

ภาคผนวก ข

แบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ติดสารเสพติด

คำชี้แจง

1.แบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 ข้อมูลคำถามแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ติดสารเสพติด DAQOL

ตอนที่ 3 ข้อมูลคำถามแบบสำรวจสุขภาพ SF-36

2.กรุณาตอบแบบสอบถามทุกข้อตามคำอธิบายแต่ละตอน อย่างไรก็ตามถ้าท่านไม่สบายใจที่จะตอบคำถามในข้อใด ท่านสามารถที่จะไม่ตอบในคำถามข้อนั้นได้

หมายเหตุ ข้อมูลทั้งหมดจะปิดเป็นความลับ และใช้เฉพาะสำหรับการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

แบบบันทึกข้อมูล

1. เพศ 1) ชาย 2) หญิง
2. อายุ 1) 18 - 20 ปี 2) 21 - 30 ปี 3) 31 - 40 ปี
 4) 41 - 50 ปี 5) มากกว่า 50 ปี
3. ระดับการศึกษา
 1) ไม่ได้ศึกษา 2) ประถมศึกษา 3) มัธยมศึกษา
 4) ประกาศนียบัตร 5)ปริญญาตรี 6) สูงกว่าปริญญาตรี
4. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
 1) ไม่มีรายได้ 2) 1 - 3,000 บาท 3) 3,001 - 6,000 บาท
 4) 6,001 - 9,000 บาท 5) 9,001 - 12,000 บาท 6) มากกว่า 12,000 บาท
5. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่
 1) มี (ระบุ)..... 2) ไม่มี
6. ชนิดของยาเสพติดที่เคยใช้ หรือใช้ภายใน 30 วันที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 1) เฮโรอีน(เสพมานาน.....ปี) 2) ยาบ้า(เสพมานาน.....ปี)
 3) สุรา(เสพมานาน.....ปี) 4) สารระเหย(เสพมานาน.....ปี)
 5) กัญชา(เสพมานาน.....ปี) 6) ยาแก้ไอ(เสพมานาน.....ปี)
 7) ยาหล่อมประสาท(เสพมานาน.....ปี) 8) สี่คูณร้อย(เสพมานาน.....ปี)
 9) อื่น ๆ ระบุ.....(เสพมานาน.....ปี)
7. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา
 1) 1 ครั้ง 2) 2 - 5 ครั้ง 3) มากกว่า 5 ครั้ง
8. ขณะนี้ท่านอยู่ในระหว่างการบำบัดรักษาในรูปแบบ
 1) ผู้ป่วยนอก 2) ผู้ป่วยในระยะถอนพิษยา
 3) ผู้ป่วยในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ 4) ระยะติดตามผล

ตอนที่ 2 ข้อมูลคำถามแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ติดสารเสพติด DAQOL

ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นคำถามด้านอาการถอนพิษยา ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวท่านเองว่าท่านมีอาการถอนพิษยาเหล่านี้มากน้อยเพียงไร แล้วทำเครื่องหมายถูก (/) ในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึก และเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด

คำถามด้านอาการถอนพิษยา	ไม่มีเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	หมายเหตุ
1.คุณมีน้ำมูกน้ำตาไหล						
2.คุณมีอาการปวดบริเวณช่องท้อง						
3.คุณมีอาการชักกระตุกบริเวณกล้ามเนื้อ						
4.คุณมีความรู้สึกหนาว ๆ ร้อน ๆ เป็นช่วง ๆ						
5.คุณมีอาการคลื่นไส้อาเจียน						
6.คุณสามารถขยับถ่ายได้ตามปกติ						
7.คุณมีอาการมือสั่นตัวสั่น						
8.คุณมีอาการเหงื่อออก						
9.คุณมีอาการขนลุก						
10.คุณหายใจเหนื่อยหอบหรือหายใจขัด						
11.คุณมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ						
12.คุณมีอาการปวดตามข้อ/กระดูก						
13.คุณมีความรู้สึกว่ามีคนมากระซิบข้างหู โดยที่บุคคลอื่นไม่ได้ยิน						
14.คุณมีความรู้สึกที่เห็นภาพแปลก ๆ โดยที่บุคคล อื่นมองไม่เห็น						
15.คุณมีความรู้สึกเหมือนมีอะไรมาไต่บริเวณผิวหนัง						
16.คุณรู้สึกเบื่อ หมดความสนใจหรือความสุขใจ						
17.คุณรู้สึกอยากนอนมากตอนกลางวัน						

