหลังการรักษา (After Care)

1. ขั้นตอนเตรียมการก่อนรักษา (Pre-admission)

เป็นระยะแรกของการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเตรียมตัวเตรียมใจ จัดการภารกิจต่าง ๆ ให้เรียบร้อย ทำให้สามารถเข้ารับการรักษาครบตามระยะเวลาได้ต่อเนื่องไม่ขาดตอน รวมทั้งให้คำแนะนำจูงใจผู้ป่วยให้เห็นความสำคัญของการรักษา และมีความตั้งใจจริงในการรักษา รวมไปถึงการเตรียมครอบครัวของผู้ป่วยด้วย เพราะผู้ป่วยหลายรายมีสาเหตุในการเสพยาเสพติดจากปัญหาในครอบครัว การให้คำแนะนำและปรึกษาครอบครัวไปด้วย เป็นการรักษาที่ได้ผลดีกว่าการรักษาที่มุ่งเน้นเฉพาะแต่ตัวผู้ป่วย กิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำในขั้นเตรียมการก่อนการรักษานี้ได้แก่

- การตรวจหลักฐานประจำตัวของผู้ป่วย เป็นการยืนยันว่าเป็นบุคคลนั้นจริง
 - ค้นประวัติเก่าทุกราย เพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างต่อเนื่อง
 - การซักประวัติ สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ เพื่อวิเคราะห์ปัญหาของการเสพยาของผู้ป่วย เช่น ใช้จ่ายปริมาณเท่าไร? เสพสารเสพยาชนิดอื่นด้วยหรือไม่ อายุที่เริ่มใช้สารเสพยา สาเหตุของการติดยา ลักษณะครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว วิธีการเลี้ยงดู
 - ตรวจร่างกายและประเมินสภาพจิต เพื่อประเมินสภาพและโรคแทรกซ้อน
 - ตรวจค้นหาสารเสพยาที่อาจมีการซุกซ่อน
 - ตรวจทางห้องปฏิบัติการ เจาะเลือด ตรวจปัสสาวะหาสารเสพยา เอกซเรย์ปอด
 - วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการวินิจฉัย และการวางแผนในการรักษาอย่างถูกต้อง
- รวมถึงโน้มน้าว แนะนำให้ผู้ป่วยตั้งใจรักษาจริง แนะนำครอบครัวให้ร่วมมือในการรักษาด้วย

2. ขั้นตอนถอนพิษยา (Detoxification)

เป็นขั้นตอนการรักษาทางกาย ที่ทำให้ร่างกายพ้นจากสภาวะติดยาทางกาย หรือรักษาอาการถอนยาของร่างกาย การรักษาในระยะนี้จะให้เมทาโดนทดแทนในกรณีใช้สารเสพยาประเภทเฮโรอีน รวมทั้งการให้ยาเพื่อรักษาอาการอื่น ๆ ตามอาการ สำหรับกรณีใช้ยาเสพยาตัวอื่นนอกจากเฮโรอีน การรักษาระยะนี้จะเป็นการรักษาตามอาการ ในรายที่มีอาการเครียด หงุดหงิด จะให้ยาลดอาการเครียดจำพวก Benzodiazepine เช่น Lorazepam เป็นต้น ในรายที่มีอาการทางจิต ก็ให้ยาด้านโรคจิต เช่น Haloperidol, Chlorpromazine ส่วนผู้ที่มีอาการซึมเศร้า จะให้ยาด้านอาการซึมเศร้าซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้น ได้แก่ Fluoxetine

การรักษาขั้นตอนพิษยา มี 2 แบบ คือ แบบผู้ป่วยนอกและแบบผู้ป่วยใน

1. การรักษาแบบผู้ป่วยนอก เป็นที่นิยมโดยทั่วไป ค่าใช้จ่ายน้อย ตรวจรักษาผู้ป่วยได้มาก แต่ผลการรักษาไม่แน่นอน เพราะผู้ป่วยยังกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิม บางครั้งในระหว่างรักษาพบว่ามีอาการกำเริบใช้สารเสพติดด้วย แต่ถ้าผู้ป่วยเลิกได้ทั้งที่อยู่ในสภาพแวดล้อมเดิม แสดงว่าจิตใจเข้มแข็ง โอกาสเลิกได้ในระยะยาวจะมีมาก ผลสำเร็จของการรักษาแบบผู้ป่วยนอกขึ้นอยู่กับ

กับตัวผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ การรักษาต้องให้คำปรึกษาแนะนำ (Counseling) เป็นวิธีการสำคัญที่จะช่วยผู้ป่วยและญาติได้ กิจกรรมต่าง ๆ ที่ให้แก่ผู้ป่วยในการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ได้แก่

- การถอนพิษยา
- การรักษาโรคแทรกซ้อน
- การชักจูงแนะนำให้ตั้งใจรักษา และให้คำแนะนำแก่ครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการรักษา
- การทำกลุ่มบำบัด
- การตรวจร่างกาย วิเคราะห์สภาพจิต

2. การรักษาแบบผู้ป่วยใน มี 2 ขั้นตอน คือการบำบัดด้วยยา และการฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST MODEL) ข้อบ่งชี้สำหรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน คือ

- ผู้ป่วยสมัครใจรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน
- ผู้ป่วยใช้สารเสพติดปริมาณมาก จนไม่สามารถควบคุมตนเองได้
- ผู้ป่วยใช้สารเสพติดหลายตัว และมีสารเสพติดบางประเภทที่ใช้อยู่ ที่การรักษาจำเป็นต้อง

ทำในโรงพยาบาล เช่น alcohol

- ผู้ป่วยมีโรคแทรกซ้อนทางร่างกาย หรือทางจิตที่รุนแรง หรือมีภาวะการณั้พยายามฆ่าตัว

ตาย

- ผู้ป่วยมีภาวะทางจิตใจและสังคมที่บกพร่อง เช่น ขาดที่พักในครอบครัว ไม่มีที่อยู่ ไม่มี

อาชีพ

- ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาแบบผู้ป่วยนอก รวมถึงการถูกบังคับให้รับการรักษาจากศาล
- ผู้ป่วยเคยรักษาเป็นผู้ป่วยนอกหลายครั้งแล้ว แต่ไม่ได้ผล
- ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่สามารถหาสารเสพติดได้ง่าย

การรักษาแบบผู้ป่วยใน เป็นการรักษาที่ผู้ป่วยสมัครใจรับการบำบัดรักษา โดยพักอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งต้องแยกผู้ป่วยให้เป็นสัดส่วน โดยจัดให้อยู่ในสถานที่ปลอดภัยห่างจากยาเสพติดหรือสิ่งชั่วร้ายที่อาจจะทำให้นึกถึงการเสพยา บุคลากรที่ให้การดูแลควรมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยเป็นอย่างดี เนื่องจากการรักษาขั้นถอนพิษยา เป็นการรักษาทั้งทางร่างกายและจิตใจพร้อมกัน ซึ่งนอกจากให้การรักษาตามอาการโดยการให้ยาแล้ว ยังต้องจัดให้มีกิจกรรมกลุ่มบำบัดและกิจกรรมอื่นร่วมด้วย เช่น การชักจูงแนะนำให้ตั้งใจรักษาเพิ่มเติม เพื่อสร้างแรงจูงใจให้อยู่รักษาครบขั้นตอน การตรวจร่างกาย ตรวจวิเคราะห์สภาพจิต การเปลี่ยนแปลงในระหว่างการรักษาเป็นระยะ ๆ การรักษาโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ การจัดให้มีการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดทุกสัปดาห์ เพื่อป้องกันการลักลอบนำสารเสพติดมาใช้ในหอผู้ป่วย การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการรักษา ดูแลให้กำลังใจ แก้ปัญหาที่บ้าน จัดการชุมชนนอกโรงพยาบาลแทนผู้ป่วย เป็นต้น กิจกรรมที่ควรจัดให้มีในขั้นตอนถอนพิษยาแบบผู้ป่วยใน ได้แก่

