

## ภาคผนวก ก

แบบวัดคุณภาพชีวิต QOL-HAC (Quality of Life Scale for the users of Heroin, Amphetamine and Cannabinoid.) มีคำถามในมิติอื่น ๆ นอกเหนือจากมิติการปลดจากอาการถอนพิษยาทั้งหมด 64 ข้อ ซึ่งจำแนกเป็น 18 มิติ และคำถามในมิติการปลดจากอาการถอนพิษยาแยกเฉพาะสารเสพติดแต่ละตัว ดังนี้

| คุณภาพชีวิตในด้าน  | จำนวนข้อ | ข้อที่ต้องนำมาบวกกันและหาค่าเฉลี่ย |
|--|----------|------------------------------------|
| <b>1.ด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม (Overall quality of life)</b>           | 4        | Q18.1-Q18.4                        |
| <b>2.ด้านสุขภาพทางร่างกาย (Physical health)</b>                    |          |                                    |
| - มิติการปลดจากอาการถอนพิษยา (Withdrawal syndromes)                |          |                                    |
| สารเสพติดประเภทเฮโรอีน   | 23       | Q1.1-1.23                          |
| สารเสพติดประเภทยาบ้า   | 19       | Q1.1-1.8 และ<br>Q1.24-1.34         |
| สารเสพติดประเภทกัญชา   | 21       | Q1.1-Q1.8 และ<br>Q1.35-1.47        |
| - มิติการนอนหลับพักผ่อน (Sleep and rest)                           | 3        | Q2.1-Q2.3                          |
| - มิติความต้องการยาเสพติด (Need for narcotics)                     | 3        | Q3.1-Q3.3                          |
| <b>3. ด้านจิตใจ (psychological domain)</b>                         |          |                                    |
| - มิติอารมณ์ (Emotion)   | 6        | Q4.1-Q4.6                          |
| - มิติการนับถือตนเอง (Self-esteem)                                 | 4        | Q5.1-Q5.4                          |
| - มิติความคิด ความจำ และสมาธิ (Thinking, memory and concentration) | 4        | Q6.1-Q6.4                          |
| <b>4. ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (Level of independence)</b>   |          |                                    |
| - มิติการดำเนินชีวิตประจำวัน (Activities of daily living)          | 3        | Q7.1-Q7.3                          |
| - มิติการพึ่งพิงการรักษา (Dependence on treatment)                 | 3        | Q8.1-Q8.3                          |
| - มิติการทำงาน (Work)  | 4        | Q9.1-Q9.4                          |
| <b>5. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships)</b>          |          |                                    |
| - มิติเพศสัมพันธ์ (Sex)  | 3        | Q10.1-Q10.3                        |
| - มิติครอบครัว (Family)  | 5        | Q11.1-Q11.5                        |
| - มิติเพื่อนฝูง (Friend)   | 4        | Q12.1-Q12.4                        |

| คุณภาพชีวิตในด้าน   | จำนวนข้อ | ข้อที่ต้องนำมาบวกกันและหาค่าเฉลี่ย |
|---|----------|------------------------------------|
| <b>6. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)</b>   |          |                                    |
| - มิติแหล่งเงิน (Financial resources)   | 3        | Q13.1-Q13.3                        |
| - มิติความเป็นอิสระ ความปลอดภัย ความมั่นคงในชีวิต (Freedom, Physical safety and security) | 4        | Q14.1-Q14.4                        |
| - มิติสุขภาพและการรักษาจากสังคม (Health and social care)                                  | 4        | Q15.1-Q15.4                        |
| - มิติสภาพแวดล้อมที่พักอาศัย (Home environment)   | 3        | Q16.1-Q16.3                        |
| <b>7. ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (Spirituality religion/personal beliefs)</b>                 |          |                                    |
| - มิติจิตวิญญาณ (spiritual)   | 4        | Q17.1-Q17.4                        |

ข้อมูลคำถามแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ติดสารเสพติด ทั้งหมด 64 ข้อ และคำถามในมิติการปลดจากอาการถอนพิษยาแยกเฉพาะสารเสพติดแต่ละตัว

| คำถามด้านอาการถอนพิษยา                           | ไม่มี<br>เลย | เล็กน้อย | ปาน<br>กลาง | มาก | มาก<br>ที่สุด | หมายเหตุ |
|--|--------------|----------|-------------|-----|---------------|----------|
| 1.คุณมีน้ำมูกน้ำตาไหลหรือมีอาการคัดจมูก          |              |          |             |     |               | Q1.1     |
| 2..คุณมีความรู้สึกหนาว ๆ ร้อน ๆ เป็นช่วง ๆ       |              |          |             |     |               | Q1.2     |
| 3.คุณมีอาการมือสั่นตัวสั่น                       |              |          |             |     |               | Q1.3     |
| 4.คุณมีอาการเหงื่อออก                            |              |          |             |     |               | Q1.4     |
| 5. คุณหายใจเหนื่อยหอบหรือหายใจขัด                |              |          |             |     |               | Q1.5     |
| 6. คุณมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ                 |              |          |             |     |               | Q1.6     |
| 7. คุณมีอาการปวดตามข้อ/กระดูก                    |              |          |             |     |               | Q1.7     |
| 8. คุณมีความรู้สึกเหมือนมีอะไรมาไต่บริเวณผิวหนัง |              |          |             |     |               | Q1.8     |

