

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 มนูญปิฎ, 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 มีความราบรื่นในครอบครัว (สมจิตต์ สุวรรณหัตสน์และนิภา มนูญปิฎ, 2525)

ศาสตราจารย์นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า หมายถึง คุณภาพในด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ การศึกษา การเมืองและศาสนาซึ่งเทียบเคียงที่ไม่แน่นอน กล่าวคือทุกคนหรือทุกประเทศอาจกำหนดคกฏเกณฑ์มาตรฐานต่าง ๆ กันไปตามความต้องการ และความต้องการในคุณภาพชีวิตนี้ย่อมจะเปลี่ยนแปลงไปได้ตามกาลเวลาและภาวะ (สมจิตต์ สุวรรณหัตสน์และนิภา มนูญปิฎ, 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”

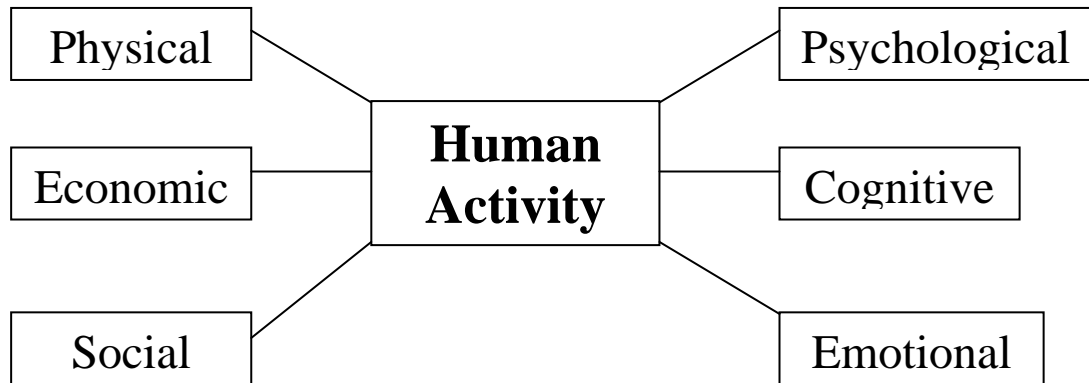
การเคลื่อนไหวของสังคมกลุ่มต่าง ๆ ทั่วทุกมุมโลก ร่วมกันผลักดันให้รัฐบาลประเทศต่าง ๆ ได้ตระหนักถึงการให้ความสำคัญในการดูแลด้านคุณภาพชีวิตมากขึ้น ซึ่งเห็นได้จากนิยามของคำว่า Health ว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปหลังมีการเคลื่อนไหวในปี ค.ศ 1960 ถึงต้นปี ค.ศ 1970 ซึ่งนิยามได้มีความสมบูรณ์มากขึ้นคือ นิยามคำว่าสุขภาพเดิมพิจารณาแค่สุขภาพกาย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

- Global feeling ความรู้สึกโดยรวม
- Symptoms อาการแสดง
- Daily Activity ความสามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน

Emotion well-being ความสมบูรณ์ด้านอารมณ์

- Happiness level ระดับความสุข
- Self image level ระดับความคิดเห็นต่อตนเอง
- Anxiety level & suicidal behavior ระดับความวิตกกังวลและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

Social well-being ความสมบูรณ์ด้านความเป็นอยู่ในสังคม

- Vocational or school adjustment ชีวิตในสังคม การปรับตัวในโรงเรียนหรือที่ทำงาน

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

การวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็นที่แพร่หลายเป็นเวลาหลายสิบปีในประเทศต่าง ๆ ในยุโรป และอเมริกา และกำลังได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นจากประเทศในแถบทวีปเอเชีย ในประเทศไทย การวัดคุณภาพชีวิตยังไม่แพร่หลายมาก ปัจจัยที่สำคัญอันหนึ่งคือ การสร้างแบบสอบถามที่มี

คุณภาพดีจะต้องใช้เวลานาน และค่าใช้จ่ายสูง เพราะจะต้องได้รับการทดสอบอย่างถี่ถ้วน เพื่อพิสูจน์ว่าแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมีมาตรฐานที่ดีทั้งความตรงและความเที่ยง นอกจากนี้สร้างแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาด้วยตัวเองแล้ว ยังอาจใช้แบบสอบถามที่สร้างโดยผู้อื่น ซึ่งได้มีการพิสูจน์ว่าได้มาตรฐานแล้วมาแปลเป็นภาษาไทย ซึ่งจะเป็นวิธีการที่สะดวกรวดเร็ว และลดค่าใช้จ่ายได้อย่างมาก อย่างไรก็ตามการแปลแบบวัดจากภาษาต่างประเทศ เพื่อให้เข้ากับวัฒนธรรมไทยเป็นสิ่งที่ต้องกระทำอย่างรัดกุม และรักษาไว้ซึ่งมาตรฐานของแบบสอบถามคือ ความตรง และความเที่ยงของต้นฉบับ ซึ่งจะส่งผลให้ข้อมูลจากแบบสอบถามฉบับแปลนั้นสามารถนำไปเปรียบเทียบกับข้อมูลจากต่างประเทศต่าง ๆ ได้ Guillemain 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 แต่ถ้าคำถามนั้นไม่ได้วัดทัศนคติแต่ไปวัดความพึงพอใจต่องาน 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. การหาความสม่ำเสมอภายใน (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 แต่ในความจริง ความเที่ยงที่ได้จะน้อยกว่า 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 วิธีนี้แม้ดีกว่าการใช้การทดสอบซ้ำ แต่ต้องมั่นใจว่า แบบวัดทั้งสองมีความเสมอเหมือนจริงๆ 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 ต้องทำการปรับค่าให้ได้เป็นค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งชุด โดยสูตร 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 เป็นแบบวัดย่อยๆ 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 ต้องการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง โรค และ โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ค่าความเที่ยงเกินกว่า 0.80 ก็เป็นที่ยอมรับได้