- การปฐมพยาบาล และนำกิจกรรมต่าง ๆ การบริการที่ให้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย
- ชักประวัติ สัมภาษณ์เพิ่มเติม เนื่องจากในขั้นเตรียมการก่อนการรักษา อาจทำได้ไม่ลึกซึ้งพอ เพราะบางครั้งผู้ป่วยยังมีอาการเมื่อย หรือผู้ป่วยไม่กล้าเปิดเผยความจริงทั้งหมดต่อหน้าญาติ
- ทำการตรวจร่างกาย ตรวจวิเคราะห์สภาพจิต ดูการเปลี่ยนแปลงในระหว่างการรักษาเป็นระยะ ๆ
- จัดกิจกรรมกลุ่มในรูปแบบต่าง ๆ
 - 1) การประชุมเช้า (morning meeting)
 - 2) ให้ผู้ศึกษา คำแนะนำเกี่ยวกับยาเสพติด โรคแทรกซ้อน โรคเอดส์ โรคอื่น ๆ
 - 3) การออกกำลังกายกลางแจ้ง ในร่ม
 - 4) จัดให้มีการทำจิตบำบัด กลุ่มบำบัด
 - 6) จัดให้มีนันทนาการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสนุกสนาน เพลิดเพลิน เป็นการผ่อนคลาย ลดความตึงเครียดในการรักษา เช่น ดนตรีต่าง ๆ รวมไปถึงกิจกรรมทางศาสนา
 - 7) จัดกิจกรรมชักจูง แนะนำให้ตั้งใจรักษาเพิ่มเติมอีก เพื่อสร้างแรงจูงใจให้อยู่รักษาจนครบขั้นตอน
 - 8) ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการรักษา คอยช่วยเหลือให้กำลังใจ แก้ปัญหาทางบ้าน จัดการธุระภายนอกแทนผู้ป่วย
 - 9) การถอนพิษยา โดยการให้ยาตามอาการ ขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละราย
 - 10) การรักษาโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ
 - 11) จัดให้มีการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดทุกสัปดาห์ โดยไม่ให้ผู้ป่วยทราบวันตรวจล่วงหน้า เพื่อป้องกันการลักลอบนำสารเสพติดมาใช้ในหอผู้ป่วย
 - 12) ส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนำไปสู่การใช้ชีวิตประจำวันตามปกติในอนาคต

3. การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) รูปแบบ FAST MODEL

การรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยที่ผ่านขั้นตอนการถอนพิษยา และสมัครใจเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ถือเป็นหัวใจของการบำบัดรักษา มุ่งเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม ผู้ป่วยระยะนี้ต้องมีการปรับตัวและต้องเผชิญปัญหาทุกวัน อาจมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งไม่ถูกตามสังคมภายนอก เป็นระยะการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพชีวิตอย่างสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ พร้อมออกไปใช้ชีวิตเข้ากับสังคมภายนอกได้ และมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี จุดประสงค์หลักของการรักษา คือ การป้องกันการติดยา เตรียมความพร้อมที่จะออกไปประกอบอาชีพ หรือใช้ชีวิตในสังคมภายนอกได้ การพัฒนาผู้ป่วยให้เปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรม ใช้หลักการ 2 ประการ คือ

1. การช่วยเหลือ และพึ่งตนเองของผู้ป่วย
2. การใช้อิทธิพลของกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ของผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาสุขภาพร่างกายและจิตใจมีหลายอย่าง ได้แก่
 - 2.1 กลุ่มบำบัด (Group therapy) ซึ่งจะประกอบด้วยกลุ่มประชุมเข้า กลุ่มจิตบำบัด กลุ่มสัมมนา กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ฯลฯ
 - 2.2 งานบำบัด (Work therapy) เพื่อส่งเสริมพัฒนาทักษะในการฝึกร่างกายของผู้ป่วย เช่น เกษตร เลี้ยงสัตว์ ช่างฝีมือ ฯลฯ
 - 2.3 วิธีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การลงโทษ และการให้รางวัล เป็นเครื่องมือในการพัฒนาผู้ป่วยวิธีหนึ่ง
 - 2.4 ครอบครัวสัมพันธ์ (Family therapy) แนะนำครอบครัวให้มีเวลาดูแลผู้ป่วย คอยให้กำลังใจ หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมครอบครัวที่อาจเป็นสาเหตุการติดยาของบุตรหลาน