**คำถามข้อ 9-23 เฉพาะผู้ที่เสพยาโรน**

| คำถามด้านอาการถอนพิษยา                                    | ไม่มี<br>เลย | เล็กน้อย | ปานกลาง | มาก | มากที่สุด | หมายเหตุ |
|---|--------------|----------|---------|-----|-----------|----------|
| 9.คุณรู้สึกเบื่อ หมดความสนใจหรือความสุขใจ                 |              |          |         |     |           | Q1.9     |
| 10.คุณมีอาการปวดบริเวณช่องท้อง                            |              |          |         |     |           | Q1.10    |
| 11.คุณมีอาการชักกระตุกบริเวณกล้ามเนื้อ                    |              |          |         |     |           | Q1.11    |
| 12.คุณมีอาการคลื่นไส้อาเจียน                              |              |          |         |     |           | Q1.12    |
| 13. คุณมีอาการขนลุก                                       |              |          |         |     |           | Q1.13    |
| 14. คุณมีอาการท้องเสีย                                    |              |          |         |     |           | Q1.14    |
| 15. คุณมีอาการมึนงงเฉียวกว่าปกติ                          |              |          |         |     |           | Q1.15    |
| 16. คุณรู้สึกว่าตัวเองหัวใจเต้นเร็ว                       |              |          |         |     |           | Q1.16    |
| 17. คุณรู้สึกอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร                         |              |          |         |     |           | Q1.17    |
| 18. คุณฝันร้ายหรือรู้สึกว่าความฝันเหมือนจริงหรือฝันแปลก ๆ |              |          |         |     |           | Q1.18    |
| 19. คุณนอนไม่ค่อยหลับหรืออาการนอนผิดปกติ                  |              |          |         |     |           | Q1.19    |
| 20. คุณรู้สึกว่าตัวเองก้าวร้าวกว่าปกติ                    |              |          |         |     |           | Q1.20    |
| 21. คุณรู้สึกกลัวโดยไม่มีสาเหตุ                           |              |          |         |     |           | Q1.21    |
| 22. คุณรู้สึกว่าน้ำลายออกมากกว่าปกติ                      |              |          |         |     |           | Q1.22    |
| 23.คุณมีอาการหนาวมากกว่าปกติ                              |              |          |         |     |           | Q1.23    |

**คำถามข้อ 24-34 เฉพาะผู้ที่เสพยาบ้า**

| คำถามด้านอาการถอนพิษยา  | ไม่มี<br>เลย | เล็กน้อย | ปานกลาง | มาก | มากที่สุด | หมายเหตุ |
|---|--------------|----------|---------|-----|-----------|----------|
| 24.คุณมีอาการปวดบริเวณช่องท้อง                                    |              |          |         |     |           | Q1.24    |
| 25.คุณมีอาการชักกระตุกบริเวณกล้ามเนื้อ                            |              |          |         |     |           | Q1.25    |
| 26. คุณมีความรู้สึกว่ามีคนมากระซิบข้างหู โดยที่บุคคลอื่นไม่ได้ยิน |              |          |         |     |           | Q1.26    |
| 27.คุณมีความรู้สึกที่เห็นภาพแปลก ๆ โดยที่บุคคลอื่นมองไม่เห็น      |              |          |         |     |           | Q1.27    |
| 28.คุณรู้สึกเป็นกังวลใจหรือคิดมาก                                 |              |          |         |     |           | Q1.28    |
| 29. คุณรู้สึกอ่อนเพลียจนไม่มีแรงจะทำอะไร                          |              |          |         |     |           | Q1.29    |

| คำถามด้านอาการถอนพิษยา                           | ไม่มี<br>เลย | เล็กน้อย | ปานกลาง | มาก | มากที่สุด | หมายเหตุ |
|--|--------------|----------|---------|-----|-----------|----------|
| 30. คุณรู้สึกตัวเองเคลื่อนไหวเซื่องช้าลง         |              |          |         |     |           | Q1.30    |
| 31. คุณรู้สึกกระวนกระวายใจ                       |              |          |         |     |           | Q1.31    |
| 32. คุณรู้สึกอยากอาหารมากขึ้นหรือทานอาหารมากขึ้น |              |          |         |     |           | Q1.32    |
| 33. คุณรู้สึกอยากนอนหรือนอนมาก                   |              |          |         |     |           | Q1.33    |
| 34. คุณรู้สึกสับสน                               |              |          |         |     |           | Q1.34    |

**คำถามข้อ 35-47 เฉพาะผู้ที่เสพยา**

| คำถามด้านอาการถอนพิษยา  | ไม่มี<br>เลย | เล็ก<br>น้อย | ปานกลาง | มาก | มากที่สุด | หมายเหตุ |
|---|--------------|--------------|---------|-----|-----------|----------|
| 35. คุณมีอาการขนลุก   |              |              |         |     |           | Q1.35    |
| 36. คุณมีความรู้สึกว่ามีคนมากระซิบข้างหู โดยที่บุคคลอื่นไม่ได้ยิน |              |              |         |     |           | Q1.36    |
| 37. คุณมีความรู้สึกที่เห็นภาพแปลก ๆ โดยที่บุคคลอื่นมองไม่เห็น     |              |              |         |     |           | Q1.37    |
| 38. คุณรู้สึกเป็นกังวลใจหรือคิดมาก                                |              |              |         |     |           | Q1.38    |
| 39. คุณรู้สึกอ่อนเพลียจนไม่มีแรงจะทำอะไร                          |              |              |         |     |           | Q1.39    |
| 40. คุณรู้สึกหนาวระแวงโดยไม่มีเหตุผล                              |              |              |         |     |           | Q1.40    |
| 41. คุณรู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง                             |              |              |         |     |           | Q1.41    |
| 42. คุณรู้สึกเป็นทุกข์จนไม่อยากมีชีวิตอยู่                        |              |              |         |     |           | Q1.42    |
| 43. คุณรู้สึกตัวเองเคลื่อนไหวเซื่องช้าลง                          |              |              |         |     |           | Q1.43    |
| 44. คุณรู้สึกกระวนกระวายใจ  |              |              |         |     |           | Q1.44    |
| 45. คุณรู้สึกว่าตัวเองโกรธง่าย                                    |              |              |         |     |           | Q1.45    |
| 46. คุณมีอาการปวดท้อง ท้องเสีย                                    |              |              |         |     |           | Q1.46    |
| 47. คุณรู้สึกอยากกินขนมหวานหรืออาหารหวานมากขึ้น                   |              |              |         |     |           | Q1.47    |

ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นคำถามคุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ

จงกาเครื่องหมายถูก (/) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดและความรู้สึกของท่านในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

| คำถามคุณภาพชีวิต   | ไม่มีเลย | เล็กน้อย | ปานกลาง | มาก | มากที่สุด | หมายเหตุ |
|--|----------|----------|---------|-----|-----------|----------|
| 1. คุณนอนหลับได้เต็มอิ่ม   |          |          |         |     |           | Q2.1     |
| 2. คุณต้องใช้เวลาานหลังจากเข้านอนแล้ว<br>จึงจะข่มตาหลับลงได้                                 |          |          |         |     |           | Q2.2     |
| 3. ปัญหาการนอนไม่หลับเป็นปัญหาที่คุณต้องเจออยู่<br>เสมอ                                      |          |          |         |     |           | Q2.3     |
| 4. คุณยังรู้สึกอยากเสพยาอยู่   |          |          |         |     |           | Q3.1     |
| 5. คุณยังคงต้องการยาเสพติด   |          |          |         |     |           | Q3.2     |
| 6. คุณขาดยาเสพติดไม่ได้  |          |          |         |     |           | Q3.3     |
| 7. คุณรู้สึกหงา  |          |          |         |     |           | Q4.1     |
| 8. คุณรู้สึกไม่ร่าเริง   |          |          |         |     |           | Q4.2     |
| 9. คุณหงุดหงิดง่าย   |          |          |         |     |           | Q4.3     |
| 10. คุณตื่นตื้นง่าย  |          |          |         |     |           | Q4.4     |
| 11. คุณรู้สึกสับสน   |          |          |         |     |           | Q4.5     |
| 12. คุณตกใจง่าย  |          |          |         |     |           | Q4.6     |
| 13. คุณรู้สึกตัวเองมีค่า   |          |          |         |     |           | Q5.1     |
| 14. คุณรู้สึกภาคภูมิใจในตัวเอง   |          |          |         |     |           | Q5.2     |
| 15. ปัจจุบันคุณเป็นคนมั่นใจในตัวเอง  |          |          |         |     |           | Q5.3     |
| 16. คุณรู้สึกพอใจในตัวของคุณเอง  |          |          |         |     |           | Q5.4     |
| 17. คุณรู้สึกว่าความจำของคุณไม่ดี  |          |          |         |     |           | Q6.1     |
| 18. คุณคิดว่าคุณมีสติพอที่จะสามารถควบคุมตัวเองได้  |          |          |         |     |           | Q6.2     |
| 19. คุณมีสมาธิในการคิดหรือทำสิ่งต่าง ๆ ได้   |          |          |         |     |           | Q6.3     |
| 20. คุณรู้สึกว่าความจำอะไรไม่ค่อยได้   |          |          |         |     |           | Q6.4     |
| 21. คุณสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในการทำกิจวัตร<br>ประจำวัน (เช่น ล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ ฯลฯ) |          |          |         |     |           | Q7.1     |

| คำถามคุณภาพชีวิต  | ไม่มีเลย | เล็กน้อย | ปานกลาง | มาก | มากที่สุด | หมายเหตุ |
|---|----------|----------|---------|-----|-----------|----------|
| 22. คุณมีความยุ่งยากในการประกอบกิจวัตรประจำวัน  |          |          |         |     |           | Q7.2     |
| 23. คุณทำกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่ต้องมีใครมาช่วยเหลือ   |          |          |         |     |           | Q7.3     |
| 24. นอกเหนือจากการรักษาอาการนอนพิษยา คุณจำเป็นต้องใช้ยาเพื่อรักษาอาการหรือโรคอื่น ๆ ที่เป็นอยู่ |          |          |         |     |           | Q8.1     |
| 25. คุณจำเป็นต้องได้รับยาทดแทนสารเสพติดเพื่อให้รู้สึกสบาย                                       |          |          |         |     |           | Q8.2     |
| 26. คุณจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ต่อไปได้       |          |          |         |     |           | Q8.3     |
| 27. คุณทำงานได้ตามปกติ  |          |          |         |     |           | Q9.1     |
| 28. คุณทำงานได้มากเท่าที่ตัวเองต้องการ  |          |          |         |     |           | Q9.2     |
| 29. คุณทำงานของคุณได้เต็มกำลังความสามารถ  |          |          |         |     |           | Q9.3     |
| 30. คุณพอใจความสามารถของตนเองในการทำงาน   |          |          |         |     |           | Q9.4     |
| 31. ความรู้สึกทางเพศของคุณลดลง  |          |          |         |     |           | Q10.1    |
| 32. คุณพอใจในชีวิตทางเพศของคุณ  |          |          |         |     |           | Q10.2    |
| 33. คุณมีปัญหาในชีวิตทางเพศ   |          |          |         |     |           | Q10.3    |
| 34. ครอบครัวของคุณไม่ค่อยยอมรับในตัวคุณ   |          |          |         |     |           | Q11.1    |
| 35. คุณได้รับความช่วยเหลือและกำลังใจจากครอบครัว   |          |          |         |     |           | Q11.2    |
| 36. คุณมีความสุขกับคนในครอบครัวของคุณ   |          |          |         |     |           | Q11.3    |
| 37. คุณสามารถเข้ากับคนอื่น ๆ ในครอบครัวได้ดี  |          |          |         |     |           | Q11.4    |
| 38. คุณมีคนในครอบครัวที่คุณไว้วางใจได้  |          |          |         |     |           | Q11.5    |
| 39. คุณสามารถเข้ากับเพื่อนได้ดี   |          |          |         |     |           | Q12.1    |
| 40. คุณมีเพื่อนสนิทที่คุณไว้วางใจได้  |          |          |         |     |           | Q12.2    |
| 41. คุณรู้สึกว่าเพื่อนรอบตัวคุณมีความเป็นมิตรกับคุณ   |          |          |         |     |           | Q12.3    |

