

การพัฒนาแบบคัดกรอง

ตามการวินิจฉัย DSM-5
ในผู้ใช้ยาและสารเสพติด

The Development of Substance
Use Disorder Screening Test
According to the Fifth Edition
of Diagnostic
and Statistical Manual
of Mental Disorders

สุกฤษมา แสงเดือนฉาย
สำเนา นิลบรรพ์
ธัญญา สิงห์โต
อภิชาติ เรณูวัฒนานนท์

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. 2563

การพัฒนาแบบคัดกรองตามการวินิจฉัย DSM-5
ในผู้ใชยาและสารเสพติด
The Development of Substance Use Disorder Screening Test
According to the Fifth Edition of Diagnostic and
Statistical Manual of Mental Disorders

สุกมา แสงเดือนฉาย
สำเนา นิลบรุษว์
ธัญญา สิงห์โต
อภิชาติ เรณูวัฒนานนท์

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. 2563

บทคัดย่อ

ชื่อวิจัย : การพัฒนาแบบคัดกรองตามการวินิจฉัย DSM-5 ในผู้ใช้ยาและสารเสพติด

ผู้วิจัย : สุกุมา แสงเดือนฉาย, สำเนา นิลบรรพ์, ธีัญญา สิงห์โต และอภิชาติ เรณูพัฒนานนท์

ปี : 2563

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนา และหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการจำแนกระดับความผิดปกติของผู้ใช้ยาและสารเสพติดให้สอดคล้องกับการวินิจฉัย DSM-5 โดยหาจุดตัดในการจำแนก

วิธีการศึกษา ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบคัดกรองผู้ที่ใช้ยาและสารเสพติด (Substance use disorder screening test: SUDST) โดยพัฒนาจากการวินิจฉัย DSM-5 ซึ่งมีทั้งหมด 11 ข้อ เก็บข้อมูลกับผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนที่เข้ามาใช้บริการที่สถานบำบัดระหว่าง สิงหาคม 2560 ถึง กุมภาพันธ์ 2562 จำนวน 207 คน พยาบาลเป็นผู้เก็บข้อมูล โดยใช้ 1) แบบสอบถาม SUDST 2) แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษากระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ Version 2) 3) M.I.N.I (ฉบับดัดแปลงเพื่อใช้ในการศึกษาผลกระทบจากการใช้สารเสพติด) หลังจากนั้นจิตแพทย์สัมภาษณ์ผู้ป่วยตามแนวการวินิจฉัย DSM-5 เพื่อจำแนกความผิดปกติเป็นระดับเสี่ยงต่ำ เสี่ยงปานกลาง เสี่ยงสูง และวิเคราะห์หาความเที่ยงตรงของเครื่องมือ

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 207 คน เก็บข้อมูลครอบคลุม 4 พื้นที่ ในสถานบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น และโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา แบบคัดกรอง SUDST มีค่าความคงที่ภายใน (Internal consistency) Cronbach's alpha เท่ากับ 0.79 วิเคราะห์องค์ประกอบของข้อคำถามทั้ง 11 ข้อ เพื่อหาค่าความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) ได้ทั้งหมด 3 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านความหมกมุ่นและไม่สามารถควบคุมการใช้เมทแอมเฟตามีน 2) ด้านความเสี่ยงและอันตราย 3) ด้านผลกระทบ ครอบคลุมความแปรปรวนทั้งหมดร้อยละ 51.76 ทดสอบความแม่นยำตรงตามเกณฑ์ (Criterion validity) เปรียบเทียบแบบสอบถาม SUDST กับเครื่องมือมาตรฐาน ทั้ง 3 ชนิด คือ 1) แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ. V2) 2) Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) และ 3) การวินิจฉัยของแพทย์ตาม DSM-5 พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 และทดสอบความแม่นยำตรงตามเกณฑ์ (Criterion validity)

ค่าจุดตัดที่เหมาะสมคือ 7 คะแนนขึ้นไป ซึ่งมีความไวร้อยละ 77.9 ความจำเพาะ 72.7 ค่าจุดตัดระหว่าง 5-6 คะแนน สามารถคัดแยกผู้เสพแบบเสียงปานกลางออกจากผู้เสพแบบเสียงต่ำ ด้วยความไวร้อยละ 88.7 ความจำเพาะ 61.9 และจุดตัดที่ระหว่าง 3-4 สามารถคัดแยกผู้เสพแบบเสียงต่ำออกจากผู้เสพแบบเสียงสูง ด้วยความไวร้อยละ 96.5 ความจำเพาะ 66.7

สรุป

แบบคัดกรองผู้ช้ยาและสารเสพติด (SUDST) 11 ข้อ มีค่าความเชื่อถือได้และค่าความแม่นยำอยู่ในเกณฑ์ดี สามารถใช้คัดแยกความผิดปกติจากการใช้เมทแอมเฟตามีนได้

คำสำคัญ

การพัฒนา แบบคัดกรอง ผู้ช้ยาและสารเสพติด

Abstract

Title : The Development of Substance Use Disorder Screening Test According to Fifth Edition of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

Researcher : Sukuma Saengduenchai, Sumnao Nilaban, Tanya Singhtho and Apichart Ranuwattananon

Year : 2020

Objection: To develop and investigate the validity of the questionnaire applying to classify the severity of the substance use disorder by determining the optimal cutoff of point being consistent with criteria from the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

Methods: Developed Substance use disorder screening test: SUDST which have 11 item. Participates were select from methamphetamine user who walked in to treat at treatment center during August 2017 - February 2019. 207 Participates were interviewed by nurses using Substance use disorder screening test (SUDST), Substance use disorder Screening test of Thai publish health (Version 2) and Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) then sent to psychiatrist for interview with DSM-5 criteria for Substance Use disorder to be mild moderate and severe categories.

Result: Total participants of 207 methamphetamine user were recruited from 4 Treatment centers covering 4 regions of Thailand. Cronbach's alpha coefficient of Substance use disorder screening test was 0.79. SUDST was consisted of 11 items classified into 3 factors: 1) Compulsive and impaired control 2) Risky use 3) Impact to Bio-psycho-social The optimum cut-off point were ≥ 7 to identify severe risk with sensitivity of 77.9 and specificity of 72.7. The cutoff point to identify moderate risk from severe risk was 5-6 with sensitivity of 88.7 and specificity of 61.9. The cutoff point to identify mild risk from severe risk was 3-4 with sensitivity of 96.5 and specificity of 66.7.

Conclusion: Substance use disorder screening test: SUDST 11 items was proven to be a reliability and valid instrument to identify methamphetamine user.

Key words: Development, Screening test, Substance Use Disorder

คำนำ

แบบคัดกรองผู้ใช้อยาและสารเสพติดเป็นเครื่องมือที่มีความสำคัญที่ทำให้สามารถจำแนกผู้ใช้อยาและสารเสพติดและผู้ไม่ใช้อยาและสารเสพติดได้ รวมทั้งบอกถึงระดับของความผิดปกติของการใช้ยาและสารเสพติดที่เกิดขึ้น ซึ่งทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถประเมินระดับความรุนแรง/ความผิดปกติของการใช้ยาในเบื้องต้นได้ และรวมถึงการพิจารณาให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นและส่งต่อในเพื่อการบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โดยผู้อำนวยการวิโรจน์ วีระชัย ซึ่งเห็นความสำคัญ และเล็งเห็นประโยชน์ของการพัฒนาเครื่องมือที่จะใช้ประเมินระดับความผิดปกติของผู้ใช้อยาและสารเสพติด ให้มีความทันต่อสถานการณ์ และสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน โดยเป็นแบบประเมินสำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน จึงได้ดำริให้พัฒนาแบบคัดกรองฉบับนี้ขึ้น

ในการดำเนินการร่วมกันของกลุ่มธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ ซึ่งเก็บข้อมูลครอบคลุม 4 พื้นที่ คือโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา และสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ซึ่งในระหว่างการดำเนินการวิจัยมีอุปสรรคหลายประการ จึงทำให้งานวิจัยมีความล่าช้าออกไปจากเวลาที่กำหนด

อย่างไรก็ตามแบบคัดกรองฉบับนี้ก็สำเร็จได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์สรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา ผู้อำนวยการคนปัจจุบันที่ให้การสนับสนุนในการวิจัยมาโดยตลอด และขอขอบคุณจิตแพทย์ที่ร่วมในการวิจัย นายแพทย์ธนูรัตน์ พุทธิชาติ นายแพทย์อภิศักดิ์ วิทยานุกุลลักษณ์ นายแพทย์อภิชาติ เรณูวัฒนานนท์ นายแพทย์อัครพัฒน์ เตยระชากุล และพยาบาลจากกลุ่มธัญญารักษ์ นักวิจัยในพื้นที่ และขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.ณภัทรวรรต บัวทอง ที่ให้คำแนะนำและช่วยเหลือในการวิเคราะห์ข้อมูล ขอขอบพระคุณ รศ.พญ. รัชมน กัลยาศิริ ที่ปรึกษาที่ให้การดูแล ให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ในการดำเนินการวิจัย งานวิจัยฉบับนี้บรรลุเป้าหมาย สุดท้ายนี้ขอขอบคุณผู้ใช้อยาและสารเสพติดทุกท่านที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และเป็นผู้ให้ข้อมูลจนสามารถทำให้งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จไปด้วยดี

คณะผู้วิจัย

มกราคม 2563

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
คำนำ	ง
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพประกอบ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความสำคัญและความเป็นมา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	2
ขอบเขตการวิจัย	2
นิยามศัพท์	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	4
การตรวจคัดกรองและการวินิจฉัยโรค	4
การพัฒนาเครื่องมือ	9
การวินิจฉัยความผิดปกติของการใช้สารเสพติด	13
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	16
บทที่ 3 การดำเนินการวิจัย	19
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปและอภิปรายผล	22
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	22
สรุปและอภิปรายผล	28
ข้อเสนอแนะ	32
บรรณานุกรม	33
ภาคผนวก	35

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจด้วย Screening test กับ Gold standard	5
2	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจด้วย Diagnostic test กับ Gold standard	10
3	ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	22
4	ลักษณะพฤติกรรมการใช้เมทแอมเฟตามีน	24
5	อาการแทรกซ้อนทางกายและทางจิต	25
6	ค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบคัดกรอง ตามการวินิจฉัย DSM-5 ในผู้ใช้ยาและสารเสพติด ด้วย Cronbach's alpha coefficient	25
7	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) โครงสร้างขององค์ประกอบแบบคัดกรอง ตามการวินิจฉัย DSM-5 ในผู้ใช้ยาและสารเสพติด	26
8	ค่าความตรงตามสภาพการณ์ (Concurrent validity) โดยเทียบกับเครื่องมือมาตรฐาน	27
9	จุดตัดของแบบคัดกรองตามการวินิจฉัย DSM-5 ในผู้ใช้ยาและสารเสพติด เมื่อเทียบกับการวินิจฉัยของแพทย์	27
10	ผลการวิเคราะห์ ความเที่ยง (Reliability) ของแบบคัดกรอง	45
11	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) โครงสร้างขององค์ประกอบแบบคัดกรอง	46

สารบัญภาพประกอบ

แผนภูมิที่		หน้า
1	แสดงธรรมชาติของโรคกับการป้องกันโรค	4
2	แสดงธรรมชาติของโรคกับการวินิจฉัยโรค	6
3	แสดง Length bias	7
4	แสดง Lead-time bias	7

ความสำคัญและความเป็นมา

การแพร่ระบาดของยาเสพติดกลายเป็นปัญหาสำคัญที่ก่อให้เกิดผลเสียทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม บุคคล ครอบครัว และชุมชนของประเทศไทย สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติด ได้ทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ เห็นได้จากผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าบำบัดรักษาในสถาบันบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีในปี 2559 เป็นผู้ป่วยเสพยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนหรือ ยาบ้าสูงเป็นอันดับหนึ่ง จำนวน 2,376 ราย คิดเป็น ร้อยละ 40.26 โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2560 และปี 2561 จำนวน 2,593 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.39 และจำนวน 3,363 ราย คิดเป็น ร้อยละ 54.35 (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2561)

การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดเป็นมาตรการหนึ่งที่สำคัญในการแก้ไขปัญหา ยาเสพติด ซึ่งกว่าที่ผู้ติดยาและสารเสพติดจะตัดสินใจเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ส่วนใหญ่ระดับ ความผิดปกติ ความรุนแรงของการใช้ยาและสารเสพติดจะอยู่ในระดับรุนแรงส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และก่อให้เกิดปัญหาในหลายๆ ด้านที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งการบำบัดรักษาการ ติดยาก็จะทำได้ยาก เพราะปัญหามีความซับซ้อนมากขึ้นสอดคล้องกับงานวิจัยของวรางคณาและ คณะ (2555) ได้ศึกษาลักษณะอาการทางจิตเวชในผู้ป่วยเสพยาสารกระตุ้นที่เข้ารับการบำบัดรักษา แบบผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยาของสถาบันธัญญารักษ์ พบอาการวิตกกังวลและความรู้สึกระแวงว่า มีคนมุ่งร้ายมากที่สุด (ร้อยละ 91.2) รองลงมาได้แก่อาการซึมเศร้า (ร้อยละ 86.8) และอาการ ประสาทหลอน (ร้อยละ 85.7) ตามลำดับ ดังนั้นวิธีการคัดกรองผู้ติดยาและสารเสพติดได้ตั้งแต่ เบื้องต้นเมื่อเริ่มใช้ยาจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้บำบัดควรต้องตระหนัก และสามารถที่จะคัดกรองผู้ติดยา และสารเสพติดได้

การคัดกรองที่มีประสิทธิภาพจะสามารถช่วยให้การดูแล ช่วยเหลือและส่งต่อผู้ติดยาและ สารเสพติด มีประสิทธิภาพ สามารถจัดสรรทรัพยากรในการดูแลได้อย่างเหมาะสม ลดต้นทุนในการ บำบัดรักษา ส่งผลให้การทำงานไม่ซ้ำซ้อน ลดภาระงานของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งการตรวจคัดกรอง ปัญหาการใช้สารเสพติดนั้นถือได้ว่าเป็นการขยายความครอบคลุมการตรวจคัดกรองต่างๆ ที่มีอยู่แล้ว ในสถานพยาบาลปฐมภูมิ ซึ่งจัดเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมป้องกันในสถานพยาบาลปฐมภูมิ (RACGP, 2002) ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาแบบคัดกรอง (บคก.กสธ. V2) มาใช้ใน ประเทศไทย (สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย, 2556) โดยมีการศึกษาและปรับปรุงมาจากแบบคัดกรอง ASSIST (Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test) ของ WHO (World Health Organization, 2010) ซึ่งสามารถใช้ได้ผลดีในการคัดกรอง จำแนกผู้ติดยาและ สารเสพติดในกลุ่มต่างๆ

อย่างไรก็ตามความก้าวหน้าทางศาสตร์วิชาการยาเสพติดมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนา มาโดยตลอดอย่างไม่หยุดนิ่ง องค์ความรู้ที่มีมาแต่เดิมมองผู้ติดยาเสพติดว่าเป็นความเบี่ยงเบน หรือผิดปกติทางพฤติกรรม เริ่มเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากการศึกษาพบว่าผู้ติดยาเสพติดมีความ ผิดปกติทางกายภาพของสมอง เป็นโรคสมองติดยา เป็นโรคเรื้อรัง เป็นความเจ็บป่วย ที่ต้องรับ การบำบัดรักษาดูแลอย่างต่อเนื่อง แนวคิดในการให้การบำบัดรักษา และมุมมองที่มีต่อผู้ติดยาเสพติด ก็มีการปรับเปลี่ยนไป ผู้เสพ ผู้ติดเป็นผู้ป่วย ที่ต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง การบำบัดรักษาไม่ใช่ เพียงครั้งเดียวก็หายได้ เลิกยาได้ การรักษาโรคสมองติดยาต้องรักษาเสมือนกับผู้ที่ เป็นโรคเรื้อรัง หรือแม้แต่การวินิจฉัยการใช้ยาและสารเสพติดที่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความผิดปกติที่ เชื่อมต่อกัน แยกกันไม่ได้ อย่างชัดเจน ดังที่สมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา มีการเปลี่ยนแปลง การวินิจฉัยฉบับ DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) ที่วินิจฉัยผู้ติดยาและ สารเสพติด เป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้เสพ (Substance abuse) และผู้ติด (Substance dependence) พัฒนาเป็น DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) ซึ่งวินิจฉัยความผิดปกติของ การใช้สารเสพติด (Substance use disorder) เป็น 3 กลุ่ม คือ ระดับต่ำ (Mild) ระดับปานกลาง (Moderate) และระดับสูง (Severe) และมีการเปลี่ยนแปลงข้อคำถาม และรายละเอียดบางอย่าง ในการประเมินความผิดปกติของการใช้สารเสพติด

จากที่กล่าวมาการวินิจฉัยการติดยาเสพติดมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม แบบคัดกรอง แบบประเมินที่ใช้อยู่ในปัจจุบันยังไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับการวินิจฉัยฉบับ DSM-5 ดังนั้นเพื่อให้แบบประเมินมีความสอดคล้อง เหมาะสมกับความรู้ วิชาการ เทคโนโลยีที่มีการ เปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการของการใช้สารเสพติด ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแบบประเมินการ ติดยาเสพติดของผู้ใช้สารเสพติดเพื่อให้มีคุณภาพ มาตรฐาน สามารถนำไปใช้ประเมิน จัดจำแนก ผู้ติดยาเสพติดในแต่ละกลุ่มได้ถูกต้องแม่นยำ เชื่อถือได้ เหมาะสมกับบริบทของคนไทย รวมทั้ง เป็นแบบประเมินที่ใช้ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติดในพื้นที่สามารถที่จะใช้ แบบประเมินในการประเมินระดับการติดยาเสพติดในเบื้องต้นได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการจำแนกระดับความผิดปกติของผู้ติดยาและสารเสพติด ให้สอดคล้องกับการวินิจฉัย DSM-5
2. เพื่อทดสอบความตรง (Validity) และความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือในการ ประเมินความผิดปกติของการใช้ยาและสารเสพติด

ขอบเขตการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาเครื่องมือโดยทดสอบความตรง (Validity) และความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ ที่ใช้ในการประเมินความผิดปกติของการใช้ยาและสารเสพติด โดยนำ แนวคิดของการวินิจฉัยความผิดปกติของการใช้ยาและสารเสพติดฉบับ DSM-5 ของสมาคมจิตแพทย์

