

การศึกษาเครื่องมือคัดกรองอาการทางจิตเวชในผู้เสพติด

พูนรัตน์ ลียติกุล*, รังสิยา วงศ์อุปปา*, อภิชาติ เรณูวัฒนนานนท์**

บทคัดย่อ

ปัญหาสุขภาพจิตจากการเสพติดเป็นสิ่งปรากฏการณ์ชัดพบได้ทั่วไปในสังคมไทย ซึ่งสามารถป้องกันและลดความรุนแรงลงได้ด้วยการลดอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทดสอบเครื่องมือคัดกรองโอกาสเกิดอาการจิตเวชในกลุ่มผู้เสพติดใช้แบบแผนการศึกษาทดสอบเครื่องมือคัดกรองในกลุ่มผู้เสพติดที่เข้าบำบัดรักษาในสถานบริการ 880 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา Chi square, Confirmatory Factor Analysis, Intraclass Correlation Coefficient, Cronbach Alpha Coefficient, และ McDonald Omega Coefficient

เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยตัวแปรเชิงพยากรณ์ 7 ตัวแปร ให้ค่าน้ำหนักแล้วรวมคะแนน นำไปทดสอบคุณสมบัติด้วย known group validity การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันพบว่า มีค่าความเที่ยงตรง Construct Validity ที่ยอมรับได้ โดยมีค่าความเชื่อมั่น ค่าสหสัมพันธ์ Omega Coefficient 0.89 ค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต 0.96 ค่าการทดสอบซ้ำ 1 สัปดาห์ 0.93 ค่าความไว 0.81 ค่าความจำเพาะ 0.72 ค่าพยากรณ์ผลบวก 0.78 ค่าพยากรณ์ผลลบ 0.74 และค่าความเที่ยงตรงเชิงพยากรณ์ 0.76

คำสำคัญ: สารเสพติด; อาการจิตเวช; เครื่องมือคัดกรอง

*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

**สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

Corresponding author: Rungsiya Wonguppa Email: rungsiya_won@vu.ac.th

Received 30/01/2024

Revised 29/02/2024

Accepted 28/03/2024

A STUDY OF SCREENING TESTS FOR PSYCHIATRIC SYMPTOMS IN DRUG USERS

Poonrut Leyatikul, Rungsiya Wonguppa*, Apichart ranuwattananon***

ABSTRACT

Psychiatric problems from drug use are a common phenomenon in Thai society, which can be prevented and reduced by reducing the influence of risk factors. The purpose of this study was to study a screening test for the likelihood of psychiatric symptoms among drug users. A diagnostic test study design was used to test the screening tool among 880 drug users receiving treatment in a service center. Data were collected using the developed interview form. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square, Confirmatory Factor Analysis, Intraclass Correlation Coefficient, Cronbach Alpha Coefficient, and McDonald Omega Coefficient.

The tool has been constructed with seven prognostic variables, weighted and aggregated into scores. These properties underwent validation through known group validity testing. Confirmatory factor analysis revealed acceptable Construct Validity, supported by confidence values. The Omega Coefficient correlation is 0.89, with an inter-observer reliability of 0.96. The one-week test-retest yielded a value of 0.93. Sensitivity is recorded at 0.81, specificity at 0.72, positive predictive value at 0.78, negative predictive value at 0.74, and predictive validity at 0.76.

Keywords: Substance abuse; Psychiatric symptoms; Screening tests

** Faculty of Public Health, Vongchavalitkul University*

*** Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment, Bangkok*

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ยาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสังคมมาอย่างต่อเนื่อง สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) คาดประมาณว่าประชากรทั่วโลก 585,000 คน เสียชีวิตโดยมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด¹