| คำถามคุณภาพชีวิต   | ไม่มีเลย | เล็กน้อย | ปานกลาง | มาก | มากที่สุด | หมายเหตุ |
|--|----------|----------|---------|-----|-----------|----------|
| 42. คุณรู้สึกว่าคุณไม่เห็นอกเห็นใจคุณ  |          |          |         |     |           | Q12.4    |
| 43. คุณมีเงินเพียงพอสำหรับใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน                                     |          |          |         |     |           | Q13.1    |
| 44. คุณกังวลว่าจะไม่มีเงินพอสำหรับใช้จ่ายในเรื่องที่จำเป็น                           |          |          |         |     |           | Q13.2    |
| 45. คุณประสบปัญหาในเรื่องเงินบ่อย ๆ  |          |          |         |     |           | Q13.3    |
| 46. คุณรู้สึกปลอดภัย   |          |          |         |     |           | Q14.1    |
| 47. คุณรู้สึกว่าชีวิตเป็นอิสระ   |          |          |         |     |           | Q14.2    |
| 48. คุณรู้สึกกังวลในเรื่องความปลอดภัยของตัวเอง                                       |          |          |         |     |           | Q14.3    |
| 49. ชีวิตของคุณมีความปลอดภัยเพียงไร  |          |          |         |     |           | Q14.4    |
| 50. คุณได้รับการรักษาพยาบาลที่เพียงพอกับอาการหรือโรคที่เป็นอยู่                      |          |          |         |     |           | Q15.1    |
| 51. คุณพึงพอใจกับการรักษาพยาบาลที่ได้รับเพียงใด                                      |          |          |         |     |           | Q15.2    |
| 52. การเข้ารับการรักษาพยาบาลมีขั้นตอนที่ทำให้คุณรู้สึกยุ่งยาก                        |          |          |         |     |           | Q15.3    |
| 53. คุณได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพเพียงใด  |          |          |         |     |           | Q15.4    |
| 54. คุณมีที่อยู่อาศัยที่สะดวกสบายตามสมควร  |          |          |         |     |           | Q16.1    |
| 55. คุณพอใจกับสภาพที่อยู่อาศัยของตนเอง   |          |          |         |     |           | Q16.2    |
| 56. คุณรู้สึกชอบที่อยู่อาศัยของตนเอง   |          |          |         |     |           | Q16.3    |
| 57. คุณมีสิ่งของตัวเองนับถือหรือยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ                                  |          |          |         |     |           | Q17.1    |
| 58. ยามที่เจอปัญหา หรือเรื่องเลวร้าย คุณมีสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจซึ่งทำให้คุณเข้มแข็ง |          |          |         |     |           | Q17.2    |
| 59. สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของคุณทำให้คุณมีความหวังกับชีวิต                              |          |          |         |     |           | Q17.3    |
| 60. คุณมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจซึ่งทำให้ชีวิตมีความหมาย                                 |          |          |         |     |           | Q17.4    |

---

| คำถามคุณภาพชีวิตโดยรวม                         | ต่ำมาก | ต่ำ | ปานกลาง | ดี | ดีมากที่สุด | หมายเหตุ |
|--|--------|-----|---------|----|-------------|----------|
| 1. คุณพอใจกับคุณภาพชีวิตของคุณเพียงใด          |        |     |         |    |             | Q18.1    |
| 2. คุณพอใจกับชีวิตของคุณเพียงใด                |        |     |         |    |             | Q18.2    |
| 3. คุณพอใจกับสุขภาพของคุณในขณะนี้              |        |     |         |    |             | Q18.3    |
| 4. คุณคิดว่าคุณมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับใด |        |     |         |    |             | Q18.4    |



แบบวัดคุณภาพชีวิต QOL-HAC (Quality of Life Scale for the users of Heroin, Amphetamine and Cannabinoid.) หลังจากวิเคราะห์องค์ประกอบ ได้มีการตัดคำถามในบางมิติไปจำนวน 9 ข้อ คือ ข้อ Q2.1 Q7.1 Q7.2 Q7.3 Q10.2 Q12.4 Q14.2 Q14.3 และ Q15.1 มีคำถามทั้งหมด 55 ข้อ และคำถามในมิติการปลอดจากอาการถอนพิษยาแยกเฉพาะสารเสพติดแต่ละตัว สารเสพติดประเภทเฮโรอีนได้มีการตัดคำถามไปจำนวน 6 ข้อ คือ Q1.21 Q1.22 Q1.20 Q1.8 Q1.11 และ Q1.14 มีคำถามทั้งหมด 17 ข้อ สารเสพติดประเภทยาบ้าได้มีการตัดคำถามไปจำนวน 6 ข้อ คือ Q1.3 Q1.8 Q1.24 Q1.25 Q1.32 และ Q1.33 มีคำถามทั้งหมด 13 ข้อ สารเสพติดประเภทกัญชาได้มีการตัดคำถามไปจำนวน 4 ข้อ คือ Q1.8 Q1.35 Q1.46 และ Q1.47 มีคำถามทั้งหมด 17 ข้อ ดังนี้