สหรัฐอเมริกา (America Psychiatric Association, 2013) มาใช้เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือในการคัดกรองแยกประเภทผู้ติดยาและสารเสพติดโดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่สิงหาคม 2560 - กุมภาพันธ์ 2562

นิยามศัพท์

แบบคัดกรองที่ใช้จำแนกความผิดปกติของผู้ติดยาและสารเสพติด หมายถึง แบบคัดกรองที่มีความสอดคล้องกับแนวคิดของการวินิจฉัยความผิดปกติของการติดยาและสารเสพติดฉบับ DSM-5 ของสมาคมจิตแพทย์สหรัฐอเมริกา (America Psychiatric Association) เนื้อหาครอบคลุมในองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านความบกพร่องในการควบคุมการติดยาและสารเสพติด (Impaired control) 2. ด้านความบกพร่องทางสังคม (Social impairment) 3. ด้านการติดยาและสารเสพติดอย่างเสี่ยงต่ออันตราย (Risky use) และ 4. ด้านเกี่ยวกับเภสัชวิทยา (Pharmacological) ซึ่งมีข้อคำถาม 11 ข้อ คำตอบให้เลือกตอบว่า มี หรือไม่มี อาการ หรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด

ผู้ติดยาและสารเสพติด หมายถึง ผู้ป่วยที่เซเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ภูมิภาคทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 13 ปีขึ้นไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

แบบคัดกรองนี้เป็นแบบคัดกรองที่พัฒนาขึ้นให้มีความสอดคล้องกับเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 ที่ใช้ในการวินิจฉัยความผิดปกติของการใช้สารเสพติดในปัจจุบัน โดยออกแบบให้สามารถจำแนกกลุ่มผู้ติดยาเสพติดออกจากผู้ไม่ติดยาเสพติด และจำแนกระดับของความผิดปกติของการใช้สารเสพติดได้ด้วย ซึ่งเป็นแบบคัดกรองที่ใช้ได้ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน สามารถดำเนินการได้โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และระดับตติยภูมิ จึงเป็นประโยชน์ในการที่จะผลักดันในเชิงนโยบายให้มีการนำแบบคัดกรองที่ได้ไปใช้เพื่อการจำแนกคัดกรองผู้ติดยาเสพติดของประเทศได้ ทั้งนี้ผลจากการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพก็จะทำให้สามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดได้อย่างทันที่ และช่วยในการควบคุมและลดปัญหาการใช้สารเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวินิจฉัยเรื่องการพัฒนาแบบคัดกรองตามการวินิจฉัย DSM-5 ในผู้สูงอายุและสารเสพติด ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. การตรวจคัดกรองและการวินิจฉัยโรค
2. การพัฒนาเครื่องมือ
3. การวินิจฉัยความผิดปกติของการใช้สารเสพติด
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การตรวจคัดกรองและการวินิจฉัยโรค (กิตติพงษ์, 2557)

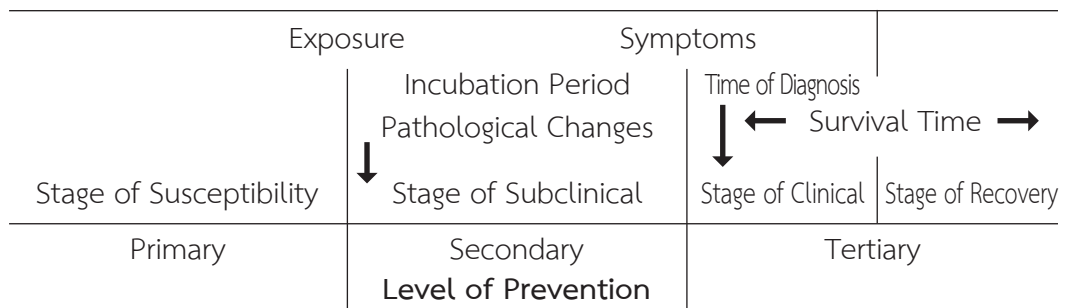
การตรวจคัดกรองโรค (Screening test) คือ การตรวจวินิจฉัยโรคขณะที่ยังไม่มีอาการเพื่อการค้นหาโรค หรือความผิดปกติของร่างกาย ก่อนที่การดำเนินโรคจะปรากฏอาการ และอาการแสดงให้เห็น ส่วนการตรวจวินิจฉัยโรค (Diagnostic test) คือการตรวจวินิจฉัยโรคเมื่อมีอาการของโรคหรือการตรวจภายหลังการตรวจคัดกรองแล้วสงสัยว่าจะเป็นโรค ซึ่งวัตถุประสงค์ของการตรวจคัดกรองเพื่อวินิจฉัยโรคตั้งแต่วินิจฉัยโรคตั้งแต่ระยะแรกเริ่มและประเมินความรุนแรงของโรคที่ตรวจพบเพื่อติดตามผลการรักษา รวมทั้งประเมินสภาวะสุขภาพเพื่อประกอบการสร้างเสริมสุขภาพ

1. หลักการตรวจคัดกรอง

การตรวจคัดกรองสุขภาพเป็นกระบวนการป้องกันโรคแบบทุติยภูมิ ช่วยให้แพทย์วินิจฉัยโรคได้ก่อนการวินิจฉัยตามปกติทั่วไป และสามารถให้การรักษาดังแต่ระยะแรกเริ่มซึ่งเป็นผลให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น และอัตราทุพพลภาพลดลง

การตรวจคัดกรองโรคจะทำกับกลุ่มเป้าหมายที่มีจำนวนมากและส่วนใหญ่จะไม่มีอาการของโรคหรือ Stage of subclinical ตามธรรมชาติของโรค การตรวจคัดกรองมีบทบาทในการป้องกันโรคระยะที่สอง หรือ Secondary prevention ดังแผนภูมิต่อไปนี้

Natural History of Disease



แผนภูมิที่ 1 แสดงธรรมชาติของโรคกับการป้องกันโรค

การตรวจคัดกรองในระยะที่ยังไม่มีอาการจะช่วยยืดระยะเวลาการรอดชีวิตให้ยาวนานกว่าการวินิจฉัยในระยะที่มีอาการของโรค (Stage of clinical) โรคที่ทำการตรวจคัดกรองมักจะเป็นโรคที่มีความรุนแรงซึ่งน่าจะเป็นโรคที่มีความสำคัญในชุมชนนั้นถึงแม้จะพบได้น้อย เช่น ภาวะ Phenylketonuria (PKU) เป็นต้น หรือเป็นโรคที่มีความชุกในชุมชนนั้นสูงจะทำให้โอกาสในการทำนายว่าเป็นโรคจากการตรวจคัดกรองมีมากขึ้น และควรทราบธรรมชาติของโรคซึ่งโรคนั้นควรจะมีช่วงเวลาตั้งแต่เริ่มเกิดโรคจนกระทั่งมีอาการเต็มที่หรือมีระยะที่ยังไม่มีอาการ (Stage of subclinical) ที่ยาวนานจะทำให้มีโอกาสในการตรวจพบโรคในระยะแรกได้มากกว่าการตรวจพบเมื่อมีอาการรุนแรง เช่น โรคมะเร็งเต้านม เป็นต้น ถ้าหากระยะนี้สั้นและเป็นโรคที่พบน้อยในชุมชนอาจต้องคัดกรองหลายครั้งจึงจะพบโรคทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย อย่างไรก็ตามหากการรักษาในระยะแรกไม่ให้เกิดผลการรักษาที่แตกต่างจากการรักษาหลังการวินิจฉัยเมื่อมีอาการแล้วโรคนั้นไม่มีความจำเป็นต้องตรวจคัดกรอง เช่น โรคมะเร็งตับอ่อน เป็นต้น แต่ถ้าโรคนั้นสามารถให้การรักษาได้อย่างเต็มประสิทธิภาพและมีความปลอดภัยในการวินิจฉัยซึ่งผู้ป่วยยอมรับได้ การตรวจคัดกรองโรคนั้นก็จะเป็นที่ยอมรับกันทั่วไป เช่น การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย Mammogram เป็นวิธีการที่มีความปลอดภัยสูงซึ่งผู้ป่วยยอมรับได้ และเมื่อได้รับการผ่าตัดตั้งแต่ระยะแรกผู้ป่วยก็จะมีโอกาสหายขาด หรืออย่างกรณีผู้สูงอายุและสารเสพติด ถ้าสามารถตรวจคัดกรองได้เร็วตั้งแต่ระยะแรกๆ ที่เริ่มใช้ยาและสารเสพติด ยังไม่เป็นโรคสมองติดยา ก็จะทำให้รักษาได้ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อนและป้องกันการติดยาได้ผลดีมากกว่าเมื่อเป็นโรคสมองติดยาซึ่งต้องการดูแลแบบโรคเรื้อรัง ทำให้ปัญหาซับซ้อนมากขึ้น โอกาสกลับไปติดยาก็สูงมากขึ้น เป็นต้น

2. โปรแกรมการตรวจคัดกรอง

การตรวจคัดกรองในคนกลุ่มใหญ่จะต้องกำหนดเป็นโปรแกรมการตรวจคัดกรองเพื่อประโยชน์ในการควบคุมโรค ประกอบด้วยการวินิจฉัยและการรักษาโรค การวินิจฉัยโรคเป็นการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย ส่วนการรักษาโรคเป็นการกำหนดวิธีการรักษาผู้ป่วยภายหลังการตรวจยืนยันการวินิจฉัยโรคแล้ว

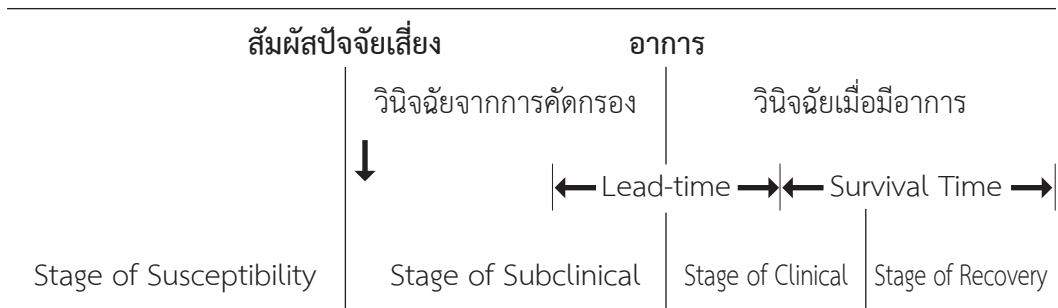
การประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมการตรวจคัดกรองในการนำไปใช้ในกลุ่มประชากรเป้าหมายต้องคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (Feasibility) และความคุ้มค่า (Cost-effectiveness) รวมถึงประสิทธิภาพในการวินิจฉัยโรคในระยะแรก เพื่อลดความรุนแรงของโรคซึ่งความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ประเมินจากความพร้อมของกลุ่มเป้าหมายที่จะตรวจคัดกรอง เครื่องมือ และบุคลากรทางการแพทย์ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรค ส่วนความคุ้มค่าในการตรวจคัดกรองอาจประเมินจากค่า Positive predictive value (PPV) ของการตรวจคัดกรอง ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจด้วย Screening test กับ Gold standard

		Gold Standard	
		Positive	Negative
Screening Test	Positive	a	b
	Negative	c	d

จากตารางค่า PPV คือค่า $a/(a+b)$ ถ้ามีค่าสูงแสดงว่าเมื่อแบบทดสอบให้ผลบวกจะพบคนที่เป็นโรคนานมาก ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการตรวจเพิ่มเติมเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคเพิ่มมากขึ้น แต่ถ้ามีค่าต่ำแสดงว่าเกิดผลบวกลวง (False positive) หรือ b มีค่าสูง ทำให้เสียค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่งในการตรวจยืนยันกลุ่มคนที่ไม่เป็นโรค โดยทั่วไปต้องการค่า PPV สูงซึ่งจะทำให้เกิดผลบวกจริง (True positive) หรือ a มีค่ามากและผลบวกลวงหรือ b มีค่าน้อย ค่า a ที่มากพบได้เมื่อตรวจคัดกรองโรคในกลุ่มคนที่มีความชุกของโรคระยะที่ยังไม่มีอาการ คือ $a/(a+c)$ มีค่ามากและค่า b ที่น้อยจะพบในแบบทดสอบที่มีค่า Specificity หรือ $d/(b+d)$ มีค่าสูง ซึ่งจะ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการตรวจเพิ่มเติมในคนที่ให้ผลบวกลวงจำนวนไม่มาก

ประสิทธิภาพในการตรวจคัดกรองโรคในระยะแรกประเมินผลของการตรวจคัดกรองในการลดอัตราการตาย (Mortality) และอัตราพิการ (Morbidity) ที่เกิดขึ้น ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการติดตามผลจึงอาจเกิดความผิดพลาดจากองค์ประกอบต่างๆ ได้แก่ Length bias, Lead-time bias, และ Over-diagnosis bias

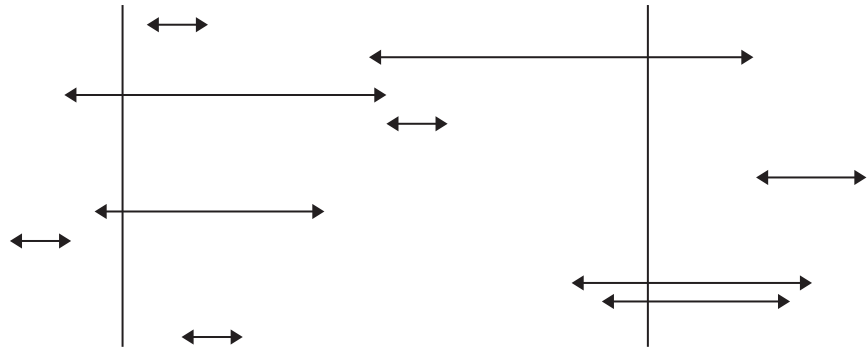


แผนภูมิที่ 2 แสดงธรรมชาติของโรคกับการวินิจฉัยโรค

Length bias เกิดขึ้นในกรณีที่มีการตรวจคัดกรองโรคไม่ได้เกิดจากการสุ่มตัวอย่างในกลุ่มประชากรเป้าหมายทำให้คนที่มึระยะพักตัวของโรคนานมีโอกาสได้รับการตรวจคัดกรองมากกว่าคนที่มึระยะพักตัวสั้น ดังนั้นคนที่ได้รับการตรวจคัดกรองจึงเป็นกลุ่มคนที่มีการดำเนินโรคช้าและมักจะมีการพยากรณ์โรคที่ดีอยู่แล้ว ตรงข้ามกับคนที่ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองซึ่งมีระยะพักตัวสั้นจะได้รับการวินิจฉัยหลังจากมีอาการแล้วซึ่งการพยากรณ์มักไม่ดี ทำให้การประเมินผลการตรวจคัดกรองโรคในการลดอัตราการตายและอัตราพิการได้ผลดีว่าการวินิจฉัยเมื่อมีอาการเกินความเป็นจริงซึ่งระยะพักตัวของโรคแสดงด้วยความยาวของลูกศร 2 หัว ดังแผนภูมิต่อไปนี้

การตรวจคัดกรองโรค ครั้งที่ 1

การตรวจคัดกรองโรค ครั้งที่ 2

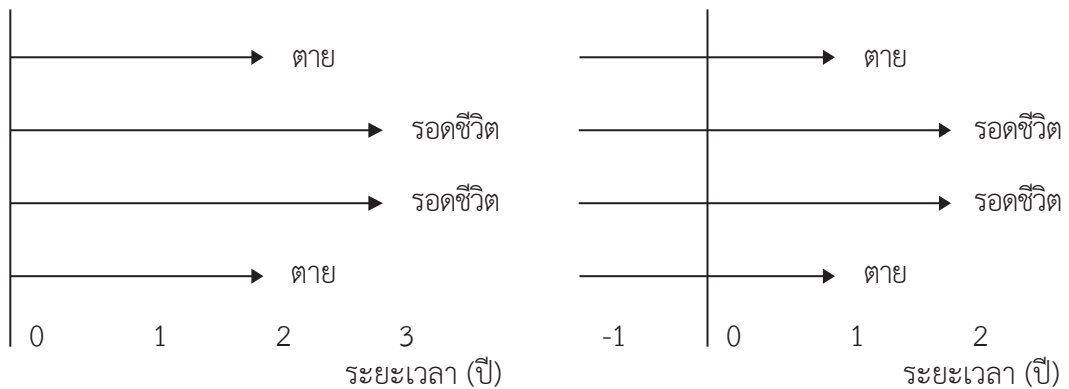


แผนภูมิที่ 3 แสดง Length bias

Lead-time bias เกิดจากความผิดพลาดในการเปรียบเทียบระยะเวลาตั้งแต่เริ่มการวินิจฉัยโรคจนกระทั่งเสียชีวิต เนื่องจากการวินิจฉัยโรคด้วยวิธีการตรวจคัดกรองจะรวม Lead-time ซึ่งเป็นระยะเวลานับตั้งแต่การวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจคัดกรองจนถึงการวินิจฉัยเมื่อมีอาการรวมเป็นระยะเวลารอดชีวิต (Survival time) ดังแผนภูมิที่ 2 ทำให้การวินิจฉัยโรคด้วยวิธีการตรวจคัดกรองมีระยะเวลารอดชีวิตนานกว่าการวินิจฉัยเมื่อมีอาการ แม้ว่าช่วงเวลาในการเสียชีวิตของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่ได้แตกต่างกันเมื่อนำระยะเวลาตั้งแต่เริ่มการวินิจฉัยมาวิเคราะห์ทำให้เกิดความผิดพลาดในการประเมินผลได้ ซึ่งระยะเวลารอดชีวิตแสดงด้วยความยาวของลูกศรและระยะเวลาที่วินิจฉัยโรคเริ่มที่จุด 0 ปี

วินิจฉัยด้วยการตรวจคัดกรองโรค

วินิจฉัยเมื่อมีอาการของโรค



แผนภูมิที่ 4 แสดง Lead-time bias

กรณีนี้ถ้าทราบระยะเวลาของ Lead-time จะช่วยลดความผิดพลาดในการประเมินผลได้ ดังแผนภูมิข้างต้น Lead-time มีระยะเวลา 1 ปี จึงควรเปรียบเทียบระยะเวลารอดชีวิตหลังการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยการตรวจคัดกรองโรคที่ระยะเวลา 2 และ 3 ปี

กับกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยเมื่อมีอาการของโรคที่ระยะเวลา 1 และ 2 ปี จึงจะถูกต้อง หรือลดความผิดพลาดด้วยการวิเคราะห์หาอัตราตายแทนการใช้ระยะเวลาการรอดชีวิต