หลักฐานในอดีตที่ผ่านมา 50,000 ปี ก่อน คริสตกาล มีรายงานการใช้สารออกฤทธิ์ทางจิตจากพืช² ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีการใช้สารเสพติดมานานกว่า 15,000 ปี³ ต่อมาสารเสพติดกลายเป็นที่นิยมเพื่อนันทนาการ ประเทศไทยได้รับผลกระทบจากปัญหาการใช้สารเสพติดมาช้านาน^{4,5} พืชเสพติดพื้นเมืองทั่วไป ได้แก่ ฝิ่น กัญชา และพืชกระท่อม ยาสังเคราะห์ชนิดแรกที่ใช้ในประชากร คือ เฮโรอีน ซึ่งพบครั้งแรกในช่วงก่อนปี พ.ศ. 2500 และต่อมาแพร่ระบาดอย่างมาก⁶ การใช้สารกระตุ้น (แอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีน) แพร่ระบาดในช่วงหลังปี พ.ศ. 2510 สารระเหย (เบนซีน แลคเกอร์ และกาว) ปรากฏขึ้นในช่วงหลังปี พ.ศ. 2520⁷ ในช่วงหลังปี พ.ศ. 2530 มีการใช้สารเสพติดชนิดใหม่ ซึ่งรวมถึงยาอี เคตามีน ไอซ์ (เมทแอมเฟตามีนชนิดเกล็ด) และโคเคน⁸ เมื่อไม่นานมานี้ การใช้ยารักษาโรคผิดแบบและสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทใหม่⁹ อย่างไรก็ตาม สถิติอย่างเป็นทางการแสดงให้เห็นว่าผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนเป็นกลุ่มผู้ใช้ยาที่ใหญ่

ที่สุดที่เข้าถึงการรักษา เนื่องจากกัญชาและพืชกระท่อมมีอันตรายน้อยกว่ายาเสพติดอื่น ๆ จึงมีผู้ใช้เพียงไม่กี่รายเท่านั้นที่ต้องได้รับการรักษา¹⁰

สำนักงานยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งองค์การสหประชาชาติ รายงานว่าในปี พ.ศ. 2564 มีประชากรโลกที่มีอายุ 15-64 ปี ที่ใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่งในรอบปีที่ผ่านมา ประมาณ 296 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 5.8 ของประชากรโลกที่มีอายุ 15-64 ปี ในจำนวนนี้ 219 ล้านคนใช้กัญชา 36 ล้านคนใช้แอมเฟตามีน 22 ล้านคนใช้โคเคน และ 20 ล้านคนใช้ยาอี¹¹ ในช่วงเวลาเดียวกัน รายงานการเฝ้าระวังปัญหาเสพติดในกลุ่มประเทศอาเซียนระบุว่า มีประชากรในกลุ่มประเทศอาเซียนเข้ารับการบำบัดรักษาเสพติดกว่า 614,000 คน หรือคิดเป็นอัตรา 92.0 ต่อแสนประชากร ในจำนวนนี้กว่าสองในสาม เข้ารับการบำบัดรักษาเสพติดในกลุ่ม Amphetamine Type Stimulant (ATS) ส่วนที่เหลือเป็นกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น กัญชา และอื่นๆ¹² คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด ดำเนินการสำรวจครัวเรือนระดับประเทศเพื่อคาดประมาณจำนวนผู้ใช้สารเสพติดในปี พ.ศ. 2562 พบว่ามีประชากรที่ใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งในปีที่ผ่านมา (ไม่นับบุหรี่ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) จำนวนประมาณ 1,966,826 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 3.91 ของประชากรอายุ 12-65 ปี¹³ ในจำนวนนี้เข้ารับการบำบัดรักษา