| คุณภาพชีวิตในด้าน  | จำนวนข้อ | ข้อที่ได้นำมาบวกกันและหาค่าเฉลี่ย |
|--|----------|-----------------------------------|
| <b>1.ด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม (Overall quality of life)</b>   | 4        | Q18.1-Q18.4                       |
| <b>2.ด้านสุขภาพทางร่างกาย (Physical health)</b>  |          |                                   |
| <u>สารเสพติดประเภทเฮโรอีน</u>  |          |                                   |
| - มิติการปลอดจากอาการถอนพิษทางด้านอาการทางกายทั่วไป (Absence of general withdrawal symptoms)         | 8        | Q1.1-1.5, Q1.10 และ Q1.12-1.13    |
| - มิติการปลอดจากอาการถอนพิษทางด้านระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (Absence of muskelo-skeletal pain)         | 2        | Q1.6-1.7                          |
| - มิติการปลอดจากอาการถอนพิษทางด้านอาการทางจิตเวช (Absence of psychiatric symptoms)                   | 7        | Q1.9, Q1.15-1.19 และ Q1.23        |
| <u>สารเสพติดประเภทยาบ้า</u>  |          |                                   |
| - มิติการปลอดจากอาการถอนพิษทางด้านอาการทางกายทั่วไป (Absence of general withdrawal symptoms)         | 6        | Q1.1-1.2 และ Q1.4-1.7             |
| - มิติการปลอดจากอาการถอนพิษทางด้านอาการทางจิตใจ (Absence of psychiatric symptoms)                    | 5        | Q1.28-1.31 และ Q1.34              |
| - มิติการปลอดจากอาการถอนพิษทางด้านอาการทางจิตเวชประเภทประสาทหลอน (Absence of hallucination symptoms) | 2        | Q1.26-1.27                        |
| <u>สารเสพติดประเภทกัญชา</u>  |          |                                   |
| - มิติการปลอดจากอาการถอนพิษทางด้านอาการทางกายทั่วไป (Absence of general withdrawal symptoms)         | 7        | Q1.1-1.7                          |
| - มิติการปลอดจากอาการถอนพิษทางด้านอาการทางจิตใจ (Absence of psychiatric symptoms)                    | 8        | Q1.38-1.45                        |

| คุณภาพชีวิตในด้าน   | จำนวน<br>ข้อ | ข้อที่ได้นำมาบวก<br>กันและหาค่าเฉลี่ย |
|---|--------------|---------------------------------------|
| - มิติการปลอดจากอาการถอนพิษยาต้านอาการทางจิตเวชประเภท<br>ประสาทหลอน (Absence of hallucination symptoms) | 2            | Q1.36-1.37                            |
| - มิติการนอนหลับพักผ่อน (Sleep and rest)  | 2            | Q2.2-2.3                              |
| - มิติการไม่ต้องพึ่งพิงยาเสพติด (Independence on narcotics)   | 3            | Q3.1-3.3                              |
| <b>3. ด้านจิตใจ (psychological domain)</b>  |              |                                       |
| - มิติอารมณ์ด้านการปลอดจากความรู้สึกซึมเศร้า (Absence of depression)                                    | 2            | Q4.1-4.2                              |
| - มิติอารมณ์ด้านความวิตกกังวล (Absence of anxiety)  | 4            | Q4.3-4.6                              |
| - มิติการนับถือตนเอง (Self-esteem)  | 4            | Q5.1-5.4                              |
| - มิติความจำ (Memory)   | 2            | Q6.1 และ Q6.4                         |
| - มิติความคิดและสมาธิ (Thinking and concentration)  | 2            | Q6.2-6.3                              |
| <b>4. ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (Level of independence)</b>  |              |                                       |
| - มิติการไม่ต้องพึ่งพิงการรักษา (Independence on treatment)   | 3            | Q8.1-8.3                              |
| - มิติการทำงาน (Work)   | 4            | Q9.1-9.4                              |
| <b>5. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships)</b>   |              |                                       |
| - มิติเพศสัมพันธ์ (Sex)   | 2            | Q10.1 และ Q10.3                       |
| - มิติครอบครัว (Family)   | 5            | Q11.1-11.5                            |
| - มิติเพื่อนฝูง (Friend)  | 3            | Q12.1-12.3                            |
| <b>6. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)</b>   |              |                                       |
| - มิติแหล่งเงิน (Financial resources)   | 3            | Q13.1-13.3                            |
| - มิติความเป็นอิสระ ความปลอดภัย ความมั่นคงในชีวิต (Freedom,<br>physical safety and security)            | 2            | Q14.1 และ Q14.4                       |
| - มิติสุขภาพและการรักษาจากสังคม (Health and social care)  | 3            | Q15.2-15.4                            |
| - มิติสภาพแวดล้อมที่พักอาศัย (Home environment)   | 3            | Q16.1-16.3                            |
| <b>7. ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (Spirituality religion/personal beliefs)</b>                               |              |                                       |
| - มิติจิตวิญญาณ (Spiritual)   | 4            | Q17.1-17.4                            |