Over-diagnosis bias เกิดจากการวินิจฉัยโรคเกินความเป็นจริง เนื่องจากการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจคัดกรองโรคเป็นการวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรก อาจจะมีรอยโรคไม่ชัดเจนเหมือนการวินิจฉัยเมื่อมีอาการ แพทย์มักให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึ่งติดตามไประยะเวลาหนึ่งอาจพบว่าผู้ป่วยไม่ได้เป็นโรค ความผิดพลาดนี้ทำให้การประเมินผลประสิทธิภาพในการตรวจคัดกรองต่ำกว่าที่ควรจะเป็น

การคัดกรองดำเนินการ 2 ลักษณะ

1. การคัดกรองโรคเฉพาะกลุ่ม (Selective screening) เป็นการคัดกรองโรค โดยการตรวจค้นหาโรคในกลุ่มคนที่มีปัจจัยต่อโรคนั้น การตรวจสอบสมรรถนะภาพของปอดในจรรยาที่ต้องปฏิบัติหน้าที่ในเขตที่มีมลพิษเป็นประจำ หรือการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ผ่านเหตุการณ์วิกฤตจากคลื่นยักษ์ Tsunami หรือเหตุการณ์การกราดยิงที่ห้างสรรพสินค้า Terminal 21 จ.นครราชสีมา

2. การคัดกรองโรคในกลุ่มประชากรทั่วไป (Mass screening) เป็นการคัดกรองโรคบางโรคในประชากรทั่วไป ซึ่งมีจำนวนน้อยมาก โดยไม่คำนึงถึงปัจจัยเสี่ยงที่แต่ละคนมี เช่น การออก Mobile clinic เพื่อ X-ray ปอด ในประชากรทุกคนของชุมชน การตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยการทำ pap smear ในผู้หญิงทุกรายที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป การคัดกรองโรคในคนหนุ่มมากนี้ อาจดำเนินการได้ทั้งการตรวจร่างกาย การใช้เครื่องมือพิเศษตรวจ หรือการทดลองทางห้องปฏิบัติการ หรือการใช้แบบวัด/แบบสอบถามก็ได้

ข้อควรพิจารณาในการคัดกรอง

1. โรคที่ทำการคัดกรอง ควรเป็นโรคที่เป็นปัญหาของวงการสาธารณสุขในปัจจุบัน และมีลักษณะดังนี้

1.1 เป็นโรคที่รุนแรง ถ้าปล่อยไว้โดยไม่มีการตรวจหรือรักษา จะทำให้เป็นอัตราตายสูง หรือโรคที่เป็นแล้วมีความเจ็บป่วยเรื้อรัง รักษาให้หายขาดได้ยาก

1.2 เป็นโรคที่สามารถตรวจพบได้ก่อนที่จะปรากฏอาการ

1.3 เป็นโรคที่ถ้าได้รับการตรวจพบตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ก่อนที่อาการและอาการแสดงปรากฏให้เห็นและรีบให้การรักษาทันทีแล้ว จะให้ผลการพยากรณ์ของโรคที่ดีกว่า การรักษาภายหลังที่ตรวจพบ เมื่อปรากฏอาการแล้วหรือมีการดำเนินของโรคไปมากแล้วและ/หรือเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่า เช่น โรคร้ายแรง แต่สามารถรักษาให้หายได้ถ้าตรวจวินิจฉัยพบตั้งแต่แรกเริ่ม เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก เป็นต้น

1.4 อัตราความชุกของโรคสูง ทำให้สามารถคัดกรองผู้มีความผิดปกติดังกล่าวจากกลุ่มประชากรที่ได้รับการตรวจได้เป็นจำนวนมาก มีความคุ้มค่าในการดำเนินการตรวจคัดกรองโรค

2. การคัดกรองมีวิธีการที่มีประสิทธิภาพดี ไม่ยุ่งยาก ไม่ต้องใช้ผู้ชำนาญการเฉพาะทาง ราคาไม่แพง และใช้เวลาน้อยในการทดสอบ ซึ่งวิธีการคัดกรองที่ดี ควรมีคุณลักษณะดังนี้

2.1 ให้ผลตรวจตรงความเป็นจริงหรือมีความถูกต้องสูง (Validity) หมายความว่า ถ้าผลการตรวจเป็นบวก แสดงถึงบุคคลคนนั้นน่าจะป่วยด้วยโรคดังกล่าวจริง

2.2 มีความเที่ยงตรงสูง (Reliability) หมายถึง เมื่อทำการทดสอบก็ครั้งก็ตาม ผลที่ได้จะต้องตรงกันทุกครั้งเสมอ

2.3 ให้ค่าคาดทำนายหรือค่าพยากรณ์สูง (Predictive value)

2.4 การคัดกรองราคาถูก เนื่องจากต้องทดสอบกับคนจำนวนมากมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติสูง (Feasibility) ไม่ยุ่งยาก ให้ผลเร็ว ไม่ต้องใช้เครื่องมือที่ซับซ้อน หรือใช้ผู้ชำนาญการเฉพาะทาง

2.5 ไม่ส่งผลข้างเคียงหรือเป็นอันตรายต่อผู้ถูกทดสอบ

3. เมื่อคัดกรองพบผลบวก ควรต้องมีวิธีการอื่นที่ใช้ตรวจเพื่อการวินิจฉัยแยกโรคให้ชัดเจนขึ้น

การพัฒนาเครื่องมือ

การวิจัยหรือการศึกษาเพื่อสร้างเครื่องมือวัดสิ่งที่ต้องการ

1. เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้วัดค่าโดยเปรียบเทียบกับเครื่องมือมาตรฐาน และสร้างเพื่อต้องการการคัดกรองโรคโดยใช้เครื่องมือที่ง่ายกว่า วินิจฉัยได้อย่างรวดเร็ว

2. เครื่องมือที่วัดทางพฤติกรรมศาสตร์ เช่น ความรู้ ทักษะ ทักษะการรับรู้ต่างๆ โดยวัดเป็น scale

3. วิธีการใหม่ๆ พัฒนาสำหรับการวัดในสิ่งที่ต้องการศึกษา โดยใช้ฟังก์ชันทางคณิตศาสตร์ ทำนายปรากฏการณ์ เช่น การตรวจหาปริมาณแอลกอฮอล์ทางลมหายใจเพื่อชี้วัดถึงปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่รถยนต์

คุณลักษณะของเครื่องมือทดสอบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวัด ควรเป็นเครื่องมือที่มีความไวและความจำเพาะค่อนข้างสูง สามารถทำนายผลได้ถูกต้อง มีความสะดวกในการตรวจและต้นทุนต่ำ ผู้รับการตรวจมีความปลอดภัยจากการตรวจและยอมรับความเสี่ยงจากการตรวจได้ นอกจากนี้เครื่องมือต้องมีความเที่ยงตรงสามารถแยกแยะผู้ป่วยและคนปกติได้ไม่ว่าจะนำไปตรวจกับใคร คุณลักษณะของเครื่องมือมีองค์ประกอบดังนี้

1. ความตรง (Validity)

ความสามารถของแบบทดสอบ ที่ให้ผลการตรวจถูกต้องตรงตามความเป็นจริง เช่น ถ้าผลการทดสอบเป็นบวกบุคคลที่ถูกทดสอบนั้นน่าจะป่วยเป็นโรค ถ้าผลเป็นลบบุคคลที่ถูกทดสอบนั้นน่าจะไม่ป่วย Validity ประเมินได้จาก ความไว (Sensitivity) และความจำเพาะ (Specificity) และความถูกต้อง (Accuracy)

เป็นความตรงของแบบทดสอบในด้านความไวในการแยกผู้ที่เป็นโรคและความจำเพาะในการแยกผู้ที่ไม่เป็นโรคเมื่อเปรียบเทียบกับความเป็นจริงหรือ Gold standard ดังนี้

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจด้วย Diagnostic test กับ Gold standard

		Gold Standard (Truth)	
		Positive	Negative
Diagnostic Test	Positive	a (True +)	b (False +)
	Negative	c (False -)	d (True -)

ความไว (Sensitivity)

คือความน่าจะเป็นที่แบบทดสอบให้ผลบวกเมื่อผู้นั้นเป็นโรค (true+) จากตารางที่ 2 คือ ค่า $a/(a+c)$ หรือ $(True+) / (True+)+(False-)$

ความจำเพาะ (Specificity)

คือความน่าจะเป็นที่แบบทดสอบให้ผลลบเมื่อผู้นั้นไม่เป็นโรค (true-) จากตารางที่ 2 คือ ค่า $d/(b+d)$ หรือ $(True-) / (False+)+(True-)$

ค่า Sensitivity และ Specificity เป็นการเปรียบเทียบค่า True + และ True - กับค่าของ Gold standard จึงคำนวณอัตราส่วนในแนวตั้งโดยใช้ Gold standard เป็นหลักซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละแบบทดสอบ

ค่า Sensitivity ที่มีค่าสูงทำให้เครื่องมือนั้นมีโอกาสวัดคนที่ป่วยโรคได้มากหรือมี True + สูง และถ้าผลการทดสอบให้ผลลบ คนๆนั้นจะมีโอกาสไม่เป็นโรคสูงเพราะผลลบลงต่ำหรือค่า False - มีค่าน้อย มักใช้ในการตรวจคัดกรองโรคร้ายแรงที่มีอัตราตายสูง หรือเป็นโรคที่ติดต่อย่างส่วน

ค่า Specificity ที่มีค่าสูงทำให้เครื่องมือนั้นมีโอกาสวัดคนที่ไม่ป่วยโรคได้มากหรือมี True - สูง มักใช้ในการตรวจยืนยันว่าเป็นโรค และถ้าผลการทดสอบให้ผลบวก คนๆนั้นมีโอกาสเป็นโรคสูง เพราะผลบวกลงต่ำหรือค่า False + มีค่าน้อย

ความถูกต้อง (Accuracy)

หมายถึงความน่าจะเป็นที่จะได้ผลการทดสอบเป็นจริงจากการทดสอบทั้งหมดไม่ว่าจะเป็น True positive หรือ True negative เป็นความสามารถของแบบทดสอบในการแยกคนเป็นโรคออกจากคนไม่เป็นโรค

Accuracy = All with true result / All test done

= Sensitivity x prevalence + Specificity x (1- prevalence)

จากตารางที่ 2 = $(a+d) / (a+b+c+d)$

2. ประสิทธิภาพ (Efficacy)

เป็นความสามารถของแบบทดสอบในการทำนายโรค (Predictive value) ใช้ทำนายความน่าจะเป็นที่ผู้รับการทดสอบเป็นโรคหรือไม่เป็นโรค แบ่งเป็น 2 แบบตามผลการทดสอบดังนี้

Positive predictive value (PPV)

คือความน่าจะเป็นที่ผู้ป่วยจะเป็นโรคเมื่อผลการทดสอบให้ผลบวก ซึ่งผลการทดสอบที่เป็นบวกคือ True + และ False + ถ้า PPV มีค่าสูงจะมีประโยชน์มากในการทำนายว่าเป็นโรค (rule in) จากตารางที่ 2 คือ $a/(a+b)$ หรือ True positive/ True positive+ False positive มีค่าเท่ากับ

$$\frac{\text{Sensitivity} \times \text{Prevalence}}{\text{Sensitivity} \times \text{Prevalence} + (1-\text{Specificity}) (1-\text{Prevalence})}$$

Negative predictive value (NPV)

คือความน่าจะเป็นที่ผู้ป่วยจะไม่เป็นโรคเมื่อผลการทดสอบให้ผลลบ ซึ่งผลการทดสอบที่เป็นบวกคือ True - และ False - ถ้า NPV มีค่าสูงจะมีประโยชน์มากในการทำนายว่าไม่เป็นโรค (rule out) จากตารางที่ 2 คือ $d/(c+d)$ หรือ True negative/ False negative + True negative มีค่าเท่ากับ

$$\frac{\text{Specificity} \times (1-\text{Prevalence})}{\text{Specificity} \times (1-\text{Prevalence}) + (1-\text{Sensitivity}) \times \text{Prevalence}}$$

3. ความเที่ยง (Reliability)

เป็นความเที่ยงหรือความเชื่อมั่นในการตรวจวินิจฉัยโรค ซึ่งประเมินจากผลการตรวจแต่ละครั้งในผู้ป่วยคนเดียวกันควรให้ผลเหมือนกัน (Repeatability หรือ Consistency หรือ Reproducibility) ค่า Reliability มีวิธีการวัดโดยพิจารณาจากลักษณะของข้อมูล ดังนี้

1) ข้อมูลที่มี 2 ค่าหรือเป็นหัวข้อ (Binary หรือ Categorical data) วัดด้วยวิธี Percent agreement และ Kappa coefficient

2) ข้อมูลที่เป็นค่าต่อเนื่อง (Continuous data) วัดความสัมพันธ์ของวิธีการวัดด้วย Intraclass correlation coefficient (ICC) หรือ หาความแตกต่างของวิธีการวัด (Agreement) ด้วย Bland-Altman plot

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบคัดกรองต่างๆ ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบทดสอบ แบบสังเกต และแบบวัดคุณลักษณะ ต้องมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เพื่อให้สามารถประเมินผลในสิ่งที่ต้องการวัดได้อย่างถูกต้อง ซึ่งการตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือดังนี้

1. ความตรงของการวัด (Validity)

เป็นคุณลักษณะที่บอกว่าเครื่องมือสามารถวัดในเรื่องที่ต้องการวัดได้ถูกต้อง และวัดได้ตรงจุด เหมาะสมกับสิ่งที่ต้องการวัดมากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ ซึ่งความตรงของเครื่องมือแบ่งตามจุดมุ่งหมายของการวัดดังนี้

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) หมายถึงเครื่องมือวัดได้ตรงตามเนื้อหาสาระที่ต้องการจะวัด โดยนำนิยามเชิงทฤษฎี นิยามเชิงปฏิบัติการ ควบคู่กับแบบสอบถาม แบบคัดกรองให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของนิยามกับแบบสอบถาม แล้วนำไปคำนวณหาค่าความสอดคล้อง เรียกค่านี้ว่า Item-Objective congruence index (IOC) โดยค่า IOC ที่คำนวณได้มีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป แสดงว่าข้อคำถามนั้นเป็นตัวแทนของลักษณะเฉพาะของกลุ่มพฤติกรรมนั้น แต่ถ้ามีค่าต่ำกว่า 0.5 ข้อคำถามควรปรับปรุงหรือตัดทิ้ง

2. ความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) หมายถึง เครื่องมือสามารถวัดได้ตามคุณลักษณะหรือตามทฤษฎีต่างๆ ของโครงสร้างนั้น เช่น เจตคติ ค่านิยม คุณภาพชีวิต สามารถวิเคราะห์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient) ของแบบสอบถาม 2 ชุดที่วัดในเรื่องเดียวกัน ซึ่งใช้คะแนนที่ได้จากการวัดเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานกับคะแนนที่ได้จากเครื่องมือวัดที่สร้างขึ้น หรือใช้เปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีลักษณะที่ต้องการวัดอย่างชัดเจน (Know group technique) โดยนำเครื่องมือไปวัดกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะที่ตรงกับคุณลักษณะที่ต้องการ แล้วนำผลไปเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีคุณลักษณะ ด้วยการทดสอบ t-test นอกจากนี้สามารถใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) ถ้าข้อคำถามแสดงผลได้จำนวนองค์ประกอบตามที่กำหนดในทฤษฎี แสดงว่าเครื่องมือมีความตรงตามโครงสร้าง

2. ความเที่ยง (Reliability)

เป็นคุณลักษณะของเครื่องมือและแบบสอบวัดที่จะให้ผลเหมือนกัน เมื่อนำแบบวัดนั้นๆ ไปวัดซ้ำๆ กัน ค่าของความเที่ยงเป็นค่าสัมประสิทธิ์ของความเที่ยง (Reliability coefficient) มีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 1 ค่าที่ใกล้ 1 หมายถึง เครื่องมือมีความเที่ยงมาก ส่วนค่าที่ใกล้ 0 หมายถึงเครื่องมือมีความเที่ยงน้อยวิธีการหาค่าความเที่ยงมีหลายวิธีดังนี้

1. การทดสอบซ้ำ (Test-retest method) เป็นการนำเครื่องมือไปทดสอบกับกลุ่มเป้าหมายสองครั้งในเวลาที่แตกต่างกัน แล้วนำไปคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

2. การใช้เครื่องมือคู่ขนาน (Parallel form method) นำเครื่องมือทั้งสองชุดที่มีความ

คล้ายหรือเท่าเทียมกันไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างเดิมในเวลาเดียวกัน และนำไปหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

3. การวัดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) เป็นการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อที่ประกอบขึ้นเป็นเครื่องมือนั้น ถ้าข้อคำถามเหล่านั้นวัดสิ่งเดียวกันก็น่าจะมีความคงที่ภายในของการวัดสูง

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้เป็นการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองจำแนกระดับความผิดปกติของการใช้ยาและสารเสพติด โดยมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการหาความตรงของเครื่องมือ (Content validity) การหาความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) และหาความเชื่อถือได้ของเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความสอดคล้องภายในเนื้อหา (Internal Consistency) นอกจากนี้เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้ในทางการแพทย์จึงมีการตรวจสอบความตรงโดยการเปรียบเทียบกับผลการตรวจของแพทย์ การใช้เครื่องมือวัดที่เป็นมาตรฐาน (Gold standard) โดยหาค่าความไว (Sensitivity) และความจำเพาะ (Specificity) ของเครื่องมือ

