

Thomas F. Babor
John C. Higgins-Biddle
John B. Saunders
Maristela G. Monteiro

AUDIT

แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา

แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ

ฉบับปรับปรุงครั้งที่สอง

แปลและเรียบเรียง เป็นภาษาไทยโดย

นายแพทย์ปริทรรศ ศิลปกิจ

แพทย์หญิงพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์



World Health Organization
Department of Mental Health
and Substance Dependence

Thomas F. Babor
John C. Higgins–Biddle
John B. Saunders
Maristela G. Monteiro

AUDIT

แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา แบบปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ

ฉบับปรับปรุงครั้งที่สอง

แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย

นายแพทย์ปริทรรศ คิลปกิจ
แพทย์หญิงพันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์

World Health Organization
Department of Mental Health and Substance Dependence

จัดพิมพ์โดย องค์การอนามัยโลก 2001

ภายใต้ชื่อเรื่อง “The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care, 2nd edition 2001” http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf © World Health Organization 2001

องค์การอนามัยโลกมอบลิขสิทธิ์การแปลให้แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษา ผู้มีปัญหการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.) รับผิดชอบฉบับภาษาไทย (Agreement No: TR/09/003)

สนับสนุนโดย

แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.)
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ครั้งที่ 1 : ตุลาคม 2552

จำนวน : 38 หน้า

จำนวนที่พิมพ์ : 1,000 เล่ม

จัดพิมพ์โดย : แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุรา
แบบบูรณาการ (ผรส.)

พิมพ์ที่ : บริษัท ทานตะวันเปเปอร์ จำกัด โทร. 02-8892095-6

บทคัดย่อ

คู่มือนี้แนะนำวิธีการใช้แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Identification Test หรือ AUDIT) โดยกล่าวถึงวิธีการคัดกรองผู้ดื่มสุราที่ดื่มแบบมีความเสี่ยง (hazardous use) หรือดื่มแบบอันตราย (harmful use) แบบประเมินนี้พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) เพื่อให้เป็นเครื่องมือแบบง่ายในการคัดกรองการดื่มสุราที่มากเกินไปและในการประเมินที่มีเวลาจำกัด นอกจากนี้ยังสามารถช่วยระบุปัญหาการดื่มสุราที่เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยที่นำมาพบแพทย์อีกด้วย คู่มือนี้ยังได้แนะนำรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ดื่มสุราที่ดื่มแบบมีความเสี่ยงหรือดื่มแบบอันตรายให้ลดหรือหยุดดื่ม และหลีกเลี่ยงผลเสียที่ตามมาจากการดื่ม คู่มือฉบับแรกตีพิมพ์เมื่อปี พ.ศ. 2532 (เอกสารเลขที่ WHO/MHN/DAT/89.4) และมีการปรับปรุงใหม่ในปี พ.ศ. 2535 (เอกสารเลขที่ WHO/PSA/92.4) หลังเผยแพร่ครั้งแรก ได้มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายทั้งบุคลากรสุขภาพและนักวิจัยด้านสุรา เนื่องจากมีการคัดกรองการดื่มสุรามากขึ้นและแบบประเมิน AUDIT ได้รับความนิยมในระดับนานาชาติ จึงได้มีการปรับปรุงคู่มือในครั้งนี้โดยเพิ่มเติมประเด็นก้ำวหน้าด้านงานวิจัยและประสบการณ์ทางคลินิก

คู่มือนี้ใช้สำหรับบุคลากรสุขภาพเป็นหลัก แต่บุคลากรอื่นที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้มีปัญหาการดื่มสุราก็สามารถใช้ประโยชน์ได้ คู่มือได้พัฒนามาใช้ประกอบกับคู่มืออีกฉบับหนึ่งที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการช่วยเหลือตั้งแต่ในระยะแรกชื่อว่า “การให้การบำบัดแบบสั้นสำหรับผู้ดื่มแบบมีความเสี่ยงและผู้ดื่มแบบอันตราย: คู่มือสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ (Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for Use in Primary Care)” คู่มือทั้งสองเล่มนี้กล่าวถึงการดูแลแบบครบวงจรตั้งแต่การคัดกรองและการบำบัดแบบสั้นสำหรับผู้มีปัญหาเกี่ยวกับการดื่มสุราในสถานพยาบาลปฐมภูมิ (primary health care)

กิตติกรรมประกาศ

การปรับปรุงคู่มือครั้งนี้ ประสานงานโดย Maristela Monteiro และความช่วยเหลือทางเทคนิคโดย Vladimir Poznyak จาก WHO Department of Mental Health and Substance Dependence และ Deborah Talamini จากมหาวิทยาลัยคอนเนตทิคัต และได้รับทุนสนับสนุนเพื่อการตีพิมพ์จาก Ministry of Health and Welfare ประเทศญี่ปุ่น

© ลิขสิทธิ์ขององค์การอนามัยโลก 2001

เอกสารฉบับนี้ไม่ใช่เอกสารทางการขององค์การอนามัยโลก (WHO) และบทความทั้งหมดได้รับการคุ้มครองทางลิขสิทธิ์โดยองค์การอนามัยโลก อย่างไรก็ตามเอกสารฉบับนี้สามารถนำไปทบทวน ย่อสรุป พิมพ์ใหม่หรือแปลเป็นบางส่วนหรือทั้งฉบับได้ ทั้งนี้ต้องไม่ใช่เพื่อการจำหน่ายหรือเชิงพาณิชย์ หากมีข้อสอบถามเพิ่มเติม กรุณาติดต่อที่ Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization, CH-1211 Geneva 27, Switzerland และยินดีจะให้ข้อมูลล่าสุดหากมีการแก้ไขเพิ่มเติมในเนื้อหา แผนการปรับปรุงหรือตีพิมพ์ครั้งใหม่ตลอดจนฉบับปรับใช้เฉพาะภูมิภาค หรือฉบับแปลในภาษาต่างๆที่มีอยู่

คณะผู้เขียนเป็นผู้รับผิดชอบต่อข้อคิดเห็นตามเอกสาร ข้อคิดเห็นดังกล่าวไม่อยู่ในความรับผิดชอบขององค์การอนามัยโลก

สารบัญ

- 4 วัตถุประสงค์ของคู่มือ
- 5 ทำไมต้องคัดกรองการตีมสุรา
- 8 การคัดกรองการตีมสุรา
- 10 การพัฒนาและตรวจสอบความตรงของแบบประเมิน AUDIT
- 14 แนวทางการใช้แบบประเมิน AUDIT
- 19 การให้คะแนนและการแปลผล
- 21 วิธีการช่วยเหลือผู้ป่วย
- 25 การนำไปรวมการคัดกรองสู่การปฏิบัติ

ภาคผนวก

- 28 ภาคผนวก ก แนวทางการวิจัยสำหรับแบบประเมิน AUDIT
- 30 ภาคผนวก ข ตัวอย่างแบบประเมิน AUDIT ด้วยตนเอง
- 32 ภาคผนวก ค การแปลและการปรับใช้เพื่อให้เหมาะกับภาษา วัฒนธรรม และมาตรฐาน
- 33 ภาคผนวก ง ขั้นตอนการคัดกรองทางคลินิก
- 34 ภาคผนวก จ สื่อการฝึกอบรมแบบประเมิน AUDIT
- 35 เอกสารอ้างอิง

วัตถุประสงค์ของคู่มือ

Purpose of this Manual

คู่มือนี้แนะนำวิธีการใช้แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Identification Test หรือ AUDIT) โดยกล่าวถึงวิธีการคัดกรองผู้ดื่มสุราที่ดื่มแบบมีความเสี่ยง (hazardous use) หรือดื่มแบบอันตราย (harmful use) แบบประเมินนี้พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) เพื่อให้เป็นเครื่องมือแบบง่ายในการคัดกรองการดื่มสุราที่มากเกินไปและในการประเมินที่มีเวลาจำกัด^{1,2} นอกจากนี้ยังสามารถช่วยระบุปัญหาการดื่มสุราที่เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยที่นำมาพบแพทย์อีกด้วย คู่มือนี้ยังได้แนะนำรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ดื่มสุราที่ดื่มแบบมีความเสี่ยงหรือดื่มแบบอันตรายให้ลดหรือหยุดดื่ม และหลีกเลี่ยงผลเสียที่ตามมาจากการดื่ม แม้ว่าจะพัฒนามาสำหรับบุคลากรสุขภาพและสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ยังสามารถใช้ประเมินด้วยตนเองหรือใช้โดยบุคลากรนอกระบบสุขภาพได้หากได้รับคำแนะนำที่เหมาะสม

คู่มือนี้ประกอบด้วย

- เหตุผลที่ประเมินเกี่ยวกับการดื่มสุรา
- การคัดกรองการดื่มสุรา
- การพัฒนาและตรวจสอบความตรง (validity) ของแบบประเมิน AUDIT
- ข้อคำถามในแบบประเมิน AUDIT และวิธีการใช้
- การคิดคะแนนและการแปลผล
- วิธีการนำไปใช้ในการตรวจคัดกรองทางคลินิก
- วิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยกรณีที่ตรวจพบปัญหาจากการคัดกรอง
- วิธีการนำไปโปรแกรมการคัดกรองสู่การปฏิบัติ

ในส่วนภาคผนวกของคู่มือได้เพิ่มเติมข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติหรือนักวิจัย ในภาคผนวก ก ได้ให้แนวทางการศึกษาความเชื่อมั่น (reliability) ความตรง (validity) ของแบบประเมิน AUDIT และการนำไปใช้ สำหรับภาคผนวก ข มีตัวอย่างแบบประเมิน AUDIT ด้วยตัวเอง ภาคผนวก ค ได้เสนอแนวทางการแปลและการปรับใช้แบบประเมิน AUDIT ภาคผนวก ง ได้อธิบายขั้นตอนการคัดกรองทางคลินิกร่วมไปกับการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการสัมภาษณ์ประวัติความเจ็บป่วย ส่วนภาคผนวก จ เป็นรายละเอียดข้อมูลสื่อวัสดุที่ใช้ในการอบรม

ทำไมต้องคัดกรองการดื่มสุรา

Why Screen for Alcohol Use?