ข้อมูลคำถามแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ติดสารเสพติด ทั้งหมด 55 ข้อ และคำถามในมิติการปลอดจาก  
 อาการถอนพิษยาแยกเฉพาะสารเสพติดแต่ละตัว สารเสพติดประเภทเฮโรอีนจำนวน 17 ข้อ สาร  
 เสพติดประเภทยาบ้าจำนวน 13 ข้อ สารเสพติดประเภทกัญชาจำนวน 17 ข้อ คำถามในมิติการ  
 ปลอดจากอาการถอนพิษยาแยกเฉพาะสารเสพติดประเภทเฮโรอีนจำนวน 17 ข้อ

| คำถามด้านอาการถอนพิษยา                                    | ไม่มี<br>เลข | เล็กน้อย | ปาน<br>กลาง | มาก | มาก<br>ที่สุด | หมาย<br>เหตุ |
|---|--------------|----------|-------------|-----|---------------|--------------|
| 1.คุณมีน้ำมูกน้ำตาไหลหรือมีอาการคัดจมูก                   |              |          |             |     |               | Q1.1         |
| 2..คุณมีความรู้สึกหนาว ๆ ร้อน ๆ เป็นช่วง ๆ                |              |          |             |     |               | Q1.2         |
| 3.คุณมีอาการมือสั่นตัวสั่น                                |              |          |             |     |               | Q1.3         |
| 4.คุณมีอาการเหงื่อออก                                     |              |          |             |     |               | Q1.4         |
| 5. คุณหายใจเหนื่อยหอบหรือหายใจขัด                         |              |          |             |     |               | Q1.5         |
| 6. คุณมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ                          |              |          |             |     |               | Q1.6         |
| 7. คุณมีอาการปวดตามข้อ/กระดูก                             |              |          |             |     |               | Q1.7         |
| 9.คุณรู้สึกเบื่อ หมดความสนใจหรือความสุขใจ                 |              |          |             |     |               | Q1.9         |
| 10.คุณมีอาการปวดบริเวณช่องท้อง                            |              |          |             |     |               | Q1.10        |
| 12.คุณมีอาการคลื่นไส้อาเจียน                              |              |          |             |     |               | Q1.12        |
| 13. คุณมีอาการขนลุก                                       |              |          |             |     |               | Q1.13        |
| 15. คุณมีอาการมึนงงเกี่ยวกับปกติ                          |              |          |             |     |               | Q1.15        |
| 16. คุณรู้สึกว่าตัวเองหัวใจเต้นเร็ว                       |              |          |             |     |               | Q1.16        |
| 17. คุณรู้สึกอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร                         |              |          |             |     |               | Q1.17        |
| 18. คุณฝันร้ายหรือรู้สึกว่าความฝันเหมือนจริงหรือฝันแปลก ๆ |              |          |             |     |               | Q1.18        |
| 19. คุณนอนไม่ค่อยหลับหรืออาการนอนผิดปกติ                  |              |          |             |     |               | Q1.19        |
| 23.คุณมีอาการหาวมากกว่าปกติ                               |              |          |             |     |               | Q1.23        |

คำถามในมิติการปลดจากอาการถอนพิษยาแยกเฉพาะสารเสพติดประเภทยาบ้าจำนวน 13 ข้อ

| คำถามด้านอาการถอนพิษยา  | ไม่มี<br>เลย | เล็กน้อย | ปาน<br>กลาง | มาก | มากที่สุด | หมายเหตุ |
|---|--------------|----------|-------------|-----|-----------|----------|
| 1.คุณมีน้ำมูกน้ำตาไหลหรือมีอาการคัดจมูก                           |              |          |             |     |           | Q1.1     |
| 2..คุณมีความรู้สึกหนาว ๆ ร้อน ๆ เป็นช่วง ๆ                        |              |          |             |     |           | Q1.2     |
| 4.คุณมีอาการเหงื่อออก   |              |          |             |     |           | Q1.4     |
| 5. คุณหายใจเหนื่อยหอบหรือหายใจขัด                                 |              |          |             |     |           | Q1.5     |
| 6. คุณมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ                                  |              |          |             |     |           | Q1.6     |
| 7. คุณมีอาการปวดตามข้อ/กระดูก                                     |              |          |             |     |           | Q1.7     |
| 26. คุณมีความรู้สึกว่ามีคนมากระซิบข้างหู โดยที่บุคคลอื่นไม่ได้ยิน |              |          |             |     |           | Q1.26    |
| 27.คุณมีความรู้สึกว่าเป็นภาพแปลก ๆ โดยที่บุคคลอื่นมองไม่เห็น      |              |          |             |     |           | Q1.27    |
| 28.คุณรู้สึกเป็นกังวลใจหรือคิดมาก                                 |              |          |             |     |           | Q1.28    |
| 29. คุณรู้สึกอ่อนเพลียจนไม่มีแรงจะทำอะไร                          |              |          |             |     |           | Q1.29    |
| 30. คุณรู้สึกตัวเองเคลื่อนไหวเชิงช้าลง                            |              |          |             |     |           | Q1.30    |
| 31. คุณรู้สึกกระวนกระวายใจ  |              |          |             |     |           | Q1.31    |
| 34. คุณรู้สึกสับสน  |              |          |             |     |           | Q1.34    |