จงกาเครื่องหมายถูก (/) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดและความรู้สึกของท่านในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

คำถามคุณภาพชีวิต	ไม่มีเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	หมายเหตุ
1.คุณนอนหลับได้เต็มอิ่ม						
2.คุณต้องใช้เวลาานหลังจากเข้านอนแล้ว จึงจะข่มตาหลับลงได้						
3.ปัญหาการนอนไม่หลับเป็นปัญหาที่คุณ ต้องเจออยู่เสมอ						
4.คุณยังรู้สึกอยากเสพยาอยู่						
5.คุณยังคงต้องการยาเสพติด						
6.คุณขาดยาเสพติดไม่ได้						
7.คุณรู้สึกเหงา						
8.คุณรู้สึกไม่ร่าเริง						
9.คุณหงุดหงิดง่าย						
10.คุณตื่นเต็นง่าย						
11.คุณรู้สึกสับสน						
12.คุณตกใจง่าย						
13.คุณรู้สึกตัวเองมีค่า						
14.คุณรู้สึกภาคภูมิใจในตัวเอง						
15.ปัจจุบันคุณเป็นคนมั่นใจในตัวเอง						
16.คุณรู้สึกพอใจในตัวของตนเอง						
17.คุณรู้สึกว่าความจำของคุณไม่ดี						
18. คุณคิดว่าคุณมีสติพอที่จะสามารถควบคุม ตัวเองได้						
19.คุณมีสมาธิในการคิดหรือทำสิ่งต่าง ๆ ได้						

คำถามคุณภาพชีวิต	ไม่มีเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	หมายเหตุ
20.คุณรู้สึกว่าคุณทำอะไรไม่ค่อยได้						
21.คุณสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในการทำกิจกรรมประจำวัน						
22.คุณมีความยุ่งยากในการประกอบกิจวัตรประจำวัน						
23.คุณทำกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่ต้องมีใครมาช่วยเหลือ						
24.นอกเหนือจากการรักษาอาการนอนพิษยา คุณจำเป็นต้องใช้ยาเพื่อรักษาอาการหรือโรคอื่น ๆ ที่เป็นอยู่						
25.คุณจำเป็นต้องได้รับยาทดแทนสารเสพติดเพื่อให้รู้สึกสบาย						
26.คุณจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ต่อไปได้						
27.คุณทำงานได้ตามปกติ						
28.คุณทำงานได้มากเท่าที่ตัวเองต้องการ						
29.คุณทำงานของคุณได้เต็มกำลังความสามารถ						
30.คุณพอใจความสามารถของตนเองในการทำงาน						
31.ความรู้สึกทางเพศของคุณลดลง						
32.คุณพอใจในชีวิตทางเพศของคุณ						
33.คุณมีปัญหาในชีวิตทางเพศ						
34.ครอบครัวของคุณไม่ค่อยยอมรับในตัวคุณ						
35.คุณได้รับความช่วยเหลือและกำลังใจจากครอบครัว						
36.คุณมีความสุขกับคนในครอบครัวของคุณ						