ในระบบจำนวน 241,857 คน¹⁴ หรือคิดเป็นร้อยละ 8.13 ของผู้เข้ายา

สารเสพติดที่แพร่ระบาดอยู่ในประเทศไทยมีหลายชนิด ข้อมูลจากระบบ บสต. บ่งชี้ว่าผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดส่วนใหญ่เป็นผู้เข้ายาบ้า และไอซ์ ซึ่งยาทั้งสองชนิดนี้เป็นยาในกลุ่มกระตุ้นระบบประสาท Amphetamine-type stimulants (ATS) เป็นกลุ่มสารเสพติดสังเคราะห์ที่มีการออกฤทธิ์ในการกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งสารเสพติดหลักในกลุ่มนี้ได้แก่ amphetamine, methamphetamine, methcathinone, fenetylline, ephedrine, pseudoephedrine, methylphenidate และ MDMA หรือ 'Ecstasy'¹⁵ ผลที่เกิดขึ้นจากการเสพยาในกลุ่มกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางมีผลต่อระบบประสาทและสมองของผู้เสพ ในระยะสั้น คือ มีความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ มีความรู้สึกกลัวที่รุนแรง ความคิดสับสน และอาการประสาทหลอน นอกจากนี้ Ecstasy ยังทำให้สีกเข้ม ง่วง ไม่มีสมาธิ ในระยะยาว คือ เกิดโรคจิตเวช โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล ทำร้ายตัวเอง ประสาทหลอน แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มีอารมณ์แปรปรวน¹⁶ การศึกษาโดยทบทวนวรรณในงานวิจัยที่ศึกษาในญี่ปุ่น ได้หวน ออสเตรเลีย และไทย¹⁷ พบว่า อาการป่วยทางจิตที่พบมาก คือ อาการประสาทหลอน หูแว่ว และอาการอื่นๆ ที่พบ คือ เห็นภาพหลอน

ปัญหาสุขภาพจิตจากการเสพยาเสพติดเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันและลดความรุนแรงลงได้ ด้วยการลดอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงทั้งที่เป็นปัจจัยนำ (predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) และปัจจัยเสริม (enforcing factors) ดังนั้น การศึกษาเพื่อพัฒนาเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงต่อการป่วยอาการทางจิตเวชสารเสพติดในผู้ใช้สารเสพติด จะนำไปสู่การลดปัจจัยเสี่ยง หรือการวางแผนป้องกันและบำบัดรักษาต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษาทดสอบเครื่องมือคัดกรองโอกาสเกิดอาการจิตเวชในกลุ่มผู้เสพยาเสพติด

วิธีการศึกษา (Method)

1. การออกแบบวิจัย

การศึกษานี้ใช้แบบแผนการศึกษาทดสอบเครื่องมือคัดกรอง (Screening/Diagnostics study) ในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดที่เข้าบำบัดรักษาในสถานบริการ ด้วยวิธี Known group validity

2. ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยอาการทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ที่คลินิกจิตเวช/และผู้ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกสารเสพติดโรงพยาบาลอายุ 18 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา รวม 880 คน ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยอาการทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดในโรงพยาบาล จำนวน 440 คน 2) ผู้ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกสารเสพติดที่ไม่มีอาการทางจิตในโรงพยาบาล รวม 440 คน

การกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับ diagnostic test study¹⁸⁻²² ใช้สูตรคำนวณจากการกำหนดค่าความไวที่ต้องการดังนี้

ค่า sensitivity ที่ต้องการ 0.8

ค่าความเชื่อมั่น 95%

ค่าความคลาดเคลื่อน 5%

ค่าความชุกอาการทางจิตเวช 30.8%²³

แทนค่าได้ขนาดตัวอย่างไม่น้อยกว่า 878.08 ~ 879 ราย

วิธีการสุ่ม ใช้การสุ่มแบบ Multi-stages Systematic random sampling proportion to size

ขั้นตอนแรก คัดเลือกจังหวัด 10 จังหวัดจากทั่วประเทศตามภาค ปปส. หลังจากนั้นจึงคำนวณขนาดตัวอย่างแต่ละจังหวัดตามสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด และ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปีงบประมาณ 2562 (ที่มา: ระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย กรมสุขภาพจิต) กับจำนวนตัวอย่างทั้งหมดในช่วงการศึกษา

ขั้นตอนที่ 2 เลือกโรงพยาบาลในแต่ละเขตที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา และ

กำหนดขนาดตัวอย่างรายโรงพยาบาล คำนวณจากสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยในระบบฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มเลือกตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์การเลือกตัวอย่างเข้าร่วมในการศึกษา