การวินิจฉัยความผิดปกติของการใช้สารเสพติด

ในการกำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติของการใช้สารเสพติดที่เป็นมาตรฐานและนำมาปฏิบัติกันอย่างกว้างขวางในปัจจุบัน คือ การวินิจฉัย DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ของสมาคมจิตแพทย์สหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association) ซึ่งผลิตคู่มือการวินิจฉัยความผิดปกติทางจิต (Mental Disorder) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1952 และมีการพัฒนาปรับปรุงเกณฑ์การวินิจฉัยมาโดยตลอดเพื่อให้ทันสถานการณ์ต่อการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ของโรคและความผิดปกติที่พบในทางจิตเวชและยาเสพติด โดยในปี ค.ศ.1980 ในฉบับ DSM-III เริ่มมีการวินิจฉัยแยกความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดเป็นการเสพสารเสพติด (Substance abuse) และการติดสารเสพติด (Substance dependence) ส่งผลให้มีการบำบัดรักษา และการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยที่แตกต่างกัน ต่อมาในปี ค.ศ. 1994 การวินิจฉัยฉบับ DSM-IV ได้มีการเพิ่มเติมนิยามการติดสารเสพติดว่าเป็นกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดจากใจหมกมุ่นต่อการใช้ (Syndrome involving compulsive use) ซึ่งอาจจะมีหรือไม่มีอาการดื้อยา (Tolerance) หรืออาการขาดยา (Withdrawal) ก็ได้ และได้นิยามการใช้สารเสพติดว่าเป็นการใช้สารเสพติดที่เป็นปัญหาโดยปราศจากใจหมกมุ่นต่อการใช้ (Problematic use without compulsive) การดื้อยา หรือ การขาดยา อย่างไรก็ตามในปัจจุบันคู่มือการวินิจฉัยได้พัฒนาไปถึงฉบับ DSM-5 ซึ่งก็มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยความผิดปกติของการใช้สารเสพติด (Substance use disorder) เป็น 3 กลุ่ม คือ ระดับต่ำ (Mild) ระดับปานกลาง (Moderate) และระดับสูง (Severe) และมีการเปลี่ยนแปลงข้อคำถาม และรายละเอียดบางอย่างในการประเมินความผิดปกติของการใช้สารเสพติด (American Psychiatric Association, 2013) ซึ่งแตกต่างจากการวินิจฉัย DSM-IV ดังนี้

การวินิจฉัยความผิดปกติของการใช้สารเสพติด (Substance use disorder) ฉบับ DSM IV (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และ มาโนช หล่อตระกูล, 2539) เป็นการติดสารเสพติด (Substance dependence) และการเสพสารเสพติด (Substance abuse)

1. การวินิจฉัยการติดสารเสพติด (Substance dependence)

มีรูปแบบการใช้สารต่างๆ ที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ ซึ่งแสดงออก 3 อาการ (หรือมากกว่า) ในเวลาใดก็ตาม ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

- (1) มีการติดยา ซึ่งนิยามโดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้
 - a) มีความต้องการใช้สารเพิ่มขึ้นอย่างมากเพื่อให้เกิด intoxication หรือผลอื่นที่ต้องการ (ต้องเพิ่มยาจึงได้ผลเท่าเดิม)
 - b) ได้รับผลจากสารลดลงอย่างมาก หากคงการใช้สารนั้นในขนาดเท่าเดิม (ใช้ยาเท่าเดิมแต่ได้ผลน้อยลง)
- (2) มีอาการขาดยา ซึ่งนิยามโดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้
 - a) มีอาการขาดยา
 - b) การใช้สารนั้น (หรือสารใกล้เคียง) สามารถลดหรือกำจัดอาการขาดยาได้
- (3) มีการใช้สารนั้นปริมาณมาก หรือเป็นเวลายาวนานกว่าที่ตั้งใจ
- (4) มีความต้องการสารอยู่ตลอดเวลา หรือไม่สามารถหยุดหรือควบคุมการใช้สารได้
- (5) ใช้เวลาอย่างมากในการกระทำเพื่อให้ได้สารนั้นมา (เช่น ตระเวนไปพบแพทย์หลายๆ คน หรือเดินทางไกลๆ) ในการเสพสารนั้น (เช่น สูบไม่หยุดหย่อน หรือในการฟื้นจากฤทธิ์ของสาร)
- (6) ต้องงดหรือลดการเข้าสังคม การงาน หรือการพักผ่อนหย่อนใจอื่นๆ เนื่องจากการใช้สาร)
- (7) คงมีการใช้สารแม้จะทราบว่ามีโอกาสก่อหรือกระตุ้นปัญหาทางร่างกายหรือจิตใจที่มีอยู่แล้วให้เกิดขึ้น (เช่น ยังคงใช้ cocaine แม้ทราบว่า cocaine ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า หรือยังคงดื่มสุราแม้ทราบว่าสุราจะทำให้อาการของแผลในกระเพาะอาหารรุนแรงมากขึ้น)

2. การวินิจฉัยการเสพสารเสพติด (Substance abuse)

A. มีรูปแบบการใช้สารต่างๆ ที่ไม่เหมาะสม

นำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ ซึ่งแสดงออก 1 อาการ (หรือมากกว่าในเวลาใดก็ตาม ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

- (1) มีการใช้สารเป็นประจำจนทำให้ไม่สามารถทำงานสำคัญที่จำเป็น การศึกษาหรืองานบ้านได้ (เช่น มีการขาดงาน หรือผลการทำงานไม่ดีอันเป็นผลจากการใช้สาร อันได้แก่ ขาดงานจากการใช้สาร ถูกพักหรือให้ออกจากการศึกษา ละเลยการดูแลบุตรหรืองานบ้าน)
- (2) มีการใช้สารเป็นประจำในสถานการณ์ที่อาจก่ออันตรายต่อร่างกาย (เช่น ขับรถยนต์ หรือใช้เครื่องจักรขณะอยู่ในสภาพไม่พร้อมจากการใช้สาร)

(3) มีปัญหาทางกฎหมายอันเกิดจากสารนั้นเป็นประจำ (เช่น ถูกจับกุมเนื่องจากมีพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สาร)

(4) คงมีการใช้สาร แม้จะก่อให้เกิดหรือกระตุ้นปัญหาทางสังคม หรือปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ตลอด หรือบ่อยๆ (เช่น ทะเลาะกับคู่สมรส เรื่องผลการใช้สารอย่างมาก หรือมีการทำร้ายร่างกายกัน)

B. อาการไม่เข้าเกณฑ์ของ Substance dependence ในการใช้สารชนิดนี้

สำหรับการวินิจฉัยความผิดปกติของการใช้สารเสพติด (Substance use disorder) ฉบับ DSM-5 (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) มีแนวคิดของการวินิจฉัยความผิดปกติของการใช้สารเสพติดเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมคือ มองว่าระดับความผิดปกติของการใช้สารเสพติดมีความเชื่อมต่อกัน เป็นลักษณะ Spectrum จึงไม่สามารถแยกการวินิจฉัยขาดกันได้อย่างชัดเจนเหมือนการวินิจฉัย ฉบับ DSM IV ว่าเป็น Substance dependence และ Substance abuse ดังนั้นจึงได้ปรับการวินิจฉัยเป็น 3 ระดับคือ ความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดระดับต่ำ (Mild = 2-3 ข้อ) ระดับปานกลาง (Moderate = 4-5 ข้อ) และระดับมาก (Severe = ตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป) โดยมีข้อคำถาม 11 ข้อ ดังนี้

- (1) ใช้สารเสพติดปริมาณมาก หรือเป็นเวลานานกว่าที่ตั้งใจ
- (2) มีความต้องการหยุดหรือลดการใช้สารเสพติด แต่ไม่สามารถทำได้
- (3) ใช้เวลาอย่างมากไปกับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด (การหาสารเสพติด การใช้จ่าย หรือพักผ่อนจากฤทธิ์ของสารนั้น)
- (4) มีความรู้สึกอยากยา หรือความต้องการใช้สารเสพติดอย่างมาก
- (5) มีการใช้เป็นประจำ จนทำให้เกิดผลเสียต่องาน การเรียน และครอบครัว
- (6) ยังคงใช้สารนั้น แม้จะก่อให้เกิดปัญหาการอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่นในสังคม
- (7) ต้องงดหรือลดการเข้าสังคม การงาน หรือการพักผ่อนหย่อนใจ เนื่องจากการใช้สารเสพติด
- (8) มีการใช้สารนั้นในสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตราย เช่น ขณะขับรถยนต์ ใช้เครื่องจักร หรือสถานการณ์อื่นๆ
- (9) คงมีการใช้สารนั้น แม้จะทราบว่า มีโอกาสก่อให้เกิดปัญหาทางร่างกาย หรือจิตใจ หรือทำให้ปัญหาเลวร้ายกว่าเดิม
- (10) ต้องการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้นจึงได้ผลเท่าเดิม หรือใช้ปริมาณเท่าเดิมแต่ได้ผลน้อยลง
- (11) มีอาการขาดยาเมื่อหยุดใช้

อย่างไรก็ตามถ้าเปรียบเทียบข้อคำถามของการวินิจฉัย ฉบับ DSM IV กับ DSM-5 จะเห็นว่าในการวินิจฉัย ฉบับ DSM-5 ได้นำข้อคำถามของการวินิจฉัยการเสพยาเสพติด และการติดยาเสพติด ในฉบับ DSM IV มารวมกัน โดยนำข้อคำถามจากการวินิจฉัยการเสพยาเสพติด

(Substance abuse) มาเพียง 3 ข้อ ตัดข้อปัญหาทางกฎหมายออก ส่วนการติดสารเสพติด (Substance dependence) นำข้อคำถามมาทั้งหมด 7 ข้อ จึงรวมเป็น 10 ข้อ และมีการเพิ่มข้อคำถามในประเด็นของอาการอยากยา (Craving) อีก 1 ข้อ ดังนั้นในการวินิจฉัยความผิดปกติของการใช้สารเสพติด ฉบับ DSM-5 จึงรวมเป็น 11 ข้อคำถาม

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาเครื่องมือโดยทดสอบความตรง (Validity) และความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ ที่ใช้ในการประเมินความผิดปกติของการใช้ยาและสารเสพติด โดยนำแนวคิดของการวินิจฉัยความผิดปกติของการใช้ยาและสารเสพติดฉบับ DSM-5 ของสมาคมจิตแพทย์สหรัฐอเมริกา (America Psychiatric Association) มาใช้เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือในการคัดกรองแยกประเภทผู้ที่ใช้ยาและสารเสพติด

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาพัฒนาเครื่องมือของสุวรรณมา อรุณพงศ์ไพศาล, มานพ คณะโต, อิศระ เจียวิริยะบุญญา, โสภิตา ดาวสดใส และ ศิราณี คำเพราะ (2553) เรื่องการพัฒนาและทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือจัดระดับความรุนแรงของผู้มีปัญหาการใช้สารระเหยชื่อ Khon Kaen University-Volatile Use Disorder Identification Test (KKU-VOUDIT) วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือจัดระดับความรุนแรงของผู้มีปัญหาการใช้สารระเหย และศึกษาความเที่ยงตรงของเครื่องมือนี้ เพื่อหาจุดตัดที่เหมาะสมในการคัดแยก ในระยะที่ 1 พัฒนาเครื่องมือ โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ใช้สารระเหยที่มารับการรักษาในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น 122 คน เพื่อดูลักษณะการใช้และผลกระทบ ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ได้แบบคัดกรองชุดแรก 12 ข้อให้ชื่อว่า Khon Kaen University-Volatile Use Disorder Identification Test (KKU-VOUDIT) ระยะที่ 2 ศึกษาความเที่ยงตรงของเครื่องมือโดยใช้ Diagnostic test study ในกลุ่มผู้ปัญหาการเสพสารระเหยที่มารับการรักษาที่ศูนย์บำบัดฯ ระหว่างเดือนสิงหาคม-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552 จำนวน 130 คน เก็บข้อมูลโดยพยาบาลผู้ร่วมวิจัยตามแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใช้สารระเหย ใช้เครื่องมือ KKU-VOUDIT ตามด้วยจิตแพทย์สัมภาษณ์โดยใช้ Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) (เพื่อวินิจฉัยโรคว่าเป็นกลุ่มทดลองใช้ (Experiment users) กลุ่มใช้แบบอันตราย (Harmful users) และกลุ่มติด (Dependent users) วิเคราะห์ค่า Cronbach's alpha coefficient ค่าจุดตัด ค่าความไว ความจำเพาะ ผลการศึกษา จากกลุ่มตัวอย่าง 252 คน เป็นผู้ชายเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 96.47 อายุเฉลี่ย 26.2+9.9 ปี (14-53) และ 21.2+7.6 ปี (11-42) อายุเฉลี่ยที่เริ่มเสพสารระเหยครั้งแรก 15.3+2.6 ปี (11-26) และ 16+3.9 ปี 8-30 ชนิดสารระเหยที่ใช้มากที่สุดคือ กาว 3K (ร้อยละ 73.2 และ 67.7) วิเสพคือสูดดมกาวในถุงพลาสติก (ร้อยละ 56.4 และ 83.1) ใช้สารเสพติดอื่นๆ ร่วมด้วย (ร้อยละ 95) เป็นบุหรี่มากที่สุด (ร้อยละ 37.9 และ 90) จากการวิเคราะห์เครื่องมือ KKU-VOUDIT-12 ข้อ มีค่า Cronbach's alpha coefficient 0.65 เมื่อลดข้อคำถามเป็น 10 ข้อ ช่วยเพิ่มค่า Cronbach's alpha เป็น 0.71 ค่าจุดตัดที่เหมาะสมของ KKU-VOUDIT-10 ข้อคือ

32 คะแนนขึ้นไปสำหรับคัดแยก Dependent users กับ Harmful users ซึ่งมีความจำเพาะร้อยละ 90 (95%CI=82-98%) ค่าความไวร้อยละ 50 (95%CI=36-64%) Positive Likelihood ratio 5.00 (95%CI=2.08-12.01) ค่าจุดตัดระหว่าง 31-24 สามารถคัดแยก Harmful users จาก Experiment users ด้วยความไวร้อยละ 66 (95%CI=53-79%) ความจำเพาะ ร้อยละ 83 (95%CI=71-96%) Positive Likelihood ratio 3.96 (95%CI=1.86-8.44) และจุดตัดน้อยกว่า 24 สำหรับคัดแยก Experiment users จาก Dependent users ซึ่งมีความจำเพาะร้อยละ 83 (95%CI=71-96%) และค่าความไวร้อยละ 94 (95%CI=, 87-100%) Positive Likelihood ratio 5.64 (95%CI,2.71-11.75)

การศึกษาความเชื่อถือได้และความแม่นยำของแบบสัมภาษณ์ Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised (DICA-R-P และ DICA-R-A) ฉบับภาษาไทย เพื่อการวินิจฉัยโรคอารมณ์ผิดปกติ (Mood disorders) ในวัยรุ่น ของชาญวิทย์ พรนภดล, ณัฐกานต์ วิฑูรย์ และศิริินดา จันทร์เพ็ญ (2556) โดยผู้วิจัยแปลแบบสัมภาษณ์ DICA-R ฉบับผู้ปกครอง (DICA-R-P) และฉบับวัยรุ่น (DICA-R-A) หมวดโรคอารมณ์ผิดปกติเป็นภาษาไทย และแปลกลับ (Back translation) เป็นภาษาอังกฤษจากนั้นผู้สัมภาษณ์ 4 คนที่ผ่านการฝึกใช้แบบสัมภาษณ์นี้ทำการสัมภาษณ์วัยรุ่นและผู้ปกครองทั้งหมด 60 คู่ โดยไม่ทราบว่าเป็นวัยรุ่นรายใดเป็นโรคอารมณ์ผิดปกติ ผู้วิจัยใช้ค่าดัชนีความแม่นยำด้านเนื้อหา (Content validity index-CVI) เป็นตัวประเมินความแม่นยำด้านเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยหาค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha ค่าความเชื่อถือได้ภายในของผู้สัมภาษณ์ (Intra-rater reliability) และความเชื่อถือได้ระหว่างผู้สัมภาษณ์ทั้ง 4 คน (Inter-rater reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ Cohen's kappa ส่วนการหาความแม่นยำตามเกณฑ์ (Criterion validity) ผู้วิจัยใช้คำวินิจฉัยของจิตแพทย์เป็นเกณฑ์มาตรฐาน (Gold standard) ผลการศึกษา ค่าดัชนีความแม่นยำด้านเนื้อหา (Content validity index-CVI) ของแบบสัมภาษณ์ DICA-R-A และ DICA-R-P มีค่าอยู่ระหว่าง 0.91-0.98 และ 0.94-0.99 ตามลำดับ ค่าความสอดคล้องภายใน Cronbach's alpha ของแบบสัมภาษณ์ DICA-R-A และ DICA-R-P มีค่าอยู่ระหว่าง 0.81-0.91 และ 0.89-0.93 ตามลำดับ ค่าความเชื่อถือได้ภายในผู้สัมภาษณ์แต่ละคน (Intra-rater reliability) ในการใช้แบบสัมภาษณ์ DICA-R-A และ DICA-R-P มีค่าสัมประสิทธิ์ Cohen's kappa เท่ากับ 0.93-1.00 และ 0.97-1.00 ตามลำดับ ส่วนค่าความเชื่อถือได้ระหว่างผู้สัมภาษณ์ทั้ง 4 คน (Inter-rater reliability) ในการใช้แบบสัมภาษณ์ DICA-R-A และ DICA-R-P เท่ากับ 0.77-0.94 และ 0.84-0.89 ตามลำดับ ค่าความแม่นยำตามเกณฑ์ (Criterion validity) ของโรคอารมณ์ผิดปกติ โรคซึมเศร้า และโรคอารมณ์สองขั้ว ในแบบสัมภาษณ์ฉบับวัยรุ่นมีความไวร้อยละ 84.8, 77.8, 50.0 และในฉบับผู้ปกครองมีความไวร้อยละ 54.5, 48.1, 50.0 ตามลำดับ ความจำเพาะของแบบสัมภาษณ์ฉบับวัยรุ่นมีค่าร้อยละ 85.2, 92.6, 92.6 ส่วนฉบับผู้ปกครองเท่ากับร้อยละ 100 ทั้ง 3 โรค

การพัฒนาแบบทดสอบการติดเกม (Game addiction screening test: GAST) ของ ชาญวิทย์ พรนภดล, บัณฑิต ศรีไพศาล, กุสุมาวดี คำเกลี้ยง และ เสาวนีย์ พัฒนอมร (2557) ฉบับเด็กและผู้ปกครอง แต่ละฉบับมีข้อคำถาม 16 ข้อ เพื่อประเมินปัญหาการเล่นเกมนั้น 3 ด้าน ได้แก่ การหมกมุ่นกับเกม (Preoccupation with game) การสูญเสียความสามารถในการเล่นเกมนั้น (Loss of control) และการสูญเสียหน้าที่และความรับผิดชอบ (Function impairment) หาค่าความเชื่อถือ (Reliability) ด้วย Cronbach's alpha ฉบับเด็กและผู้ปกครอง เท่ากับ 0.92 และ 0.94 ส่วนค่าความแม่นยำตามเกณฑ์ (Criterion validity) เมื่อแยกวิเคราะห์ตามเพศ เด็กและวัยรุ่นชายแบบคัดกรองมีค่าความไวร้อยละ 68.5 และความจำเพาะร้อยละ 89.3 ที่จุดตัดคะแนนที่ 24 คะแนนขึ้นไป ฉบับเด็กและวัยรุ่นหญิงมีค่าความไวร้อยละ 88.2 และความจำเพาะร้อยละ 88.3 ที่จุดตัดคะแนนที่ 16 คะแนนขึ้นไป และฉบับผู้ปกครองมีค่าความไวร้อยละ 91.6 และความจำเพาะร้อยละ 88.2 ที่จุดตัดคะแนนที่ 20 คะแนนขึ้นไป