พฤติกรรมการดื่มสุราที่มากเกินไปไม่ได้หลายแบบที่เป็นเหตุให้เกิดความเสี่ยงหรืออันตรายต่อผู้ดื่มตั้งแต่การดื่มหนักทุกวัน ดื่มจนเมาบ่อยๆ ดื่มจนเกิดปัญหาสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต หรือดื่มจนติดสุรา การดื่มสุราที่มากเกินไปนั้นเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยและก่อปัญหาทั้งต่อตัวผู้ดื่มเอง ต่อครอบครัวและต่อเพื่อน เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพ เกิดอุบัติเหตุ พิกการบาดเจ็บ ต้องนอนโรงพยาบาล หรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การดื่มสุราส่งผลให้เกิดปัญหาการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมากในหลายสังคมทั่วโลก

แบบประเมิน AUDIT พัฒนาขึ้นเพื่อคัดกรองการดื่มสุราที่มากเกินไป และเพื่อช่วยให้บุคลากรสุขภาพสามารถค้นหาผู้ที่จะได้รับประโยชน์หากลดหรือเลิกดื่ม ผู้ที่ดื่มสุรามากเกินไปมักไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเกี่ยวกับปัญหาการดื่มทั้งที่มาเข้ารับบริการสุขภาพด้วยอาการป่วยหรือปัญหาสุขภาพบ่อยครั้ง การใช้แบบประเมิน AUDIT จะช่วยให้บุคลากรสุขภาพตรวจพบว่า บุคคลนั้นๆ มีปัญหาการดื่มสุราแบบมีความเสี่ยง ดื่มแบบอันตราย หรือดื่มแบบติดหรือไม่

*การดื่มแบบมีความเสี่ยง (Hazardous drinking)*³ หมายถึงลักษณะการดื่มสุราที่เพิ่มความเสี่ยงต่อผลเสียตามมาทั้งต่อตัวผู้ดื่มเองหรือผู้อื่น พฤติกรรมการดื่มแบบนี้ถือว่ามีความสำคัญในเชิงสาธารณสุข แม้ว่าขณะนี้ผู้ดื่มจะยังไม่เกิดความเจ็บป่วยใดๆ ก็ตาม

การดื่มแบบอันตราย (Harmful use) หมายถึงการดื่มสุราจนเกิดผลเสียตามมาต่อสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต รวมถึงผลเสียทางสังคมจากการดื่ม^{3,4}

การดื่มแบบติด (Alcohol dependence) เป็นกลุ่มที่มีการดื่มซ้ำแล้วซ้ำอีกจนเกิดปัญหาพฤติกรรมสมองความจำ และร่างกาย⁴ อาการแสดงที่พบบ่อย เช่น คอแข็งมากขึ้น มีอาการขาดสุราหากหยุดดื่ม มีความรู้สึกอยากดื่มอย่างมาก ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ ยังคงดื่มต่อแม้ทราบว่าจะเกิดผลเสียตามมา และดื่มจนละเลยกิจกรรมอื่นๆ หรือหน้าที่รับผิดชอบ

สุราก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพหลากหลายทั้งความเจ็บป่วย โรคภัยและการบาดเจ็บต่างๆ รวมไปถึงปัญหาสังคม ปัญหากฎหมายมากมาย^{5,6,7} และยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดมะเร็งในช่องปาก หลอดอาหารและกล่องเสียง หากดื่มสุราเป็นเวลานานและมากเกินไปทำให้เกิดโรคตับแข็งหรือตับอ่อนอักเสบได้ การดื่มสุรายังเป็นอันตรายต่อทารกในหญิงตั้งครรภ์ ยิ่งไปกว่านั้นปัญหาความเจ็บป่วยที่พบบ่อย เช่น ความดันโลหิตสูง กระเพาะอาหารอักเสบ เบาหวานและความผิดปกติของเส้นเลือดในสมองบางชนิด หรือแม้แต่การเจ็บป่วยทางจิตใจ เช่น โรคซึมเศร้า มักจะกำเริบแย่ลงหลังการดื่มสุราเพียงเล็กน้อยเป็นครั้งคราวก็ตาม การดื่มสุรามากเกินไปยังเป็นสาเหตุทำให้เกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน การตกจากที่สูง หรืออุบัติเหตุจากการทำงาน ความเสี่ยงจากการดื่มสุรามากน้อยขึ้นกับพฤติกรรม

การดื่มและปริมาณการดื่ม⁵ แม้ว่ากลุ่มผู้ติดสุรามักจะมีปัญหาสุขภาพสูง แต่ผู้ดื่มที่ไม่ติดสุราก็พบปัญหาเหมือนกัน เนื่องจากคนกลุ่มนี้มีจำนวนมาก⁶ ดังนั้นการค้นหาผู้ดื่มจากหลากหลายกลุ่มในระดับความเสี่ยงแตกต่างกันจะช่วยลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราในทุกรูปแบบ

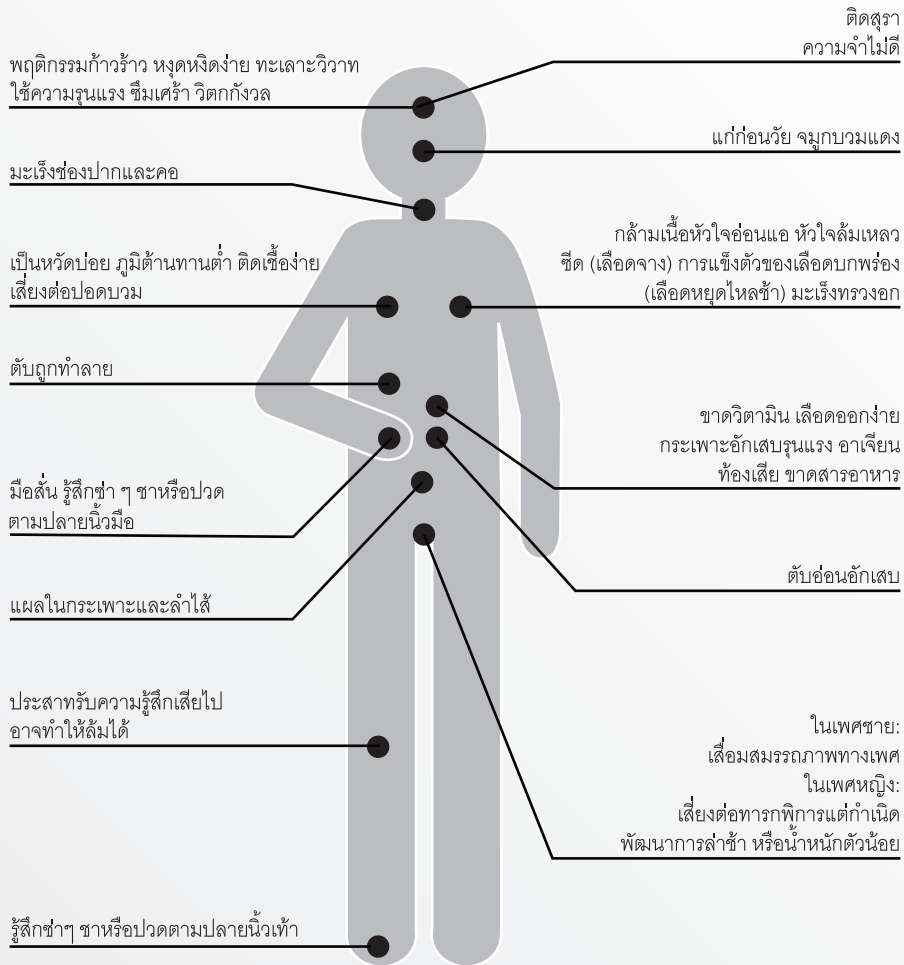
รูปที่ 1 แสดงถึงปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวกับการดื่มสุรา แม้ว่าผลลัพธ์ต่อสุขภาพนั้นมักจะเกิดในผู้ติดสุราหนัก แต่การดื่มสุราในปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์เพียง 20 – 40 กรัมต่อวัน ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ และปัญหาสังคมอีกมากมาย^{5, 6}