การทดสอบความตรง (Validity test)

การวัดความตรง (Validity) นั้นมีลักษณะความเป็นอัตวิสัย (Subjectivity) หรือต้องอาศัยการตีความ และความเห็นของนักวิจัยมากกว่าความเที่ยง การวัดความตรงนั้นมิได้วัดความตรงของแบบวัดโดยตัวมันเองลอย ๆ แต่วัดว่าแบบวัดนั้น วัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวัดหรือไม่ การประเมินความตรงนั้นต้องทำใน 3 แง่ คือ

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

ความตรงในเนื้อหา (Content validity) คือการประเมินว่าคำถามในแบบวัดนั้น เป็นตัวแทนคำถามที่ดีหรือไม่ หรือเนื้อหาในแบบวัดนั้นครอบคลุมเนื้อหาของตัวแปรหรือไม่ เช่น แบบวัดความสามารถในการบริหารของเภสัชกร ที่วัดความสามารถในการบริหารการเงินด้านเดียว ย่อมไม่มีความตรงในเนื้อหา เพราะขาดคำถามการบริหารทรัพยากรอื่น ๆ เช่นการบริหารงานบุคคล การที่จะทำให้คำถามในแบบวัดนั้น เป็นตัวแทนคำถามที่ดีหรือมีความตรงในเนื้อหา นักวิจัยต้องสามารถ

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

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

ความตรงเมื่อเทียบกับมาตรฐาน (Criterion related validity) การประเมินความตรงชนิดนี้ทำให้คะแนนจากแบบวัดมาทำนายตัวแปรภายนอก (ตัวแปรมาตรฐาน) ที่นักวิจัยเชื่อว่าจะมีความสัมพันธ์กับตัวแปรที่นักวิจัยวัด ถ้าการทำนายผลในการหาความตรงนั้นเป็นการทำนายผลในอนาคตจะเรียกความตรงนั้นว่า Predictive validity ถ้าการทำนายผลในการหาความตรงนั้น มีการวัดตัวแปรที่สนใจและตัวแปรมาตรฐานในขณะเดียวกัน จะเรียกความตรงแบบนี้ว่า ความตรงที่ทำในขณะเดียวกัน (Concurrent validity) ถ้าตัวแปรมาตรฐานและตัวแปรที่สนใจมีความสัมพันธ์กันสูง แสดงว่าแบบวัดตัวแปรที่สนใจนั้นมีความตรงในการ ไปใช้ทำนายผล ความตรงแบบนี้จำเป็นมากถ้านักวิจัยต้องการพัฒนาแบบวัดเพื่อใช้ทำนายผล แต่การประเมินความตรงชนิดนี้สำหรับแบบวัดในงานวิจัยทั่วไปทำได้ยาก เพราะการกำหนดว่าจะนำแบบวัดไปใช้ทำนายตัวแปรอะไรนั้นทำไม่ได้เสมอไป

ความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) นักวิจัย โดยมากให้ความสำคัญกับความตรงแบบนี้มากกว่าความตรงแบบอื่น 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 หรือแบบวัดของตัวแปรทั้งสองที่นำมาหาความสัมพันธ์กัน มีความไม่ตรง การสรุปผลควรคำนึงถึงจุดนี้ด้วย

ความไวต่อการเปลี่ยนแปลง (Responsiveness)

ความไวต่อการเปลี่ยนแปลง คือ ความสามารถของเครื่องมือที่จะประเมินความเปลี่ยนแปลงของสุขภาพที่เกิดขึ้น โดยค่าความไวต่อการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์กับค่าความเที่ยง กล่าวคือ ถ้าค่าความเที่ยงมีค่ามาก ค่าความไวก็จะมีค่ามากตามไปด้วย (พรหมทิพา สักดิ์ทอง, 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) ในกลุ่มที่มีสถานะสุขภาพ

คงที่

s.d. diff หมายถึง ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความแตกต่างของคะแนนที่วัดสองครั้ง

s.e. diff หมายถึง ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของความแตกต่างของค่าคะแนนที่วัด