การศึกษาการพัฒนาแบบวัด Behavior and Symptom Identification Scale (BASIS-32) ฉบับภาษาไทย ของ รณชัย คงสกนธ์ (2542) วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบวัด Behavior and Symptom Identification Scale (BASIS-32) เป็นฉบับภาษาไทย โดยศึกษาในผู้ป่วยจิตเวช จำนวนทั้งหมด 100 คน วิธีการศึกษา เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง โดยมีขั้นตอนการแปล แล้วพิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญในเนื้อหา 5 ท่าน จากนั้นได้ทดสอบคุณสมบัติความเที่ยงตรงและความสอดคล้องภายใน ในผู้ป่วยจิตเวช ผลการศึกษา Reliability จาก test-retest วิเคราะห์ด้วย Pearson correlation ได้เท่ากับ 0.76 ความสอดคล้องภายใน (Internal consistencies) ของแบบวัด มีค่า Standardized Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.9349 กลุ่มคำถามที่มีค่าความสอดคล้องค่อนข้างต่ำ คือ บทบาทหน้าที่ประจำวันและกลุ่มปัญหาอาการโรคจิต โดยมีค่าน้อยกว่า 0.7

บทที่ 3

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการจำแนกระดับความผิดปกติของการใช้ยาและสารเสพติด และศึกษาความตรง และความเที่ยงของเครื่องมือ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ใช้ยาและสารเสพติดที่เข้ารับการรักษาในสถาบันบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในสถาบันบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น และโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ทั้งเพศชายและเพศหญิงระหว่าง สิงหาคม 2560 ถึง กุมภาพันธ์ 2562 จำนวน 207 คน โดยคัดเลือกผู้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์

เกณฑ์คัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ใช้สารเสพติดที่มีอายุตั้งแต่ 13 ปีขึ้นไป
2. ผู้ป่วยสามารถเข้าใจภาษาไทย และสื่อสารได้ดี
3. มีความสมัครใจ และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. โรคเกี่ยวกับสมองที่ส่งผลต่อความบกพร่องทางสมอง ได้แก่ โรคอัลไซเมอร์ ภาวะสมองเสื่อม
2. ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยทางร่างกาย และทางจิตที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ. V.2) เป็นแบบคัดกรองที่ใช้คำถาม 6 ข้อ ถามในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ผลกระทบ และความหวังใจของคนใกล้ชิดที่มีต่อการใช้สารเสพติดว่ามีอย่างน้อยเพียงใด โดยมีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือกคือ ไม่เคย หรือเคยใช้เพียง 1-2 ครั้ง หรือเดือนละ 1-3 ครั้ง หรือสัปดาห์ละ 1-4 ครั้ง หรือเกือบทุกวัน (สัปดาห์ละ 5-7 วัน) โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับความผิดปกติของการใช้สารเสพติดเป็น 3 ระดับคือคือ ระดับต่ำ (Mild) ระดับปานกลาง (Moderate) และระดับสูง (Severe)

2. M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview) ฉบับดัดแปลงเพื่อใช้ในการศึกษาผลกระทบจากการใช้สารเสพติด (รัศมน กัลยาศิริ และคณะ อ้างถึงในสมฤดี เอี่ยมฉนวน, 2560) เป็นแบบสอบถามชุด Methamphetamine use disorder ซึ่งมีคำถาม 2 ส่วน โดยส่วนแรกประเมินการติด (Methamphetamine dependence) มีคำถาม 7 ข้อ เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา อาการนอนยา ผลกระทบจากการใช้ยา ส่วนที่ 2 เป็นการประเมินการใช้ในทางที่ผิด (Methamphetamine abuse) ด้วยคำถาม 4 ข้อ เกี่ยวกับ พฤติกรรมการใช้ยา ผลกระทบจากการใช้ ความผิดทางกฎหมายที่เกี่ยวกับการใช้ยา

3. แบบวินิจฉัยของแพทย์ตาม DSM-5 ซึ่งทำเป็นแบบฟอร์มคำถาม 11 ข้อสำหรับให้แพทย์สัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยและใส่ผลการวินิจฉัยลงในแบบฟอร์มเก็บข้อมูล

4. แบบคัดกรองตามการวินิจฉัย DSM-5 ในผู้ใช้ยาและสารเสพติด พัฒนามาจากงานวิจัยการพัฒนาแบบสอบถามการใช้เมทแอมเฟตามีนในผู้เข้ารับการรักษาของ สุกุม่า แสงเดือนฉาย (2558) ซึ่งผู้วิจัยนำเกณฑ์วินิจฉัย DSM-5 หมวด Substance use disorder โดยแปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย และให้ที่ปรึกษาตรวจสอบ จากนั้นทำการแปลกลับ (Back translate) เป็นภาษาอังกฤษ เพื่อให้ English Native Speaker ตรวจสอบความหมายให้เหมือนต้นฉบับ ได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช ด้านยาและสารเสพติด ด้านการวัดและประเมินผล และด้านพฤติกรรมศาสตร์ ได้ค่าความสอดคล้อง (Index of item-objective congruence) เท่ากับ 0.65 นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยยาเสพติดจำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.78 ภายหลังปรับปรุงข้อคำถาม นำไปเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน โดยให้ผู้สัมภาษณ์ที่เป็นอิสระต่อกัน 2 คน และหาค่าความเชื่อถือได้ภายในของผู้สัมภาษณ์ (Inter-rater reliability) เป็นค่า Cohen's kappa มีค่าเท่ากับ 0.452 แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นคำถามมีทั้งหมด 11 ข้อ ถามในช่วงเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา ว่ามีอาการ หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในข้อคำถามหรือไม่ คำตอบมี 2 ตัวเลือกคือ มี กับ ไม่มี อาการหรือเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชุมคณะทำงานเพื่อทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับยาและสารเสพติด และนำข้อคำถามที่ได้จากการวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบสอบถามการใช้เมทแอมเฟตามีนในผู้เข้ารับการรักษา มาปรับปรุงข้อคำถาม ให้มีความชัดเจนเข้าใจง่าย และเนื้อหาครอบคลุมในองค์ประกอบใน 4 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านความบกพร่องในการควบคุมการใช้ยาและสารเสพติด (Impaired control) 2. ด้านความบกพร่องทางสังคม (Social impairment) 3. ด้านการใช้ยาและสารเสพติดอย่างเสี่ยงต่ออันตราย (Risky use) และ 4. ด้านเกี่ยวกับเภสัชวิทยา (Pharmacological) และสร้างข้อคำถาม 2 ตัวเลือก คือ ใช้ยาและสารเสพติด และไม่ใช้ยาและสารเสพติด

2. เสนอโครงร่างวิจัยขอรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี รหัสโครงการ 59023

3. ทำหนังสือขอเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น และโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ซึ่งในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิกาศนั้นจะขออนุมัติผู้วิจัยในพื้นที่ที่รับผิดชอบเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์แห่งละ 1 ท่าน มีประสบการณ์ทำงานกับผู้ป่วยยาเสพติดไม่น้อยกว่า 3 ปี และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกแห่งละ 1 คน ที่มีประสบการณ์ทำงานยาเสพติดไม่น้อยกว่า 5 ปี

4. ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเชิญจิตแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกทั้ง 4 พื้นที่ ประชุมชี้แจงโครงการ วัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ห้องประชุม 1 ตึกอำนวยการ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี วันที่ 9 สิงหาคม 2560 ซึ่งผู้วิจัยจัดทำเป็นคู่มือการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้การปฏิบัติเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

5. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกจะคัดเลือกผู้ป่วยยาเสพติดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ขอความยินยอมด้วยความสมัครใจ และให้ลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยดำเนินการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามดังนี้ 1) แบบคัดกรองตามการวินิจฉัย DSM-5 ในผู้ติดยาและสารเสพติด 2) แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ติดยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ. V.2) และ 3) Mini international neuropsychosis: M.I.N.I (ฉบับดัดแปลงเพื่อใช้ในการศึกษาผลกระทบจากการใช้สารเสพติด)

6. เมื่อพยาบาลเก็บข้อมูลผู้ป่วยเสร็จแล้วจะส่งต่อผู้ป่วยให้จิตแพทย์สัมภาษณ์ผู้ป่วยซ้ำอีกครั้งหนึ่งโดยสัมภาษณ์ตาม Criteria การวินิจฉัยของ DSM 5 ซึ่งทั้งพยาบาลและแพทย์จะดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ป่วยอย่างเป็นอิสระ

7. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของแบบสัมภาษณ์แต่ละชุด หากเห็นว่ามีความไม่ถูกต้องหรือสัมพันธ์กัน ผู้วิจัยจะประสานกลับไปให้ผู้รับผิดชอบให้ตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้นเป็นเวลา 18 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ความถี่
2. การวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของแบบคัดกรองด้วย Cronbach's alpha coefficient
3. วิเคราะห์หาความตรง (Validity) ความตรงตามสภาพการณ์ (Concurrent validity) ด้วย Contingency coefficient ความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติของการใช้สารเสพติดของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-5) ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis)
4. วิเคราะห์หาจุดตัดที่เหมาะสมเพื่อแบ่งเกณฑ์จำแนกระดับความผิดปกติของการใช้สารเสพติด (ROC) และหาค่าความไว (Sensitivity) ความจำเพาะ (Specificity) ของเครื่องมือ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปและการอภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นการพัฒนาแบบคัดกรองตามการวินิจฉัย DSM-5 ในผู้ช้ำและสารเสพติด ซึ่งใช้เป็นเครื่องมือในการจำแนกระดับความผิดปกติของผู้ช้ำและสารเสพติด ด้วยการทดสอบความตรง (Validity) ความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ ซึ่งดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ช้ำยาเมทแอมเฟตามีนที่ครอบคลุมสถานบำบัด 4 ภาค ในประเทศไทย คือสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา จำนวน 207 คน ตั้งแต่เดือน สิงหาคม 2560 ถึง กุมภาพันธ์ 2562 มีผลการดำเนินการดังนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	จำนวน (207)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	183	88.4
หญิง	24	11.6
สถานภาพสมรส		
โสด	126	60.9
คู่	65	31.4
หม้าย/หย่า/แยก	13	6.3
ไม่ตอบ	3	1.4
อายุ (ปี)	mean = 29 SD = 8.3 Min = 14 Max 53	
≤19 ปี	27	13.0
20-29 ปี	89	43.0
30-39 ปี	66	31.9
40-49 ปี	21	10.2
ตั้งแต่ 50 ปี	4	1.9

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (207)	ร้อยละ
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	1	0.5
ประถมศึกษา	45	21.8
มัธยมศึกษา	118	57.0
ปวช./ปวส.	28	13.5
ตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป	15	7.2
อาชีพ		
ว่างงาน	56	27.0
นักเรียน/นักศึกษา	11	5.3
ลูกจ้าง	73	35.5
เกษตรกร/ทำนา ทำสวน การประมง	16	7.6
ธุรกิจส่วนตัว	39	18.8
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	10	4.8
ไม่ตอบ	2	1.0
สัมพันธ์ภาพในครอบครัว		
รักใคร่กันดี	117	56.5
ต่างคนต่างอยู่	21	10.1
ทะเลาะกันบ้าง	63	30.5
ทะเลาะเบาะแว้งกันเป็นประจำ	6	2.9
การกระทำผิดทางกฎหมายทางคดีอาเสพติด		
ไม่เคย	139	67.1
เคย	68	32.9

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 88.4) สถานภาพโสด (ร้อยละ 60.9) อายุเฉลี่ย 29 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษา รองลงมาประถมศึกษา (ร้อยละ 57.0 และ 21.8 ตามลำดับ) อาชีพลูกจ้าง และรองลงมา ว่างงาน (ร้อยละ 35.5 และ 27.0 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธ์ภาพดีกับครอบครัว รองลงมาทะเลาะเบาะแว้งกันบ้าง (ร้อยละ 56.5 และ 30.5 ตามลำดับ) และเคยมีการกระทำผิดทางกฎหมายทางคดีอาเสพติด (ร้อยละ 67.1)

ตารางที่ 4 ลักษณะพฤติกรรมการใช้เมทแอมเฟตามีน

ข้อมูล	จำนวน (207)	ร้อยละ
ชนิดของเมทแอมเฟตามีนที่ใช้		
ยาบ้า	60	29.0
ไอซ์	3	1.5
ยาบ้า และไอซ์	4	1.9
ยาบ้า และหรือยาไอซ์ร่วมกับ สารเสพติดอื่นๆ	140	67.6
ปริมาณการใช้ยาบ้า/วัน		
	mean =4 SD = 5.1 Min =0.5 Max 48	
≤ 5 เม็ด	143	72.9
6-10 เม็ด	20	10.1
11-15 เม็ด	4	2.0
ตั้งแต่ 15 เม็ดขึ้นไป	2	1.0
ไม่ตอบ	29	14.0
ระยะเวลาที่ใช้ยาบ้า (เดือน/ปี)		
	mean =84 SD = 74.4 Min =12 Max 576	
≤ 5 ปี	104	52.5
6-10 ปี	45	22.7
11-15 ปี	25	12.6
16-20 ปี	15	7.6
มากกว่า 20 ปี ขึ้นไป	4	2.0
ไม่ตอบ	5	2.6
ปริมาณการใช้ไอซ์/วัน		
น้อยกว่า 1 กรัม	17	25.4
ตั้งแต่ 1 กรัมขึ้นไป	4	5.9
ไม่ตอบ	46	68.7
ระยะเวลาที่ใช้ไอซ์ (เดือน/ปี)		
	mean =36 SD = 49.9 Min =2 Max 240	
≤ 1 ปี	10	14.9
2-5 ปี	10	14.9
ตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป	2	2.9
ไม่ตอบ	45	67.3

จากตารางที่ 4 พฤติกรรมการใช้เมทแอมเฟตามีนของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการใช้ยาบ้าหรือไอซ์ร่วมกับสารเสพติดชนิดอื่นๆ รองลงมาใช้ยาบ้าอย่างเดียว (ร้อยละ 67.6 และ 29.0 ตามลำดับ) ปริมาณยาบ้าที่ใช้เฉลี่ย 4 เม็ด/วัน ระยะเวลาที่ใช้เฉลี่ย 7 ปี ปริมาณการใช้ไอซ์ส่วนใหญ่ใช้น้อยกว่า 1 กรัม/วัน (ร้อยละ 25.4) ระยะเวลาที่ใช้เฉลี่ย 3 ปี

ตารางที่ 5 อาการแทรกซ้อนทางกายและทางจิต

ข้อมูล	จำนวน (207)	ร้อยละ
อาการแทรกซ้อนทางร่างกาย		
ไม่มี	194	93.7
โรคกระเพาะ	6	2.9
ตับอักเสบ	5	2.4
อื่นๆ ได้แก่ วัณโรค/HIV	2	1.0
อาการแทรกซ้อนทางจิต		
ไม่มี	149	72.0
หูแว่ว	41	19.8
ภาพหลอน	2	1.0
หวาดระแวง	8	3.8
ซีมิเศร้า	2	1.0
อื่นๆ ได้แก่ ภาวะวิตกกังวล	5	2.4

จากตารางที่ 5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการแทรกซ้อนทางจิตมากกว่าอาการแทรกซ้อนทางร่างกาย (ร้อยละ 28 และ 6.3) โดยอาการทางจิตที่พบมากที่สุดคืออาการหูแว่ว รองลงมาคือหวาดระแวง (ร้อยละ 19.8 และ 3.8) ส่วนอาการแทรกซ้อนทางกายที่พบใกล้เคียงกันคือโรคกระเพาะ และตับอักเสบ (ร้อยละ 2.9 และ 2.4)

ตารางที่ 6 ค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบคัดกรองตามการวินิจฉัย DSM-5 ในผู้ซึ่ยาและสารเสพติด ด้วย Cronbach's alpha coefficient

แบบคัดกรอง	ค่า Cronbach's alpha coefficient
แบบคัดกรองตามการวินิจฉัย DSM-5 ในผู้ซึ่ยาและสารเสพติด	0.79

จากตารางที่ 6 Cronbach's alpha coefficient ของแบบคัดกรองตามการวินิจฉัย DSM-5 ในผู้ช้ยาและสารเสพติด ทั้งฉบับ 11 ข้อ เท่ากับ 0.79

ตารางที่ 7 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) โครงสร้างองค์ประกอบของแบบคัดกรองตามการวินิจฉัย DSM-5 ในผู้ช้ยาและสารเสพติด

องค์ประกอบ	ข้อ	คำถาม	น้ำหนักองค์ประกอบ
องค์ประกอบที่ 1 ความหมกมุ่นและไม่สามารถควบคุมการใช้เมทแอมเฟตามีน	1	คุณมีการใช้สารปริมาณมากกว่าที่ตั้งใจ	0.72
	3	คุณใช้เวลาอย่างมากไปกับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้สาร (การหาสารเสพติด การใช้สารเสพติด หรือการพักผ่อนจากฤทธิ์ของสารนั้น)	0.67
	2	คุณมีความต้องการหยุดหรือลดการใช้สารแต่ไม่สามารถทำได้สำเร็จ	0.55
	4	คุณมีความรู้สึกอยากยาหรือต้องการใช้อย่างมาก	0.49
องค์ประกอบที่ 2 ใช้เมทแอมเฟตามีนแบบเสี่ยงและอันตราย	9	คุณคงมีการใช้สารแม้จะทราบว่ามีโอกาสก่อให้เกิดปัญหาทางร่างกายหรือจิตใจ หรือทำให้ปัญหาเลวร้ายกว่าเดิม	0.73
	8	คุณมีการใช้สารนั้นในสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตราย เช่น ขณะขับรถยนต์ ใช้เครื่องจักรหรือสถานการณ์อื่นๆ	0.69
	10	คุณใช้สารปริมาณเพิ่มขึ้นเพื่อให้ผลดีเท่าเดิม หรือใช้ปริมาณเท่าเดิมแต่ผลของสารน้อยลง	0.54
องค์ประกอบที่ 3 ผลกระทบ	11	คุณมีอาการขาดยาเมื่อหยุดใช้	0.72
	6	คุณยังคงใช้สารแม้จะก่อให้เกิดปัญหาการอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่นในสังคม (ความรุนแรงใน ครอบครัว ทะเลาะวิวาท ทำร้ายร่างกายกัน)	0.69
	7	คุณต้องงดหรือลดการเข้าสังคม การงาน หรือการพักผ่อนหย่อนใจ เนื่องจากการใช้สาร	0.66
	5	คุณมีการใช้สารเป็นประจำ จนทำให้เกิดผลเสียต่องาน การเรียน หรือครอบครัว	0.41