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาที่เกี่ยวกับการดื่มสุรามีหลายปัจจัย แต่ปัจจัยที่สำคัญที่สุดคือการไม่จำกัดปริมาณการดื่มและไม่สนใจอันตรายจากการดื่มสุรามากเกินไป นอกจากนี้อิทธิพลจากสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น กิจวัตรและทัศนคติที่เอื้อต่อการดื่มหนักก็มีส่วนสำคัญ การคัดกรองการดื่มสุราจะช่วยให้ผู้ดื่มที่ไม่ติด ลดหรือหยุดดื่มหลังได้รับการช่วยเหลือ เนื่องจากเมื่อติดสุราแล้วการหยุดดื่มจะยากขึ้นและจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาเฉพาะ แม้ว่าผู้ดื่มแบบมีความเสี่ยงจะไม่กลายเป็นผู้ติดสุราทุกคน แต่ผู้ติดสุราก็เริ่มดื่มแบบเสี่ยงเช่นนี้มาก่อน ด้วยเหตุนี้การคัดกรองการดื่มสุราจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

การคัดกรองการดื่มสุราในผู้ป่วยที่รับบริการที่สถานพยาบาลปฐมภูมิมีประโยชน์หลายด้าน กล่าวคือเป็นการเปิดโอกาสให้ความรู้กับผู้ป่วยทั่วไปถึงการจำกัดปริมาณดื่มและอันตรายจากการดื่มมากเกินไป ได้ข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณและความถี่ของการดื่มสุราที่ใช้ประกอบการวินิจฉัยอาการป่วยที่นำมา และยังช่วยกระตุ้นเตือนผู้รักษาว่าควรให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยถึงผลจากการดื่มสุราที่มีต่อยารักษาที่ให้และต่อผลการรักษาโรคที่เป็นอยู่ นอกจากนี้การคัดกรองการดื่มสุรายังเปิดโอกาสให้ผู้ให้การรักษาหรือบุคลากรสุขภาพใช้มาตรการส่งเสริมป้องกัน ที่พิสูจน์แล้วว่าได้ผลในการลดอันตรายจากการดื่มสุรา

รูปที่ 1

ผลกระทบจากการดื่มสุราแบบมีความเสี่ยงสูง



การดื่มสุราแบบมีความเสี่ยงสูง (high-risk drinking) นำไปสู่ปัญหาทางสังคม ปัญหากฎหมาย ปัญหาสุขภาพ ปัญหาครอบครัว ปัญหาอาชีพ และปัญหาการเงิน อีกทั้งยังทำให้อายุสั้นลง เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหรือเสียชีวิต จากอุบัติเหตุบนท้องถนนขณะเมาสุรา

การคัดกรองการดื่มสุรา

The Context of Alcohol Screening

แมว่าคู่มือนี้จะเน้นการใช้แบบประเมิน AUDIT เพื่อคัดกรองการดื่มสุราและปัญหาที่เกี่ยวข้องในสถานพยาบาลปฐมภูมิ แบบประเมินนี้ยังสามารถประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นได้เช่นกัน ทั้งนี้ได้มีการพัฒนาและทดลองใช้ในหลายหน่วยงานมาแล้ว ดังตัวอย่างในกรอบข้อความที่ 1 ที่ได้สรุปข้อมูลการใช้แบบประเมิน AUDIT จำแนกตามสถานบริการ บุคลากรที่ทำการคัดกรอง และกลุ่มเป้าหมายที่เหมาะสม Murray⁹ ให้ความเห็นว่าการคัดกรองจะมีประโยชน์หากทำในกลุ่มดังต่อไปนี้:

- ผู้ป่วยในโรงพยาบาลฝ่ายกายทั่วไปโดยเฉพาะผู้ป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการติดสุรา (เช่น ตับอ่อนอักเสบ ตับแข็ง กระเพาะอักเสบ วัณโรค โรคทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง)
- ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าหรือพยายามฆ่าตัวตาย
- ผู้ป่วยจิตเวช
- ผู้ป่วยอุบัติเหตุหรือผู้รับบริการแผนกฉุกเฉิน
- ผู้ป่วยที่รับการรักษาโดยแพทย์เวชปฏิบัติ
- บุคคลเร่ร่อน
- ผู้ต้องขัง และ
- ผู้ที่กระทำผิดกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา (เช่น ขับรถขณะเมาสุรา เมาสุราในที่สาธารณะ)

คณะผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลก⁷ ได้พิจารณาให้เพิ่มกลุ่มต่อไปนี้เข้าไปในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาจากการดื่มสุรา ได้แก่ กลุ่มชายวัยกลางคน วัยรุ่น แรงงานต่างด้าว และกลุ่มอาชีพเฉพาะบางประเภท (เช่น ผู้บริหารระดับสูง ผู้ทำงานในวงการบันเทิง ผู้ขายบริการทางเพศ เจ้าของร้านเหล้าและกะลาสีเรือเดินทะเล) ลักษณะของความเสี่ยงนั้นแตกต่างกันไปตามอายุ เพศ สภาพแวดล้อม และรูปแบบการดื่ม รวมทั้งปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมที่มีบทบาทสำคัญถึงความหมายของการดื่ม และการแสดงออกถึงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา⁶

กรอบข้อความที่ 1

การใช้แบบประเมิน AUDIT จำแนกตามสถานบริการ บุคลากร และกลุ่มเป้าหมายที่เหมาะสม

สถานบริการ	กลุ่มเป้าหมาย	บุคลากร
คลินิก สถานพยาบาลปฐมภูมิ	ผู้ป่วยทั่วไป	พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์
ห้องฉุกเฉิน	ผู้ป่วยอุบัติเหตุ ผู้ป่วยเมาสุรา ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ	แพทย์ พยาบาล หรือนักการสาธารณสุขภาพ
ห้องตรวจแพทย์	ผู้ป่วยทั่วไป	แพทย์เวชปฏิบัติ แพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัว หรือนักการสาธารณสุขภาพ
ตึกผู้ป่วยในทั่วไป คลินิกผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ หรือโรคทางระบบประสาท	อายุรแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติ หรือ นักการสาธารณสุขภาพ
โรงพยาบาลจิตเวช	ผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะผู้มีความ เสี่ยงฆ่าตัวตาย	จิตแพทย์ หรือนักการสาธารณสุขภาพ
ศาล คุก เรือนจำ	ผู้ต้องคดีขบขันขณะเมาสุรา ผู้ต้องคดีที่เกี่ยวกับความรุนแรง	เจ้าหน้าที่สืบเสาะคดี หรือผู้ให้ คำปรึกษา
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	บุคคลที่มีปัญหาทางสังคม หรือ อาชีพการงาน (เช่น มีปัญหาชีวิต สมรส เด็กที่ถูกทอดทิ้ง เป็นต้น)	บุคลากรของหน่วยงานพัฒนาสังคม และมนุษย์
ค่ายทหาร	ทหารเกณฑ์ หรือ นายทหาร	แพทย์ หรือนักการพยาบาลการแพทย์
หน่วยงานดูแลพนักงานใน สถานประกอบการ	พนักงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ มีปัญหาละสิทธิภาพการทำงาน ขาดงาน หรือ อุบัติเหตุ	เจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคล หรือเจ้าหน้าที่ ความปลอดภัยในที่ทำงาน

การพัฒนาและตรวจสอบความตรงของแบบประเมิน AUDIT

Development and Validation of the AUDIT

แบบประเมิน AUDIT ได้มีการพัฒนาและประเมินผลมาตลอดช่วง 2 ทศวรรษ และพบว่ามีความแม่นยำในการประเมินความเสี่ยงในเพศ อายุ และวัฒนธรรมที่แตกต่าง^{1, 2, 10} กรอบข้อความที่ 2 จะกล่าวถึงหัวข้อหลักและเนื้อหาของแบบประเมิน AUDIT ทั้ง 10 คำถามที่เกี่ยวกับดื่มสุราในช่วงนี้ อาการติดสุราและปัญหาที่เกี่ยวกับการดื่มสุรา เนื่องจากแบบประเมิน AUDIT ตั้งใจพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในสถานพยาบาลปฐมภูมิ จึงมีข้อได้เปรียบดังต่อไปนี้:

- มีมาตรฐานระดับนานาชาติ: แบบประเมิน AUDIT ได้มีการตรวจสอบความตรงในผู้ป่วยที่รับบริการสถานพยาบาลปฐมภูมิจาก 6 ประเทศ^{1, 2} โดยเป็นเครื่องมือคัดกรองเดียวที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในระดับนานาชาติ
- สามารถจำแนกพฤติกรรมการดื่มว่าเป็นการดื่มแบบมีความเสี่ยง การดื่มแบบอันตราย หรือการดื่มแบบติด
- สั้น ใช้เวลาน้อย และปรับใช้ง่าย
- พัฒนาขึ้นสำหรับบุคลากรสุขภาพปฐมภูมิ
- สอดคล้องกับเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะติดสุรา (alcohol dependence) และภาวะดื่มสุราแบบอันตราย (harmful alcohol use)^{3, 4} ตามระบบ ICD – 10
- มุ่งประเด็นการดื่มในปัจจุบัน

ในปี ค.ศ. 1982 องค์การอนามัยโลกได้ให้กลุ่มนักวิจัยนานาชาติพัฒนาเครื่องมือคัดกรองการดื่มสุราอย่างง่ายขึ้น² เพื่อใช้ค้นหาผู้ที่เพิ่งเริ่มมีปัญหาการดื่มสุราด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับระบบสุขภาพทั้งในประเทศกำลังพัฒนาและประเทศพัฒนาแล้ว กลุ่มนักวิจัยได้ทบทวนองค์ความรู้จากหลายประเทศทั้งแบบประเมินตนเอง วิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการและวิธีการทางคลินิกที่เคยปฏิบัติ

