

การพัฒนาและทดสอบคุณภาพของแบบวัดความรุนแรงของการติดสุรา*

สุนทรี ศรีโกไสย, APN, Ph.D.candidate**

ดาราพรรณ ต๊ะปิ่นตา, Ph.D.***

พันธุ์นา กิตติรัตนไพบูลย์, MD.****

นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, MD.*****

บทคัดย่อ: วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อพัฒนาและทดสอบคุณภาพของแบบวัดความรุนแรงของการติดสุราบ้างภาษาไทย โดยใช้ข้อคำถามจากต้นฉบับภาษาอังกฤษที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของกลุ่มอาการติดสุราโดยสต็อคเวล และคณะ วิธีการศึกษาแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะแรกเป็นการแปลเครื่องมือโดยใช้วิธีแปลแบบสมมาตร และแปลย้อนกลับจากภาษาไทยมาเป็นภาษาอังกฤษ ประเมินชุดที่แปลย้อนกลับโดยเทียบกับต้นฉบับเจ้าของเครื่องมือ และประเมินความเข้าใจในความหมายและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ป่วยโรคติดสุราเพศชายและหญิง จำนวน 4 คน ระยะที่สอง เป็นการตรวจสอบคุณภาพของแบบวัด ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยติดสุรา 100 คน เพื่อตรวจสอบ (1) คุณภาพของข้อคำถาม (2) ความตรงเชิงโครงสร้าง โดยการใช้กลุ่มต่างและการวิเคราะห์องค์ประกอบ และ (3) ความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยวิธีหาค่าความสอดคล้องภายใน

ผลการศึกษา แบบวัดความรุนแรงของการติดสุรามีจำนวน 20 ข้อคำถาม คุณภาพของแบบวัดด้านความตรงเชิงเนื้อหาข้อมีค่าเท่ากับ 1.00 และความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ 1.00 คุณภาพของแบบวัดที่ประเมินโดยผู้ป่วยติดสุรา พบว่า (1) ข้อคำถามที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมทั้งฉบับ $r \geq 0.4$ มี 20 ข้อ มีอำนาจจำแนกดี 20 ข้อ (2) ความตรงเชิงโครงสร้าง โดยการใช้กลุ่มต่างคือกลุ่มไม่ติดสุรา และกลุ่มติดสุราระดับรุนแรง (กลุ่มละ 33 คน) พบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$, $t = -20.52$) การวิเคราะห์องค์ประกอบได้แบบวัดที่มี 20 ข้อ คำถาม 5 องค์ประกอบ ร้อยละของความแปรปรวนที่สามารถอธิบายได้มีค่าเท่ากับ 73.03 และ (3) สัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.92

ข้อเสนอแนะ แบบวัดความรุนแรงของการติดสุรามีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นในระดับสูง จึงสามารถใช้เป็นเครื่องมือวัดระดับความรุนแรงของการติดสุรา และใช้เป็นเครื่องมือวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยติดสุราได้

วารสารสภาการพยาบาล 2555; 27(4) 69-83

คำสำคัญ: คุณลักษณะทางจิต แบบวัด ความรุนแรง ติดสุรา

*เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาจากศูนย์วิจัยปัญหาสุรา

** ผู้เขียนหลัก พยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลสวนปรุง Email: s.srikosai@gmail.com

***รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

****นายแพทย์เชี่ยวชาญ กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต

*****รองศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ผู้ติดสุราประสบปัญหาอย่างน้อย 3 ใน 7 ด้านต่อไปภายใน 12 เดือน คือ ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ ต้องการดื่มมากขึ้นเพื่อให้ได้ฤทธิ์เท่าเดิม มีอาการทางกายเมื่อไม่ได้ดื่ม พยายามเลิกดื่มหลายครั้งแต่ไม่สำเร็จ ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดื่มและการเมาสุรา ไม่สนใจกิจกรรมทางสังคมหรือการประกอบอาชีพ และยังคงดื่มต่อไปแม้จะได้รับผลกระทบจากการดื่ม¹ การติดสุราจึงเป็นความผิดปกติทางพฤติกรรมที่แสดงอาการด้านร่างกายและจิตใจ มีการสร้างเครื่องมือประเมินการติดสุราหลากหลายชนิด ที่นิยมใช้กันได้แก่แบบวัด CAGE (cut down, annoyed, guilty, eye opener)² และ Alcohol Use Disorders Identification test (AUDIT)³

ผู้ที่ได้รับการประเมินว่า “ติดสุรา” หากไม่สามารถระบุได้ว่าติดสุราในระดับรุนแรงมากน้อยเพียงใด อาจทำให้การดูแลเพื่อตอบสนองปัญหาความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายทำได้จำกัด เนื่องจากความเสื่อมของสมองและความผิดปกติในการทำหน้าที่รักษาสมดุลในสมองของสารสื่อประสาทโดยเฉพาะ gamma amino butyric acid (GABA) ของผู้ติดสุราแต่ละรายมีความรุนแรงแตกต่างกัน จากวงจรของการได้รับและการขาดแอลกอฮอล์หลาย ๆ ครั้งมีความต่างกัน⁴ โดยผู้ติดสุรารุนแรงหรือเรื้อรัง สารสื่อประสาท GABA จะทำหน้าที่ลดลง ส่งผลให้ระบบประสาทส่วนกลางเกิดความตื่นตัวง่าย ทำให้อาการอยากสุรามีความรุนแรงมากขึ้น และมีความเสี่ยงสูงต่อการกลับดื่มซ้ำหลังการรักษา^{5,6} การมีเครื่องมือวัดระดับความรุนแรงของการติดสุราจึงเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย

แบบวัดความรุนแรงของการติดสุรา (Severity of Alcohol Dependence Questionnaire) ที่สร้างโดย

สต็อคเวล และคณะ (Stockwell et al.)⁷ สร้างขึ้นจากแนวคิดกลุ่มอาการติดสุรา (alcohol dependence syndrome)⁸ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินว่าติดสุรา รุนแรงมากน้อยเพียงใด โดยแตกต่างจากเครื่องมือประเมินปัญหาการติดสุราที่มีในปัจจุบันที่บอกได้เพียงว่าติดสุราหรือไม่ติดสุรา มีการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือกับกลุ่มผู้ติดสุราทั้งในโรงพยาบาล และในชุมชนด้วยหลายวิธีการร่วมกัน มีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง และมีผู้นำเครื่องมือนี้ไปใช้แพร่หลาย แบบวัดนี้มีองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ อาการด้านร่างกายของภาวะขาดสุรา (physical withdrawal [PHYS]) อาการด้านอารมณ์ของภาวะขาดสุรา (affective withdrawal [AFF]) ความต้องการดื่มสุราเพื่อลดอาการขาดสุรา (craving and withdrawal-relief drinking [NEED]) ปริมาณการดื่มสุราในแต่ละวัน (typical daily consumption [ALC]) และการมีอาการขาดสุรากลับคืนเร็วหลังจากหยุดดื่ม (rapidity of reinstatement of withdrawal symptoms following a period of abstinence [POSTAB]) มีจุดตัดของคะแนนที่ 31 การนำแบบวัดความรุนแรงของการติดสุราไปใช้กับผู้ติดสุราในโรงพยาบาล ข้อความแนะนำการดื่มหนักครั้งสุดท้ายภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา ส่วนการนำไปใช้กับผู้ติดสุราในชุมชนเน้นที่การดื่มหนักครั้งสุดท้ายภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา^{7,9,10}

ผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จัดเป็นกลุ่มโรคความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทเนื่องจากการเสพวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่พบเป็นลำดับที่สองในทุกปีงบประมาณ¹¹ และความชุกของผู้ติดสุรา (AUDIT ≥ 20) ในประชากรไทยจากการสำรวจครัวเรือนทั่วประเทศ พ.ศ. 2550 พบมีจำนวนประมาณ

0.23 ล้านคน¹² จำนวนการติดสุราของคนไทยดังกล่าวสะท้อนถึงความต้องการเครื่องมือวัดระดับความรุนแรงของการติดสุราเพื่อการวางแผนการพยาบาลอย่างเหมาะสม ได้แก่ ผู้ป่วยติดสุราระดับรุนแรงจะมีการขาดสุรารุนแรงมากกว่าผู้ป่วยติดสุราระดับปานกลางหรือเล็กน้อย การดูแลจำเป็นต้องเฝ้าระวังภาวะถอนพิษสุราอย่างใกล้ชิดตั้งแต่แรกเริ่มและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากอาการถอนพิษสุราอย่างครอบคลุม จึงเป็นการใช้ระดับความรุนแรงของการติดสุราในการวางแผนการพยาบาลในระยะเฉียบพลันเพื่อการป้องกันความรุนแรงของอาการขาดสุรา/อาการถอนพิษสุรา ส่วนในระยะฟื้นฟูสภาพระดับความรุนแรงของการติดสุราจะเป็นแนวทางให้การพยาบาลมีความเฉพาะกับผู้ป่วยแต่ละรายมากขึ้น สำหรับการดูแลระยะหลังการรักษา ระดับความรุนแรงของการติดสุราจะช่วยให้พยาบาลมีการวางแผนการดูแลหลังจำหน่ายที่เหมาะสมในแต่ละราย

ผู้ติดสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลมีจำนวนมาก และประโยชน์ของการมีแบบวัดความรุนแรงของการติดสุราชี้ว่า ควรมีการพัฒนาแบบวัดความรุนแรงของการติดสุราในบริบทสังคมไทย โดยทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบที่ใช้การหมุนแกนด้วยวิธีออร์โธโกนอล (Orthogonal method) เพื่อยืนยันความเป็นอิสระกันของแต่ละองค์ประกอบ และทดสอบคุณภาพเครื่องมือมากกว่า 1 วิธีร่วมกัน เพื่อให้พยาบาลมีเครื่องมือจำแนกระดับความรุนแรงของการติดสุราที่มีคุณภาพทั้งด้านความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือนำไปสู่การให้การบำบัดทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของการติดสุราของผู้ป่วย เป็นประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยติดสุรา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแบบวัดความรุนแรงของการติดสุราในบริบทสังคมไทย
2. เพื่อทดสอบคุณภาพของแบบวัดความรุนแรงของการติดสุรา

วิธีการศึกษา

หลังจากผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากสต็อคเวล (Stockwell) ให้แปลแบบวัดความรุนแรงของการติดสุรา (Severity of Alcohol Dependence Questionnaire [SADQ]) จำนวน 20 ข้อเป็นภาษาไทยแล้ว ได้ดำเนินการพัฒนาแบบวัดความรุนแรงของการติดสุราฉบับภาษาไทยตามขั้นตอนการแปลเครื่องมือข้ามวัฒนธรรม^{11,12,13,14} ดังนี้

ขั้นตอนการแปลแบบวัด

1. แปลข้อคำถามในแบบวัดความรุนแรงของการติดสุราต้นฉบับของสต็อคเวลให้เป็นภาษาไทย (forward translation) โดยใช้การแปลแบบสมมาตร (symmetric translation approach) คือ ยึดความเท่าเทียมกันระหว่างภาษาอังกฤษของแบบวัดต้นฉบับและแบบวัดชุดภาษาไทยในด้านความหมาย เนื้อหา และแนวคิด รวมทั้งคำนึงถึงความสอดคล้องกับบริบทของคนไทย ดำเนินการโดยทีมวิจัยคนที่หนึ่ง จากนั้นทีมวิจัยคนที่สามและสี่ เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของความหมาย และความเหมาะสมของภาษา

2. แปลย้อนกลับ (blind backward translation) จากภาษาไทยมาเป็นภาษาอังกฤษโดยอาจารย์ภาควิชาภาษาอังกฤษ คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 2 คน ซึ่งเชี่ยวชาญการใช้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และไม่เคยเห็นแบบวัดความรุนแรงของการติดสุราชุดต้นฉบับมาก่อน โดยคนแรกมีประสบการณ์

การใช้ภาษาอังกฤษมากกว่า 30 ปี ส่วนคนที่สองมีความเชี่ยวชาญด้านการแปลภาษา

3. เปรียบเทียบแบบวัดชุดที่แปลย้อนกลับกับชุดต้นฉบับเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของภาษา

4. ส่งแบบวัดชุดแปลย้อนกลับเป็นภาษาอังกฤษให้เจ้าของเครื่องมือพิจารณา (Tim Stockwell) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของความหมาย

5. ปรับแก้ทั้งชุดแปลย้อนกลับและชุดภาษาไทยตามข้อเสนอแนะของเจ้าของเครื่องมือ รวมทั้งตรวจสอบความเหมาะสมด้านภาษา และความเข้าใจง่ายของข้อคำถามก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยติดสุราเพศชาย 2 คน เพศหญิง 2 คน และพยาบาลหอผู้ป่วยติดสุรา 1 คน เพื่อประเมินความเข้าใจในความหมาย และความเหมาะสมของภาษา และมีการอภิปรายร่วมกันเพื่อยืนยันความเข้าใจความหมายของข้อคำถามทุกข้อตรงตามสิ่งที่ต้องการวัด

ขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 4 ด้าน คือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ตรวจสอบคุณภาพของข้อคำถาม ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

1.1) ผู้วิจัยส่งแบบวัดความรุนแรงของการติดสุราทั้งชุดภาษาไทย และชุดต้นฉบับให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุราจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์ภาคจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 1 ท่าน จิตแพทย์ประจำโรงพยาบาลสวนปรุง 1 ท่าน และแพทย์ประจำศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่ 1 ท่าน