สองครั้ง

หากค่าที่ได้จากการคำนวณมีค่าสูง แสดงว่าเครื่องมือนี้สามารถวัดการเปลี่ยนแปลงได้ดี 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 เลอमानกุล, 2543)

การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) (อัสมะ หะซิมอหะมะสอและ, 2548)

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

การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) เป็นเทคนิคทางสถิติที่ใช้วิเคราะห์ผลการวัด โดยใช้เครื่องมือหรือเทคนิคหลายชุดหรือหลายด้าน (อาจใช้แบบทดสอบ แบบวัด แบบสำรวจ ฯลฯ อาจใช้ชุดเดียว แต่มีการวัดแยกเป็นหลายด้านหรือหลายชุดก็ได้) ผลการวิเคราะห์จะช่วยให้ทราบว่า เครื่องมือหรือเทคนิคเหล่านี้วัดในสิ่งเดียวกัน 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 เก็บข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้อามาหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่ต้องการวิเคราะห์ ถ้าตัวแปรมีความสัมพันธ์กันมาก หรือมีความสัมพันธ์กันอย่างน้อยมีนัยสำคัญจะสามารถใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบได้ ถ้าตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน หรือมีความสัมพันธ์กันน้อย ไม่ควรใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบ โดยการตรวจสอบทำได้ 2 วิธีดังนี้

วิธีที่ 1 การตรวจสอบโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ โดยการสร้างเมทริกซ์แสดงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรทุกคู่

- ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรคู่ใดมีค่าใกล้ +1 หรือ -1 แสดงว่าตัวแปรนั้นมีความสัมพันธ์กันมากควรอยู่ในองค์ประกอบเดียวกัน

- ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรคู่ใดมีค่าใกล้ศูนย์ แสดงว่าตัวแปรคู่่นั้นไม่มีความสัมพันธ์กันหรือสัมพันธ์กันน้อยควรอยู่คนละองค์ประกอบ

- ถ้ามีตัวแปรที่ไม่มีมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น ๆ หรือมีความสัมพันธ์กับตัวแปร

อื่น 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

วิธีการหมุนแกนปัจจัยแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ

1. Orthogonal rotation

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

2. Oblique rotation

เป็นการหมุนแกนองค์ประกอบไปในลักษณะที่องค์ประกอบไม่ตั้งฉากกัน หรือองค์

ประกอบไม่เป็นอิสระกันนั่นเอง 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 มหัตนรินทร์กุลและคณะ, 2540)

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

วัดตั้งเป้าให้ได้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่สามารถนำไปใช้ได้อย่างสากล ไม่ว่าจะวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่นที่จะแตกต่างกันอย่างไร

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 ส่วนมากถูกพัฒนาจากอเมริกาเหนือและทางอังกฤษ การแปลเครื่องมือเหล่านี้ไปใช้ในประเทศอื่น ๆ เป็นสิ่งที่ต้องใช้เวลาและอาจใช้ไม่ได้ผลไม่ดีด้วย เนื่องจากมีความแตกต่างทางวัฒนธรรม (Sartorius and Kuyken, 1994 ; Kuyken, Orley, Hudelson and Sartorius, 1994)

3) การรักษาทางการแพทย์ให้ความสำคัญเฉพาะการกำจัดโรคและอาการ ต่อมามีแรงผลักดันให้เกิดความต้องการที่จะนำอารากเหง้าของความเป็นมนุษย์เข้ามาสู่กระบวนการดูแลสุขภาพ ทำให้มีการเรียกร้องหาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตสำหรับใช้ในกระบวนการดูแลสุขภาพ ความสนใจจึงมุ่งไปในเรื่องสุขภาพ และผลของวิธีการรักษา โดยจะเพิ่มความสนใจไปในเรื่องของความเป็นอยู่ที่ดี (well-being) ของผู้ป่วย

ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของ WHO ชุด 100 ตัวชี้วัด (WHOQOL-100)

การพัฒนา WHOQOL-100 มีหลายขั้นตอน

ขั้นตอนแรก เป็นการทำความเข้าใจในด้านความคิดต่าง ๆ นับตั้งแต่การกำหนดความหมายของคุณภาพชีวิต (QOL) และคำจำกัดความสะท้อนให้เห็นมุมมองที่ว่าคุณภาพชีวิต หมายถึง การประเมินค่าที่เป็นจิตวิสัย (subjective) ซึ่งฝังแน่นอยู่กับบริบททางวัฒนธรรม สังคม และสภาพแวดล้อม เพราะนิยามของคุณภาพชีวิต 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 และผู้มีสุขภาพดี 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 โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบได้เป็นแบบวัดที่เรียกว่า 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 องค์ประกอบ (domain) ดังรายละเอียดคือ

องค์ประกอบที่ 1 ด้านสุขภาพร่างกาย (Physical domain) ได้แก่

- ความเจ็บปวดและความไม่สบาย
- กำลังวังชาและความเหนื่อยล้า
- การนอนหลับพักผ่อน

องค์ประกอบที่ 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 และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน และความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือความกังวล เป็นต้น