4. การติดตามหลังการรักษา(After care)

ขั้นตอนนี้ถือว่ามีความสำคัญเช่นกัน มิฉะนั้นผู้ให้การรักษาจะไม่สามารถทราบได้ว่า ผลการรักษาเป็นอย่างไร มีการติดยาเสพติดซ้ำหรือไม่ การดำรงชีวิต สภาพแวดล้อมของผู้ป่วยหลังการรักษาเป็นอย่างไร ต้องเสริมกำลังใจหรือแนะแนว ช่วยแก้ปัญหาต่าง ๆ บ้างหรือไม่

การติดตามหลังการรักษาต้องมีกำหนดเวลาที่จะนัดพบผู้ป่วย พร้อมกับการพบผู้ป่วยแบบ สุ่มในบางครั้ง เพื่อจะได้เห็นสภาพที่แท้จริงได้ การติดตามหลังการรักษาแบ่งออกเป็น 2 วิธี การจะใช้วิธีใดขึ้นกับความพร้อม กำลังคน และงบประมาณของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง

1. วิธีโดยตรง หมายถึง ผู้ติดตามผลได้พบกับผู้ป่วยโดยตรงทำให้สามารถซักถาม ผลการรักษาได้ลึกซึ้ง พร้อมกับตรวจหาสารเสพติดได้ และให้คำแนะนำเพื่อช่วยแก้ปัญหาได้ โดยตรง วิธีนี้มีหลายแบบ เช่น

- นัดผู้ป่วยพบที่สถานพยาบาลตามกำหนด ซึ่งพบปัญหาผู้ป่วยคือไม่มาตามนัด บ่อยมาก แต่สะดวกต่อสถานพยาบาล
- พบผู้ป่วยที่บ้าน วิธีนี้ทำได้ทั้งแบบนัดหมายล่วงหน้า หรือไม่ได้นัดหมาย ทำให้เห็นสภาพที่แท้จริงของผู้ป่วย แต่วิธีนี้สิ้นเปลืองทั้งเวลา กำลังคน และงบประมาณ
- นัดพบกันครึ่งทาง สำหรับบ้านของผู้ป่วยที่อยู่ในสถานที่ไปมาไม่สะดวก การนัดพบกันครึ่งทางก็เป็นวิธีที่เหมาะสม เช่น พบกันที่ศูนย์การค้า ห้างสรรพสินค้าหรือวัด
- นัดพบผู้ป่วยที่ทำงาน เป็นวิธีที่ต้องใช้ความระมัดระวังเป็นพิเศษ นายจ้างมักไม่ชอบให้มีการรบกวนเวลางาน ผู้ป่วยเองก็อาจไม่ยอมให้ผู้ร่วมงานทราบว่าตนยังอยู่ในขั้นตอนการรักษาเสพติด สำหรับผู้ป่วยบางรายที่ประกอบอาชีพอิสระเอง การนัดแบบนี้อาจจะกระทำได้

2. วิธีโดยอ้อม วิธีนี้ ผู้ติดตามผล ไม่ได้พบกับผู้ป่วยโดยตรง แต่ใช้วิธีการ เช่น การส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ การพูดคุยทางโทรศัพท์ วิธีนี้ค่อนข้างสะดวกไม่เสียเวลาทั้งสองฝ่าย แต่ข้อมูลที่ได้อาจจะไม่ครบถ้วน การให้คำปรึกษา อาจทำได้ไม่สมบูรณ์มากนัก และแบบสอบถามก็มักจะไม่ได้รับการตอบกลับ