เพื่อตรวจสอบข้อคำถามเปรียบเทียบกับชุดต้นฉบับ และแนวคิดที่ใช้สร้างข้อคำถาม พิจารณาตัดสินความตรงของข้อคำถามโดยเลือกจากตัวเลือก 4 ระดับ คือ เกี่ยวข้องมาก เกี่ยวข้องพอควรหรือเกี่ยวข้องแต่ต้องปรับแก้ เกี่ยวข้องเล็กน้อยหรือไม่สามารถประเมินได้ถ้าไม่ปรับแก้ และไม่เกี่ยวข้อง จากนั้นจะแนบที่ได้มาคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาครั้งที่ 1 และปรับแก้ข้อความให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง เพื่อดำเนินดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาครั้งที่ 2

1.2) ทดลองใช้แบบวัดกับผู้ป่วยติดสุราเพศชายและหญิงจำนวน 4 คน เพื่อประเมินความเข้าใจในความหมาย และความเหมาะสมของภาษา

1.3) ปรับปรุงแบบวัดตามข้อมูลที่ได้จากการทดลองใช้ เพื่อให้แบบวัดมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ได้แก่ การปรับข้อความให้สั้นลง อ่านเข้าใจง่าย โดยยังคงความหมายเดิมและข้อคำถาม 20 ข้อไว้

2) การตรวจสอบคุณภาพของข้อคำถาม เพื่อวิเคราะห์หาความเป็นมิติเดียวกันของข้อคำถามโดยการ

2.1) ทำอำนาจในการจำแนกของข้อคำถาม (item discrimination power) โดยใช้เทคนิค 25% แบ่งกลุ่มผู้มีคะแนนสูงและกลุ่มผู้มีคะแนนต่ำ

2.2) หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (item-total correlation coefficients) และพิจารณาค่า Chronbach's alpha เมื่อลบข้อคำถามนั้นออก

2.3) หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของแต่ละองค์ประกอบ และระหว่างคะแนนของแต่ละองค์ประกอบกับคะแนนรวมทั้งฉบับ

3) ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) โดย 2 วิธีคือ

3.1) การใช้กลุ่มต่าง (contrast group approach) คือกลุ่มไม่ติดสุรา (33 คน) และกลุ่มติดสุราระดับรุนแรง (33 คน)

3.2) การวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor Analysis) หมุนแกนแบบวารีแม็กซ์ (varimax rotation)

4) ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยการหาค่าความสอดคล้องภายใน (Chronbach's alpha coefficient)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการทดสอบคือ กลุ่มผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสภาพ ณ โรงพยาบาลสวนปรุง และศูนย์บำบัดรักษาเสพติด เชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 19-22 มกราคม พ.ศ. 2555 จำนวน 118 คน

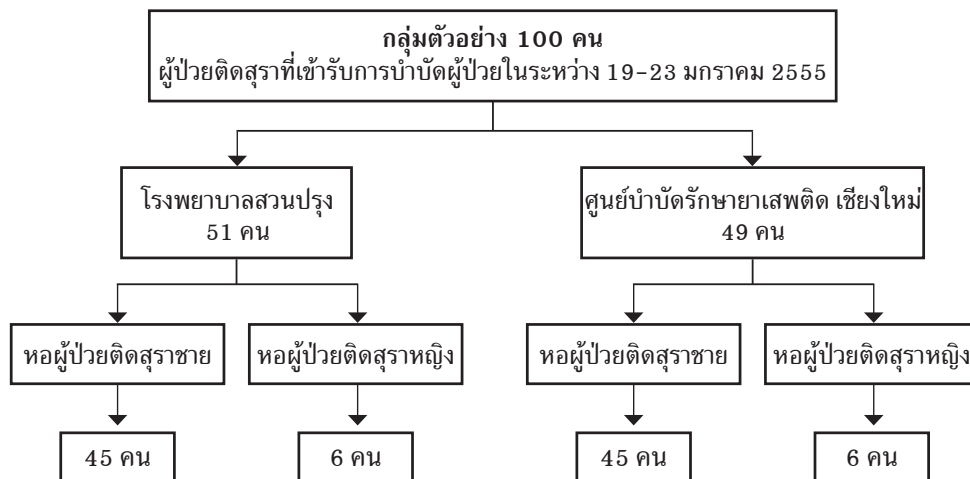
กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยการกำหนดคุณสมบัติ คือ อายุ 20-69 ปี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และสมัครใจตอบแบบวัด จำนวน 100 คน ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์องค์

ประกอบ (factor analysis) รวมทั้งเพื่อให้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ในระดับดี จึงใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 5 คนต่อ 1 ข้อคำถาม¹⁵ และใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนทั่วไปที่ไม่ติดสุรา เลือกแบบเจาะจงให้ครบจำนวน 33 คน เพื่อการทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างโดยวิธีการใช้กลุ่มต่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบวัดความรุนแรงของการติดสุรา เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยแปลมาตามขั้นตอนของการแปลเครื่องมือข้ามวัฒนธรรม^{11,12,13,14} มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ มีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ คือ ข้อ 1-16 ให้เลือกตอบ แทบจะไม่มี (0) มีบ้างบางครั้ง (1) มีบ่อยๆ (2) และมีเกือบตลอด (3) ส่วนข้อ 17-20 ให้เลือกตอบ ไม่มีเลย (0) มีเล็กน้อย (1) มีปานกลาง (2) และมีค่อนข้างมาก (3)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 19-23 มกราคม พ.ศ. 2555 ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์จำนวน 100 ชุด



Intended sample = 100 คน

Actual sample = 100 คน (100%)

เพศชาย = 88 คน เพศหญิง = 12 คน

อายุเฉลี่ย 40.28 ± 9.51 ปี Range = 21-66 ปี

แผนภูมิที่ 1 แสดงกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดสอบ

การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล และประมวลผลข้อมูล ดังนี้

1) การวิเคราะห์หาความเป็นมิติเดียวกันของ ข้อคำถาม ใช้วิธีหาค่าเฉลี่ย และใช้สถิติ independent t-test

2) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนน ของแต่ละองค์ประกอบ และความสัมพันธ์ระหว่าง คะแนนของแต่ละองค์ประกอบกับคะแนนรวมทั้งฉบับ ใช้สถิติ Pearson correlation

3) การวิเคราะห์ความเที่ยงตรง (validity) ของ เครื่องมือ ใช้การคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) การหาความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) โดยใช้สถิติ independent t-test และวิธีการวิเคราะห์ตัวประกอบหลัก (principle component analysis) โดยหมุนแกนแบบวาริแมกซ์ (varimax rotation)

4) การวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (reliability) ของ เครื่องมือ ใช้วิธีหาค่าความสอดคล้องภายในโดยการ หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย ภายใต้อำนาจการวิจัยเรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมการ ป้องกันการกลับมาดื่มซ้ำโดยใช้แนวคิดชาเทียร์ใน ผู้หญิงติดสุรา” จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ของโรงพยาบาลสวนปรุง ตามเอกสารเลขที่ 1/2555 และของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารเลขที่ 173/2011 ก่อนดำเนินการเก็บ รวบรวมข้อมูลมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของการพิทักษ์สิทธิ์ให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ และสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยนี้ได้โดยไม่มีผล กระทบใดๆ หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอม เข้าร่วมการวิจัยลงนามยินยอมด้วยความสมัครใจ

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยติดสุรา ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล สวนปรุง และศูนย์บำบัดรักษาเสพติดเชียงใหม่ จำนวน 100 คน มีอายุระหว่าง 21-66 ปี อายุเฉลี่ย 40.28 ± 9.51 ปี เป็นเพศชาย (88 คน) มากกว่าเพศหญิง (12 คน) (Figure 1 และ Figure 2)

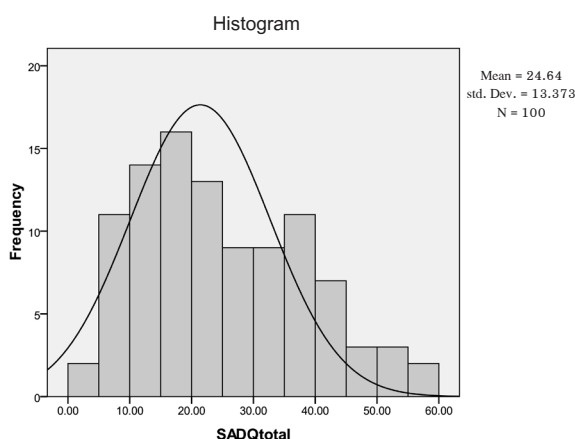


Figure 1: การกระจายของคะแนนรวม SADQ

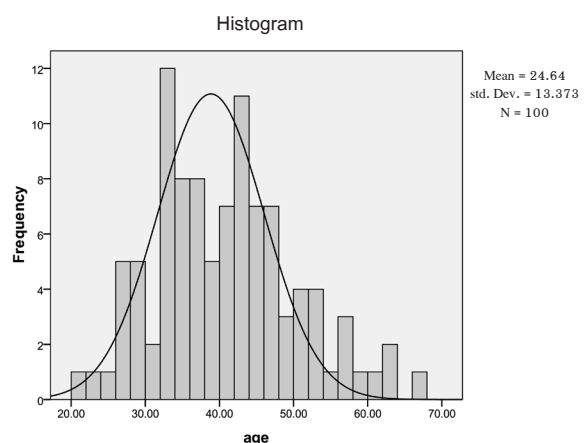


Figure 2: การกระจายของอายุของกลุ่มตัวอย่าง

2. คุณภาพของแบบวัดความรุนแรงของการติดสุรา

2.1 ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity)

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา คำนวณจากคะแนนที่ลงความเห็นว่าเป็น “เกี่ยวข้องมาก” ในครั้งที่ 1 ของรายข้อ (item-level CVI [I-CVI]) มีค่าเท่ากับ 0.50 และของภาพรวมของเครื่องมือทั้งชุด (scale-level CVI [S-CVI]) มีค่าเท่ากับ 0.50 หลังจากปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และสอบถามผู้ทรงคุณวุฒิบางรายในข้อที่ได้รับการแก้ไข เพื่อให้คะแนนใหม่ การคำนวณในครั้งที่ 2 ได้ค่า I-CVI เท่ากับ 1.00 และค่า S-CVI เท่ากับ 1.00

2.2 ความเป็นมิติเดียวกันของข้อคำถาม (the same dimension of the question)

ผลการวิเคราะห์หาอำนาจในการจำแนกของข้อคำถามโดยใช้เทคนิค 25% แบ่งกลุ่มผู้มีคะแนนสูงและกลุ่มผู้มีคะแนนต่ำได้กลุ่มละ 25 ราย ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าที่ (independent t-test) พบข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนการหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับได้ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตั้งแต่ 0.4 ขึ้นไป ($r \geq 0.4$) โดยพิจารณาค่า Chronbach's alpha เมื่อลบข้อคำถามนั้นออก คะแนนของแต่ละองค์ประกอบมีความสัมพันธ์กันในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) โดยความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ($r = 0.38-0.66$) ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของแต่ละองค์ประกอบกับคะแนนของแบบวัดทั้งฉบับอยู่ในระดับสูง ($r = 0.67-0.84$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของแต่ละองค์ประกอบ และความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของแต่ละองค์ประกอบกับคะแนนรวมของแบบวัด

องค์ประกอบ	SADQ score	PHYS	AFF	NEED	ALC	POSTAB
SADQ score	1.00	0.76**	0.67**	0.84**	0.80**	0.73**
PHYS		1.00	0.48**	0.56**	0.43**	0.56**
AFF			1.00	0.41**	0.44**	0.38**
NEED				1.00	0.66**	0.55**
ALC					1.00	0.50**
POSTAB						1.00

** $p < 0.01$

PHYS = Physical withdrawal

AFF = Affective withdrawal

NEED = Craving and withdrawal-relief drinking

ALC = Typical daily consumption

POSTAB = Rapidity of reinstatement of withdrawal symptoms following a period of abstinence

2.3 ความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity)

การใช้กลุ่มต่าง (contrast group approach) เพื่อวิเคราะห์ข้อคำถามทั้ง 20 ข้อ ระหว่างกลุ่มไม่ติดสุรา และกลุ่มติดสุราระดับรุนแรง (กลุ่มละ 33 คน) พบว่า ข้อคำถามทุกข้อมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

การวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) เริ่มจากการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้การวิเคราะห์ปัจจัย พบว่าค่า Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) เท่ากับ 0.86 ซึ่งเข้าใกล้ 1 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพียงพอที่จะใช้วิเคราะห์ และ Bartlett's test of sphericity มีค่า p-value = 0.000 แสดงว่าข้อคำถามแต่ละข้อมีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง¹³ จากนั้นทำการวิเคราะห์องค์ประกอบโดยวิธีการสกัดองค์ประกอบแบบ principle components analysis ด้วยวิธีการหมุนแกนแบบวารีแม็กซ์ (varimax rotation) เพื่อให้ข้อคำถามบางข้อที่เดิมอยู่ในหลายองค์ประกอบให้อยู่ในองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งอย่างเด่นชัด ทำให้มีจำนวนตัวแปรน้อยที่สุด และมีค่าน้ำหนักของปัจจัย (factor loading) มากในแต่ละองค์