3. ด้านความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา (Level of independence) คือ การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายของตน ความสามารถในการ

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน ความสามารถในการทำงาน การไม่ต้องพึ่งพายาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

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

5. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีเงินทองจับจ่าย สถานบริการด้านสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ 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 มีแต้ม, 2543)

SF-36 เป็นหนึ่งในแบบสอบถามทั่วไปหลายฉบับ ที่ได้รับการทดสอบแล้วว่าได้มาตรฐาน แบบสอบถามนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา และมีผู้นำไปแปลและใช้ในการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในประเทศต่าง ๆ มากกว่า 10 ประเทศ แบบสอบถามฉบับนี้สั้นและเข้าใจง่าย สามารถวัดระดับสุขภาพทางกาย (Physical health) จิตใจ (Mental health) รวมถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมด้านสังคม (Social functioning) ของกลุ่มคนทั่วไป และผู้ป่วยโรคต่าง ๆ เช่น เบาหวาน ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนกระดูกหัวเข่า ผู้ป่วยลำไส้ 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 โดย อาจารย์วัชร เลอमानกุล และอาจารย์ปารณีย์ มีแต้ม (2543) คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และประสิทธิผลของการรักษาในผู้ป่วย การทดสอบแบบวัดในคนไทยทำในกลุ่มตัวอย่างเล็ก 60 คน และกลุ่มใหญ่จำนวน 569 คน อายุตั้งแต่ 17 ปีขึ้นไป ช่วงเดือนพฤษภาคม ถึง พฤศจิกายน 2543 ผลการวิจัยพบว่ามีอัตราข้อผิดพลาดที่ขาดหายไปโดยเฉลี่ยร้อยละ 1.4 ความตรงด้าน convergent และ discriminant validity เท่ากับร้อยละ 91.4 และร้อยละ 96.4 ตามลำดับ มิติด้านพลังงานและความเหนื่อยล้า มีความสัมพันธ์กับมิติด้านอารมณ์ที่เป็นสุขค่อนข้างสูง ความตรงซึ่งวัดโดย known group validity มีแนวโน้มเป็นไปตามที่คาดไว้คือ สามารถวัดความแตกต่างระหว่างผู้ที่มีและไม่มีโรคประจำตัวได้ ความเที่ยงซึ่งวัดโดย Cronbach's alpha coefficient มีค่าตั้งแต่ 0.63 ถึง 0.77 แบบสอบถาม SF-36 ที่แปลเป็นภาษาไทยมีคุณสมบัติสอดคล้องกับต้นฉบับภาษาอังกฤษหลาย ๆ ประการ ยกเว้น ความสัมพันธ์ระหว่างมิติ 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)
- ด้านการรักษาเสพติด (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 ถือว่าค่าความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง คือ อยู่ในช่วง 0.40-0.60 ทั้งนี้เนื่องจาก Flanagan Quality of Life ไม่ได้ครอบคลุมถึงมิติที่สำคัญของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดแบบฉีด และยังได้รวมมิติที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดแบบฉีดเข้ามาด้วย

3. Construct validity ทดสอบโดยดูความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจาก

3.1 Emergency department ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่ามีความสัมพันธ์ในทางลบกับ IDUQOL และ Flanagan Quality of Life คือผู้ป่วยซึ่งเข้า Emergency department มาก จะมี

คุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยซึ่งเข้า 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 พบว่าแบบวัดยึดขอบเขตความหมายของคุณภาพชีวิตตามที่องค์การอนามัยโลกนิยามไว้ 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 โดยการหาความแตกต่างระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่อาการ 1 วัน และเมื่อรักษาได้ 12 วัน พบว่า คะแนนเฉลี่ยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในแต่ละด้าน

3) DAQOL เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ติดสารเสพติด ซึ่งพัฒนาโดย เสาดาทรอ โสดาติส (2548) การศึกษาทำในผู้ติดสารเสพติดในศูนย์บำบัดรักษาเสพติดสงขลา บัตตานี และโรงพยาบาลสงขลา จำนวน 200 ราย ตัวอย่างอยู่ในระหว่างการบำบัดรักษาในชั้นตอนต่าง ๆ คือ

ผู้ป่วยนอกระยะถอนพิษยา ผู้ป่วยในระยะถอนพิษยา ผู้ป่วยขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ และผู้ป่วยในระยะติดตามผล การศึกษาทำในช่วงเดือนเมษายน 2548 แบบวัด DAQOL (Quality of Life Scale in Drug Addicts) วัดคุณภาพชีวิต 7 ด้าน ประกอบด้วย 18 มิติ คือ