1) กลุ่มผู้มีอาการทางจิต เป็นผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาอาการทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดได้รับการวินิจฉัย ตาม ICD-10 รหัส F10 - F19 ที่โรงพยาบาลจิตเวช ขณะเข้าร่วมในการศึกษา สามารถสื่อสารเข้าใจ และยินยอม สามารถให้ข้อมูลได้ จำนวน 440 คน

2) กลุ่มผู้ไม่มีอาการทางจิต ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษายาเสพติดที่โรงพยาบาลเฉพาะทาง ไม่ได้ได้รับการวินิจฉัยตาม ICD-10 รหัส F10 - F19 ขณะเข้าร่วมในการศึกษา สามารถสื่อสารเข้าใจ และยินยอม สามารถให้ข้อมูลได้ จำนวน 440 คน

3. เครื่องมือและการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ ที่ผู้วิจัยประมวลองค์ความรู้จากหลักฐานทางวิชาการ (Evidence based items) ด้วยการทบทวนงานวิจัยในต่างประเทศ 27 ชิ้น และประมวลความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านจิตเวช จำนวน 9 ท่าน

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการ ช่วงเดือน มกราคม-กุมภาพันธ์ 2566 คณะผู้วิจัยประสานงานกับสถานพยาบาลที่

เลือก และขออนุญาตให้ข้อมูลจากฐานข้อมูล
จากนั้นจึงเลือกตัวอย่าง โดยกำหนดอายุของ
ตัวอย่างที่สุ่มต้องมีอายุ 18 ปีขึ้นไป และอยู่
ระหว่างการติดตามรักษา

ขอความร่วมมือให้เจ้าหน้าที่ที่
ปฏิบัติงานคลินิกจิตเวช/สารเสพติดช่วย
ประสานกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้เพื่อแนะนำ
โครงการวิจัย ทีมวิจัย และให้ผู้ช่วยนักวิจัย
เป็นผู้ชี้แจงรายละเอียดโดยย่อการวิจัย และ
ขอความยินยอมจากตัวอย่างในการเข้าร่วม
การศึกษาและให้ข้อมูล

ทีมวิจัย/ผู้ช่วยนักวิจัยที่ผ่านการ
อบรมใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นใน
เก็บข้อมูลกับผู้ป่วยตัวอย่าง ใน
สถานพยาบาล/หรือในที่พักอาศัยที่ ผู้ป่วย/
ญาติแสดงความประสงค์

4. การจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้รับทั้งหมดจะได้รับการ
ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วน และถูก
นำเข้าสู่ฐานข้อมูลแบบสองทวน (double
data entry)

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม
วิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป Mplus 8 (ลิขสิทธิ์
เครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพ
ติด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
มหาวิทยาลัยขอนแก่น) และ spss v.16
(ลิขสิทธิ์เครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูล
สารเสพติด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
มหาวิทยาลัยขอนแก่น) โดยใช้สถิติเชิง
พรรณนา, Chi square, Confirmatory Factor

Analysis, Intraclass Correlation Coefficient,
Cronbach Alpha Coefficient, และ
McDonald Omega Coefficient

5. จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรอง
จริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE631498

ผลการศึกษา (Results)

การศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเสพติด
ที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิตเวช

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 36.5 เคยได้รับการ
บำบัดยาเสพติดและจิตเวชมาก่อนการบำบัด
ในครั้งนี้อยู่ที่ร้อยละ 22.6 ไม่เคยบำบัดยา
เสพติดและจิตเวชมาก่อนเลย กลุ่มตัวอย่าง
ร้อยละ 46.1 เคยเข้ารับการบำบัดจิตเวชมา
ก่อนการบำบัดในครั้งนี้อยู่ในกลุ่มคนที่เคย
บำบัดจิตเวชมาก่อน พบว่าเคยได้รับการ
บำบัดยาเสพติดมาก่อนด้วยร้อยละ 79.2
และในกลุ่มคนที่ไม่เคยบำบัดจิตเวชมาก่อน
พบว่าเคยได้รับการบำบัดยาเสพติดมาก่อน
ด้วยร้อยละ 58.1

ผลอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เมื่อ
เสพยาแล้ว สับสน ระดับความรู้สึกตัว
เปลี่ยนแปลง (ร้อยละ 36.5) บกพร่องทางการ
เรียนรู้ (ร้อยละ 32.2) อ่อนเพลีย (ร้อยละ
22.6) นอนไม่หลับ (ร้อยละ 9.6) ตาพร่า
(ร้อยละ 46.1) กระสับกระส่าย (ร้อยละ 30.4)
ประสาทหลอน (ร้อยละ 25.1) หลงผิด

(ร้อยละ 4.4) หวาดกลัว (ร้อยละ 0.9) หวาดระแวง (ร้อยละ 67.8) เศร้า เบื่อ เหงา ต่อเนื่อง (ร้อยละ 31.3) หงุดหงิดง่าย (ร้อยละ 19.0) ก้าวร้าว (ร้อยละ 16.5) หุนหันพลันแล่น (ร้อยละ 1.9) นอกจากนี้ยังมีอาการอื่นๆ หนูแหว่ แยกตัวอีกร้อยละ 9.6

การพัฒนาเครื่องมือเพื่อคัดกรอง กลุ่มตัวแปรพยากรณ์ 7 ตัวแปร ประกอบด้วย

- 1) รายได้ต่อเดือนของผู้ใช้ยาเสพติด
- 2) ผู้อาศัยในบ้านเดียวกันกับผู้ใช้อาสาสมัครมีอาการทางจิตเวช
- 3) ผู้ใช้ยาเสพติดเคยมีประวัติอาการแสดงความผิดปกติทางอารมณ์
- 4) จำนวนวันที่ผู้ใช้ยาเสพติดในเดือนที่ผ่านมา
- 5) เคยมีประสบการณ์ใช้กัญชา
- 6) ส่วนใหญ่ ใช้ยาเสพติดผสม/ร่วมกับสารเสพติดชนิดอื่นหรือสารอื่นๆ
- 7) ส่วนใหญ่ ใช้ยาเสพติดร่วมกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) เพื่อหาความเที่ยงตรง (Construct Validity)^{24, 25} ใช้เกณฑ์ผ่าน 3 ใน 5 เกณฑ์ขึ้นไป และทำการวิเคราะห์หาค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi-square Statistics)²⁶ ควรมีค่าน้อย ยิ่งเข้า

ใกล้ค่าที่เป็น 0 ยิ่งดีและค่า p-value ควรเป็นค่าที่ไม่มีนัยสำคัญ ซึ่งจะแสดง ว่าโมเดลสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยกำลังสองของความคลาดเคลื่อนโดยประมาณ (Root Mean Square Error of Approximation: RMSEA)²⁷ เป็นค่าที่แสดงความแตกต่างต่อ Degree of Freedom ซึ่งค่า RMSEA ควรมีค่าน้อยกว่า 0.05 ลงไป และวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องเปรียบเทียบ (Comparative Fit Index: CFI)²⁸ ซึ่งมีค่าระหว่าง 0 กับ 1 ยิ่งค่า CFI เข้าใกล้ 1.00 ยิ่งแสดงว่าโมเดลสอดคล้องกลมกลืน กับข้อมูลประจักษ์ ในงานวิจัยนี้ จึงใช้เกณฑ์ตัดสินว่าค่า CFI ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.90 ขึ้นไป และวิเคราะห์ดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบของ Tucker และ Lewis (Tucker-Lewis Index: TLI)²⁹ ค่าอย่างน้อยกว่า 0.90 ยิ่งแสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์มาก และวิเคราะห์ดัชนีค่ามาตรฐานของความแตกต่างระหว่างค่าสัมประสิทธิ์ที่สังเกตได้กับค่าสัมประสิทธิ์ที่ถูกทำนาย (Standardized Root Mean Square Residual: SRMR) ค่าอย่างน้อยกว่า 0.08 ยิ่งแสดงว่าโมเดลมีความ สอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์มาก³⁰