ประกอบ¹³ เกณฑ์การเลือกองค์ประกอบ ได้แก่ (1) องค์ประกอบที่มีค่าไอเกน (eigen value) มากกว่า 1 ซึ่งบ่งบอกถึงความสามารถขององค์ประกอบว่าอธิบายความแปรปรวนของกลุ่มตัวแปรได้มาก พบว่ามี 5 องค์ประกอบที่มีค่าไอเกนมากกว่า 1 โดยมีค่าร้อยละของความแปรปรวนที่สามารถอธิบายได้ 73.03 (ตารางที่ 1) (2) กราฟสกรีนพลอต (scree plot) มีจุดหักมุมที่องค์ประกอบห้า (3) แยกข้อคำถามที่อยู่ในหลายองค์ประกอบ โดยพิจารณาจากค่า factor loading (มีค่า ≥ 0.3) ของแต่ละข้อคำถามว่ามีค่ามากที่สุดอยู่ที่องค์ประกอบใด ก็จัดให้อยู่ในองค์ประกอบนั้น ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยสรุปพบว่า องค์ประกอบที่เหมาะสมในแบบวัดความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิต มี 5 องค์ประกอบจาก 20 ข้อคำถาม อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 73.03 องค์ประกอบดังกล่าวได้แก่ อาการด้านร่างกายของภาวะขาดสุรา (4 ข้อ) อาการด้านอารมณ์ของภาวะขาดสุรา (4 ข้อ) ความต้องการดื่มสุราเพื่อลดอาการขาดสุรา (4 ข้อ) ปริมาณการดื่มสุราในแต่ละวัน (4 ข้อ) และการมีอาการขาดสุรากลับคืนเร็วหลังจากหยุดดื่ม (4 ข้อ) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การสกัดองค์ประกอบของแบบวัดความรุนแรงของการติดสุราด้วยวิธีการหมุนแกนแบบวาริแมกซ์ (N = 100)

องค์ประกอบ	น้ำหนักตัวประกอบ (Factor loading)
องค์ประกอบ 1: อาการด้านร่างกายของภาวะขาดสุรา	
ในวันหลังการดื่มหนัก ฉันตื่นนอนแล้วรู้สึกมีเหงื่อออกมาก	0.83
ในวันหลังการดื่มหนัก ฉันมีอาการมือสั่นหลังตื่นนอนตอนเช้า	0.64
ในวันหลังการดื่มหนัก ฉันสั่นไปทั้งตัวหลังตื่นนอนตอนเช้าถ้าฉันไม่ได้ดื่มสุรา	0.54
ในวันหลังการดื่มหนัก ฉันตื่นนอนโดยตัวเปียกชุ่มไปด้วยเหงื่อ	0.73
องค์ประกอบที่ 2: อาการด้านอารมณ์ของภาวะขาดสุรา	
ในวันหลังการดื่มหนัก ฉันตื่นนอนตอนเช้าด้วยความรู้สึกที่แย่มาก ๆ	0.55
ในวันหลังการดื่มหนัก ฉันตื่นนอนแล้วรู้สึกกลัวที่จะพบกับผู้คน	0.84
ในวันหลังการดื่มหนัก ฉันรู้สึกเหมือนสิ้นหวังเมื่อตื่นนอน	0.80
ในวันหลังการดื่มหนัก ฉันรู้สึกตกใจกลัวอย่างมากเมื่อตื่นนอน	0.76
องค์ประกอบที่ 3: ความต้องการดื่มสุราเพื่อลดอาการขาดสุรา	
ในวันหลังการดื่มหนัก ฉันชอบที่จะดื่มในตอนเช้า	0.78
ในวันหลังการดื่มหนัก ฉันมักต้องดื่มทันทีในตอนเช้าให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้	0.85
ในวันหลังการดื่มหนัก ฉันดื่มในตอนเช้าเพื่อให้หายตัวสั่น	0.71
ในวันหลังการดื่มหนัก ฉันรู้สึกอยากดื่มอย่างมากหลังตื่นนอน	0.73
องค์ประกอบที่ 4: ปริมาณการดื่มสุราในแต่ละวัน	
ฉันดื่มเหล้า (35-40 ดีกรี) มากกว่าหนึ่งในสี่ขวดต่อวัน (หรือครึ่งแบนต่อวัน)	0.55
หรือ - ดื่มเบียร์ประมาณ 7 กระป๋อง ต่อวัน	
หรือ - ดื่มเบียร์ 3 ขวดใหญ่ (660 cc) ต่อวัน	
หรือ - หรือดื่มเบียร์ 6 ขวดเล็ก (330 cc) ต่อวัน	
หรือ - ดื่มไวน์ 1 ขวด ต่อวัน	0.73
ฉันดื่มเหล้า (35-40 ดีกรี) มากกว่าครึ่งขวดต่อวัน (หรือ 1 แบน ต่อวัน)	
หรือ - ดื่มเบียร์ 6 ขวดใหญ่ ต่อวัน	
หรือ - ดื่มเบียร์ 12 ขวดเล็ก ต่อวัน	
หรือ - ดื่มเบียร์ 15 กระป๋อง ต่อวัน	0.86
หรือ - ดื่มไวน์ 2 ขวด ต่อวัน	
ฉันดื่มเหล้า (35-40 ดีกรี) มากกว่า 1 ขวดต่อวัน	
หรือ - ดื่มเบียร์ขวดใหญ่ประมาณ 1 ลัง (12 ขวด) ต่อวัน	
หรือ - ดื่มไวน์ 4 ขวด ต่อวัน	0.73
ฉันดื่มเหล้า (35-40 ดีกรี) มากกว่า 2 ขวดต่อวัน	
หรือ - ดื่มเบียร์ขวดใหญ่ ประมาณ 2 ลัง (24 ขวด) ต่อวัน	
หรือ - ดื่มไวน์ 8 ขวด ต่อวัน	

ตารางที่ 2 การสกัดองค์ประกอบของแบบวัดความรุนแรงของการติดยาเสพติดด้วยวิธีการหมุนแกนแบบวาริแมกซ์ (N = 100) (ต่อ)

องค์ประกอบ	น้ำหนักตัวประกอบ (Factor loading)
องค์ประกอบที่ 5: การมีอาการขาดสารกลับคืนเร็วหลังจากหยุดดื่ม	
ฉันเริ่มมีอาการเหงื่อออก	0.73
ฉันมีอาการมือสั่น	0.86
ฉันมีอาการตัวสั่น	0.80
ฉันมีอาการอยากดื่มอย่างมาก	0.74
% of variance for five components = 73.03	

2.4 ความเชื่อมั่นของแบบวัด (instrument reliability)