1. ด้านร่างกาย (Physical domain) มีคำถามทั้งหมด 3 มิติ ประกอบด้วยมิติ
 - มิติอาการถอนพิษยา (Withdrawal syndromes) มีคำถาม 15 ข้อ
 - มิติการนอนหลับพักผ่อน (Sleep and rest) มีคำถาม 3 ข้อ
 - มิติความต้องการยาเสพติด (Need for narcotics) มีคำถาม 3 ข้อ
2. ด้านจิตใจ (Psychological domain) มีคำถามทั้งหมด 3 มิติประกอบด้วยมิติ
 - มิติอารมณ์ (Emotion) มีคำถาม 6 ข้อ
 - มิติการนับถือตนเอง (Self-esteem) มีคำถาม 4 ข้อ
 - มิติความคิด ความจำ และสมาธิ (Thinking, memory and concentration) มีคำถาม 4 ข้อ
3. ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (Level of independence) มีคำถามทั้งหมด 3 มิติ ประกอบด้วยมิติ
 - มิติการดำเนินชีวิตประจำวัน (Activities of daily living) มีคำถาม 3 ข้อ
 - มิติการพึ่งพิงการรักษา (Dependence on treatment) มีคำถาม 3 ข้อ
 - มิติการทำงาน (Work) มีคำถาม 4 ข้อ
4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) มีคำถามทั้งหมด 3 มิติประกอบด้วยมิติ
 - มิติเพศสัมพันธ์ (Sex) มีคำถาม 3 ข้อ
 - มิติครอบครัว (Family) มีคำถาม 5 ข้อ
 - มิติเพื่อนฝูง (Friend) มีคำถาม 4 ข้อ
5. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) มีคำถามทั้งหมด 4 มิติประกอบด้วยมิติ
 - มิติแหล่งเงิน (Financial resources) มีคำถาม 3 ข้อ
 - มิติความเป็นอิสระ ความปลอดภัย ความมั่นคงในชีวิต (Freedom, physical safety and security) มีคำถาม 4 ข้อ
 - มิติสุขภาพและการรักษาจากสังคม (Health and social care) มีคำถาม 4 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 $\alpha > 0.7$ ในทุกมิติยกเว้นคำถามมิตินึกคิด ความจำ สมาธิ มิตินัดดำเนินการในชีวิตประจำวัน มิตินัดการพึ่งพิงการรักษา มิตินัดเพศสัมพันธ์ มิตินัดและเพื่อนฝูง ได้ค่า α น้อยกว่า 0.7 เล็กน้อย (0.65-0.69)

2.การทดสอบ responsiveness โดยดูความแตกต่างของผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษาได้ 1 วัน และ 12 วัน พบว่ามีความแตกต่างกันในมิติต่าง ๆ โดยเฉพาะในมิติอาการนอนพิษยา มิตินัดนอนหลับพักผ่อน มิตินัดความต้องการยาเสพติด มิตินัดอารมณ์ มิตินัดดำเนินการในชีวิตประจำวัน มิตินัดการพึ่งพิงการรักษา มิตินัดเพศสัมพันธ์ และมิตินัดความเป็นอิสระ จะเห็นความแตกต่างได้อย่างชัดเจน

3.ค่าความตรงของแบบวัดอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ จาก

3.1 Construct validity ประเมินความสัมพันธ์ของ Subscale ใน DAQOL และ SF-36 พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบวัด SF-36 เช่น มิตินัดอาการนอนพิษยา มิตินัดนอนหลับพักผ่อน มิตินัดความต้องการยาเสพติด มิตินัดอารมณ์ มิตินัดนึกคิด ความจำ สมาธิ มิตินัดการพึ่งพิงการรักษา มิตินัดการทำงาน มิตินัดครอบครัว และคุณภาพชีวิตโดยรวม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทุกด้านของ SF-36

3.2 Known-group validity ของ DAQOL ประเมินจากความแตกต่างในกลุ่มผู้ป่วยซึ่งอยู่ในขั้นตอนการรักษาต่าง ๆ ทั้ง 4 ขั้นตอน ผู้ป่วยที่มีจำนวนชนิดยาเสพติดที่ใช้แตกต่างกัน จำนวนครั้งในการเข้าบำบัดรักษาต่างกัน พบว่า DAQOL ในทุก subscale สามารถบอกถึงความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยในระยะติดตามผลกับผู้ป่วยระยะถอนพิษยาได้ ยกเว้น มิตินัดดำเนินการในชีวิตประจำวัน และมิตินัดสุขภาพและการรักษาจากสังคม และ DAQOL ยังบอกถึงคะแนนความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยซึ่งใช้สารเสพติด 1, 2 และ 3 ชนิดได้ โดยเฉพาะด้านสุขภาพร่างกาย และด้านจิตใจ ส่วนด้านระดับความเป็นอิสระ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมไม่มีความแตกต่าง นอกจากนี้ DAQOL สามารถบอกถึงความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยซึ่งเข้ารับการบำบัดรักษาเสพติดจำนวน 1 ครั้ง และผู้ป่วยซึ่งเข้ารับการบำบัดตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไปได้ โดยเฉพาะด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านความเชื่อส่วนบุคคล และด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม ส่วนด้านระดับความเป็นอิสระ และด้านสิ่งแวดล้อมไม่มีความแตกต่าง