คำถามคุณภาพชีวิต	ไม่มีเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	หมายเหตุ
37.คุณสามารถเข้ากับคนอื่น ๆ ในครอบครัวได้ดี						
38.คุณมีคนในครอบครัวที่คุณไว้วางใจได้						
39.คุณสามารถเข้ากับเพื่อนได้ดี						
40.คุณมีเพื่อนสนิทที่คุณไว้วางใจได้						
41.คุณรู้สึกว่าคุณเพื่อนรอบตัวคุณมีความเป็นมิตรกับคุณ						
42.คุณรู้สึกว่าคุณเพื่อน ๆ ไม่เห็นอกเห็นใจคุณ						
43.คุณมีเงินเพียงพอสำหรับใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน						
44.คุณกังวลว่าจะไม่มีเงินพอสำหรับใช้จ่ายในเรื่องที่จำเป็น						
45.คุณประสบปัญหาในเรื่องเงินบ่อย ๆ						
46.คุณรู้สึกปลอดภัย						
47.คุณรู้สึกว่าชีวิตเป็นอิสระ						
48.คุณรู้สึกกังวลในเรื่องความปลอดภัยของตัวเอง						
49.ชีวิตของคุณมีความปลอดภัยเพียงไร						
50.คุณได้รับการรักษาพยาบาลที่เพียงพอกับอาการหรือโรคที่เป็นอยู่						
51.คุณพึงพอใจกับการรักษาพยาบาลที่ได้รับเพียงใด						
52.การเข้ารับการรักษาพยาบาลมีขั้นตอนที่ทำให้คุณรู้สึกยุ่งยาก						
53.คุณได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพเพียงใด						

คำถามคุณภาพชีวิต	ไม่มีเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	หมายเหตุ
54.คุณมีที่อยู่อาศัยที่สะดวกสบายตามสมควร						
55.คุณพอใจกับสภาพที่อยู่อาศัยของตนเอง						
56.คุณรู้สึกชอบที่อยู่อาศัยของตนเอง						
57.คุณมีสิ่งของตัวเองนับถือหรือยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ						
58.ยามที่เจอปัญหา หรือเรื่องเลวร้าย คุณมีสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจซึ่งทำให้คุณเข้มแข็ง						
59.สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของคุณทำให้คุณมีความหวังกับชีวิต						
60.คุณมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจซึ่งทำให้ชีวิตมีความหมาย						
คำถามคุณภาพชีวิตโดยรวม	ต่ำมาก	ต่ำ	ปานกลาง	ดี	ดีมากที่สุด	หมายเหตุ
1. คุณพอใจกับคุณภาพชีวิตของคุณเพียงใด						
2. คุณพอใจกับชีวิตของคุณเพียงใด						
3. คุณพอใจกับสุขภาพของคุณในขณะนี้						
4. คุณคิดว่าคุณมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับใด						

ตอนที่ 3 ข้อมูลคำถามแบบสำรวจสุขภาพ SF - 36

แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามที่สำรวจความคิดเห็นของท่านที่มีต่อสุขภาพของท่านเอง
ซึ่งจะเป็นคำถามเกี่ยวกับสุขภาพและความสามารถในการทำกิจกรรมโดยทั่ว ๆ ไป

โปรดตอบคำถามทุกคำถาม โดยการวงกลมตัวเลขในแต่ละข้อ ถ้าหากท่านไม่แน่ใจ ให้เลือก
คำตอบที่ท่านคิดว่าใกล้เคียงที่สุด

1. โดยทั่วไปท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไรในขณะนี้

(วงกลมหนึ่งคำตอบ)

- ดีเลิศ 1
- ดีมาก 2
- ดี 3
- พอใช้ 4
- ไม่ดี 5

2. เมื่อเทียบกับปีที่แล้ว ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร?

(วงกลมหนึ่งคำตอบ)

- ดีกว่าเมื่อปีที่แล้ว 1
- ค่อนข้างดีกว่าเมื่อปีที่แล้ว 2
- เหมือนกับเมื่อปีที่แล้ว 3
- ค่อนข้างแย่กว่าเมื่อปีที่แล้ว 4
- แย่กว่าเมื่อปีที่แล้วมาก 5

3. คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมที่ท่านปฏิบัติในแต่ละวัน ท่านคิดว่า **สุขภาพของ** ท่านทำให้ท่านมี**ปัญหา** ในการทำกิจกรรมเหล่านี้หรือไม่ ถ้ามี มีมากน้อยเพียงใด?