กิจกรรมกลุ่มบำบัด

ในการรักษาขั้นถอนพิษยาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยนอกจะต้องได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์และต้องให้ร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดเพื่อปรับพฤติกรรมและพัฒนาให้รู้จักรับผิดชอบ ฟังตนเองโดยไม่ใช้ยาเสพติด กิจกรรมดังกล่าวมีดังนี้คือ

1. กลุ่มปฐมนิเทศ คือ กลุ่มแนะนำกิจกรรมต่าง ๆ การบริการของสถานพยาบาล และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยรู้ เข้าใจและปฏิบัติตามแนวทางการบำบัดรักษา และกฎระเบียบของโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้อง

2. กลุ่มประชุมเช้า (morning meeting) เป็นการประชุมร่วมกันของผู้ป่วยทุกคน ร่วมแสดงความคิดเห็น ความรู้สึก ข้อบกพร่องของตนเอง ข้อบกพร่องทั่วไป หรือสิ่งที่ควรทราบที่เป็นประโยชน์ โดยมีวัตถุประสงค์

1) เพื่อให้ผู้ป่วยระบายความทุกข์ ความอัดอั้นตันใจ ความรู้สึกต่าง ๆ ให้เพื่อนทราบและให้เพื่อน ๆ ช่วยแนะนำ ปลอบโยน

2) เพื่อให้ผู้ป่วยได้สำรวจตนเองและพูดถึงความผิดของตนเอง ยอมรับที่จะเปลี่ยนแปลงแก้ไข

3) เพื่อให้ผู้ป่วยกล้าแสดงออก มีความเชื่อมั่นในตัวเอง

4) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความคิดสร้างสรรค์ รู้จักแก้ปัญหาต่าง ๆ

3. กลุ่มสุขศึกษา คือ กลุ่มให้ความรู้เรื่องสุขภาพอนามัย โทษและพิษภัยยาเสพติดต่าง ๆ โรคต่าง ๆ เช่น โรคเอดส์ ตับอักเสบ ไวรัสบี เป็นต้น โดยมีวัตถุประสงค์

1) เพื่อให้ผู้ป่วยรู้ถึงสาเหตุของโรค การแพร่ระบาด และการป้องกันโรคต่าง ๆ

2) เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงกับการเป็นโรค

3) เพื่อลดการแพร่ระบาด

4) เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเมื่อมีปัญหา

4. กลุ่มสัมพันธ์หรือนันทนาการ คือ กิจกรรมกลุ่มที่เกี่ยวกับการรื่นเริง ร้องเพลง หรือเล่นเกมต่าง ๆ โดยมีวัตถุประสงค์

1) ให้เกิดการเรียนรู้ สัมพันธภาพที่ดี การปรับตัวให้เข้ากับเพื่อน สถานที่ และการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เหมาะสม