มาก่อน หลังจากนั้นจึงได้ทดลองศึกษาในหลายประเทศ (cross-national study) เพื่อหาวิธีที่เหมาะสมที่สุดที่สามารถใช้คัดกรองการดื่มสุราในหลากหลายประเทศได้

การศึกษาเชิงเปรียบเทียบนี้ได้ศึกษาใน 6 ประเทศ ได้แก่ นอร์เวย์ ออสเตรเลีย เคนยา บัลแกเรีย เม็กซิโก และสหรัฐอเมริกา

แบบประเมิน AUDIT ได้เลือกข้อความที่สามารถแยกผู้ดื่มสุราที่มีความเสี่ยงต่ำออกจากผู้ดื่มที่มีความเสี่ยงสูง โดยต่างจากเครื่องมือคัดกรองที่ผ่านมาที่แบบประเมินใหม่นี้ต้องการจำแนกกลุ่มผู้ดื่มแบบเสี่ยง ผู้ดื่มแบบอันตราย และผู้ดื่มจนติดสุรา (พิษสุราเรื้อรัง) ออกจากกัน ในการศึกษาเปรียบเทียบมีผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษาทั้งหมดเกือบ 2000 คนจากสถานพยาบาลหลายแห่ง รวมถึงศูนย์บำบัดเฉพาะทาง พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 64 มีการดื่มสุราในช่วงนี้ และร้อยละ 25 ของผู้ดื่มนี้ได้รับการวินิจฉัยว่าติดสุรา

ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการตรวจร่างกายและตรวจเลือดเพื่อหาตัวบ่งชี้ (blood markers) ของการติดสุรา ตลอดจนจนสัมภาษณ์เชิงลึกทั้งข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วย การดื่มสุราหรือเสพยาเสพติด ผลการดื่มต่อจิตใจ ปัญหาจากการดื่ม และประวัติการดื่มสุราในครอบครัว ข้อคำถามเหล่านี้จะได้รับการคัดเลือกมาเพื่อใช้ในแบบประเมิน AUDIT โดยพิจารณาความสัมพันธ์กับปริมาณการดื่มสุราต่อวัน ความถี่ของการดื่มหนักที่ดื่มมากกว่า 6 ดื่มมาตรฐานต่อครั้ง และความสามารถในการจำแนกการดื่มแบบเสี่ยงและการดื่มแบบอันตราย การคัดเลือกข้อความยังพิจารณาจากความสอดคล้องทางคลินิก และความครอบคลุมตามแนวคิดหลัก (เช่น พฤติกรรมการดื่ม การติด

กรอบข้อความที่ 2

หัวข้อหลักและเนื้อหาของแบบประเมิน AUDIT

หัวข้อหลัก	ลำดับข้อ	เนื้อหา
การดื่มแบบเสี่ยง	1	ความถี่ในการดื่ม
	2	ปริมาณที่ดื่มประจำ
	3	ความถี่ในการดื่มหนัก
การติดสุรา	4	ไม่สามารถควบคุมการดื่มหนักได้
	5	ดื่มเพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด
	6	ดื่มเพื่อถอนถอนเข้า
การดื่มแบบอันตราย	7	รู้สึกผิดหลังจากดื่ม
	8	จำเหตุการณ์ช่วงเมาสุราไม่ได้
	9	ได้รับบาดเจ็บจากการดื่มสุรา
	10	มีคนเป็นห่วงถึงการดื่มสุราของตน

สุรา หรือผลเสียจากการดื่ม) นอกจากนี้การคัดเลือกข้อคำถามยังให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับความเหมาะสมทั้งเพศหญิงและชาย และสามารถใช้ในต่างวัฒนธรรมต่างเชื้อชาติได้

ความไวและความจำเพาะของข้อคำถามที่คัดเลือกมาพิจารณาจากหลายเกณฑ์ (เช่น ปริมาณการดื่มเฉลี่ยต่อวัน การเมาสุราซ้ำๆ การแสดงอาการติดสุรา การวินิจฉัยว่าดื่มแบบมีปัญหาหรือติดสุรา หรือการรับรู้ว่ามีปัญหาการดื่มสุรา) จุดตัดคะแนนรวมได้พิจารณาจากค่าความไว (ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองว่าป่วย) และค่าความจำเพาะ (ร้อยละของผู้ที่ไม่ป่วยได้รับการคัดกรองว่าไม่ป่วย) ที่เหมาะสมเพื่อแยกเป็นกลุ่มดื่มแบบเสี่ยง (hazardous use) และกลุ่มดื่มแบบอันตราย

(harmful use) นอกจากนั้นยังได้มีการตรวจสอบความตรงของข้อคำถามกับการวินิจฉัยการดื่มแบบอันตราย (harmful use) และการดื่มแบบติด (dependence) อีกด้วย จากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานั้น¹ จุดตัดคะแนน AUDIT ที่ 8 คะแนนบ่งชี้ว่าเป็นการดื่มแบบมีปัญหา ด้วยค่าความไวที่ประมาณ 0.95 และค่าความจำเพาะเฉลี่ยประมาณ 0.80 จากการศึกษานานหลายประเทศและเกณฑ์ต่าง ๆ

แบบประเมิน AUDIT แตกต่างจากแบบประเมินด้วยตนเองชนิดอื่นที่ได้มาจากรฐานข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากในหลายประเทศและมีการคัดเลือกหัวข้อโดยอาศัยหลักทางสถิติอย่างชัดเจน เน้นการจำแนกผู้ดื่มแบบมีความเสี่ยงมากกว่าการค้นหาเฉพาะผู้ที่ติดสุรามานานจนมีปัญหา และ

เน้นอาการที่เกิดขึ้นในช่วงนี้มากกว่าอาการที่ “เคย” เกิดขึ้น

หลังจากที่แบบประเมิน AUDIT ได้รับการตีพิมพ์แล้ว ผู้พัฒนาได้แนะนำให้มีการศึกษาหาความตรงของเครื่องมือเพิ่มเติมปรากฏว่าได้มีการศึกษาจำนวนมากที่ประเมินความตรง (validity) และความเชื่อมั่น (reliability) จากกลุ่มตัวอย่างทั้งในคลินิกและในชุมชนที่หลากหลายทั่วโลก¹⁰ และการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าค่าจุดตัดคะแนนที่ 8 คะแนนหรือต่ำกว่านั้นมีค่าความไวที่เหมาะสมแล้ว แต่ที่คะแนน 8 ก็ยังยอมรับได้ และมีค่าความจำเพาะตามเกณฑ์การวินิจฉัยปัญหาการดื่มสุราของ ICD-10^{10, 11, 12} ตลอดจนความเสี่ยงต่ออันตรายที่จะเกิดได้ในอนาคต¹² อย่างไรก็ตาม การศึกษาพบว่าจะสามารถตรวจพบได้เพิ่มขึ้นหากลดหรือเพิ่มคะแนนจุดตัด 1 หรือ 2 คะแนน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะประชากรและวัตถุประสงค์ของการคัดกรอง^{11, 12}

นอกจากนี้ยังได้มีการศึกษาในกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยในสถานพยาบาลปฐมภูมิ^{13, 14, 15} ผู้ป่วยแผนกฉุกเฉิน¹¹ ผู้เสพยาเสพติด¹⁶ คนว่างงาน¹⁷ นักศึกษามหาวิทยาลัย¹⁸ ผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล¹⁹ และบุคคลที่มีสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำ²⁰ พบว่าแบบประเมิน AUDIT ยังสามารถจำแนกกลุ่มผู้ดื่มได้ดีในบริบทที่หลากหลาย ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ²¹ พบว่าเมื่อเปรียบเทียบกับแบบทดสอบอื่นๆ เช่น CAGE และ MAST แล้ว แบบประเมิน AUDIT เป็นเครื่องมือคัดกรองที่ดีที่สุดที่ครอบคลุมปัญหาการดื่มสุราในสถานพยาบาลปฐมภูมิ

ความเหมาะสมทางวัฒนธรรมและการนำไปใช้ได้ในหลากหลายประเทศนั้น เป็นประเด็นพิจารณา

สำคัญในการพัฒนาแบบประเมิน AUDIT^{1, 2} ซึ่งผลจากการศึกษาในหลายประเทศและหลากหลายวัฒนธรรม^{11, 12, 13, 15, 19, 22, 23, 24} พบว่าแบบประเมิน AUDIT สามารถใช้ในการคัดกรองระดับสากลได้จริง

แม้ว่าหลักฐานการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างหญิงค่อนข้างจำกัด^{11, 12, 24} แบบประเมิน AUDIT ก็ยังพบว่าสามารถใช้ได้ทั้งเพศชายและหญิง ส่วนปัจจัยด้านอายุนั้นยังไม่มีการวิเคราะห์ผลอย่างเป็นระบบ แต่มีรายงานการศึกษาชิ้นหนึ่ง¹⁹ ที่พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี แบบประเมิน AUDIT มีค่าความไวต่ำ แต่มีค่าความจำเพาะสูง แบบประเมิน AUDIT ยังได้รับการพิสูจน์ว่ามีความแม่นยำในการตรวจพบภาวะติดสุราในนักศึกษามหาวิทยาลัย¹⁸