ตารางที่ 1 ความเที่ยงตรง (Construct Validity) ของกลุ่มตัวแปรพยากรณ์

	การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน					
	Chi	P-value	RMSEA	CFI	TLI	SRMR
	square	(p>0.05)	<0.06	>0.95	>0.95	<0.08
กลุ่มตัวแปรพยากรณ์ 7 ตัวแปร	53.864	0.4428	0.041	0.987	0.985	0.068

* CFA ใช้เกณฑ์ผ่าน 3 ใน 5 เกณฑ์ขึ้นไปโดยเฉพาะเมื่อค่า chi square ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มตัวแปรพยากรณ์ 7 ตัวแปร มีค่าความเที่ยงตรง Construct Validity ที่ยอมรับได้ ซึ่งแสดงว่าโมเดลสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่าความเชื่อมั่น

1. ค่าสหสัมพันธ์ Omega Coefficient (สำหรับข้อคำถามที่มีความแปรปรวนไม่เท่ากัน) 0.89

2. ค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต (inter-rater reliability) 0.96

3. ค่าการทดสอบซ้ำ 1 สัปดาห์ (1 week test-retest reliability) 0.93

แบบคัดกรองเพื่อพยากรณ์อาการทางจิต 7 ตัวแปร เป็นคำถามแบบ 2 ตัวเลือก การหาค่าคะแนนให้นำคะแนนทั้ง 7 ข้อมารวมกัน โดยกำหนดจุดตัด (cutoff) โดยเปรียบเทียบกับกรณีวินิจฉัยตาม ICD-10 ได้ค่าความเที่ยงตรงเชิงเกณฑ์สัมพันธ์ Criterion Related Validity ดังนี้

ค่าความไว (Sensitivity) 0.806 (บ่งชี้ว่าในผู้ที่มีอาการทางจิตเวช 100 คน เครื่องมือนี้จะสามารถตรวจจับได้ถูกต้องถึง 81 คน

ค่าความจำเพาะ (Specificity) 0.717 (บ่งชี้ว่าในผู้ที่ไม่มีอาการทางจิตเวช 100 คน เครื่องมือนี้จะสามารถตรวจจับได้ถูกต้องถึง 72 คน

ค่าพยากรณ์ผลบวก (Positive Predictive Value) 0.784 บ่งชี้ว่าเครื่องมือนี้พยากรณ์ผู้ที่มีความเสี่ยง 100 คน เป็นผู้มีอาการทางจิตเวชได้ถูกต้องถึง 78 คน

ค่าพยากรณ์ผลลบ (Negative Predictive Value) 0.744 บ่งชี้ว่าเครื่องมือนี้พยากรณ์ผู้ที่ไม่มีความเสี่ยง 100 คน เป็นผู้ไม่มีอาการทางจิตเวชได้ถูกต้องถึง 74 คน

ค่าความเที่ยงตรงเชิงพยากรณ์ (Predictive Validity) 0.762 (บ่งชี้ว่าในผู้ที่มี/ไม่มีอาการทางจิตเวช 100 คน เครื่องมือนี้จะสามารถพยากรณ์ได้ถูกต้อง (มีความเสี่ยงสูง) ถึง 76 คน

วิจารณ์ (Discussions)

ปัญหาสุขภาพจิตจากการเสพติดเป็นปรากฏการณ์ที่พบได้ทั่วไปในสังคมไทย ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถลดความ

รุนแรงลงได้ ด้วยการลดอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงทั้งที่เป็นปัจจัยนำ (predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) และปัจจัยเสริม (enforcing factors) เครื่องมือคัดกรองที่พัฒนาขึ้นนี้มุ่งเน้นที่ปัจจัยร่วมที่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มโอกาสความเสี่ยงการปรากฏอาการทางจิตเวชของผู้เสพสารเสพติด