(วงกลมหนึ่งคำตอบในแต่ละบรรทัด)

ท่านมี ปัญหา เวลาทำสิ่งเหล่านี้มากน้อยเพียงใด	มี ปัญหา มาก	มี ปัญหา เล็กน้อย	ไม่มี ปัญหา เลย
ก. กิจกรรมที่ต้องใช้ แรง มาก เช่น วิ่ง ไกล ๆ ทำงานที่ต้องออก แรง มาก ๆ ยกของหนัก ออกกำลังกายอย่างหนัก	1	2	3
ข. กิจกรรมที่ต้องใช้ แรง ปานกลาง เช่น เลื่อนโต๊ะ รถนี้ ต้นไม้ จักรยาน 100 เมตร ซักเสื้อผ้าด้วยตนเอง 8-10 ชั้น	1	2	3
ค. เดินยกหรือหิ้วของชำเต็ม สอง มือ	1	2	3
ง. เดินขึ้นบันไดหลายชั้นติดต่อกัน	1	2	3
จ. เดินขึ้นบันไดหนึ่งชั้น	1	2	3
ฉ. งอเข้า ลูกเข้า โกง โกง/โน้มตัวลง	1	2	3
ช. เดินมากกว่าหนึ่งกิโลเมตร	1	2	3
ซ. เดินประมาณครึ่งกิโลเมตร	1	2	3
ฅ. เดินประมาณหนึ่งร้อยเมตร	1	2	3
ญ. อาบน้ำ แต่งตัว	1	2	3

4. ในระยะหนึ่งเดือนที่ผ่านมา **สุขภาพ**กายของท่านทำให้ท่านมี**ปัญหา** เวลาทำงาน หรือกิจวัตรประจำวัน หรือไม่?

(วงกลมหนึ่งคำตอบในแต่ละบรรทัด)

ท่านมี ปัญหา เหล่านี้หรือไม่	มี	ไม่มี
ก. ทำงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ ได้ไม่นานเท่าเดิม	1	2
ข. ทำงานได้น้อยกว่าที่ต้องการ	1	2
ค. ไม่สามารถทำงานหรือกิจกรรมบางอย่างได้ อย่างที่เคยทำ	1	2
ง. มีความยากลำบากในการทำงานหรือกิจกรรม (เช่น ต้องใช้ความพยายามมากเป็นพิเศษ)	1	2

5. ในระยะหนึ่งเดือนที่ผ่านมา อารมณ์ของท่าน (เช่น รู้สึกหดหู่ หรือวิตกกังวล) ทำให้ท่านมีปัญหาในการทำงานหรือกิจกรรมปกติประจำวัน หรือไม่?

(วงกลมหนึ่งคำตอบในแต่ละบรรทัด)

ท่านมีปัญหาเหล่านี้หรือไม่	มี	ไม่มี
ก. ทำงานหรือกิจวัตรประจำวันได้ไม่นานเท่าเดิม	1	2
ข. ทำงานได้น้อยกว่าที่ต้องการ	1	2
ค. มีความระมัดระวังในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันน้อยกว่าเดิม	1	2

6. ในระยะหนึ่งเดือนที่ผ่านมา สุขภาพทางร่างกายหรืออารมณ์ของท่านมีผลกระทบต่อการทำกิจกรรมทางสังคม เช่น การพบปะสังสรรค์กับครอบครัว ญาติสนิทมิตรสหาย หรือเพื่อนฝูงหรือเพื่อนบ้าน มากน้อยเพียงใด?