พบว่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบวัดความรุนแรงของการติดยาเสพติดทั้งฉบับ (20 ข้อ, n = 100) มีค่าเท่ากับ 0.92 สัมประสิทธิ์แอลฟาขององค์ประกอบด้านอาการด้านร่างกายของภาวะขาดสารมีค่าเท่ากับ 0.81 สัมประสิทธิ์แอลฟาขององค์ประกอบด้านอาการด้านอารมณ์ของภาวะขาดสาร มีค่าเท่ากับ 0.80 สัมประสิทธิ์แอลฟาขององค์ประกอบด้านความต้องการดื่มสารเพื่อลดอาการขาดสาร มีค่าเท่ากับ 0.90 สัมประสิทธิ์แอลฟาขององค์ประกอบด้านปริมาณการดื่มสารในแต่ละวัน มีค่าเท่ากับ 0.87 และสัมประสิทธิ์แอลฟาขององค์ประกอบด้านการมีอาการขาดสารกลับคืนเร็วหลังจากหยุดดื่ม มีค่าเท่ากับ 0.88

ผู้วิจัยได้นำแบบวัดทั้ง 20 ข้อมาทดสอบกับผู้ป่วยโรคติดยาเสพติดหญิงจำนวน 10 ราย ได้สัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบวัดเท่ากับ 0.87 ใช้เวลาในการตอบแบบวัดเฉลี่ย 8 นาที

การอภิปรายผล

ผลการพัฒนาแบบวัดความรุนแรงของการติดยาเสพติดในบริบทสังคมไทย พบว่า แบบวัดความรุนแรงของการติดยาเสพติดมีจำนวน 20 ข้อคำถาม เหมือนต้นฉบับ

ภาษาอังกฤษ กระบวนการแปลข้อคำถามใช้การแปลแบบสมมาตร ซึ่งมีข้อดีคือ ให้ความสำคัญอย่างเท่าเทียมกันระหว่างภาษาที่เป็นต้นฉบับและภาษาที่เป็นเป้าหมายในการแปล ทั้งด้านความหมาย เนื้อหา และแนวคิดโดยภาษาเป้าหมายในการแปลนั้น สามารถปรับข้อความให้สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมนั้นๆ แต่ยังคงความหมายเดิมไว้¹⁴ ทำให้แบบวัดนี้สามารถนำไปใช้ข้ามวัฒนธรรมได้ และกลุ่มเป้าหมายสามารถตอบแบบวัดได้ง่ายเพราะเข้าใจในสิ่งที่ถูกถาม นอกจากนี้ ขั้นตอนการแปลแบบวัดได้ยึดตามหลักการของการแปลแบบสมมาตรที่ใช้กลยุทธ์ “decentered translation strategy” คือเริ่มจากการแปลจากภาษาต้นฉบับให้เป็นภาษาเป้าหมาย แล้วย้อนกลับจากภาษาเป้าหมายมาเป็นภาษาต้นฉบับ ทบทวนชุดที่แปลย้อนกลับกับชุดต้นฉบับ ทดลองใช้ และตรวจสอบความเข้าใจในความหมาย เนื้อหา วิธีการใช้ รวมทั้งเกณฑ์การแปลผล¹⁴ ในกระบวนการนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ผู้ตรวจสอบผลการแปลที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ติดยาเสพติดและด้านการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการติดยาเสพติดในประเทศไทย ทำให้แบบวัดนี้มีความถูกต้องของความหมายและความเหมาะสมของภาษาตั้งแต่เบื้องต้น เมื่อทำการแปลย้อนกลับ

เป็นภาษาอังกฤษจึงพบว่ามีความหมายคล้ายคลึงกันกับต้นฉบับ ผู้วิจัยยังได้ให้เจ้าของเครื่องมือมีส่วนร่วมทบทวนชุดที่แปลย้อนกลับกับชุดต้นฉบับด้วย จึงถือได้ว่าแบบวัดความรุนแรงของการติดยาที่พัฒนาในบริบทสังคมไทยมีความสอดคล้องกับแบบวัดต้นฉบับทั้งด้านความถูกต้องของความหมาย เนื้อหา และแนวคิดที่ใช้ และการใช้ผู้แปลย้อนกลับจำนวน 2 คน ซึ่งไม่เคยเห็นชุดต้นฉบับมาก่อน อีกทั้งเป็นผู้คุ้นเคยกับบริบทวัฒนธรรมของภาษาเป้าหมาย และเชี่ยวชาญด้านภาษาต้นฉบับเป็นอย่างดี ทำให้การแปลย้อนกลับมีความสมบูรณ์ เหมาะสม นอกจากนี้ยังผ่านการทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายของแบบวัด ดังนั้น กระบวนการแปลเครื่องมือครั้งนี้จึงมีความถูกต้องตามหลักการแปลเครื่องมือข้ามวัฒนธรรม

ผลการทดสอบคุณภาพของแบบวัดความรุนแรงของการติดยา พบว่า มีความตรงเชิงเนื้อหาของรายข้อ (I-CVI) เท่ากับ 1 (ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน) แสดงถึงข้อคำถามในแบบวัดความรุนแรงของการติดยา สามารถวัดความรุนแรงของการติดยาได้จริง และความตรงเชิงเนื้อหา ทำการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3-5 คน ดังนั้น ทุกคนต้องมีความเห็นตรงกัน จึงจะถือว่าข้อคำถามนั้นมีความตรงที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.0516 เมื่อใช้กับกลุ่มผู้ป่วยติดยาทั้งเพศชายและหญิงจำนวน 100 คน ที่มีการกระจายของอายุเป็นแบบสมมาตร (Figure 2) และผู้ป่วยติดยาเพศหญิงจำนวน 10 คน พบว่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบวัดมีค่าเท่ากับ 0.92 และ 0.87 ตามลำดับ และการกระจายของคะแนนรวมจากแบบวัดมีลักษณะค่อนข้างสมมาตร (Figure 1) สะท้อนว่าแบบวัดนี้มีความสอดคล้องภายในสูง¹⁷ สามารถเชื่อถือได้เมื่อนำมาใช้กับผู้ป่วยติดยากลุ่มวัยต่าง ๆ

ส่วนผลการวิเคราะห์คุณภาพของข้อคำถาม และความตรงเชิงโครงสร้างที่วิเคราะห์จากการใช้กลุ่มต่าง ได้แสดงให้เห็นว่าแบบวัดความรุนแรงของการติดยามีอำนาจในการจำแนกกลุ่มไม่ติดยา ออกจากกลุ่มติดยาระดับรุนแรงได้อย่างมีนัยสำคัญ ข้อคำถามทุกข้อมีความเหมาะสมที่จะวัดระดับความรุนแรงของการติดยา คะแนนรวมที่ได้จึงมาจากคะแนนของแต่ละองค์ประกอบที่มีความเกี่ยวข้องกันในมิติของแนวคิดกลุ่มอาการติดยา