2) ให้ผู้ป่วยกล้าแสดงออก กล้าพูด กล้าคิด และกล้าทำ

- 3) ให้เกิดความสนุกสนาน ผ่อนคลายความเครียด
 - 4) ให้เกิดความสามัคคี
5. กลุ่มกายบริหาร คือกลุ่มออกกำลังกาย โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ
- 1) ให้ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรง ฟันฟูสมรรถภาพทางร่างกายได้รวดเร็ว
 - 2) ให้รู้ถึงประโยชน์ของการออกกำลังกาย
 - 3) ผ่อนคลายความตึงเครียด ลดความวิตกกังวล
 - 4) ให้มีการพัฒนาทั้งร่างกายและจิตใจ
6. กลุ่มให้คำปรึกษาแนะแนว คือ กลุ่มให้คำปรึกษาแนะแนวแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ
- 1) ให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายความรู้สึก ความคับข้องใจ พร้อมทั้งเข้าใจปัญหามากขึ้น พร้อมทั้งจะแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง
 - 2) เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเอง และเลือกเป้าหมายในชีวิตได้อย่างเหมาะสม
 - 3) ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาแก้ปัญหาคืออย่างถูกต้อง
7. กลุ่มแนะนำตัวเองด้วยภาพ เป็นกิจกรรมทำความรู้จัก สร้างความคุ้นเคยระหว่างผู้ป่วย สร้างบรรยากาศให้เกิดความอบอุ่น สร้างความรู้สึกผ่อนคลาย โดยมีวัตถุประสงค์
- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้จัก และมีความคุ้นเคยกัน
 - 2) เพื่อให้ผู้ป่วยบอกความรู้สึกของตนเองหลังจากที่ได้แนะนำตนเอง และรู้จักผู้อื่น
 - 3) เพื่อให้รู้จักเป้าหมายตัวเอง
8. กลุ่มกิจกรรมถนนชีวิต เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิตซึ่งกันและกัน โดยมีวัตถุประสงค์
- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจชีวิต และความเป็นมาของชีวิตตนเอง
 - 2) เพื่อเสริมสร้างแนวคิด การมีชีวิตอยู่ปัจจุบันอย่างมีคุณค่า และการมุ่งพัฒนาตนเอง เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุข และรู้จักรับผิดชอบชีวิตตนเอง
9. กลุ่มการเผชิญและการแก้ปัญหา เป็นกลุ่มให้ผู้ป่วยได้สำรวจเกี่ยวกับปัญหาในชีวิต พร้อมหาแนวทางแก้ไขอย่างเหมาะสม โดยมีวัตถุประสงค์
- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยบอกวิธีการเผชิญปัญหา และวิธีแก้ปัญหาคือ
 - 2) เพื่อให้ผู้ป่วยประเมินปัญหาของตนเอง พร้อมแนวทางแก้ไข
 - 3) เพื่อบอกวิธีเผชิญปัญหา และแก้ปัญหาคืออย่างเหมาะสม
10. กลุ่มการปฏิเสธการใช้ยาเสพติด เป็นการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดซ้ำ และสามารถเลิกได้อย่างถาวร โดยมีวัตถุประสงค์
- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยบอกวิธีการปฏิเสธการใช้ยาเสพติด
 - 2) เพื่อให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการปฏิเสธการใช้ยาเสพติด

11. กลุ่มการตั้งปณิธานและการควบคุมตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยบอกถึงเป้าหมายหรือปณิธานของตนเอง
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยบอกวิธีการควบคุมตนเองที่เหมาะสม ในการไปสู่ปณิธานที่ตั้งไว้

12. กลุ่มกิจกรรมโฆษณาตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยสำรวจข้อดีของตนเอง
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักว่าตัวเองมีคุณค่า มีความสามารถ
- 3) เพื่อให้แนวคิด เพื่อเสริมสร้างคุณลักษณะ การเห็นคุณค่าในตนเอง

13. กลุ่มศาสนา คือ กลุ่มที่ให้ผู้ป่วยเรียนรู้เรื่องศาสนา โดยการฝึกสมาธิ สวดมนต์ โดยมีวัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลายความตึงเครียด
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยมีจิตใจอ่อนโยน รู้แนวทางทำให้จิตสงบ
- 3) เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักหาแนวทาง ในการแก้ปัญหาในทางที่ดี
- 4) เพื่อให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน
- 5) เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักคิดค้นคว้าหาความรู้ต่าง ๆ

14. กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน คือ กลุ่มช่วยเหลือแก้ไขปัญหาเพื่อนผู้ป่วยที่ประพฤติดีระเบียบ โดยให้คำแนะนำ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงโทษ พิษภัยยาเสพติด
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยรู้แนวทางการปฏิบัติตนทั้งต่อตัวเองและสังคม
- 3) เพื่อให้ผู้ป่วยรู้แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหาแล้วตัดสินใจไม่ได้
- 4) เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผูกพัน ใกล้ชิด ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

15. กลุ่มครอบครัวสัมพันธ์ คือ กลุ่มที่ให้ครอบครัวของผู้ป่วยเข้าร่วมพูดคุย และประสานความเข้าใจกับผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ครอบครัวกับผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปรึกษาวางแผน เข้าใจกัน ร่วมแก้ปัญหา เพื่อพัฒนาพฤติกรรมผู้ป่วย