การศึกษาในต่างประเทศพบว่าปัจจัยร่วมที่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มโอกาสความเสี่ยงการปรากฏอาการทางจิตเวชของผู้เสพนั้น พบว่า มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ การมีงานทำ/มีรายได้ ระดับการศึกษา แต่แบบแผนการใช้ วิธีการเสพ (การฉีด) ไม่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงการเกิดอาการจิตเวชสารเสพติด³¹ ความถี่ของการใช้แอมเฟตามีน/เมทแอมเฟตามีน^{32, 33} ขนาดการใช้ และระดับการเสพติด^{31, 32} การใช้กัญชาและ/หรือแอลกอฮอล์เป็นประจำ (ตั้งแต่ 16 วันขึ้นไป ในเดือนที่ผ่านมา) เพิ่มอัตราของโอกาสเสี่ยงการเกิดอาการโรคจิตมากขึ้น³⁴ และบุคลิกส่วนบุคคลแบบต่อต้านสังคม³¹ มีความสัมพันธ์ในการเพิ่มความเสี่ยงสูงขึ้นของการปรากฏอาการทางจิตเวช

ข้อยุติ (Conclusions)

เครื่องมือที่พัฒนาขึ้น ใช้ตัวแปรเชิงพยากรณ์ 7 ตัวแปร ทดสอบด้วยการวิเคราะห์

องค์ประกอบเชิงยืนยันมีค่าความเที่ยงตรง Construct Validity ที่ยอมรับได้ โดยมีค่าความเชื่อมั่น ค่าสหสัมพันธ์ Omega Coefficient 0.89 ค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต 0.96 ค่าการทดสอบซ้ำ 1 สัปดาห์ 0.93 ค่าความไว 0.81 ค่าความจำเพาะ 0.72 ค่าพยากรณ์ผลบวก 0.78 ค่าพยากรณ์ผลลบ 0.74 และค่าความเที่ยงตรงเชิงพยากรณ์ 0.76

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

เครื่องมือคัดกรองมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการป้องกันและรักษาทางจิตเวชสำหรับผู้เสพยาเสพติด ด้วยการระบุบุคคลที่มีความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ เครื่องมือนี้จะช่วยให้บุคลากรด้านสุขภาพสามารถจัดสรรทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจัดลำดับความสำคัญของการแทรกแซงตามความรุนแรงของอาการของแต่ละบุคคล

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิตเวชในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดพบในหลายประเทศ การศึกษานี้สามารถสร้างเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิตเวชในกลุ่มผู้เสพสารเสพติด

เอกสารอ้างอิง (References)

1. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). **World drug report 2019**. Vienna: United Nations publication; 2019.
2. Merlin MD. Archaeological evidence for the tradition of psychoactive plant use in the old world. **Economic Botany** 2003; 57(3): 295-323.
3. Sullivan RJ, Hagen EH. Psychotropic substance-seeking: Evolutionary pathology or adaptation? **Addiction** 2002; 97(4): 389-400.
4. Department of Fine Arts. **The “Tra Sam Duang” Laws**. Bangkok: Veteran printing house; 1978.
5. Kanato M, Leyatikul P, Wonguppa R. Impacts of Medical Cannabis Law in Thailand. **ONCB Journal** 2020; 36(2): 27-36.
6. Poshyachinda V. **Heroin in Thailand. in the 4th Anniversary of the Office of the Narcotics Control Board**. Bangkok: Office of the Prime Minister; 1980; 56–87.
7. Poshyachinda V, Srisurapanont M, Perngparn U. **Amphetamine type stimulants epidemic in Thailand: a country profile**. In WHO meeting on amphetamine, MDMA, and other psycho stimulants phase II. Bangkok, Thailand; 1999. 22-26.
8. Poshyachinda V, Phittayanon P, Simasatitkul V, Perngparn U. **Stimulant use, abuse, and dependence in Thailand. Alcohol and drugs perspectives, prevention and control-Asia Pacific region**. Sri Lanka: Alcohol and Drug Information Centre; 1998. 77-106.
9. Wonguppa R, Kanato M. The prevalence and associated factors of new psychoactive substance use: A 2016 Thailand national household survey. **Addict Behav Rep** 2018; 7: 111-115.
10. Kanato M, Leyatikul P, Wonguppa R. Cannabis Situation among the Thai Youth after Law Amendment. **ONCB Journal** 2022; 36(2): 27-36.
11. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). **World drug report 2023**. Vienna: United Nations publication; 2023.
12. Kanato M, Sarasiri R, Leyatikul P, (Eds.) **ASEAN DRUG MONITORING REPORT 2022**. Bangkok: ASEAN Narcotics Cooperation Center; 2023.