จากตารางที่ 7 วิเคราะห์โครงสร้างขององค์ประกอบจากคำถามทั้ง 11 ข้อ พบว่าข้อคำถามในแต่ละองค์ประกอบมีความสัมพันธ์กันอยู่ในเกณฑ์สูง (มากกว่า 0.4) ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 องค์ประกอบคือ **องค์ประกอบที่ 1** ด้านความหมกมุ่นและไม่สามารถควบคุมการใช้เมทแอมเฟตามีน มี 4 ข้อคำถาม **องค์ประกอบที่ 2** ด้านความเสี่ยงและอันตราย มี 3 ข้อคำถาม **องค์ประกอบที่ 3** ด้านผลกระทบมี 4 ข้อคำถาม และสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 51.76 โดยองค์ประกอบที่ 1 อธิบายได้ร้อยละ 32.34 องค์ประกอบที่ 2 อธิบายได้ร้อยละ 10.14 และองค์ประกอบที่ 3 อธิบายได้ร้อยละ 9.28

ตารางที่ 8 ค่าความตรงตามสภาพการณ์ (Concurrent validity) โดยเทียบกับเครื่องมือมาตรฐาน

เครื่องมือ	ค่าความสัมพันธ์	P-value
Mini international neuropsychosis (M.I.N.I)	.51	<.001
แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เข้า และสารเสพติด เพื่อรับการบำบัดรักษา (V2)	.57	<.001
การวินิจฉัยของแพทย์ตาม DSM 5	.54	<.001

จากตารางที่ 8 เมื่อเปรียบเทียบกับเครื่องมือมาตรฐานทั้ง 3 ชนิด คือ M.I.N.I (ฉบับดัดแปลงเพื่อใช้ในการศึกษาผลกระทบจากการใช้สารเสพติด) แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เข้าและสารเสพติด เพื่อรับการบำบัดรักษา (V2) และการวินิจฉัยของแพทย์ตาม DSM-5 พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001

ตารางที่ 9 จุดตัดของแบบคัดกรองตามการวินิจฉัย DSM-5 ในผู้ใช้ยาและสารเสพติด เมื่อเทียบกับการวินิจฉัยของแพทย์

ระดับความผิดปกติของการใช้เมทแอมเฟตามีน	จุดตัดคะแนน (Cut-off point)	ค่าความไว (Sensitivity)	ค่าความจำเพาะ (Specificity)	พื้นที่ใต้โค้ง (Area under curve) 95% CI
ระดับสูง (Severe)	≥7	77.9	72.7%	0.83 (0.76-0.90)
ระดับปานกลาง (Moderate)	5-6	88.7%	61.9%	0.87 (0.81-0.93)
ระดับต่ำ (Mild)	3-4	96.5%	66.7%	0.85 (0.69-1.0)

จากตารางที่ 9 เมื่อวิเคราะห์หาจุดตัดที่เหมาะสม แบ่งระดับความผิดปกติของการใช้เมทแอมเฟตามีนออกเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มที่มีความเสี่ยงระดับสูง กลุ่มที่มีความเสี่ยงระดับปานกลาง และกลุ่มที่มีความเสี่ยงระดับต่ำ โดยพบว่าค่าจุดตัดที่คะแนนตั้งแต่ 7 ขึ้นไป มีความไวร้อยละ 77.9 ความจำเพาะ 72.7 ค่าจุดตัดที่คะแนน 5-6 สามารถคัดแยกผู้เสพแบบเสี่ยงปานกลางออกจากผู้เสพแบบเสี่ยงต่ำ ด้วยความไวร้อยละ 88.7 ความจำเพาะ 61.9 และค่าจุดตัดที่คะแนน 3-4 สามารถคัดแยกผู้เสพแบบเสี่ยงต่ำออกจากผู้เสพแบบเสี่ยงสูง ด้วยความไวร้อยละ 96.5 ความจำเพาะ 66.7 และพบว่าพื้นที่ใต้โค้ง (Area under curve) อยู่ในเกณฑ์ดี 0.83-0.87

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการศึกษา

แบบคัดกรองตามการวินิจฉัย DSM-5 ในผู้ใช้อยาและสารเสพติด (Substance Use Disorder Screening Test According to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: SUDST) เป็นแบบประเมินเพื่อคัดกรองที่พัฒนามาจากการวินิจฉัยของแพทย์ตาม DSM-5 ซึ่งมีข้อความ 11 ข้อ ถามในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ให้ตอบว่ามีหรือไม่มีอาการหรือสภาพการณ์ในข้อความนั้นเกิดขึ้น ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-11 คะแนน เป็นแบบคัดกรองสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้ปฏิบัติงานในสถานบำบัด ใช้ประเมินผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน และจำแนกความรุนแรงของความผิดปกติของการใช้เมทแอมเฟตามีน มีการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือได้ผลดังนี้

1. ความเที่ยง (Reliability) โดยการวัดความสอดคล้องภายใน หาค่า Cronbach's alpha coefficient ของแบบคัดกรองการใช้สารเสพติดทั้งฉบับ (11 ข้อ) เท่ากับ 0.79 แสดงถึงความสอดคล้องกันของข้อความอยู่ในเกณฑ์ดี

2. ความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) ใช้วิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) ของข้อความ 11 ข้อ โดยใช้ Extraction method ด้วย Principal component analysis และหมุนแกนด้วย Varimax rotation พบมี 3 องค์ประกอบ ครอบคลุมความแปรปรวนทั้งหมดร้อยละ 51.76 โดยองค์ประกอบที่ 1, 2 และ 3 ครอบคลุมความแปรปรวนทั้งหมดร้อยละ 32.34, 10.14 และ 9.28 ตามลำดับ รายละเอียดของข้อความในแต่ละองค์ประกอบมีดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ด้านความหมกมุ่นและไม่สามารถควบคุมการใช้เมทแอมเฟตามีน มี 4 ข้อคำถาม

- ข้อ 1 คุณมีการใช้สารปริมาณมากกว่าที่ตั้งใจ
- ข้อ 2 คุณมีความต้องการหยุดหรือลดการใช้สารแต่ไม่สามารถทำได้สำเร็จ
- ข้อ 3 คุณใช้เวลาอย่างมากไปกับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้สาร (การหาสารเสพติดมาใช้ในช่วงระยะเวลาการเสพสารเสพติด การพักผ่อนจากฤทธิ์ของสารนั้น)
- ข้อ 4 คุณมีความรู้สึกอยากยาหรือต้องการใช้อย่างมาก

องค์ประกอบที่ 2 ด้านความเสี่ยงและอันตราย มี 3 ข้อคำถาม

- ข้อ 8 คุณมีการใช้สารนั้นในสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตราย เช่น ขณะขับรถหรือสถานการณ์อื่นๆ
- ข้อ 9 คุณคงมีการใช้สารแม้จะทราบว่า มีโอกาสก่อให้เกิดปัญหาทางร่างกาย หรือจิตใจ หรือทำให้ปัญหาเลวร้ายกว่าเดิม
- ข้อ 10 คุณใช้สารปริมาณเพิ่มขึ้นเพื่อให้ผลดีเท่าเดิม หรือใช้ปริมาณเท่าเดิมแต่ผลของสารน้อยลง

องค์ประกอบที่ 3 ด้านผลกระทบ มี 3 ข้อคำถาม

- ข้อ 5 คุณมีการใช้สารเป็นประจำ จนทำให้เกิดผลเสียต่องาน การเรียน หรือครอบครัว
- ข้อ 6 คุณยังคงใช้สารแม้จะก่อให้เกิดปัญหาการอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่นในสังคม (ความรุนแรงในครอบครัว ทะเลาะวิวาท ทำร้ายร่างกายกัน)
- ข้อ 7 คุณต้องงดหรือลดการเข้าสังคม การงาน หรือการพักผ่อนหย่อนใจ เนื่องจากการใช้สาร
- ข้อ 11 คุณมีอาการขาดยาเมื่อหยุดใช้

3. ค่าความตรงตามสภาพการณ์ (Concurrent validity) ซึ่งเป็นความตรงของเครื่องมือที่สามารถบอกสิ่งที่วัดได้ถูกต้องตามสภาพจริงในปัจจุบันโดยอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของเครื่องมือประเมินความผิดปกติของการใช้สารเสพติดที่พัฒนาขึ้นกับเครื่องมือมาตรฐานทั้ง 3 ชนิด คือ M.I.N.I (ฉบับดัดแปลงเพื่อใช้ในการศึกษาผลกระทบจากการใช้สารเสพติด) แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ. V.2) และการวินิจฉัยของแพทย์ตาม DSM 5 พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแบบประเมินความผิดปกติของการใช้สารเสพติดที่พัฒนาขึ้นมีคุณลักษณะที่สามารถคัดกรองจำแนกผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนได้เช่นเดียวกับแบบคัดกรองมาตรฐาน

4. การวิเคราะห์หาจุดตัดของแบบประเมินความผิดปกติของการใช้สารเสพติด เมื่อเทียบกับการวินิจฉัยของแพทย์ สามารถแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มที่มีความเสี่ยงระดับสูง กลุ่มที่มีความเสี่ยงระดับปานกลาง และกลุ่มที่มีความเสี่ยงระดับต่ำ โดยพบว่าค่าจุดตัดที่คะแนนตั้งแต่ 7 ขึ้นไปสามารถคัดแยกผู้เสพแบบเสี่ยงสูงออกจากผู้เสพแบบเสี่ยงปานกลาง มีความไวร้อยละ 77.9 ความจำเพาะ 72.7 ค่าจุดตัดที่คะแนน 5-6 สามารถคัดแยกผู้เสพแบบเสี่ยงปานกลางออกจากผู้เสพแบบเสี่ยงต่ำ ด้วยความไวร้อยละ 88.7 ความจำเพาะ 61.9 และค่าจุดตัดที่คะแนน 3-4 สามารถคัดแยกผู้เสพแบบเสี่ยงต่ำออกจากผู้เสพแบบเสี่ยงสูง ด้วยความไวร้อยละ 96.5 ความจำเพาะ 66.7 และพบว่าพื้นที่ใต้โค้ง (Area under curve) อยู่ในเกณฑ์ดี 0.83-0.87

การอภิปรายผล

การพัฒนาแบบประเมินระดับความผิดปกติของผู้ใช้ยาและสารเสพติดที่สอดคล้องกับ DSM-5 (SUDST) สำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านยาและสารเสพติด เป็นเครื่องมือที่ใช้ได้ง่าย สะดวก ใช้เวลาในการประเมินประมาณ 10-15 นาที ด้วยแบบสอบถาม 11 ข้อคำถาม ที่ถามในช่วงเวลา 12 เดือนที่ผ่านมาว่ามีอาการ หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในลักษณะต่อไปนี้หรือไม่ คำตอบมี 2 ตัวเลือก คือ มี กับ ไม่มีอาการ หรือเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น ถ้ามีอาการหรือเหตุการณ์ ได้คะแนน 1 คะแนน ถ้าไม่มีอาการ หรือเหตุการณ์ได้ 0 คะแนน และรวมคะแนนทั้ง 11 ข้อ โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับความผิดปกติของการใช้สารเสพติดเป็น 3 ระดับคือคือ ระดับต่ำ (Mild คะแนน 3-4) ระดับปานกลาง (Moderate คะแนน 5-6) และระดับสูง (Severe คะแนนตั้งแต่ 7 ขึ้นไป) เครื่องมือมีความไวร้อยละ 77-96 ความจำเพาะอยู่ที่ 61-72 ซึ่งเป็นคุณสมบัติที่ดีของเครื่องมือที่สามารถใช้ในการคัดกรอง หรือแยกผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้เมทแอมเฟตามีนได้

จากการพิจารณาข้อมูลการใช้สารเสพติดของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ เก็บข้อมูลกับผู้ใช้นายกลุ่มเมทแอมเฟตามีน ซึ่งพบว่า ผู้ที่เข้ายาบ้า ไซส์ร่วมกับการใช้สารเสพติดอื่นๆ มากถึงร้อยละ 67 ซึ่งสอดคล้องกับ สถิติการบำบัดรักษาของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (2562) ที่พบมีผู้ใช้ยาในกลุ่มเมทแอมเฟตามีนร่วมกับสารเสพติดอื่นๆ มากกว่าร้อยละ 50 การใช้สารเสพติดในปัจจุบันไม่ได้ใช้สารเสพติดเพียงชนิดเดียว แต่มีการใช้สารเสพติดหลายชนิดร่วมกัน ซึ่งทำให้ยาออกฤทธิ์แตกต่างกันที่เป็นพิษต่อร่างกาย และทำให้ง่ายเพิ่มอันตราย นำไปสู่ปัญหาหรือผลกระทบมากขึ้น (Department of Health, 2562) จึงทำให้มีระดับของความผิดปกติของการใช้สารเสพติดเพิ่มมากขึ้นทั้งที่มีระยะเวลาการใช้ยาเสพติดไม่นานนัก จึงทำให้การประเมินการคัดกรองเพื่อจำแนกความผิดปกติของสารเสพติดแต่ละประเภททำได้ยากยิ่งขึ้น

การศึกษาครั้งนี้มีการวิเคราะห์องค์ประกอบของแบบคัดกรองได้ทั้งหมด 3 องค์ประกอบคือ 1) ด้านความหมกมุ่นและไม่สามารถควบคุมการใช้เมทแอมเฟตามีน 2) ด้านความเสี่ยงและอันตราย 3) ด้านผลกระทบ ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาและทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือจัดระดับความรุนแรงของผู้มีปัญหาการใช้สารระเหย (KKU-VOUDIT) ของสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ (2553) ซึ่งวิเคราะห์โครงสร้างปัจจัยแบบทดสอบที่มี 10 ข้อ พบประกอบด้วย 3 ด้าน 1) ด้านอาการพิษของสารระเหยและผลกระทบ 2) หมกมุ่นและไม่สามารถควบคุมการเสพยาสารระเหย 3) เสพแบบอันตราย อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบมีความแตกต่างจากการวินิจฉัยของ DSM-5 ซึ่งที่มีองค์ประกอบ 4 ด้านคือ 1) ด้านความบกพร่องในการควบคุมการใช้ยาและสารเสพติด (Impaired control) 2) ด้านความบกพร่องทางสังคม (Social impairment) 3) ด้านการใช้ยาและสารเสพติดอย่างเสี่ยงต่ออันตราย (Risky use) และ 4) ด้านเกี่ยวกับเภสัชวิทยา (Pharmacological) (American Psychiatric Association, 2013) ทั้งนี้จะเห็นว่าด้านที่หายไปคือ ด้านเกี่ยวกับเภสัชวิทยา ซึ่งมีคำถามอยู่ 2 ข้อ คือคำถามข้อ 10 ใช้สารปริมาณเพิ่มขึ้นเพื่อให้ผลดี

เท่าเดิม หรือใช้ปริมาณเท่าเดิมแต่ผลของสารน้อยลง (Tolerance) และ คำถามข้อ 11 อาการขาดยาเมื่อหยุดใช้ (Withdrawal symptom)

คำถามข้อ 10 การใช้สารปริมาณเพิ่มขึ้นเพื่อให้ผลดีเท่าเดิม หรือใช้ปริมาณเท่าเดิมแต่ผลของสารน้อยลง (Tolerance) คำนวณน้ำหนักเข้ารวมได้ในองค์ประกอบที่ 2 ด้านความเสี่ยงและอันตราย ซึ่งเมื่อพิจารณาเนื้อหาของข้อคำถามก็จะพบว่าด้วยฤทธิ์ของเมทแอมเฟตามีนที่ทำให้เกิดการติดต่อยานั้น ส่งผลให้ผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนต้องเพิ่มปริมาณยามากขึ้นในการใช้แต่ละครั้ง ซึ่งอาจพิจารณาได้ว่าเป็นพฤติกรรมการใช้ที่เสี่ยงและก่อให้เกิดอันตรายได้เช่นกัน หรืออาจเป็นผลของการใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วยดังข้อมูลพฤติกรรมการใช้สารเสพติดร่วมกันหลายชนิดที่กล่าวมาข้างต้นจึงทำให้เมื่อวิเคราะห์องค์ประกอบ คำถามข้อ 10 จึงเข้าไปรวมอยู่ในองค์ประกอบที่ 2

สำหรับคำถามข้อ 11 มีอาการขาดยาเมื่อหยุดใช้ (Withdrawal symptom) คำนวณน้ำหนักเข้ารวมได้กับองค์ประกอบที่ 3 ด้านผลกระทบ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้คือ อาการขาดยาของผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน เป็นอาการที่เกิดขึ้นเมื่อไม่ได้ใช้เมทแอมเฟตามีนมาในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ได้แก่ อ่อนเพลีย นอนหลับยากหรือนอนมากเกินไป กระวนกระวายใจ หงุดหงิด ซึมเศร้า ดังนั้นอาการที่เกิดขึ้นจึงเป็นผลกระทบทางร่างกาย และจิตใจที่เกิดขึ้นที่ผู้ป่วยได้รับ ดังนั้นผลกระทบที่เกิดขึ้นในองค์ประกอบที่ 3 ซึ่งเดิมจะเป็นองค์ประกอบของความบกพร่องทางสังคม (Social impairment) ที่ให้ความสำคัญกับผลกระทบทางสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น แต่ในการศึกษาครั้งนี้จะรวมผลกระทบที่เกิดทางร่างกาย จิตใจ เข้าไปด้วย จึงทำให้คำถามข้อ 11 จากองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับเภสัชวิทยาในการวินิจฉัย DSM-5 เข้าไปรวมอยู่ในองค์ประกอบที่ 2 ด้านผลกระทบในองค์ประกอบที่ 3 ของแบบคัดกรองที่ศึกษาในครั้งนี้