16. กลุ่มกิจกรรมทางเลือก คือ กลุ่มที่ส่งเสริมและสนับสนุน ให้พัฒนาความสามารถ และความสนใจเฉพาะตนได้อย่างเต็มศักยภาพ สม่่าเสมอ และต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังสามารถนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ

- 1) เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยได้อย่างเต็มความสามารถ
- 2) เพื่อแสดงออกซึ่งสิ่งที่ตนเองสนใจในด้านต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม
- 3) เพื่อใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

17. กลุ่มประชุมเจ้าหน้าที่ คือ กลุ่มประชุมเจ้าหน้าที่ที่เป็นกลุ่มประชุมปรึกษา พิจารณาแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายในศูนย์ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ

- 1) เพื่อให้พนักงานบำบัดทุกคนทราบถึงกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย และคณะผู้รับผิดชอบ
- 2) เพื่อให้พนักงานบำบัดรู้พฤติกรรม และทัศนคติของผู้ป่วยว่าเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นหรือเลวลง
- 3) เพื่อให้พนักงานบำบัดทุกคนร่วมกันพิจารณาแก้ไขพฤติกรรมผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการของรูปแบบชุมชนบำบัด

18. กลุ่มจิตบำบัด คือ กลุ่มที่ใช้เปิดเผยปัญหาและหาแนวทางแก้ไขของผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวในการดำรงชีวิตอยู่ภายในศูนย์ชุมชนบำบัดได้
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกของตนเองที่มีต่อสถานที่ สภาพแวดล้อม ภาวะเบี่ยง กลุ่มกิจกรรมและเพื่อนผู้ป่วยที่อยู่ร่วมกัน
- 3) เพื่อให้ผู้ป่วยสำรวจตนเองและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบันได้อย่างเหมาะสมด้วยตัวของผู้ป่วยเอง
- 4) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองในการที่จะกลับไปอยู่กับครอบครัวและดำรงชีวิตในสังคมต่อไป

19. กลุ่มปรับความเข้าใจ คือ กลุ่มที่ใช้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ อย่างถูกวิธีสำหรับผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เกี่ยวกับการพัฒนาตนเองอย่างมีระบบ
- 2) เพื่อสอนให้ผู้ป่วยรู้จักควบคุมอารมณ์ และการแสดงออกถึงความรู้สึกที่ดีและไม่ดีต่อบุคคลอื่น
- 3) เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักอดกลั้น ในแรงกระทำที่ดีและไม่ดี
- 4) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความไม่พึงพอใจต่อบุคคลอื่นอย่างถูกวิธี

20. กลุ่มสัมมนา คือ กลุ่มที่ใช้หาแนวทางการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความกล้าในการแสดงความคิดเห็นและระงับความรู้สึกประหม่าที่จะพูดต่อหน้าคนอื่น
- 3) เพื่อให้ผู้ป่วยช่วยกันหาแนวคิด โดยใช้เหตุผล ประสบการณ์และความรู้มาแก้ปัญหาต่าง ๆ
- 4) ส่งเสริมผู้ป่วยให้เกิดทักษะในการฟังและยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น

21. กลุ่มประเมินผลงาน คือ กลุ่มที่ให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกต่าง ๆ ที่มีต่องาน

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับงานที่ตนเองปฏิบัติ
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับเหตุผลซึ่งกันและกัน เกิดความเข้าใจระหว่างผู้ร่วมทีมงาน

3) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์

4) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกของตนเองที่มีต่องาน เพื่อนร่วมงาน เจ้าหน้าที่ผู้ควบคุมทีมงาน รวมทั้งปัญหาและความต้องการต่าง ๆ

ผู้ป่วยจะได้รับการฝึกกิจกรรมกลุ่มดังกล่าวในขณะที่รับการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และสามารถดำรงชีวิตได้โดยไม่พึ่งยาเสพติด