เมื่อเปรียบเทียบกับแบบคัดกรองอื่นแล้วพบว่าแบบประเมิน AUDIT มีความแม่นยำสูงพอ ๆ กับหรือสูงกว่าแบบประเมินอื่น^{10, 11, 25, 26} ในเกณฑ์การวัดที่แตกต่าง Bohn และคณะ²⁷ พบว่าแบบประเมิน AUDIT มีความสอดคล้องอย่างมาก (high correlations) กับแบบประเมิน MAST ($r=.88$) ทั้งในกลุ่มผู้ชาย (.47) และผู้หญิง (.46) ในการคัดกรองผู้ติดสุรา แบบประเมิน AUDIT และ CAGE ยังมีความสัมพันธ์สัมประสิทธิ์ (correlation coefficient) สูงถึง .78 ในกลุ่มผู้ป่วยนอก²⁶ คะแนน AUDIT พบว่าสัมพันธ์กับการวัดผลที่ตามมาจากการดื่ม ทั้งทัศนคติต่อการดื่ม ความเสี่ยงต่อการติดสุรา อารมณ์ด้านลบหลังดื่ม และเหตุผลในการดื่มสุรา²⁷ คะแนนรวมของ AUDIT สะท้อนถึงผลกระทบจากการดื่มสุรารอบคลุมทุกระดับตามความรุนแรง

รายงานการศึกษาสองชิ้นพบความสัมพันธ์ระหว่างคะแนน AUDIT กับตัวบ่งชี้ปัญหาการดื่มและความสามารถในการดำรงชีวิตทั่วไปในอนาคต การศึกษาหนึ่งได้แสดงว่าผู้ที่มีคะแนน AUDIT ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไปมีโอกาสว่างงานในช่วงสองปีสูงเป็น 1.6 เท่าของผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า¹⁷ ในขณะที่อีกการศึกษาหนึ่งพบว่าคะแนน AUDIT ในผู้ป่วยนอกสามารถทำนายโอกาสเกิดโรคทางกายหรือปัญหาสังคมที่เกี่ยวกับการดื่มสุราได้²⁸ นอกจากนี้คะแนน AUDIT ยังสามารถทำนายโอกาสการเข้ารับบริการทางการแพทย์และโอกาสที่จะดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinking) ในอนาคตได้อีกด้วย²⁸

การทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบประเมิน AUDIT ในหลายรายงานการศึกษา^{18, 26, 29} พบว่าแบบประเมิน AUDIT มีความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับสูงซึ่งบ่งชี้ว่ามีความน่าเชื่อถือที่จะวัดสิ่งหนึ่งสิ่งเดียว เมื่อทดสอบความเชื่อมั่นแบบทดสอบซ้ำ (test-retest reliability)²⁹ พบว่ามีความเชื่อมั่นสูง ($r=0.86$) ในกลุ่มตัวอย่างที่ประกอบไปด้วยทั้งผู้ดื่มสุราแบบไม่เสี่ยง ผู้เสพโคเคนและผู้ติดสุรา ส่วนอีกรายงานการศึกษาหนึ่งที่ได้ทดสอบผลของลำดับข้อคำถามและการใช้คำในข้อคำถามต่อการประมาณการค่าความชุกและความสอดคล้องภายใน²² พบว่าการเปลี่ยนลำดับข้อคำถามและการใช้คำในข้อคำถามไม่มีผลต่อคะแนน AUDIT แสดงให้เห็นว่า นักวิจัยสามารถปรับเปลี่ยนลำดับข้อคำถามหรือการใช้คำในข้อคำถามของแบบประเมิน AUDIT ได้บ้าง

หลังจากที่มีการศึกษาความตรง (validity) และความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบประเมิน AUDIT มากมายแล้ว จึงได้มีการศึกษาที่นำแบบประเมินนี้ไปใช้หาความชุกของปัญหาการดื่ม

สุรา Lapham และคณะ²³ ได้ใช้แบบประเมิน AUDIT ในการสำรวจหาความชุกของปัญหาการดื่มสุราที่แผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลศูนย์ 3 แห่งในประเทศไทย พบว่าแผนกฉุกเฉินเป็นจุดบริการที่เหมาะสมมากในการใช้แบบประเมิน AUDIT สอดคล้องกับการศึกษาของ Piccinelli และคณะ¹⁵ ที่ใช้แบบประเมิน AUDIT ในการคัดกรองผู้ดื่มสุราในสถานพยาบาลปฐมภูมิที่ประเทศอิตาลี และพบว่าใช้ได้ดีในการจำแนกผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา รวมทั้งผู้ดื่มแบบเสี่ยง เช่นเดียวกับ Ivis และคณะ²² ที่ได้ใช้แบบประเมินเดียวกันนี้เป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจทางโทรศัพท์ในประชากรเมืองออนทาร์โอ ประเทศแคนาดา

ตั้งแต่ปี ค.ศ.1989³⁰ ที่คู่มือแบบประเมิน AUDIT ดีพิมพ์เผยแพร่เป็นครั้งแรก ได้มีการนำแบบประเมินไปทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) และความตรง (validity) ในหลากหลายบริบทและหลายเชื้อชาติ ทั้งยังได้มีการแปลเป็นหลายภาษา เช่น ตุรกี กรีก ฮินดู เยอรมัน ดัช โบแลนด์ ญี่ปุ่น ฝรั่งเศส โปรตุเกส สเปน เดนมาร์ก เบลเยียม บัลแกเรีย จีน อิตาลี และไนจีเรีย มีการพัฒนาโปรแกรมอบรมเพื่อให้แพทย์หรือบุคลากรสุขภาพสามารถใช้แบบประเมินได้^{31, 32} ในการใช้แบบประเมิน (ดูภาคผนวก จ) มีการนำแบบประเมินไปใช้ในการวิจัยของสถานพยาบาลปฐมภูมิและการสำรวจทางระบาดวิทยาเพื่อประมาณการความชุกผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในกลุ่มประชากรทั่วไป ตลอดจนกลุ่มเฉพาะ (เช่น ผู้ป่วยในโรงพยาบาล ผู้ป่วยในสถานพยาบาลปฐมภูมิ) อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะมีการศึกษาวิจัยแล้วมากมาย แต่ก็ยังมีความจำเป็นที่ต้องศึกษาวิจัยต่อเพิ่มเติม โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา ภาคผนวก ก ได้บอกแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแบบประเมิน AUDIT ต่อเนื่อง

แนวทางการใช้แบบประเมิน AUDIT Administration Guidelines

แบบประเมิน AUDIT สามารถใช้ประเมินผู้ป่วยที่ดื่มสุราได้หลายวิธี แต่การจะนำไปใช้ในระบบบริการ ควรจะต้องมีการกำหนดแนวปฏิบัติตามสภาพการณ์และศักยภาพของกลุ่มผู้ป่วยที่จะประเมินก่อน นอกจากนี้บุคลากรสุขภาพจะต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบเหตุผลว่า ทำไมจึงถามคำถามเกี่ยวกับการดื่มสุราเพื่อที่ผู้ป่วยจะสามารถตอบคำถามได้เหมาะสม ควรเลือกวิธีการประเมินว่าจะใช้การสัมภาษณ์หรือเขียนตอบแบบประเมินด้วยตนเอง และทำยสุสุดอาจต้องพิจารณาตัดข้อคำถามบางข้อออกไป เพื่อให้การคัดกรองกระชับและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ข้อแนะนำแนวทางการดำเนินการมีดังนี้

การพิจารณาผู้ป่วย

ผู้ป่วยทุกคนควรได้รับการคัดกรองการดื่มสุราปีละครั้ง โดยอาจให้ทำแบบประเมิน AUDIT แยกต่างหากหรือประเมินร่วมกับคำถามประวัติสุขภาพทั่วไป การดำเนินชีวิต หรือประวัติความเจ็บป่วย หากการคัดกรองเลือกทำเฉพาะผู้ที่บุคลากรสุขภาพคิดว่าน่าจะมี “ปัญหาการดื่ม” จะทำให้ผู้ป่วยที่ดื่มเกินระดับส่วนใหญ่ไม่ได้รับการคัดกรอง อย่างไรก็ตามลักษณะของผู้ป่วยที่พร้อมจะตอบคำถามเรื่องการดื่มสุราเป็นประเด็นสำคัญ ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยยินยอมที่จะตอบคำถามและได้คำตอบที่ตรงมากขึ้น จึงต้องให้ความสำคัญกับสิ่งต่อไปนี้

- ผู้สัมภาษณ์ (หรือผู้ประเมิน) ควรแสดงท่าทีเป็นมิตร ไม่ขู่เข็ญคุกคาม
- ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะเมาสุราหรือกำลังอยู่ในภาวะที่ต้องการการรักษาแบบฉุกเฉินในขณะนั้น
- ต้องแจ้งวัตถุประสงค์ของการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราให้ชัดเจนโดยให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยในขณะนั้น

- ผู้ป่วยควรได้รับการชี้แจงเพื่อให้เข้าใจคำถาม และสามารถตอบข้อคำถามได้อย่างถูกต้อง
- ต้องให้ความมั่นใจว่าคำตอบของผู้ป่วยจะเก็บเป็นความลับ