13. Kanato M, Leyatikul P. Size Estimation of Substances Users Population in Thailand 2019. **ONCB Journal** 2020; 36(2): 37-48.
14. Office of Secretary of National Addiction treatment & Rehabilitation Committee, Ministry of Public Health. **Statistics on Addiction Treatment & Rehabilitation** [online] 2020 [cited 2024 March 7]. Available from: <https://ncmc.moph.go.th/home/index/dash>
15. WHO. **Management of substance abuse** [online] 2021 [cited 2021 Jan 21]. Available from: https://www.who.int/substance_abuse/facts/ATS/en/
16. McCrady BS, Epstein EE. **Addictions: A comprehensive guidebook**. Oxford University Press; 2013.
17. Grant KM, LeVan TD, Wells SM, Li M, Stoltzenberg SF, Gendelman HE, et al. Methamphetamine-associated psychosis. **Journal of Neuroimmune Pharmacology** 2012; 7(1): 113-139.
18. Reise SP, Yu J. Parameter recovery in the graded response model using MULTILOG. **Journal of educational Measurement** 1990; 27(2): 133-144.
19. Embretson SE, Reise SP. **Item response theory**. Psychology Press; 2013
20. Arkin CF, Wachtel MS. How many patients are necessary to assess test performance?. **JAMA** 1990; 263(2): 275-278.
21. Buderer NMF. Statistical methodology: I. Incorporating the prevalence of disease into the sample size calculation for sensitivity and specificity. **Academic Emergency Medicine** 1996; 3(9): 895-900.
22. Sudjai N. Sample size calculation for diagnostic test studies. **J Med Health Sci** 2020; 27(2): 167-182.
23. Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chutha W, Tantiaree A, Kwansanit P, Assanangkornchai S. Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai national mental health survey 2013. **J Ment Health Thai** 2017; 25(1): 1-19.
24. Bagozzi RP. Assessing construct validity in personality research: Applications to measures of self-esteem. **Journal of research in personality** 1993; 27(1): 49-87.
25. Westen D, Rosenthal R. Quantifying construct validity: two simple

- measures. **Journal of personality and social psychology** 2003; 84(3): 608-618.
- 26.Jreskog KG, Srbom D. **Lisrel 7 - A guide to the program and applications**. Chicago: Scientific Software Inc; 1989.
- 27.Browne MW, Cudeck R. Alternative ways of assessing model fit. **Sociological methods & research** 1992; 21(2): 230-258.
- 28.Bentler PM. Comparative fit indexes in structural models. **Psychological bulletin** 1990;107(2): 238-246.
- 29.Tucker LR, Lewis C. A reliability coefficient for maximum likelihood factor analysis. **Psychometrika** 1973; 38(1): 1-10.
- 30.Hu LT, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. **Structural equation modeling: a multidisciplinary journal** 1999; 6(1): 1-55.
- 31.Arunogiri S, Foulds JA, McKetin R, Lubman DI. A systematic review of risk factors for methamphetamine-associated psychosis. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry** 2018; 52(6): 514–529.
- 32.McKetin R, Leung J, Stockings E, Huo, Y, Foulds J, Lappin JM, et al. Mental health outcomes associated with the use of amphetamines: A systematic review and meta-analysis. **EClinicalMedicine** 2019;16: 81-97.
- 33.DiMiceli LE, Sherman SG, Aramrattana A, Sirirojn B, Celentano, DD. Methamphetamine use is associated with high levels of depressive symptoms in adolescents and young adults in Rural Chiang Mai Province, Thailand. **BMC Public Health** 2016; 16(1): 1-9.
- 34.McKetin R, Lubman DI, Baker AL, Dawe S, Ali RL. Dose-related psychotic symptoms in chronic methamphetamine users: evidence from a prospective longitudinal study. **JAMA psychiatry** 2013; 70(3): 319-324.