แบบประเมินระดับความผิดปกติของการใช้ยาและสารเสพติดที่พัฒนาขึ้นนี้ มีการแบ่งระดับความผิดปกติเป็น 3 ระดับ คือความเสี่ยงระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง ซึ่งความผิดปกติในแต่ละระดับยังคงมีความเชื่อมต่อกันเป็นลักษณะ Spectrum ไม่สามารถแบ่งแยกขาดจากกันได้ว่าเป็นผู้เสพ (Substance abuse) ผู้ติด (Substance dependence) อย่างในอดีต ซึ่งสอดคล้องกับแบบคัดกรองประสบการณ์การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด (ASSIST) (WHO, 2010) และการวินิจฉัยความผิดปกติของการใช้สารเสพติดสมาคมจิตแพทย์สหรัฐอเมริกา (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) ที่มีการพัฒนาปรับเปลี่ยนแนวทางการวินิจฉัยให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา การดำเนินของโรค หรือความผิดปกติของการใช้ยาและสารเสพติดในปัจจุบัน โดยจุดตัดของแบบประเมินระดับความผิดปกติของการใช้เมทแอมเฟตามีนที่พัฒนาขึ้นนี้มีความไว (Sensitivity) 75-95 สามารถทำให้มีการประเมิน และคัดกรองกลุ่มที่มีความผิดปกติจากการใช้เมทแอมเฟตามีนได้ และส่งต่อเพื่อให้การบำบัดได้ในระยะแรกๆ ของการใช้ยาในทางที่ผิด ซึ่งแบบประเมินนี้จึงเป็นอีกเครื่องมือหนึ่งที่เป็นทางเลือกในการนำไปใช้ในการจำแนกผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สาร และจำแนกระดับความรุนแรงของการใช้เมทแอมเฟตามีน

ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลจากสถานบำบัดเฉพาะทางด้านยาเสพติดส่วนใหญ่จึงพบผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้เมทแอมเฟตามีนอยู่ในกลุ่มเสี่ยงปานกลางและเสี่ยงสูงเป็นจำนวนมากจึงเป็นข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้ ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปในการพัฒนาแบบคัดกรองจึงควรศึกษาและเก็บข้อมูลในสถานบริการปฐมภูมิ (Primary health care) ที่มีกลุ่มตัวอย่างครอบคลุมทุกกลุ่ม ทั้งกลุ่มผู้ที่ไม่ใช้สารเสพติด และผู้ใช้สารเสพติดที่มีความผิดปกติ ทั้งกลุ่มเสี่ยงต่ำ เสี่ยงปานกลาง และเสี่ยงสูง
2. ควรมีการเก็บจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้จำนวนมากขึ้นเพื่อให้มีอำนาจในการทดสอบมากขึ้น
3. มีการพัฒนาแบบคัดกรองในกลุ่มสารเสพติดชนิดอื่นๆ ทั้งสารเสพติดที่ผิดกฎหมายและถูกกฎหมายได้แก่ กลุ่มสาร Opioid กระเทียม กัญชา แอลกอฮอล์ และบุหรี่ เป็นต้น
4. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของแบบคัดกรองในผู้เข้าและสารเสพติด หรือศึกษาในสารเสพติดแต่ละชนิด

บรรณานุกรม

- กิตติพงษ์ คงสมบูรณ์. (2557). *วิจัยทางระบาดวิทยา*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฬาลักษณ์ โกมลตรี. (2555). บทความพิเศษ: การคำนวณขนาดตัวอย่าง. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 20(3): 192-198.
- ชาญวิทย์ พรนภดล, ัญฐกานต์ วิฑูรย์ และศิริจินดา จันท์เพ็ญ. (2556). การศึกษาความเชื่อถือได้และความแม่นยำของแบบสัมภาษณ์ Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised (DICA-R-P และ DICA-R-A) ฉบับภาษาไทย เพื่อการวินิจฉัยโรคอารมณ์ผิดปกติ (Mood disorder) ในวัยรุ่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 58(2): 135-146.
- ชาญวิทย์ พรนภดล, บัณฑิต ศรีไพศาล, กุสุมาวดี คำเกลี้ยง และ เสาวนีย์ พัฒนอมร. (2557). การพัฒนาแบบทดสอบการติดเกมส์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 59(1): 3-14.
- นงนุช สัตกรพรพรหม, กมลเนตร วรรณเสวก, สนทรรศ บุขราทิจ และ พรพิมล เรืองวุฒิเลิศ. (2556). ความแม่นยำของแบบสอบถาม CAGE-AID เพื่อคัดกรองการเสพติดยาบ้าหรือการใช้อย่างผิดที่ผิดในในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 58(4): 385-394.
- เบญจพร ปัญญา. (2553). ความตรงของแบบคัดกรองกลุ่มอาการออทิซึม. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 18(1): 36-45.
- ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และมาโนช หล่อตระกูล. (2539). *DSM IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- ปรีชวัน จันท์ศิริ. (2557). *พัฒนาแบบคัดกรองเด็กเพื่อสนับสนุนกลไกการเฝ้าระวังการทารุณกรรมเด็กของหน่วยงานด้านสาธารณสุข*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ: กรุงเทพฯ.
- ปิยะรัตน์ โกวิททรงศ์. (2554). *กลไกของแอมเฟตามีนในการทำลายเซลล์ประสาทก่อให้เกิดสมองเสื่อม*. (ออนไลน์). สืบค้น 27 สิงหาคม 2556, จาก <http://www.manager.co.th/Campus/ViewNews.aspx?NewsID=9550000045213>.
- ไพบูลย์ โล่ห์สุนทร. (2540). *ระบาดวิทยา*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มานพ คณะโต, บสพร อนุสรณ์พานิชกุล และวรพล หนูขุน. (2553). *เอกสารประมวลองค์ความรู้เรื่องไอซ์*. สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.
- ธชัย คงสกันธ์. (2542). การพัฒนาแบบวัด Behavior and Symptom Identification Scale (BASIS-32) ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 44(4): 298- 307.
- วรางคณา รักงานและคณะ. (2555). *การศึกษาลักษณะอาการทางจิตเวชในผู้ป่วยเสพยาเสพติดแบบผู้ป่วยในของสถาบันธัญญารักษ์*. กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี กรมการแพทย์. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2562). *สถิติการบำบัดรักษาปี 2559-2562*. ฝ่ายเอกสาร.

- สุกมา แสงเดือนฉาย. (2558). *การพัฒนาแบบสอบถามการใช้เมทแอมเฟตามีนของผู้เข้ารับการรักษาบำบัดรักษา*. อัดสำเนา.
- สุชีรา ภัทรายุตวรรณ. (2545). *คะแนนมาตรฐาน. คู่มือการวัดทางจิตวิทยา*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์เมติคัล มีเดีย.
- สาวิตรี อัจฉนากรชัย, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และพันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2554). *แบบคัดกรองประสบการณ์การดื่มสุรา บุหรี่ และการใช้สารเสพติด*. คุณาไทย: นนทบุรี.
- สาวิตรี อัจฉนากรชัย. (2556). *การพัฒนางานบริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อสำหรับผู้ผู้ใช้สารเสพติดในระบบสาธารณสุขปฐมภูมิ*. กรุงเทพฯ: วนิดาการพิมพ์.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ. (2553). *การพัฒนาและทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือจัดระดับความรุนแรงของผู้มีปัญหาการใช้สารระเหยชื่อ Khon Kaen University-Volantine Use Disorder Identificaton Test (KKU-VOUDIT)*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 55(1): 63-78.
- อรพินท์ ชูชม. (2545). *การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวัดทางพฤติกรรมศาสตร์*. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- American Psychiatric Association. (2000). Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DS-M-IV-TR. *American Psychiatric Publishing*, Washington, DC
- American Psychiatric Association. (2013). Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5. *American Psychiatric Publishing*, Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Fifth edition. *American Psychiatric Publishing*, Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Publishing: Washington, DC.
- Department of Health.(2020). Poly Drug Use. Retrieved 27 January 2020, From <https://www1.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/phd-npi-methamphetamine-report-feb09-l~polydruguse>.
- M M Shoukri, M H Asyali and Donner. (2004). *Sample size requirements for the design reliability study: review and new results*. Retrieved 20 October 2014, From <http://www.smm.sagepub.com/content/13/4/251>.
- Schumacker, Randall E,& Rormex Richard G. (2004). *A beginner's guide to structural equation modeling*. (2 nd.). Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- World Health Organization. (2010). *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Manual for Use in Primary Care*. Department of Mental Health and Substance Abuse: Geneva.

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามความผิดปกติของการใช้สารเสพติด

ชุดที่ 2 แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เสพยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา

กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ. Version2)

ชุดที่ 3 แบบสอบถาม M.I.N.I ในผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน

ชุดที่ 4 แบบวินิจฉัยความผิดปกติของการใช้สารเสพติด

(Substance Use Disorder) (DSM-5)

ชุดที่ 1 แบบสอบถามความผิดปกติของการใช้สารเสพติด

รหัสอาสาสมัคร.....

โปรดเติมข้อความต่อไปนี้ และใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความตามความเป็นจริง

- เพศ.....อายุ.....ปี ระดับการศึกษา.....สถานภาพสมรส.....
อาชีพหลัก.....
- สารเสพติดที่ใช้ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา
 บุหรี่ สุรา กัญชา กระท่อม สารระเหย
 ยาบ้า ไอซ์ ยาอี เฮโรอีน อื่นๆ
- สารเสพติดหลักที่ใช้.....ปริมาณที่ใช้/วัน.....ระยะเวลาที่ใช้.....เดือน/ปี
- โรค/อาการแทรกซ้อนทางร่างกาย
 ไม่มี ตับอักเสบ วัณโรค ติดเชื้อเอชไอวี อื่นๆ
- อาการแทรกซ้อนทางจิต
 ไม่มี หูแว่ว ภาพหลอน หวาดระแวง อะอะ วุ่นวาย
 อื่นๆ
- สัมพันธภาพในครอบครัว
 รักใคร่กันดี ต่างคนต่างอยู่ ทะเลาะเบาะแว้งกันบ้าง ทะเลาะเบาะแว้งกันเป็นประจำ
- ปัญหาทางกฎหมาย (เกี่ยวข้องกับสารเสพติด) ไม่มี มี

ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	อาการ	
	มี	ไม่มี
การใช้สาร ทำให้เกิดอาการต่อไปนี้หรือไม่		
1. คุณมีการใช้สาร.....ปริมาณมากกว่าที่ตั้งใจ		
2. คุณมีความต้องการหยุดหรือลดการใช้สาร.....แต่ไม่สามารถทำได้สำเร็จ		
3. คุณใช้เวลาอย่างมากไปกับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้สาร..... (การหาสารเสพติด การใช้สารเสพติดหรือการพักผ่อนจากฤทธิ์ของสารนั้น)		
4. คุณมีความรู้สึกอยากยาหรือต้องการใช้อย่างมาก		
5. คุณมีการใช้สาร.....เป็นประจำ จนทำให้เกิดผลเสียต่องาน การเรียน หรือครอบครัว		
6. คุณยังคงใช้สาร.....แม้จะก่อให้เกิดปัญหาการอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่นในสังคม (ความรุนแรงในครอบครัว ทะเลาะวิวาท ทำร้ายร่างกายกัน)		
7. คุณต้องงดหรือลดการเข้าสังคม การงาน หรือการพักผ่อนหย่อนใจ เนื่องจากการใช้สาร.....		
8. คุณมีการใช้สารนั้นในสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตราย เช่น ขณะขับรถยนต์ ใช้เครื่องจักรหรือสถานการณ์อื่นๆ		
9. คุณคงมีการใช้สาร.....แม้จะทราบว่า มีโอกาสก่อให้เกิดปัญหาทางร่างกายหรือจิตใจ หรือทำให้ปัญหาเลวร้ายกว่าเดิม		
10. คุณใช้สาร.....ปริมาณเพิ่มขึ้นเพื่อให้ผลดีเท่าเดิม หรือใช้ปริมาณเท่าเดิม แต่ผลของสารน้อยลง		
11. คุณมีอาการขาดยาเมื่อหยุดใช้		

การประเมินระดับความรุนแรงของการใช้สารเสพติด

- ระดับต่ำ =2-3 ข้อ ระดับปานกลาง =4-5 ข้อ ระดับสูง=ตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป

อธิบายเพิ่มเติมแบบประเมินความผิดปกติของการใช้สารเสพติด

- คำถามข้อ 1** หมายถึง มีการใช้สารเสพติดในปริมาณมากกว่าที่ตั้งใจ หรือใช้เป็นช่วงเวลานานกว่าที่ตั้งใจ
- คำถามข้อ 2** หมายถึง มีความต้องการใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่องเมื่อพยายามหยุด หรือลดก็ไม่สามารถหยุดได้สำเร็จ หรือไม่สามารถควบคุมการใช้สารเสพติดได้
- คำถามข้อ 3** หมายถึง การใช้เวลาอย่างมากในการกระทำเพื่อให้ได้สารเสพติดนั้นมา เช่นการใช้เวลาในเดินทางในพื้นที่ไกลๆ เพื่อหายา หรือมีการหมกมุ่นกับการใช้สารเสพติดนั้น หรือต้องใช้เวลามากในการฟื้นจากฤทธิ์ของสารเสพติด
- คำถามข้อ 4** หมายถึง มีความรู้สึกอยากยา หรือมีความต้องการที่จะใช้สารเสพติดอย่างมาก
- คำถามข้อ 5** หมายถึง มีการใช้สารเสพติดเป็นประจำจนทำให้ไม่สามารถทำในบทบาทหน้าที่ที่สำคัญ ที่จำเป็นได้ทั้งการทำงาน (ขาดงาน ไปทำงานสาย หรือผลการทำงานไม่ดี) การเรียน (ขาดเรียน ผลการเรียนไม่ดี) และงานบ้าน (การละเลยการดูแลบุตร หรือบุคคลในครอบครัว หรือบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ)
- คำถามข้อ 6** หมายถึง ยังคงใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่องแม้จะกระตุ้นให้ปัญหาทางสังคมหรือปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเกิดขึ้นบ่อยๆ ครั้ง (ลักษณะของ ทะเลาะวิวาทกับผู้อื่น ความรุนแรงในครอบครัว ทะเลาะกับคู่สมรสมีการทำร้ายร่างกายกัน)
- คำถามข้อ 7** หมายถึง การใช้สารเสพติดส่งผลให้ต้องงดหรือลดกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำ ได้แก่ กิจกรรมทางสังคมการทำงาน หรือการพักผ่อนหย่อนใจ โดยไปร่วมกิจกรรมต่างๆ น้อยลง หรือไม่เข้าไปร่วมเลยเนื่องจากใช้สารเสพติด
- คำถามข้อ 8** หมายถึง มีการใช้สารเสพติดเป็นประจำทุกๆ ที่อยู่ในสถานการณ์ที่อาจก่ออันตรายต่อร่างกาย (ขณะขับรถยนต์ หรือใช้เครื่องจักร อยู่ในสภาพที่ไม่พร้อมจากการใช้สารเสพติด)
- คำถามข้อ 9** หมายถึง คงมีการใช้สารเสพติดแม้จะทราบว่า มีโอกาสก่อหรือกระตุ้นให้เกิดปัญหาทางร่างกาย หรือจิตใจที่มีอยู่แล้ว ให้เป็นขึ้นอีก (ยังคงสูบบุหรี่ทั้งที่มีอาการทางจิตเวช มีอาการหูแว่ว หวาดระแวง เห็นภาพหลอน)
- คำถามข้อ 10** หมายถึง (Tolerance) มีความต้องการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างมากเพื่อให้ฤทธิ์ของยาเสพติดเกิดผลมากตามที่ต้องการ (Intoxication) หรือได้รับผลจากสารเสพติดลดลงอย่างมากหากคงใช้ สารนั้นในขนาดหรือปริมาณเท่าเดิม
- คำถามข้อ 11** หมายถึง (Withdrawal) มีอาการขาดยาได้แก่ หงุดหงิด กระวนกระวาย อ่อนเพลียปวดเมื่อยตามร่างกาย หมดแรง หรือเกิดอาการซึมเศร้า

ชุดที่ 2 แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา

กระทรวงสาธารณสุข (กคก.กสร. V2)

รหัสอาสาสมัคร.....

โปรดเติมข้อความต่อไปนี้ และใส่เครื่องหมาย X หน้าข้อความตามความเป็นจริง

ยาและสารเสพติดหลักที่ใช้ใน 3 เดือนที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ).....

ยาบ้า ไอซ์ ยาอี กัญชา กระท่อม สารระเหย เฮโรอีน ฝิ่น อื่นๆ (ระบุ).....