บุคลากรสุขภาพควรให้ข้อมูลและดำเนินการตามเงื่อนไขเหล่านี้ก่อนที่จะทำการประเมิน AUDIT หากยังไม่ได้ให้ข้อมูลหรือผู้ป่วยไม่ร่วมมือ กระบวนการคัดกรองทางคลินิกอาจต้องใช้วิธีการทางเลือกอื่นได้ (ดูภาคผนวก ง)

ควรเลือกสถานการณ์ที่เหมาะสมในการประเมิน AUDIT สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรักษาอย่างเร่งด่วนหรือกำลังมีอาการเจ็บปวดอย่างมาก วิธีการที่ดีที่สุดคือรอจนกระทั่งอาการความเจ็บป่วยคงที่และผู้ป่วยเริ่มคุ้นเคยกับสถานพยาบาลแล้วจึงจะทำการคัดกรอง นอกจากนี้ผู้ประเมินควรสำรวจอาการเมาสุราหรือยาเสพติดในผู้ป่วยด้วย หากผู้ป่วยยังคงมีกลิ่นสุราในลมหายใจหรืออยู่ในภาวะเมาสุรา ข้อคำตอบนั้นอาจไม่น่าเชื่อถือ ควรพิจารณาทำการคัดกรองภายหลัง ถ้าไม่สามารถทำได้ให้จดบันทึกไว้ในประวัติของผู้ป่วย

เมื่อแสดงความห่วงใยสุขภาพของผู้ป่วยอย่างแท้จริงตามบริบททางการแพทย์แล้ว ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็มักจะเปิดใจและยอมตอบคำถามของแบบประเมิน AUDIT ยิ่งไปกว่านั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่จะตอบคำถามตามความเป็นจริง แม้กระทั่งผู้ดื่มสุรามากเกินไปที่มักจะประเมินระดับการดื่มของตัวเองต่ำกว่าความเป็นจริง ก็ยังคงตอบแบบประเมิน AUDIT แสดงว่าตนมีความเสี่ยงจากการดื่มสุรา

การแนะนำแบบประเมิน AUDIT

การใช้แบบประเมิน AUDIT ทั้งโดยการสัมภาษณ์หรือการตอบแบบประเมินด้วยตนเอง ผู้ป่วยควรได้รับการอธิบายให้ทราบถึงเนื้อหาคำถาม วัตถุประสงค์ที่ถาม และความจำเป็นที่ต้องได้คำตอบที่ตรงกับความจริง ข้อความข้างล่างนี้เป็นตัวอย่างการแนะนำการทำแบบประเมินทั้งด้วยปากเปล่าและข้อความอธิบายในแบบประเมิน

“ต่อไปนี้ ผม/ดิฉันจะขอสอบถามเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคุณในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา เนื่องจากว่าการดื่มสุรานั้นอาจมีผลกระทบต่อสุขภาพในหลายด้าน (และอาจมีผลต่อยารักษาโรคบางชนิดที่แพทย์ให้) ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องทราบว่า คุณดื่มสุรามากน้อยเพียงใด และคุณเคยประสบปัญหาใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา ขอความกรุณาตอบให้ถูกต้องและตรงกับความ เป็นจริงให้มากที่สุด”

“ระบบบริการสุขภาพของเราให้ความสำคัญกับประเด็นวิถีการดำเนินชีวิตที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพในผู้ป่วยของเรา การให้ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยให้คุณได้รับการรักษาที่ดีที่สุดและมีมาตรฐานสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ดังนั้นเราจึงขอให้คุณตอบแบบสอบถามที่ถามถึงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคุณในหนึ่งปีที่ผ่านมา นี้ กรุณาตอบให้ถูกต้องและตามความเป็นจริงให้มากที่สุด บุคลากรสุขภาพของเราจะพูดคุยประเด็นเหล่านี้กับคุณ และข้อมูลทั้งหมดของคุณจะถูกเก็บไว้เป็นความลับอย่างเคร่งครัด”

คำชี้แจงนี้ควรจะระบุเกี่ยวกับชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่บริโภคกันโดยทั่วไปในประเทศนั้นๆ หรือ ภูมิภาคที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ (เช่น “เครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ หมายถึง ไวน์ เบียร์ วอดก้า เหล้าเชอร์รี่ เป็นต้น”) ถ้าเป็นไปได้ควรระบุเครื่องดื่มที่ไม่อาจจะไม่จัดว่าเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไว้ด้วย (เช่น ไชเดอร์ เบียร์ที่มีแอลกอฮอล์ต่ำ เป็นต้น) ในกรณีที่มีข้อห้ามการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามกฎหมาย วัฒนธรรมหรือศาสนา (เช่น วัยรุ่นชาวมุสลิมที่เคร่งครัด) การตระหนักถึงข้อห้ามดังกล่าวและกระตุ้นให้มีการให้ข้อมูลอย่างตรงไปตรงมาจึงเป็นประเด็นที่จำเป็น ดังตัวอย่างเช่น “ดิฉัน/ผมเข้าใจว่า ใครๆ อาจคิดว่าคุณไม่ควรดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เลย แต่เพื่อประเมินสุขภาพของคุณ เราจำเป็นต้องทราบว่าจริง ๆ แล้วคุณดื่มหรือไม่”

การให้คำแนะนำผู้ป่วยควรอธิบายความหมายของปริมาณการดื่มมาตรฐานให้ชัดเจนด้วยคำถามข้อที่ 2 และ 3 ของแบบประเมิน AUDIT เป็นการถามเกี่ยวกับ “ปริมาณการดื่ม” ความหมายของคำนี้แตกต่างกันไปในแต่ละประเทศและวัฒนธรรม ดังนั้นจึงควรระบุชนิดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นที่นิยมและปริมาณของแอลกอฮอล์ในเครื่องดื่มต่อการดื่ม 1 แก้ว (เทียบเท่าเอทานอลบริสุทธิ์ประมาณ 10 กรัม) ตัวอย่างเช่น เบียร์ 1 ขวด (330 มิลลิลิตร มีเอทานอล 5%), ไวน์ 1 แก้ว (140 มิลลิลิตร มีเอทานอล 12%) และเหล้า 1 เป๊ก (40 มิลลิลิตร มีเอทานอล 40%) เทียบเท่าปริมาณหนึ่งดื่มมาตรฐานที่มีเอทานอลประมาณ 13 กรัม เนื่องจากชนิดและปริมาณแอลกอฮอล์ต่อดื่มมาตรฐานแปรเปลี่ยนไปตามวัฒนธรรมและธรรมเนียมปฏิบัติ ดังนั้นปริมาณแอลกอฮอล์ในเครื่องดื่มที่บริโภคกันทั่วไป เช่น เบียร์ ไวน์ และเหล้า เทียบหนึ่งดื่มมาตรฐาน ต้องคำนวณปรับแบบประเมิน AUDIT ให้เหมาะสมกับแต่ละสถานที่ (ดูภาคผนวก ค.)

**การประเมินด้วยการสัมภาษณ์และ
การตอบแบบประเมินด้วยตนเอง**

แบบประเมิน AUDIT สามารถใช้ได้ทั้งการสัมภาษณ์และการตอบแบบประเมินด้วยตนเอง แต่ละวิธีต่างก็มีข้อดีและข้อด้อยที่ต้องชั่งใจในการเลือกใช้ขึ้นอยู่กับเวลาที่มึและข้อจำกัด ในกรอบข้อความที่ 3 ได้สรุปข้อดีของการสัมภาษณ์และการตอบแบบประเมินด้วยตนเอง ดังนั้นควรพิจารณาระดับสติปัญญา (การรู้หนังสือ การหลงลืม) และการให้ความร่วมมือ (ปิดบังข้อมูล) ของผู้ป่วยด้วย

วิธีการสัมภาษณ์น่าจะเหมาะสมกว่า หากคาดว่าบุคลากรสุขภาพในสถานพยาบาลปฐมภูมิจะเป็นผู้ดูแลปัญหาทั้งหมด รวมทั้งปัญหาการดื่มสุราอย่างไรก็ตามหากผู้ประเมินมีหน้าที่รับผิดชอบเฉพาะการให้คำแนะนำแบบสั้นในผู้ป่วยที่ผลการคัดกรองเป็นบวกและส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหารุนแรงไปแผนกอื่น การตอบแบบประเมินด้วยตนเองน่าจะเหมาะสมกว่า แม้ว่าจะตัดสินใจเลือกใช้วิธีใด

ก็ตาม วิธีการนั้นต้องสอดคล้องกับแผนการดำเนินงานเพื่อให้เกิดการคัดกรองอย่างครอบคลุม

คำถามและคำตอบในแบบประเมิน AUDIT แสดงในกรอบข้อความที่ 4 เป็นรูปแบบสำหรับการสัมภาษณ์ ในภาคผนวก ข มีตัวอย่างแบบประเมินตนเอง ในการดำเนินการแต่ละโครงการคัดกรองควรมีการปรับให้สอดคล้องกับความต้องการและเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ที่นิยมดื่มในสังคมนั้นๆ ภาคผนวก ค ได้แนะนำแนวทางในการแปลและปรับให้เหมาะกับแต่ละประเทศและท้องถิ่น

หากใช้แบบประเมิน AUDIT โดยการสัมภาษณ์นั้น สิ่งที่สำคัญคือผู้ประเมินจะต้องอ่านคำถามให้ตรงตามตัวหนังสือและตามลำดับข้อด้วย หากอ่านตรงตามแบบสอบถามคำตอบแล้ว จึงจะสามารถเปรียบเทียบผลการสัมภาษณ์ของตนเองกับผู้สัมภาษณ์คนอื่นได้ คำถามส่วนใหญ่ในแบบประเมิน AUDIT จะถามว่า “บ่อยครั้งเพียงไร”