(วงกลมหนึ่งคำตอบ)

- ไม่มีผลเลยจนคิดเดียว 1
- มีผลเล็กน้อย 2
- มีผลปานกลาง 3
- มีผลค่อนข้างมาก 4
- มีผลมากที่สุด 5

7. ในระยะหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการปวดเมื่อยร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดเข่า ปวดกล้ามเนื้อ รุนแรงเพียงใด?

(วงกลมหนึ่งคำตอบ)

- ไม่มีอาการเลย 1
- มีอาการเล็กน้อยมาก 2
- มีอาการเล็กน้อย 3
- มีอาการปานกลาง 4
- มีอาการมาก 5
- มีอาการรุนแรงมาก 6

8. ในระยะหนึ่งเดือนที่ผ่านมา อาการปวดเมื่อยร่างกายของท่าน มีผลกระทบต่อการทำงาน ทั้งงานที่ทำงานและงานบ้าน (เช่น ทำความสะอาด ล้างจาน ทำครัว) มากน้อยแค่ไหน?

(วงกลมหนึ่งคำตอบ)

ไม่มีผลเลย 1
มีผลเล็กน้อย 2
มีผลปานกลาง 3
มีผลค่อนข้างมาก 4
มีผลมากที่สุด 5

9. ในระยะหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ท่านเคยมีความรู้สึกต่อไปนี้บ่อยเพียงใด?

(วงกลมหนึ่งคำตอบในแต่ละบรรทัด)

	ตลอด เวลา	เกือบ ตลอด เวลา	บ่อยๆ	บาง ครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่มีเลย
ก. ท่านรู้สึกมีชีวิตชีวา กระปรี้ กระเปร่า	1	2	3	4	5	6
ข. ท่านรู้สึกวิตกกังวล	1	2	3	4	5	6
ค. ท่านรู้สึกหดหู่เศร้าซึมมากจน ไม่มีอะไรทำให้ท่านรู้สึกดีขึ้นได้	1	2	3	4	5	6
ง. ท่านรู้สึกอารมณ์เย็นและสงบ	1	2	3	4	5	6
จ. ท่านรู้สึกมีพลังกำลังมาก	1	2	3	4	5	6
ฉ. ท่านรู้สึกท้อแท้ และหดหู่ใจ	1	2	3	4	5	6
ช. ท่านรู้สึกหมดเรี่ยวแรง	1	2	3	4	5	6
ซ. ท่านรู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่มีความ สุขคนหนึ่ง	1	2	3	4	5	6
ฅ. ท่านรู้สึกเหนื่อยล้า	1	2	3	4	5	6

10. ในระยะหนึ่งเดือนที่ผ่านมา สุขภาพทางร่างกายหรืออารมณ์ของท่านมีผลกระทบต่อการทำกิจกรรมทางสังคม เช่น การพบปะสังสรรค์กับครอบครัว ญาติสนิทมิตรสหาย หรือเพื่อนฝูง หรือเพื่อนบ้านบ่อยแค่ไหน

(วงกลมหนึ่งคำตอบ)

- ตลอดเวลา 1
- เกือบตลอดเวลา 2
- บางครั้ง 3
- นาน ๆ ครั้ง 4
- ไม่มีเลย 5

11. ข้อความต่อไปนี้ เป็นจริงสำหรับท่านหรือไม่?

(วงกลมหนึ่งคำตอบในแต่ละบรรทัด)

	จริงแท้ แน่นอน	จริง	ไม่รู้	ไม่ค่อย จริง	ไม่จริงแม้ แต่น้อย
ก. ฉันไม่สบายง่ายกว่าคนอื่น	1	2	3	4	5
ข. ฉันมีสุขภาพดีเหมือนกับเพื่อนๆ	1	2	3	4	5
ค. ฉันคิดว่าสุขภาพของฉันจะแย่ลง	1	2	3	4	5
ง. ฉันคิดว่าสุขภาพของฉันแข็งแรง สมบูรณ์ดีเลิศ	1	2	3	4	5

ขอขอบคุณที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามนี้