ต่อมาในปี 2551 สิริรัตน์ นิยมธรรม ได้ทดสอบคุณสมบัติของแบบวัด DAQOL ในผู้ป่วยติดสารเสพติด 400 คน ผลการศึกษาพบว่า ความเที่ยงของแบบวัด 12 มิติอยู่ในระดับที่น่าพอใจ (Cronbach's $\alpha > 0.7$) การทดสอบความไวพบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 6 มิติ ที่วันที่ 1 และ 12 ของการรักษา คือ มิตินัดอาการนอนพิษยา มิตินัดความต้องการยาเสพติด มิตินัดอารมณ์ มิตินัดนับถือตนเอง มิตินัดการพึ่งพิงการรักษา และมิตินัดความเป็นอิสระ ความปลอดภัย ความมั่นคงในชีวิต การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจพบว่าคำถามใน 14 มิติของแบบวัด DAQOL มีการเกาะกลุ่มกันตามที่ผู้สร้างแบบวัดวางไว้ มิติที่ไม่เกาะกลุ่ม คือ มิตินัดอาการนอนพิษยา มิตินัดนึกคิด ความจำและสมาธิ มิตินัดการพึ่งพิง

การรักษา และมีดีพิเศษสัมพันธ์ การทดสอบความตรงพบว่า DAQOL มีความตรงเชิงโครงสร้าง คือ แบบวัดสามารถจำแนกความแตกต่างของกลุ่มที่อยู่ในขั้นตอนการรักษาแตกต่างกันได้ สามารถบอกความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดชนิดต่างกัน และยังสามารถบอกความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยที่มีจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาบำบัดรักษาได้

ขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด (ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา, 2549)

การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ถือเป็นวิธีการช่วยเหลือที่สำคัญสำหรับผู้ติดสารเสพติด เนื่องจากเมื่อหยุดเสพยาจะเกิดอาการขาดยา 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. ขั้นเตรียมการก่อนรักษา (Pre-admission)

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

- การตรวจหลักฐานประจำตัวของผู้ป่วย เป็นการยืนยันว่าเป็นบุคคลนั้นจริง
- คั่นประวัติเก่าทุกราย เพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างต่อเนื่อง
- การซักประวัติ สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ เพื่อวิเคราะห์ปัญหาของการเสพยาของผู้ป่วย เช่น ใช้ยาปริมาณเท่าไร เสพสารเสพติดชนิดอื่นด้วยหรือไม่ อายุที่เริ่มใช้สารเสพติด สาเหตุ

ของการติดยา ลักษณะครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว วิธีการเลี้ยงดู

- ตรวจร่างกายและประเมินสภาพจิต เพื่อประเมินสภาพและโรคแทรกซ้อน
- ตรวจค้นหาสารเสพติดที่อาจมีการซุกซ่อน
- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ เจาะเลือด ตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด เอกซเรย์ปอด

- วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้การวินิจฉัย และการวางแผนในการรักษาอย่างถูกต้อง รวมถึงโน้มน้าว แนะนำให้ผู้ป่วยตั้งใจรักษาจริง แนะนำครอบครัวให้ร่วมมือในการรักษาด้วย

2. ขั้นตอนพิษยา (Detoxification)

เป็นขั้นตอนการรักษาทางกาย ที่ทำให้ร่างกายพ้นจากสภาวะติดยาทางกาย หรือรักษาอาการถอนยาของร่างกาย การรักษาในระยะนี้จะให้เมทาโดนทดแทนในกรณีใช้สารเสพติดประเภทเฮโรอีน รวมทั้งการให้ยาเพื่อรักษาอาการอื่น ๆ ตามอาการ สำหรับกรณีใช้ยาเสพติดตัวอื่นนอกจากเฮโรอีน 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 บางครั้งในระหว่างรักษาพบว่าการลักลอบใช้สารเสพติดด้วย แต่ถ้าผู้ป่วยเลิกได้ทั้งที่อยู่ในสภาพแวดล้อมเดิม แสดงว่าจิตใจเข้มแข็ง โอกาสเลิกได้ในระยะยาวจะมีมาก ผลสำเร็จของการรักษาแบบผู้ป่วยนอกขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ 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 หรือมีภาวะการพยายามฆ่าตัว

ตาย

- ผู้ป่วยมีภาวะทางจิตใจและสังคมที่บกพร่อง เช่น ขาดที่พึ่งในครอบครัว ไม่มีที่อยู่ ไม่มีอาชีพ

- ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาแบบผู้ป่วยนอก รวมถึงการถูกบังคับให้รับการรักษาจากศาล
- ผู้ป่วยเคยรักษาเป็นผู้ป่วยนอกหลายครั้งแล้ว แต่ไม่ได้ผล
- ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่สามารถหาสารเสพติดได้ง่าย