กรอบข้อความที่ 3	
ข้อดีของวิธีการประเมินแบบประเมิน AUDIT	
แบบประเมินด้วยตัวเอง	แบบสัมภาษณ์
ใช้เวลาน้อยกว่า	สามารถซักถามคำตอบที่คลุมเครือ
ประเมินได้ง่ายกว่า	สามารถทำการประเมินในผู้ป่วยที่มีอ่านหนังสือไม่ค่อยได้
สามารถใช้กับการตอบและให้คะแนนด้วยคอมพิวเตอร์	
อาจได้คำตอบที่ถูกต้องได้มากกว่า	สามารถให้ข้อมูลย้อนกลับได้เลย พร้อมทั้งให้คำแนะนำอย่างสั้นได้

กรอบข้อความที่ 4**แบบประเมิน AUDIT: ฉบับสัมภาษณ์**

กรุณาอ่านคำถามตามตัวหนังสือ บันทึกคำตอบด้วยความระมัดระวัง เริ่มต้นการประเมินโดยกล่าวว่า “ตอนนี้ ผม/ดิฉันจะถามคุณเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สุรา) ของคุณในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา” อธิบายความหมายของ “เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือ สุรา” โดยใช้ตัวอย่างเครื่องดื่มที่นิยมในท้องถิ่น เช่น เบียร์ ไวน์ วอดก้า ฯลฯ ให้ลงคำตอบเป็น “ดื่มมาตรฐาน” กรอกคำตอบที่ถูกต้องลงในช่องสี่เหลี่ยมด้านขวามือ

<p>1. คุณดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ่อยเพียงไร (0) ไม่เคยเลย (ข้ามไปที่คำถามข้อ 9 – 10) (1) เดือนละครั้ง หรือ น้อยกว่า (2) 2 ถึง 4 ครั้งต่อเดือน (3) 2 ถึง 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (4) 4 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>6. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณต้องรีบดื่มทันทีในตอนเช้า เพื่อจะได้ดำเนินชีวิตตามปกติ หรือถอนอาการเมาค้างจากการดื่มหนักในคืนที่ผ่านมา (0) ไม่เคยเลย (1) น้อยกว่าเดือนละครั้ง (2) เดือนละครั้ง (3) สัปดาห์ละครั้ง (4) ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>2. เวลาที่คุณดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยทั่วไปแล้ว คุณดื่มประมาณเท่าไรต่อวัน (ดื่มมาตรฐาน) (0) 1 หรือ 2 (1) 3 หรือ 4 (2) 5 หรือ 6 (3) 7, 8 หรือ 9 (4) 10 หรือ มากกว่านั้น</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>7. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณรู้สึกไม่ดี โกรธหรือเสียใจเนื่องจากคุณได้ทำบางสิ่งบางอย่างลงไปขณะที่คุณดื่ม (0) ไม่เคยเลย (1) น้อยกว่าเดือนละครั้ง (2) เดือนละครั้ง (3) สัปดาห์ละครั้ง (4) ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>3. คุณดื่ม 6 ดื่มมาตรฐานหรือมากกว่านั้น บ่อยแค่ไหน (0) ไม่เคยเลย (1) น้อยกว่าเดือนละครั้ง (2) เดือนละครั้ง (3) สัปดาห์ละครั้ง (4) ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน ข้ามไปที่คำถามที่ 9 และ 10 ถ้าคะแนนรวมของคำถามที่ 2 และ 3 = 0</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>8. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณไม่สามารถจำได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ผ่านมา หลังจากคุณดื่ม (0) ไม่เคยเลย (1) น้อยกว่าเดือนละครั้ง (2) เดือนละครั้ง (3) สัปดาห์ละครั้ง (4) ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>4. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยครั้งเพียงไรที่คุณพบว่าคุณไม่สามารถหยุดดื่มได้ หากคุณสามารถเริ่มดื่มไปแล้ว (0) ไม่เคยเลย (1) น้อยกว่าเดือนละครั้ง (2) เดือนละครั้ง (3) สัปดาห์ละครั้ง (4) ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>9. ตัวคุณเองหรือคนอื่น เคยได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นผลจากการดื่มของคุณหรือไม่ (0) ไม่เคยเลย (2) เคย แต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่ผ่านมา (4) เคยเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>5. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณไม่ได้ทำสิ่งที่คุณควรจะทำตามปกติ เพราะคุณมึนแต่ไปดื่มเสีย (0) ไม่เคยเลย (1) น้อยกว่าเดือนละครั้ง (2) เดือนละครั้ง (3) สัปดาห์ละครั้ง (4) ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>10. เคยมีแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ หรือเพื่อนฝูง หรือญาติพี่น้องแสดงความห่วงใยเป็นข้อต่อกรดื่มของคุณหรือไม่ (0) ไม่เคยเลย (2) เคย แต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่ผ่านมา (4) เคยเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>บันทึกคะแนนรวม <input type="checkbox"/></p>	

โดยมีชุดคำตอบให้ผู้ป่วยเลือกตอบในแต่ละคำถาม (เช่น “ไม่เคยเลย” “หลายครั้งต่อเดือน” “ทุกวัน”) เมื่อผู้ป่วยเลือกคำตอบแล้ว ควรจะถามเจาะลึกลงในคำถามนั้นเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้เลือกตอบคำตอบที่ถูกต้องที่สุดแล้ว (ตัวอย่างเช่น “คุณตอบว่า คุณดื่มหลายครั้งต่อสัปดาห์นั้นหมายถึงดื่มแต่เฉพาะในช่วงวันเสาร์อาทิตย์ หรือดื่มมาบ้างน้อยบ้างทุกวัน”)

ถ้าคำตอบยังไม่ชัดเจนหรือไม่ตรงประเด็นควรถามซ้ำโดยอ่านข้อความคำถามและชุดคำตอบอีกครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยเลือกคำตอบที่ตรงมากที่สุด บางครั้งก็ยากที่จะให้คำตอบเนื่องจากว่าผู้ป่วยไม่ได้ดื่มเป็นประจำ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยดื่มหนักในช่วงหนึ่งเดือนก่อนเกิดอุบัติเหตุ แต่ก่อนหน้านั้นไม่ได้ดื่มแบบนี้ ดังนั้นจึงค่อนข้างยากที่จะตอบลักษณะการดื่ม “โดยทั่วไป” ได้ ในกรณีนี้ทางออกที่ดีที่สุดคือบันทึกปริมาณของการดื่มและอาการที่เกี่ยวข้องในช่วงที่ดื่มหนักที่สุดในปีที่ผ่านมา โดยหมายเหตุลักษณะการดื่มว่าอาจไม่ใช่รูปแบบการดื่มโดยทั่วไปหรือเป็นเพียงระยะหนึ่งของบุคคลนั้นๆ

บันทึกคำตอบด้วยความระมัดระวัง ให้หมายเหตุสถานะแวดล้อมเฉพาะ รายละเอียดข้อมูลเพิ่มเติม และการสังเกตอาการทางคลินิกด้วย ปอยครั้งที่ผู้ป่วยมักจะบอกข้อมูลที่เป็นประโยชน์ให้กับผู้สัมภาษณ์เกี่ยวกับการดื่มสุราของเขาที่สามารถนำมาใช้ในการแปลผลคะแนนรวมในแบบประเมิน AUDIT ได้

การตอบแบบประเมิน AUDIT ด้วยตนเอง หรือใช้คอมพิวเตอร์จะตัดคำตอบที่ไม่ชัดเจนออกไป เพราะให้เลือกลงจากคำตอบเฉพาะที่มีให้เท่านั้น

อย่างไรก็ตามวิธีนี้ทำให้ข้อมูลที่ได้จากวิธีการสัมภาษณ์ถูกตัดออกไป อีกทั้งยังต้องขึ้นกับความสามารถในการอ่านเขียนและการทำแบบประเมินของผู้ป่วย บุคลากรสุขภาพอาจจะใช้เวลา น้อยลงหากผู้ป่วยสามารถทำการประเมินได้เอง หากบุคลากรสุขภาพและผู้ป่วยมีเวลาจำกัด อาจต้องพิจารณาตัดบางข้อความตามความเหมาะสม

ขั้นตอนการคัดกรองที่กระชับ

การทำการประเมินทั้งโดยการสัมภาษณ์และการตอบแบบประเมิน โดยมากแล้วใช้เวลาประมาณ 2 – 4 นาทีและใช้เวลาคิดคะแนนอีกประมาณสองสามวินาที อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่จำเป็นต้องทำการประเมินจนครบเนื่องจากไม่ได้ดื่มเป็นประจำ ดื่มไม่มาก หรือไม่ดื่มสุราเลย ในกรณีนี้แบบประเมิน AUDIT ฉบับสัมภาษณ์ (กรอบข้อความที่ 4) เปิดโอกาสให้ข้ามข้อความ ได้สองครั้ง คือ ในคำถามที่ 1 ถ้าผู้ป่วยตอบว่าไม่ได้ดื่มสุราเลยในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา ผู้สัมภาษณ์สามารถข้ามไปถามข้อความที่ 9 – 10 ได้ ซึ่งเป็นการถามปัญหาการดื่มสุราในอดีตซึ่งผู้ป่วยที่ได้คะแนนในข้อความส่วนนี้อาจยังมีความเสี่ยงอยู่ หากกลับไปดื่มอีกและควรได้รับคำแนะนำให้หลีกเลี่ยงการดื่ม การข้ามข้อความในแบบประเมิน AUDIT นี้ แนะนำให้ใช้เฉพาะการสัมภาษณ์หรือการประเมินในคอมพิวเตอร์เท่านั้น