ความตรงเชิงโครงสร้างที่วิเคราะห์จากการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) พบอยู่ในเกณฑ์ดี กล่าวคือทั้ง 5 องค์ประกอบของแบบวัดความรุนแรงของการติดยามีความสอดคล้องกับ “กลุ่มอาการติดยา” ซึ่งเป็นแนวคิดที่ใช้สร้างข้อคำถามของแบบวัด แสดงให้เห็นว่าแบบวัดนี้สามารถวัดคุณลักษณะที่ต้องการวัดได้อย่างแท้จริง โดยระดับความรุนแรงของการติดยาสามารถวัดได้จากการประเมินองค์ประกอบ 5 ด้านคือ อาการด้านร่างกายของภาวะขาดยา อาการด้านอารมณ์ของภาวะขาดยา ความต้องการติดยาเพื่อลดอาการขาดยา ปริมาณการติดยาในแต่ละวัน และการมีอาการขาดยา กลับคืนเร็วหลังจากหยุดดื่มได้

อาการด้านร่างกายของภาวะขาดยา เป็นองค์ประกอบที่สะท้อนถึงระดับแอลกอฮอล์ในร่างกายของผู้ติดยาจะลดต่ำลงไม่ได้เพราะจะเกิดอาการมือสั่น/ตัวสั่น อาเจียน เหงื่อออก และอาการอื่น ๆ จนถึงระดับรุนแรงคือเพ้อคลั่ง (delirium tremens)^{8,18} เนื่องจากสารสื่อประสาทในสมองโดยเฉพาะ GABA และ N-methyl-D-aspartate (NMDA) ที่ได้สัมผัสกับแอลกอฮอล์เป็นเวลานาน ทำให้ NMDA receptor ทำงาน upregulated ส่วน GABA receptor เป็น downregulated ซึ่งนำไปสู่การทนต่อฤทธิ์ของแอลกอฮอล์

(tolerance) หากหยุดดื่มหรือลดการดื่มลง สารสื่อประสาทเหล่านี้จะทำงานในทางกลับกัน การส่งผ่าน GABA จึงลดลง ทำให้การควบคุมระบบการทำงานของสารสื่อประสาทโดปามีนผิดปกติ จึงเกิดอาการของการขาดสุรา (alcohol withdrawal)¹⁸ ดังนั้นระดับของการติดสุราจึงสามารถประเมินได้จากอาการด้านร่างกายของภาวะขาดสุรา โดยการติดสุรารุนแรงจะมีอาการด้านร่างกายของภาวะขาดสุรารุนแรงหากลดการดื่มลงหรือหยุดดื่ม และผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในตารางที่ 2 ได้สนับสนุนองค์ประกอบด้านอาการด้านร่างกายของภาวะขาดสุราโดยพบว่าอาการด้านร่างกายของภาวะขาดสุรามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรุนแรงของการติดสุราในระดับสูง ($r = 0.76$, $p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของสต็อคเวลล์ และคณะ (Stockwell et al.)⁷ ที่พบว่าอาการด้านร่างกายของภาวะขาดสุรา และความรุนแรงของการติดสุรามีความสัมพันธ์กันระดับสูง ($r = 0.80$)

อาการด้านอารมณ์ของภาวะขาดสุรา (affective withdrawal signs) เป็นอาการสำคัญด้านหนึ่งของภาวะขาดสุรา โดยผู้ติดสุราอาจมีอารมณ์วิตกกังวล ซึมเศร้าเมื่อไม่ได้ดื่มสุราหรือเมื่อดื่มสุราในปริมาณลดลง^{6,18} ซึ่งสามารถอธิบายได้คล้ายคลึงกับอาการด้านร่างกายของภาวะขาดสุรา และจากตารางที่ 2 พบว่าอาการด้านอารมณ์ของภาวะขาดสุรามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรุนแรงของการติดสุราในระดับสูง ($r = 0.67$, $p < 0.01$) ดังนั้นผู้ที่ติดสุราระดับรุนแรงจะมีอาการด้านอารมณ์ของภาวะขาดสุราที่รุนแรงเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁷

ความต้องการดื่มสุราเพื่อลดอาการขาดสุรา (craving and withdrawal-relief drinking) หมายถึงบุคคลต้องการดื่มสุราเป็นครั้งแรกหลังตื่นนอนตอนเช้า⁸ เพื่อให้แอลกอฮอล์ในร่างกายอยู่ในระดับที่จะไม่

เกิดอาการขาดสุราเพราะเป็นอาการที่ทำให้รู้สึกไม่สบายทั้งร่างกายและจิตใจ ความต้องการดื่มสุราเพื่อลดอาการขาดสุราจึงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรุนแรงของการติดสุราในระดับสูง ($r = 0.84$, $p < 0.01$) โดยสูงกว่าองค์ประกอบอีก 4 ด้าน แสดงให้เห็นว่าผู้ที่ติดสุราระดับรุนแรงจะมีความต้องการดื่มสุราอย่างมากเพื่อลดหรือป้องกันอาการขาดสุรา สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁷ ดังนั้นองค์ประกอบด้านความต้องการดื่มสุราเพื่อลดอาการขาดสุราจึงสามารถใช้ประเมินระดับความรุนแรงของการติดสุราได้

ปริมาณการดื่มสุราในแต่ละวัน (typical daily consumption) เกี่ยวข้องกับการมีภาวะทนทานต่อฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ (tolerance) โดยผู้ติดสุราจะดื่มสุราในปริมาณมากขึ้นเพื่อให้ได้ฤทธิ์ที่ต้องการ⁸ องค์ประกอบนี้จึงสะท้อนถึงสาระสำคัญของแนวคิดกลุ่มอาการติดสุราในด้าน tolerance ปริมาณการดื่มสุราในแต่ละวันจึงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรุนแรงของการติดสุราในระดับสูง ($r = 0.80$, $p < 0.01$) (ตารางที่ 2) หมายถึง ยิ่งติดสุรามากจะยิ่งดื่มสุราในปริมาณมาก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁷

การมีอาการขาดสุรากลับคืนเร็วหลังจากหยุดดื่มได้ (rapidity of reinstatement of withdrawal symptoms following a period of abstinence) แสดงถึงการหยุดดื่มในระยะยาวเป็นสิ่งที่ทำได้ยากสำหรับผู้ติดสุรา เนื่องจากไม่สามารถควบคุมการดื่มได้หากได้เริ่มดื่ม และการมีความย่ำคิดของความต้องการที่จะดื่มเมื่อมีสิ่งเร้าจากภายในตนเอง เช่น ภาวะอารมณ์/ความรู้สึกบางอย่าง และอาการขาดสุรา หรือสิ่งเร้าจากภายนอกตนเอง เช่น การเห็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/การเห็นโฆษณาเกี่ยวกับสุรา สิ่งเหล่านี้จะกระตุ้น reward system ในสมอง ทำให้คิดถึงความรู้สึกสุขใน