การรักษาแบบผู้ป่วยใน เป็นการรักษาที่ผู้ป่วยสมัครใจรับการบำบัดรักษา โดยพักอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งต้องแยกผู้ป่วยให้เป็นสัดส่วน โดยจัดให้อยู่ในสถานที่ปลอดภัยห่างไกลจากยาเสพติดหรือสิ่งยั่วยุที่อาจจะทำให้นักถึงการเสพยา บุคลากรที่ให้การดูแลควรมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยเป็นอย่างดี เนื่องจากการรักษาขั้นตอนพิชยา เป็นการรักษาทั้งทางร่างกายและจิตใจพร้อมกัน ซึ่งนอกจากให้การรักษาตามอาการโดยการให้ยาแล้ว ยังต้องจัดให้มีกิจกรรมกลุ่มบำบัดและกิจกรรมอื่นร่วมด้วย เช่น การชักจูงแนะนำให้ตั้งใจรักษาเพิ่มเติม เพื่อสร้างแรงจูงใจให้อยู่รักษาครบขั้นตอน การตรวจร่างกาย ตรวจวิเคราะห์สภาพจิต การเปลี่ยนแปลงในระหว่างการรักษาเป็นระยะ ๆ การรักษาโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ การจัดให้มีการตรวจปีศาจหาสารเสพติดทุกสัปดาห์ เพื่อป้องกันการลักลอบนำสารเสพติดมาใช้ในหอผู้ป่วย การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการรักษา ดูแลให้กำลังใจ แก้ปัญหาทางบ้าน จัดการธุระนอกโรงพยาบาลแทนผู้ป่วย เป็นต้น กิจกรรมที่ควรจัดให้มีในขั้นตอนถอนพิษยาแบบผู้ป่วยใน ได้แก่

- การประชุมพิเศษ แนะนำกิจกรรมต่าง ๆ การบริการที่ให้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย
- ชักประวัติ สัมภาษณ์เพิ่มเติม เนื่องจากในขั้นเตรียมการก่อนการรักษา อาจทำได้ไม่ลึกซึ้งพอ เพราะบางครั้งผู้ป่วยยังมีอาการเมายา หรือผู้ป่วยไม่กล้าเปิดเผยความจริงทั้งหมดต่อหน้าญาติ
- ทำการตรวจร่างกาย ตรวจวิเคราะห์สภาพจิต การเปลี่ยนแปลงในระหว่างการรักษาเป็นระยะ 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 คอยช่วยดูแลให้กำลังใจ 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 อาจมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งไม่ถูกต้องตามสังคมภายนอก เป็นระยะการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพชีวิตอย่างสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ พร้อมออกไปใช้ชีวิตเข้ากับสังคมภายนอกได้ และมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี จุดประสงค์หลักของการรักษา คือ การป้องกันการติดยา เตรียมความพร้อมที่จะออกไปประกอบอาชีพ หรือใช้ชีวิตในสังคมภายนอกได้ การพัฒนาผู้ป่วยให้เปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรม ใช้หลักการ 2 ประการ คือ

1. การช่วยเหลือ และพึ่งตนเองของผู้ป่วย
2. การใช้อิทธิพลของกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย 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 มิฉะนั้นผู้ให้การรักษาจะไม่สามารถทราบได้ว่าผลการรักษาเป็นอย่างไร มีการติดยาเสพติดซ้ำหรือไม่ การดำรงชีวิต สภาวะแวดล้อมของผู้ป่วยหลังการรักษาเป็นอย่างไร ต้องเสริมกำลังใจหรือแนะแนว ช่วยแก้ปัญหาต่าง ๆ บ้างหรือไม่

การติดตามหลังการรักษาต้องมีกำหนดเวลาที่จะนัดพบผู้ป่วย พร้อมกับการพบผู้ป่วยแบบ สุ่มในบางครั้ง เพื่อจะได้เห็นสภาพที่แท้จริงได้ การติดตามหลังการรักษาแบ่งออกเป็น 2 วิธี การจะ ใช้วิธีใดขึ้นกับความพร้อม กำลังคน และงบประมาณของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง

1. วิธีโดยตรง หมายถึง ผู้ติดตามผลได้พบกับผู้ป่วยโดยตรงทำให้สามารถซักถาม ผลการรักษาได้ลึกซึ้ง พร้อมกับตรวจหาสารเสพติดได้ และให้คำแนะนำเพื่อช่วยแก้ปัญหาได้ โดยตรง วิธีนี้มีหลายแบบ เช่น

- นัดผู้ป่วยพบที่สถานพยาบาลตามกำหนด ซึ่งพบปัญหาผู้ป่วยคือไม่มาตามนัด บ่อยมาก แต่สะดวกต่อสถานพยาบาล
- พบผู้ป่วยที่บ้าน วิธีนี้ทำได้ทั้งแบบนัดหมายล่วงหน้า หรือไม่ได้นัดหมาย ทำให้ เห็นสภาพที่แท้จริงของผู้ป่วย แต่วิธีนี้สิ้นเปลืองทั้งเวลา กำลังคน และงบประมาณ
- นัดพบกันครึ่งทาง สำหรับบ้านของผู้ป่วยที่อยู่ในสถานที่ไปมาไม่สะดวก การนัด พบกันครึ่งทางก็เป็นวิธีที่เหมาะสม เช่น พบกันที่ศูนย์การค้า ห้างสรรพสินค้าหรือวัด
- นัดพบผู้ป่วยที่ทำงาน เป็นวิธีที่ต้องใช้ความระมัดระวังเป็นพิเศษ นายจ้างมักไม่ ชอบให้มีการรบกวนเวลางาน ผู้ป่วยเองก็อาจไม่ยอมให้ผู้ร่วมงานทราบว่าตนยังอยู่ในขั้นตอนการ รักษาเสพติด สำหรับผู้ป่วยบางรายที่ประกอบอาชีพอิสระเอง การนัดแบบนี้อาจจะกระทำได้