ยาและสารเสพติดหลักที่ใช้และคัดกรองครั้งนี้ คือ.....ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	ไม่เคย	เพียง 1-2 ครั้ง	เดือนละ 1-3 ครั้ง	สัปดาห์ละ 1-4 ครั้ง	เกือบ ทุกวัน (สัปดาห์ละ 5-7 วัน)
1. คุณใช้.....บ่อยเพียงใด	0	2	3	4	6
2. คุณมีความต้องการ หรือมีความรู้สึกอยากใช้..... จนทนไม่ได้บ่อยเพียงใด	0	3	4	5	6
3. การใช้.....ทำให้คุณเกิดปัญหาสุขภาพ ครอบครั สังคมกฎหมาย หรือการเงินบ่อยเพียงใด	0	4	5	6	7
4. การใช้.....ทำให้คุณไม่สามารถรับผิดชอบ หรือทำกิจกรรมที่คุณเคยทำตามปกติได้บ่อยเพียงใด	0	5	6	7	8

ในช่วงเวลาที่ผ่านมา	ไม่เคย	เคยแต่ก่อน 3 เดือน ที่ผ่านมา	เคยในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา
5.ญาติ เพื่อน หรือคนที่รู้จักเคยว่ากล่าวตักเตือน วิพากษ์วิจารณ์ จับผิด หรือแสดงท่าที สงสัยว่าคุณเกี่ยวข้องกับการใช้.....หรือไม่	0	3	6
6. คุณเคยลด หรือหยุดใช้.....แต่ไม่ประสบผลสำเร็จ หรือไม่	0	3	6
รวมคะแนน		

ระดับคะแนน	ระดับผลกระทบจากการใช้	หมายเหตุ
2-3	ต่ำ*	อนุมานว่าเป็นผู้ใช้
4-26	ปานกลาง**	อนุมานว่าเป็นเสพ
27+	สูง***	อนุมานว่าเป็นผู้ติด

คุณเคยใช้สารเสพติดชนิดใดหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	ข้อแนะนำ
ถ้าเคย, ภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา คุณใช้บ่อยเพียงใด <input type="checkbox"/> 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือน้อยกว่า 3 วันติดต่อกัน <input type="checkbox"/> มากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือมากกว่า 3 วันติดต่อกัน	<ul style="list-style-type: none"> ● ให้การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention) ● ให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยา 10 ชุดบริการ ● ประเมินเพิ่มเติม วางแผนและให้การบำบัดรักษาแบบเข้มข้นรายบุคคล

สิ่งที่ควรคำนึงถึงก่อนการทำการคัดกรอง

เพื่อให้ผู้ใช้ยาและสารเสพติดเกิดความไว้วางใจและได้คำตอบที่เป็นจริง ผู้ทำการคัดกรองควรปฏิบัติดังนี้

- สร้างสัมพันธภาพกับผู้ถูกสัมภาษณ์ก่อน โดยการชวนพูดคุยเรื่องทั่วๆ ไป สั้นๆ แสดงท่าทีที่จริงใจ เป็นมิตร
- มีทัศนคติเชิงบวกกับผู้ที่ใช้ยาและสารเสพติด ไม่ตัดสินถูกผิดในคำตอบที่ไม่เห็นด้วย
- แสดงท่าทีให้เห็นว่ากำลังตั้งใจฟังในสิ่งที่เขาพูด
- ไวต่ออารมณ์ ความรู้สึกของผู้ถูกสัมภาษณ์และแสดงความเห็นอกเห็นใจ
- แจ้งให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ทราบว่าข้อมูลที่ให้ไปไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ถูกสัมภาษณ์ และจะเก็บรักษาเป็นความลับ

แนวทางการช่วยเหลือในกลุ่มต่างๆ

กลุ่มผู้ป่วย	แนวทางการช่วยเหลือ
ผู้ใช้	<ul style="list-style-type: none"> ● การให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพ (Health Education & Promotion) ● การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice : BA) และหรือ การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention : BI) จำนวน 1-2 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ● การช่วยเหลือของครอบครัว โรงเรียน และชุมชน ● การบำบัดโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี) <p>หมายเหตุ : กลุ่มผู้ใช้ไม่ต้องบันทึกข้อมูลในระบบข้อมูล บสต.</p>
ผู้เสพ	<ul style="list-style-type: none"> ● ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 9 วัน/วัดเป็นศูนย์สังเคราะห์/มัสยิดเป็นศูนย์สังเคราะห์ (1 เดือน) ● การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing : MI) (Motivational Enchantment Therapy : MET) 1-2 เดือน ● การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy : CBT) 1-2 เดือน ● จิตสังคมบำบัด ได้แก่ Modified MATRIX, จิตสังคมบำบัดในโรงเรียน, จิตสังคมบำบัดในรพ.สต., คลินิกใกล้ใจในชุมชน (1-2 เดือน) ● ± การรักษาดัวยยา (Medication) ● การรักษาโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี)
ผู้ติด	<ul style="list-style-type: none"> ● การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก จิตสังคมบำบัด เช่น Modified Matrix, MATRIX Program (4 เดือน), การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) 2 - 4 เดือน, การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) 2-4 เดือน, ครอบครัวบำบัด 2-4 เดือน, จิตบำบัดแนวซาเทียร์ (Satir Model) 2-4 เดือน ● การบำบัดแบบผู้ป่วยใน ได้แก่ การบำบัดฟื้นฟูรูปแบบชุมชนบำบัด (Therapeutic Community: TC), การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) 4 เดือน - 1 ปี ● ± การรักษาดัวยยา (Medication) ● การรักษาโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี)

แนวปฏิบัติการให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) สำหรับผู้ใช้หรือเคยใช้ยาเสพติดชนิดฉีด 10 ชุดบริการ

ชุดที่ 3 แบบสอบถาม M.I.N.I ในผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน

รหัสอาสาสมัคร.....

โปรดเติมข้อความต่อไปนี้ และใส่เครื่องหมาย O หน้าข้อความตามความเป็นจริง

ต่อไปนี้จะแสดงหรืออ่านรายชื่อยาและสารเสพติดชนิดต่างๆ ให้คุณฟัง	
คุณเคย ใช้สารเสพติดเหล่านี้มากกว่า 1 ครั้งหรือไม่ ?	→ ไม่ใช่ ใช่

(→ หมายถึง : ให้ไปที่กรอบสำหรับการวินิจฉัย, วงกลมล้อมรอบคำว่า “ไม่ใช่” ในทุกกรอบ, แล้วข้ามไปทำในชุดต่อไป)

วงกลมล้อมรอบสารเสพติดชนิดที่เคยใช้

สารกระตุ้นประสาท (Stimulants) : แอมเฟตามีน, ยาม้า, ยาบ้า, ยาขยัน “speed”, crystal meth, “crank”, “rush”

ระบุสารเสพติดที่ใช้บ่อยที่สุด :เริ่มใช้อายุ.....ปี

1. เกี่ยวกับการใช้ (ชื่อสารเสพติด) ของคุณ, ตลอดชีวิตที่ผ่านมา ในระยะเวลาเดียวกันใน 12 เดือน เคยมีในช่วงเวลาที่:

- | | | |
|---|--------|-----|
| a. คุณพบว่า คุณต้องการใช้ (ชื่อสารเสพติด) ในปริมาณที่มากขึ้น เพื่อให้ได้ผลเหมือนกันกับตอนที่คุณเริ่มใช้ ใช่หรือไม่ | ไม่ใช่ | ใช่ |
| b. เมื่อคุณลดหรือหยุดการใช้ (ชื่อสารเสพติด), คุณมีอาการถอนยา (เช่น อ่อนเพลีย, ฝันร้าย, นอนหลับยาก, หรือนอนมากเกินไป, ความอยากอาหารเพิ่ม, รู้สึกร่างกายแข็งข้างลง, หรือกระวนกระวายใจ, วิตกกังวล, หงุดหงิด, หรือซึมเศร้า) หรือไม่? คุณได้ใช้ยาอะไรก็ตามเพื่อให้ตัวเองหายจากอาการถอนยา หรือเพื่อให้รู้สึกดีขึ้น หรือไม่?
ถ้าตอบว่า “ใช่” เพียงข้อใดข้อหนึ่งให้ลงรหัสว่า “ใช่” | ไม่ใช่ | ใช่ |
| c. คุณพบว่าบ่อยครั้งที่คุณใช้ (ชื่อสารเสพติด), มากกว่าที่คุณคิดไว้ในตอนแรกหรือไม่? | ไม่ใช่ | ใช่ |
| d. คุณได้พยายามที่จะลดหรือหยุดใช้ (ชื่อสารเสพติด) แต่ก็ไม่สำเร็จ ใช่หรือไม่? | ไม่ใช่ | ใช่ |
| e. ในวันที่คุณใช้ (ชื่อสารเสพติด) นั้น, คุณใช้เวลา (>2 ชม.) ในการหา, เสพ, หรือฟื้นจากฤทธิ์ของยา, หรือคิดหมกหมุ่นเกี่ยวกับยานั้น ใช่หรือไม่? | ไม่ใช่ | ใช่ |

- f. คุณใช้เวลาในการทำงาน, การพักผ่อนหย่อนใจ, หรือการอยู่ร่วมกันกับครอบครัวหรือผู้อื่นน้อยลงจากเนื่องจากการใช้ยานั้น ใช่หรือไม่? ไม่ใช่ ใช่
- g. คุณไม่หยุด (ข้อสารเสพติด), แม้ว่ามันจะทำให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพร่างกายหรือจิตใจของคุณ ใช่หรือไม่? ไม่ใช่ ใช่

ข้อ 1 ตอบว่า “ใช่” อย่างน้อย 3 ข้อ ใช่หรือไม่?

ไม่ใช่ ใช่

METHAMPHETAMINE
DEPENDENCE LIFETIME

อายุที่เริ่มเกิดอาการครั้งแรกเมื่ออายุ.....ปี

คุณเคยมีความต้องการที่จะเสพยา
หรือมีความรู้สึกอยากเสพยา (ตามข้อสาร)

ไม่ใช่ ใช่

ไม่ใช่ ใช่

METHAMPHETAMINE
DEPENDENCE CURRENT

ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา

ข้อ K2 ตอบว่า “ใช่” อย่างน้อย 3 ข้อ ใช่หรือไม่?

2. เกี่ยวกับการใช้ (ข้อสารเสพติด) ของคุณ, ตลอดชีวิตที่ผ่านมา:

- a. คุณเคยเมา (intoxicated), ครั่นเครงมาก (high), หรือเมาค้าง (hungover) จากการใช้ (ข้อสารเสพติด) มากกว่า 1 ครั้ง ในขณะที่คุณต้องรับผิดชอบด้านการเรียน, การทำงาน, หรืองานบ้านหรือไม่? สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดปัญหาหรือไม่? (ให้ตอบว่า “ใช่” ถ้าทำให้เกิดปัญหา) ไม่ใช่ ใช่
- b. คุณเคยเมาหรือครั่นเครงมากเนื่องจากการใช้ (ข้อสารเสพติด) มากกว่า 1 ครั้ง ในขณะที่คุณอยู่ในสถานการณ อาจได้รับอันตราย เช่น ขณะขับรถยนต์, ขับจักรยานยนต์, ใช้เครื่องจักร, นั่งเรือ, ฯลฯ หรือไม่? ไม่ใช่ ใช่
- c. คุณเคยถูกตำรวจจับ มากกว่า 1 ครั้งเนื่องมาจากการใช้ (ข้อสารเสพติด) ของคุณหรือไม่? ไม่ใช่ ใช่

d. คุณไม่หยุดใช้ (ซื้อสารเสพติด), ถึงแม้ว่าการใช้ยาของคุณ จะก่อให้เกิดปัญหากับคนในครอบครัวของคุณหรือกับผู้อื่น ใช่หรือไม่?

ไม่ใช่ ใช่

ข้อ 2 ตอบว่า “ใช่” อย่างน้อย 1 ข้อ ใช่หรือไม่?

ไม่ใช่ ใช่

METHAMPHETAMINE
ABUSE LIFETIME

อายุที่เริ่มเกิดอาการครั้งแรกเมื่ออายุ.....ปี

คุณเคยมีความต้องการที่จะเสพสาร
หรือมีความรู้สึกอยากเสพสาร (ตามซื้อสาร)

ไม่ใช่ ใช่

ไม่ใช่ ใช่

METHAMPHETAMINE
ABUSE CURRENT

ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา
ข้อ 2 ตอบว่า “ใช่” อย่างน้อย 1 ข้อ ใช่หรือไม่?

ชุดที่ 4 แบบวินิจฉัยความผิดปกติของการใช้สารเสพติด (Substance Use Disorder) (DSM-5)

รหัสอาสาสมัคร.....

โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่ตรงกับอาการ/ลักษณะของผู้ป่วย

เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-5 เพื่อประกอบการวินิจฉัยโดยแพทย์ ทั้งหมด 11 ข้อ (11 อาการ) ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

Criteria
1. The substance is often taken in larger amounts or over a longer period than was intended.
2. There is a persistent desire or unsuccessful efforts to cut down or control substance use.
3. A great deal of time is spent in activities necessary to obtain the substance, use the substance, or recover from its effects.
4. Craving, or strong desire or urge to use the substance.
5. Recurrent substance use resulting in a failure to fulfill major role obligations at work, school, or home
6. Continues substance use despite having persistent or recurrent social or interpersonal problems caused or exacerbated by the effects of the substance.
7. Important social, occupational, or recreational activities are given up the substance or reduced because of substance use.
8. Recurrent substance use in situations in which it is physically hazardous.
9. Substance use is continued despite knowledge of having a persistent or recurrent physical or psychological problem that is likely to have been caused or exacerbated by the substance.
10. Tolerance, as defined by either of the following: a. A need for markedly increased amounts of the substance to achieve intoxication or desired effect. b. A markedly diminished effect with continued use of the same amount of the substance.
11. Withdrawal, as manifested by either of the following: a. The characteristic withdrawal syndrome for the substance. b. The same (or a closely related) substance is taken to relieve or avoid withdrawal symptoms.
โปรดลงคะแนนจำนวนข้อ (symptom count) เพื่อให้การวินิจฉัยความผิดปกติของการใช้สารเสพติด (โปรดตอบทุกข้อ) Total symptom count.....criteria (range 0-11) สำหรับกัญชา Total symptom count.....criteria (range 0-11) สำหรับน้ำต้มใบกระท่อม ใบกระท่อม Total symptom count.....criteria (range 0-11) สำหรับสารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีน เช่น ยาบ้า ไอซ์ Total symptom count.....criteria (range 0-11) สำหรับยาากล่อมประสาท ยานอนหลับ Total symptom count.....criteria (range 0-11) สำหรับกลุ่มสารโอปิออยด์ เช่น ฝิ่น เฮโรอีน มอร์ฟีน ฯลฯ Total symptom count.....criteria (range 0-11) สำหรับสารระเหย Total symptom count.....criteria (range 0-11) สำหรับสารอื่นๆ (โปรดระบุ.....)

หมายเหตุ การให้คะแนน mild (2-3 criteria) moderate (4-5 criteria) severe (6 or more criteria)

ภาคผนวก ๗

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์ ความเที่ยง (Reliability) ของแบบคัดกรอง

ข้อคำถาม	Item total correlation	Cronbach's alpha
(1) คุณมีการใช้สารปริมาณมากกว่าที่ตั้งใจ	.476	.766
(2) คุณมีความต้องการหยุดหรือลดการใช้สารแต่ไม่สามารถทำได้สำเร็จ	.259	.786
(3) คุณใช้เวลาอย่างมากไปกับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้สาร (การหาสารเสพติด การใช้สาร เสพติดหรือการพักผ่อนจากฤทธิ์ของสารนั้น)	.418	.773
(4) คุณมีความรู้สึกอยากยาหรือต้องการใช้อย่างมาก	.584	.752
(5) คุณมีการใช้สารเป็นประจำ จนทำให้เกิดผลเสียต่องาน การเรียน หรือครอบครัว	.567	.755
(6) คุณยังคงใช้สารแม้จะก่อให้เกิดปัญหาการอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่นในสังคม (ความรุนแรงในครอบครัว ทะเลาะวิวาท ทำร้ายร่างกายกัน)	.468	.767
(7) คุณต้องงดหรือลดการเข้าสังคม การงาน หรือการพักผ่อนหย่อนใจ เนื่องจากการใช้สาร	.422	.772
(8) คุณมีการใช้สารนั้นในสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตราย เช่น ขณะขับรถยนต์ใช้เครื่องจักรหรือสถานการณ์อื่นๆ	.358	.780
(9) คุณคงมีการใช้สารแม้จะทราบว่า มีโอกาสก่อให้เกิดปัญหาทางร่างกาย หรือจิตใจ หรือทำให้ปัญหาเลวร้ายกว่าเดิม	.424	.772
(10) คุณใช้สารปริมาณเพิ่มขึ้นเพื่อให้ผลดีเท่าเดิม หรือใช้ปริมาณเท่าเดิมแต่ผลของสารน้อยลง	.474	.766
(11) คุณมีอาการขาดยาเมื่อหยุดใช้	.380	.776
รวมทั้งฉบับ	.786	

ตารางที่ 11 คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) โครงสร้างขององค์ประกอบแบบคัดกรอง

องค์ประกอบ	ข้อ	คำถาม	น้ำหนักองค์ประกอบ		
			1	2	3
องค์ประกอบที่ 1	1	คุณมีการใช้สารปริมาณมากกว่าที่ตั้งใจ	0.72		
ความหมกมุ่น และไม่สามารถ ควบคุมการใช้ เมทแอมเฟตามีน	3	คุณใช้เวลาอย่างมากไปกับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้สาร (การหาสารเสพติด การใช้สารเสพติด หรือการพักผ่อนจากฤทธิ์ของสารนั้น)	0.67		
	2	คุณมีความต้องการหยุดหรือลดการใช้สาร แต่ไม่สามารถทำได้สำเร็จ	0.55		
	4	คุณมีความรู้สึกรอยกายหรือต้องการใช้อย่างมาก	0.49	0.43	0.30
องค์ประกอบที่ 2 ใช้เมทแอมเฟตามีน แบบเสี่ยงและ	5	คุณมีการใช้สารเป็นประจำ จนทำให้เกิดผลเสียต่องาน การเรียน หรือครอบครัว	0.48	0.31	0.41
	9	คุณคงมีการใช้สารแม้จะทราบว่า มีโอกาสก่อให้เกิดปัญหาทางร่างกาย หรือจิตใจ หรือทำให้ปัญหาเลวร้ายกว่าเดิม		0.73	
	8	คุณมีการใช้สารนั้นในสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตราย เช่น ขณะขับรถยนต์ ใช้เครื่องจักรหรือสถานการณ์อื่นๆ		0.69	
อันตราย	10	คุณใช้สารปริมาณเพิ่มขึ้นเพื่อให้ผลดีเท่าเดิม หรือใช้ปริมาณเท่าเดิมแต่ผลของสารน้อยลง		0.54	
	11	คุณมีอาการขาดยาเมื่อหยุดใช้			0.72
ผลกระทบ	6	คุณยังคงใช้สารแม้จะก่อให้เกิดปัญหาการอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่นในสังคม (ความรุนแรง ในครอบครัว ทะเลาะวิวาท ทำร้ายร่างกายกัน)	0.38	0.69	
	7	คุณต้องงดหรือลดการเข้าสังคม การงาน หรือการพักผ่อนหย่อนใจ เนื่องจากการใช้สาร			0.66

ภาคผนวก ค
รายชื่อนักวิจัยในพื้นที่

รายนามนักวิจัยในพื้นที่

โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

นายแพทย์อภิศักดิ์ วิทยานุกุลลักษณ์
คุณเสาวรส ทาบุญสม

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

นายแพทย์อัครพัฒน์ เตยระราชกุล
คุณอำพร คนชื้อ

นายแพทย์ชำนาญการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา

นายแพทย์ธนรัตน์ พุทธชาติ
คุณนวลจันทร์ โอทอง

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

นายแพทย์อภิชาติ เรณูวัฒนานนท์
คุณตรีณัฐ ราชภูร์ดุขัติ

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



พิกัดพื้นที่ :

บริษัท เดอะ กราฟิกโก ซิสเต็มส์ จำกัด

119/138 หมู่ 11 เดอะ เทอร์เรซ ซ.ติวานนท์ 3 ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมืองนนทบุรี จ.นนทบุรี 11000

โทร. 0 2525 1121, 0 2525 4669-70 แฟกซ์ 0 2525 1272

E-mail : thegraphicsys@gmail.com