ขณะดื่มสุรา^{5,6,18} และผลวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า อาการขาดสุรากลับกินเร็วหลังจากหยุดดื่มได้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรุนแรงของการติดสุราในระดับสูง ($r = 0.73, p < 0.01$) (ตารางที่ 2) แสดงว่ายิ่งบุคคลติดสุรามากจะยิ่งมีอาการขาดสุรากลับกินเร็วหลังจากหยุดดื่ม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁷

ผลการศึกษานี้ คล้ายคลึงกับการศึกษาของสต็อคเวล และคณะ (Stockwell et al.)^{7,9} ที่วิเคราะห์องค์ประกอบแล้วได้แบบวัดความรุนแรงของการติดสุราที่มีข้อคำถามสั้นลงแต่ครอบคลุมองค์ประกอบที่ต้องการวัด ดังนั้นแบบวัดความรุนแรงของการติดสุราที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ จึงสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการจำแนกระดับการติดสุราของผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้และการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำแบบวัดความรุนแรงของการติดสุราไปใช้ประเมินระดับการติดสุราของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มสุราในโรงพยาบาล
2. ควรศึกษาคุณภาพของแบบวัดในกลุ่มผู้ติดสุราในชุมชน
3. ควรทดสอบคุณภาพของแบบวัดเพิ่มเติม เช่น การเปรียบเทียบกับแบบวัดอื่นที่ใช้แนวคิดการสร้างแบบวัดคล้ายคลึงกัน (convergent validity)
4. ควรศึกษาจุดตัดของคะแนนแบบวัดในคนไทย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผศ.พญ.สุรินทร์พร ลิขิตเสถียร พญ.หทัยชนนี บุญเจริญ และ นพ.กนก อุตวิชัย ที่ให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็น

เอกสารอ้างอิง

1. Maisto SA, McKay JR, Tiffany ST. Diagnosis. Available from: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Assessing%20Alcohol/diagnosis.htm>
2. Ewing JA. Screening for alcoholism using CAGE. Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener. JAMA 1998; 9:1904-5.
3. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT: The alcohol use disorders identification test--Guidelines for use in primary care. 2nd ed. Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization; 2001.
4. Jethwa H. Social and psychological aspects of alcohol misuse and dependence. Drugs and Alcohol Today 2009; 9: 29-35.
5. Swift R. Emerging approaches to managing alcohol dependence. AM J Health-Syst Pharm 2007; 64: s12-s22.
6. Kelly TJ, Gaither JM, King LJ. Relapse. In JE Lessenger, GF Roperd (Eds.), Drug Courts (pp. 377-388). New York: Springer New York; 2007.
7. Stockwell T, Hodgson R, Edwards G, Taylor C, Rankin H. The development of a questionnaire to measure severity of alcohol dependence. Br J Addiction 1979; 74: 79-87.
8. Edwards G, Gross MM. Alcohol dependence: Provisional description of a clinical syndrome. BMJ 1976; 1:1058-61.
9. Stockwell T, Murphy D, Hodgson R. The severity of alcohol dependence questionnaire: Its use, reliability and validity. Br J Addiction 1983; 78: 145-55.
10. Stockwell T, Sitharthan T, McGrath D, Lang E. The measurement of alcohol dependence and impaired control in community samples. Addiction 1994; 89: 167-74.

11. นันทกา สวัสดิพานิช และสุจิตรา เทียนสวัสดิ์. การแปลเครื่องมือเพื่อใช้ในการวิจัยข้ามวัฒนธรรม: เทคนิคและประเด็นที่ต้องพิจารณา. วารสารสภาการพยาบาล 2554; 26:19-28.
12. Dunckley M, Hughes R, Addington-Hall JM, Higginson IJ. Translating clinical tools in nursing practice. JAN 2003; 44:420-26.
13. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principle of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Culture Adaptation. Value in Health 2005; 8:94-104.
14. Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. Measurement in nursing and health research. 3rd ed. New York: Springer; 2005.
15. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. Multivariate data analysis. 6th ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall; 2006.
16. สุจิตรา เทียนสวัสดิ์. ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา: ข้อวิพากษ์และข้อเสนอแนะวิธีการคำนวณ. พยาบาลสาร 2550; 34:1-9.
17. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: conduct, critique, & utilization. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2001.
18. McKeon A, Frye MA, Delanty N. The alcohol withdrawal syndrome. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2008; 79:854-62.

Development and Quality Testing of Alcoholism Severity Measurement Form

Soontaree Srikosai, APN, Ph.D.candidate**

Darawan Thapinta, Ph.D.***

Phunnapa Kittirattanapaiboon, MD.****

Nawanun Piyawatkul, MD.*****

Abstract: The main objective of this study was to develop a Thai version of an alcoholism severity measurement form and test its quality. The quality-testing questions were translated from the original English-language questions developed by Stockwell et al based on the concept of symptom-based types of alcoholism. This study was conducted in two phases. During the first phase, the questions were symmetrically translated into Thai and then back-translated into English, which was compared with the original to ensure accuracy. The Thai translation was then read and evaluated by 4 male and female alcoholism patients in terms of comprehensibility and stylistic appropriateness. During the second phase, the accuracy of the content of the measurement form was reviewed by three experts using a sample of 100 alcoholism patients. The review focused on: (1) the quality of the questions; (2) structural validity, in relation to different groups and componential analysis; and (3) confidence in the study instruments, by means of internal correlation valuation.

The study revealed 20 questions properly designed for the measurement of alcoholism severity. The quality of the item-based content validity measurement was rated 1.00; so was that of the overall content validity measurement. The outcome of the evaluation of the measurement form by the alcoholism patients showed: (1) there were 20 questions with strong discriminatory power, whose scores correlated with those of the entire set of questions, at $r \geq 0.4$; (2) the structural validity, as compared with the different groups of non-alcoholics and severe alcoholics (each having 33 members), showed a significant difference ($p < 0.05$, $t = -20.52$). Componential analysis applied to the 20-item measurement form based on five components revealed 73.03% of instability; and (3) a Kronbach alpha co-efficient value was 0.92.

It can be recommended based on the findings that the alcoholism severity measurement form, with its proven high accuracy and confidence, may be used to measure the severity of alcoholism and as an instrument for alcoholism-related research.

Thai Journal of Nursing Council 2012; 27(4) 69-83

Keywords: measurement form; severity; alcoholism

*A part of the degree of Doctor of Philosophy Program in Nursing (Nursing Science), Chiang Mai University. This study was supported by Center for Alcohol Studies

** Corresponding Author Psychiatric nurse, Suan Prung Psychiatric Hospital, Chiang Mai Province Email: s.srikosai@gmail.com

***Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

****Psychiatrist, Advisory office, Department of Mental Health

*****Associate Professor, Faculty of Medicine, Khon Kaen University