คำถามในมิติการปลดจากอาการถอนพิษยาแยกเฉพาะสารเสพติดประเภทกัญชาจำนวน 17 ข้อ

| คำถามด้านอาการถอนพิษยา                     | ไม่มี<br>เลย | เล็ก<br>น้อย | ปานกลาง | มาก | มากที่สุด | หมายเหตุ |
|--|--------------|--------------|---------|-----|-----------|----------|
| 1.คุณมีน้ำมูกน้ำตาไหลหรือมีอาการคัดจมูก    |              |              |         |     |           | Q1.1     |
| 2..คุณมีความรู้สึกหนาว ๆ ร้อน ๆ เป็นช่วง ๆ |              |              |         |     |           | Q1.2     |
| 3.คุณมีอาการมือสั่นตัวสั่น                 |              |              |         |     |           | Q1.3     |
| 4.คุณมีอาการเหงื่อออก                      |              |              |         |     |           | Q1.4     |
| 5. คุณหายใจเหนื่อยหอบหรือหายใจขัด          |              |              |         |     |           | Q1.5     |

| คำถามด้านอาการถอนพิษยา  | ไม่มี<br>เลข | เล็ก<br>น้อย | ปานกลาง | มาก | มากที่สุด | หมายเหตุ |
|---|--------------|--------------|---------|-----|-----------|----------|
| 6. คุณมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ                                  |              |              |         |     |           | Q1.6     |
| 7. คุณมีอาการปวดตามข้อ/กระดูก                                     |              |              |         |     |           | Q1.7     |
| 36. คุณมีความรู้สึกว่ามีคนมากระซิบข้างหู โดยที่บุคคลอื่นไม่ได้ยิน |              |              |         |     |           | Q1.36    |
| 37. คุณมีความรู้สึกที่เห็นภาพแปลก ๆ โดยที่บุคคลอื่นมองไม่เห็น     |              |              |         |     |           | Q1.37    |
| 38. คุณรู้สึกเป็นกังวลใจหรือคิดมาก                                |              |              |         |     |           | Q1.38    |
| 39. คุณรู้สึกอ่อนเพลียจนไม่มีแรงจะทำอะไร                          |              |              |         |     |           | Q1.39    |
| 40. คุณรู้สึกหวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล                              |              |              |         |     |           | Q1.40    |
| 41. คุณรู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง                             |              |              |         |     |           | Q1.41    |
| 42. คุณรู้สึกเป็นทุกข์จนไม่อยากมีชีวิตอยู่                        |              |              |         |     |           | Q1.42    |
| 43. คุณรู้สึกตัวเองเคลื่อนไหวเชิงช้าลง                            |              |              |         |     |           | Q1.43    |
| 44. คุณรู้สึกกระวนกระวายใจ  |              |              |         |     |           | Q1.44    |
| 45. คุณรู้สึกว่าตัวเองโกรธง่าย                                    |              |              |         |     |           | Q1.45    |

ข้อมูลคำถามแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ติดสารเสพติดในมิติอื่น ๆ นอกเหนือจากมิติการปลดจาก  
อาการถอนพิษยา ทั้งหมด 55 ข้อ

| คำถามคุณภาพชีวิต  | ไม่มีเลย | เล็กน้อย | ปานกลาง | มาก | มากที่สุด | หมายเหตุ |
|---|----------|----------|---------|-----|-----------|----------|
| 2. คุณต้องใช้เวลานานหลังจากเข้านอนแล้ว<br>จึงจะข่มตาหลับลงได้ |          |          |         |     |           | Q2.2     |
| 3. ปัญหาการนอนไม่หลับเป็นปัญหาที่คุณต้องเจออยู่<br>เสมอ       |          |          |         |     |           | Q2.3     |
| 4. คุณยังรู้สึกอยากเสพยาอยู่                                  |          |          |         |     |           | Q3.1     |
| 5. คุณยังคงต้องการยาเสพติด                                    |          |          |         |     |           | Q3.2     |
| 6. คุณขาดยาเสพติดไม่ได้                                       |          |          |         |     |           | Q3.3     |
| 7. คุณรู้สึกเหงา  |          |          |         |     |           | Q4.1     |
| 8. คุณรู้สึกไม่ร่าเริง  |          |          |         |     |           | Q4.2     |
| 9. คุณหงุดหงิดง่าย  |          |          |         |     |           | Q4.3     |
| 10. คุณตื่นตื่นง่าย   |          |          |         |     |           | Q4.4     |
| 11. คุณรู้สึกสับสน  |          |          |         |     |           | Q4.5     |
| 12. คุณตกใจง่าย   |          |          |         |     |           | Q4.6     |
| 13. คุณรู้สึกตัวเองมีค่า                                      |          |          |         |     |           | Q5.1     |
| 14. คุณรู้สึกภาคภูมิใจในตัวเอง                                |          |          |         |     |           | Q5.2     |
| 15. ปัจจุบันคุณเป็นคนมั่นใจในตัวเอง                           |          |          |         |     |           | Q5.3     |
| 16. คุณรู้สึกพอใจในตัวของตนเอง                                |          |          |         |     |           | Q5.4     |
| 17. คุณรู้สึกว่าความจำของคุณไม่ดี                             |          |          |         |     |           | Q6.1     |
| 18. คุณคิดว่าคุณมีสติพอที่จะสามารถควบคุมตัวเองได้             |          |          |         |     |           | Q6.2     |
| 19. คุณมีสมาธิในการคิดหรือทำสิ่งต่าง ๆ ได้                    |          |          |         |     |           | Q6.3     |
| 20. คุณรู้สึกว่าความจำอะไรไม่ค่อยได้                          |          |          |         |     |           | Q6.4     |
| 23. คุณทำกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่ต้องมีใครมา<br>ช่วยเหลือ     |          |          |         |     |           | Q7.3     |