2. วิธีโดยอ้อม วิธีนี้ ผู้ติดตามผลไม่ได้พบกับผู้ป่วยโดยตรง แต่ใช้วิธีการ เช่น การส่ง แบบสอบถามทางไปรษณีย์ การพูดคุยทางโทรศัพท์ วิธีนี้ค่อนข้างสะดวกไม่เสียเวลาทั้งสองฝ่าย แต่ ข้อมูลที่ได้จะไม่ครบถ้วน การให้คำปรึกษา อาจทำได้ไม่สมบูรณ์มากนัก และแบบสอบถามก็มักจะ ไม่ได้รับการตอบกลับ

กิจกรรมกลุ่มบำบัด

ในการรักษาขั้นถอนพิษยาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยนอกจะต้องได้รับยาตาม แผนการรักษาของแพทย์และต้องให้ร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดเพื่อปรับพฤติกรรมและพัฒนาให้รู้จัก รับผิดชอบ ฟังตนเองโดยไม่ใช้ยาเสพติด กิจกรรมดังกล่าวมีดังนี้คือ

1. กลุ่มปฐมนิเทศ คือ กลุ่มแนะนำกิจกรรมต่าง ๆ การบริการของสถานพยาบาล และการ ปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยรู้ เข้าใจและปฏิบัติตามแนวทางการบำบัดรักษา และกฎระเบียบของโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้อง

2. กลุ่มประชุมเช้า (morning meeting) เป็นการประชุมร่วมกันของผู้ป่วยทุกคน ร่วมแสดง ความคิดเห็น ความรู้สึก ข้อบกพร่องของตนเอง ข้อบกพร่องทั่วไป หรือสิ่งที่ควรทราบที่เป็น ประโยชน์ โดยมีวัตถุประสงค์

1) เพื่อให้ผู้ป่วยระบายความทุกข์ ความอัดอั้นตันใจ ความรู้สึกต่าง ๆ ให้เพื่อน ทราบและให้เพื่อน 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 กิจกรรมกลุ่มที่เกี่ยวกับการร้อง 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) ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง
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 เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอย่างเป็นสุข และรู้จักรับผิดชอบชีวิตตนเอง

9. กลุ่มการเผชิญและการแก้ปัญหา เป็นกลุ่มให้ผู้ป่วยได้สำรวจเกี่ยวกับปัญหาในชีวิต พร้อมหาแนวทางแก้ไขอย่างเหมาะสม โดยมีวัตถุประสงค์

1) เพื่อให้ผู้ป่วยบอกวิธีการเผชิญปัญหา และวิธีแก้ไขปัญหา

2) เพื่อให้ผู้ป่วยประเมินปัญหาของตนเอง พร้อมแนวทางแก้ไข

3) เพื่อบอกวิธีเผชิญปัญหา และแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม

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) เพื่อให้ผู้ป่วยรู้แนวทางการปฏิบัติคนทั้งต่อตัวเองและสังคม
- 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 พิจารณา แก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายในศูนย์ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ

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

18. กลุ่มจิตบำบัด คือ กลุ่มที่ใช้เปิดเผยปัญหาและหาแนวทางแก้ไขของผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวในการดำรงชีวิตอยู่ภายในศูนย์ชุมชนบำบัดได้
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกของตนเองที่มีต่อสถานที่ สภาพแวดล้อม กฎระเบียบ กลุ่มกิจกรรมและเพื่อนผู้ป่วยที่อยู่ร่วมกัน
- 3) เพื่อให้ผู้ป่วยสำรวจตนเองและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน ได้อย่างเหมาะสมด้วยตัวของผู้ป่วยเอง
- 4) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองในการที่จะกลับไปอยู่กับครอบครัวและดำรงชีวิตในสังคมต่อไป

19. กลุ่มปรับความเข้าใจ คือ กลุ่มที่ใช้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ อย่างถูกวิธีสำหรับผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เกี่ยวกับการพัฒนาตนเองอย่างมีระบบ

2) เพื่อสอนให้ผู้ป่วยรู้จักควบคุมอารมณ์ และการแสดงออกถึงความรู้สึกที่ดีและไม่ดีต่อบุคคลอื่น

3) เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักอดกลั้นในแรงกระทำที่ดีและไม่ดี

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 เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดยาซ้ำ และสามารถดำรงชีวิตได้โดยไม่พึ่งยาเสพติด