| คำถามคุณภาพชีวิต  | ไม่มีเลย | เล็กน้อย | ปานกลาง | มาก | มากที่สุด | หมายเหตุ |
|---|----------|----------|---------|-----|-----------|----------|
| 24. นอกเหนือจากการรักษาอาการนอนพิษยา คุณจำเป็นต้องใช้ยาเพื่อรักษาอาการหรือโรคอื่น ๆ ที่เป็นอยู่ |          |          |         |     |           | Q8.1     |
| 25. คุณจำเป็นต้องได้รับยาทดแทนสารเสพติดเพื่อให้รู้สึกสบาย                                       |          |          |         |     |           | Q8.2     |
| 26. คุณจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ต่อไปได้       |          |          |         |     |           | Q8.3     |
| 27. คุณทำงานได้ตามปกติ  |          |          |         |     |           | Q9.1     |
| 28. คุณทำงานได้มากเท่าที่ตัวเองต้องการ  |          |          |         |     |           | Q9.2     |
| 29. คุณทำงานของคุณได้เต็มกำลังความสามารถ  |          |          |         |     |           | Q9.3     |
| 30. คุณพอใจความสามารถของตนเองในการทำงาน   |          |          |         |     |           | Q9.4     |
| 31. ความรู้สึกทางเพศของคุณลดลง  |          |          |         |     |           | Q10.1    |
| 33. คุณมีปัญหาในชีวิตทางเพศ   |          |          |         |     |           | Q10.3    |
| 34. ครอบครัวของคุณไม่ค่อยยอมรับในตัวคุณ   |          |          |         |     |           | Q11.1    |
| 35. คุณได้รับความช่วยเหลือและกำลังใจจากครอบครัว   |          |          |         |     |           | Q11.2    |
| 36. คุณมีความสุขกับคนในครอบครัวของคุณ   |          |          |         |     |           | Q11.3    |
| 37. คุณสามารถเข้ากับคนอื่น ๆ ในครอบครัวได้ดี  |          |          |         |     |           | Q11.4    |
| 38. คุณมีคนในครอบครัวที่คุณไว้วางใจได้  |          |          |         |     |           | Q11.5    |
| 39. คุณสามารถเข้ากับเพื่อนได้ดี   |          |          |         |     |           | Q12.1    |
| 40. คุณมีเพื่อนสนิทที่คุณไว้วางใจได้  |          |          |         |     |           | Q12.2    |
| 41. คุณรู้สึกว่าเพื่อนรอบตัวคุณมีความเป็นมิตรกับคุณ   |          |          |         |     |           | Q12.3    |
| 43. คุณมีเงินเพียงพอสำหรับใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน  |          |          |         |     |           | Q13.1    |
| 44. คุณกังวลว่าจะไม่มีเงินพอสำหรับใช้จ่ายในเรื่องที่จำเป็น                                      |          |          |         |     |           | Q13.2    |
| 45. คุณประสบปัญหาในเรื่องเงินบ่อย ๆ   |          |          |         |     |           | Q13.3    |

| คำถามคุณภาพชีวิต   | ไม่มีเลย      | เล็กน้อย   | ปานกลาง        | มาก       | มากที่สุด    | หมายเหตุ        |
|--|---------------|------------|----------------|-----------|--------------|-----------------|
| 46. คุณรู้สึกปลอดภัย   |               |            |                |           |              | Q14.1           |
| 49. ชีวิตของคุณมีความปลอดภัยเพียงไร  |               |            |                |           |              | Q14.4           |
| 51. คุณพึงพอใจกับการรักษาพยาบาลที่ได้รับเพียงใด                                      |               |            |                |           |              | Q15.2           |
| 52. การเข้ารับการรักษาพยาบาลมีขั้นตอนที่ทำให้คุณรู้สึกยุ่งยาก                        |               |            |                |           |              | Q15.3           |
| 53. คุณได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพเพียงใด  |               |            |                |           |              | Q15.4           |
| 54. คุณมีที่อยู่อาศัยที่สะดวกสบายตามสมควร  |               |            |                |           |              | Q16.1           |
| 55. คุณพอใจกับสภาพที่อยู่อาศัยของตนเอง   |               |            |                |           |              | Q16.2           |
| 56. คุณรู้สึกชอบที่อยู่อาศัยของตนเอง   |               |            |                |           |              | Q16.3           |
| 57. คุณมีสิ่งที่ตัวเองนับถือหรือยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ                                  |               |            |                |           |              | Q17.1           |
| 58. ยามที่เจอปัญหา หรือเรื่องเลวร้าย คุณมีสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจซึ่งทำให้คุณเข้มแข็ง |               |            |                |           |              | Q17.2           |
| 59. สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของคุณทำให้คุณมีความหวังกับชีวิต                              |               |            |                |           |              | Q17.3           |
| 60. คุณมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจซึ่งทำให้ชีวิตมีความหมาย                                 |               |            |                |           |              | Q17.4           |
| <b>คำถามคุณภาพชีวิตโดยรวม</b>  | <b>ต่ำมาก</b> | <b>ต่ำ</b> | <b>ปานกลาง</b> | <b>ดี</b> | <b>ดีมาก</b> | <b>หมายเหตุ</b> |
| 1. คุณพอใจกับคุณภาพชีวิตของคุณเพียงใด  |               |            |                |           |              | Q18.1           |
| 2. คุณพอใจกับชีวิตของคุณเพียงใด  |               |            |                |           |              | Q18.2           |
| 3. คุณพอใจกับสุขภาพของคุณในขณะนี้  |               |            |                |           |              | Q18.3           |
| 4. คุณคิดว่าคุณมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับใด                                       |               |            |                |           |              | Q18.4           |