การข้ามข้อความของแบบประเมิน AUDIT อีกครั้งอยู่ที่คำถามข้อที่ 3 หลังตอบคำถามข้อที่ 3 แล้วคะแนนรวมของคำถามข้อที่ 2 และ 3 เป็น 0 ผู้สัมภาษณ์สามารถข้ามไปถามคำถามที่ 9 – 10 ได้ เนื่องจากว่าการดื่มของผู้ป่วยไม่ได้เกินระดับการดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ

การให้คะแนนและการแปลผล Scoring and Interpretation

๒ บบประเมิน AUDIT นั้นให้คะแนนง่ายมาก โดยแต่ละคำถามจะมีชุดคำตอบให้เลือกตอบ และแต่ละคำตอบจะมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 4 ในแบบประเมินตามกรอบข้อความที่ 4 นั้น ผู้สัมภาษณ์จะใส่คะแนน (เป็นตัวเลขที่ระบุในวงเล็บ) ตามที่ผู้ป่วยตอบในช่องสี่เหลี่ยมด้านข้างคำถาม แต่ละข้อสำหรับแบบประเมินตนเองนั้น (ภาคผนวก ข) คะแนนคำตอบในแต่ละข้อที่ผู้ป่วยตอบให้ไว้ในช่องขวามือสุดแล้วรวมคะแนนทั้งหมดใส่ในช่อง “คะแนนรวม”

คะแนนรวมตั้งแต่ 8 ขึ้นไป บ่งชี้ว่าเป็นการดื่มแบบเสี่ยง (hazardous) และดื่มแบบอันตราย (harmful) จนถึงดื่มแบบติด (dependence) ได้ (คะแนนจุดตัดที่ 10 คะแนน จะมีความจำเพาะมากกว่าแต่มีความไวลดลง) เนื่องจากผลกระทบของสุรานั้นแปรตามน้ำหนักตัวและการเผาผลาญ (metabolism) ที่แตกต่างกัน ดังนั้นค่าคะแนนจุดตัดในผู้หญิงและผู้ชายที่อายุมากกว่า 65 ปีที่ลดลงมาเหลือ 7 คะแนน จะสามารถที่จะเพิ่มความไวในกลุ่มประชากรนี้ได้ การเลือกจุดตัดนั้นควรพิจารณาจากมาตรฐานตามเชื้อชาติ วัฒนธรรม และการตัดสินใจทางคลินิก ที่ควรจะทำหนดปริมาณการดื่มสูงสุดไว้ หากคะแนนยังสูงก็แสดงถึงโอกาสที่จะเป็นการดื่มแบบเสี่ยงหรือดื่มแบบอันตราย อย่างไรก็ตาม ระดับคะแนนต่างๆ ยังสามารถสะท้อนถึงความรุนแรงของปัญหาการดื่มสุรา และการติดสุราตลอดจนความจำเป็นต้องรับการรักษาที่เข้มข้นยิ่งขึ้น

รายละเอียดการแปลผลคะแนนรวมของผู้ป่วย อาจได้มาจากการพิจารณาว่าคะแนนได้จากข้อใด โดยทั่วไปแล้ว ในคำถามข้อที่ 2 หรือ 3 หากได้คะแนน 1 หรือมากกว่า จะบ่งชี้ถึงการดื่มระดับเสี่ยง (hazardous level) ในคำถามข้อที่ 4 – 6 หากได้คะแนนมากกว่า 0 (โดยเฉพาะดื่มสัปดาห์ละครั้งหรือทุกวัน) แสดงถึงการติดสุราหรือเริ่มมีการติดสุรา หากได้คะแนนในคำถามข้อที่ 7 – 10 บ่งชี้ว่าเคยมีประสบการณ์ที่ได้รับอันตรายจากการดื่มสุรา สำหรับคะแนนรวม ปริมาณการดื่ม อาการของการติดสุรา และผลเสียที่ปรากฏทั้งหมดนี้จะนำมาพิจารณาถึงวิธีการดูแลผู้ป่วย คำถามสองคำถามสุดท้ายนั้นใช้เพื่อตรวจสอบผู้ป่วยว่าเคยมีปัญหาการดื่มสุราในอดีต (เช่น “ใช่แต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่แล้ว”) แม้ว่าขณะนี้ยังไม่พบว่าผู้ป่วยมีดื่มแบบเสี่ยงแต่หากได้คะแนนในสองข้อนี้ ควรจะนำคำตอบนี้พูดคุยกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักและเฝ้าระวังการดื่มของตนเอง

ในผู้ป่วยส่วนใหญ่ นั้น คะแนนรวมของ AUDIT จะบ่งถึงระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการดื่มสุรา ซึ่งจากสถานพยาบาลทั่วไปและการสำรวจชุมชนพบว่า ผู้ป่วยส่วนมากจะมีคะแนนที่ต่ำกว่าคะแนนจุดตัดและถือว่ามีความเสี่ยงต่ำต่อปัญหาการดื่มสุรา แต่มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีคะแนนสูงกว่าคะแนนจุดตัดและส่วนใหญ่จะได้คะแนนจากข้อคำถาม 3 ข้อแรก มีผู้ป่วยจำนวนไม่มากที่จะมีคะแนนสูงมากๆ โดยมักจะได้คะแนนจากข้อคำถามเกี่ยวกับการติดสุราและปัญหา

ที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตามยังไม่มียานวิจัยพอในการกำหนดคะแนนจุดตัดที่ใช้แยกกลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยง (hazardous) และดื่มแบบอันตราย (harmful) ซึ่งจะเป็นกลุ่มที่ได้ประโยชน์จากการบำบัดแบบสั้น ออกจากกลุ่มดื่มแบบติด ซึ่งเป็นกลุ่มที่ควรจะได้รับการส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาอย่างจริงจังต่อไป ถ้าโปรแกรมการคัดกรองที่จะนำไปใช้นั้น ออกแบบมาเพื่อหาผู้ติดสุรา หากใช้คะแนนจุดตัดที่ 8 จะได้กลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยงและดื่มแบบอันตรายจำนวนมากที่ต้องการการดูแลแบบเข้มข้นน้อยกว่า โดยทั่วไปแล้วยิ่งระดับคะแนนรวมในแบบประเมิน AUDIT สูงขึ้น ก็ยิ่งมีความไวต่อการตรวจพบผู้ติดสุราที่สูงขึ้นเช่นกัน

จากประสบการณ์ที่ได้รับจากการวิจัยด้านการรักษาตามความรุนแรงของปัญหาการดื่มสุรา โดยใช้คะแนน AUDIT มาเปรียบเทียบกับข้อมูลการวินิจฉัยที่ระดับของการติดสุราเป็น น้อย ปานกลาง และสูง พบว่า ผู้ที่มีคะแนนในช่วง 8-15 แสดงถึงปัญหาการดื่มสุราในระดับปานกลาง ในขณะที่คะแนนมากกว่า 16 แสดงถึงปัญหาการดื่มสุราในระดับสูง³³ จากประสบการณ์ดังกล่าว และจากการวิจัยอื่นๆ จึงมีข้อเสนอแนะว่าการแปลผลคะแนนของแบบประเมิน AUDIT ควรทำตามแนวทางต่อไปนี้

- คะแนนระหว่าง 8 ถึง 15 เหมาะที่จะให้คำแนะนำอย่างง่าย (simple advice) โดยมุ่งเน้นให้ลดการดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinking)
- คะแนนระหว่าง 16 ถึง 19 แนะนำให้รับคำปรึกษาแบบสั้น (brief counseling) และติดตามต่อเนื่อง

- คะแนนตั้งแต่ 20 ขึ้นไป จำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยภาวะติดสุราต่อไป

ในขณะที่ยังไม่มียานวิจัยที่ดีกว่านี้ ควรพิจารณาตามแนวปฏิบัตินี้เป็นเบื้องต้น ทั้งนี้ต้องอาศัยการตัดสินใจทางคลินิกต่อสภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว และความเชื่อถือได้ในการตอบคำถามแบบประเมิน AUDIT ด้วย

แม้ว่าการประเมิน AUDIT 10 คำถาม นั้นจะเพียงพอในการประเมินผู้ป่วยส่วนใหญ่ แต่ในบางสถานการณ์เฉพาะอาจจำเป็นต้องใช้การคัดกรองทางคลินิก ตัวอย่างเช่น ในผู้ป่วยที่ต่อต้าน ไม่ร่วมมือหรือไม่สามารถตอบคำถามตามแบบประเมิน AUDIT ได้ หากต้องการยืนยันวินิจฉัยกรณีสงสัยภาวะติดสุรา อาจใช้การตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการดังรายละเอียดในภาคผนวก

วิธีการช่วยเหลือนักดื่มสุรา

How to Help Patients

การใช้แบบประเมิน AUDIT ในการคัดกรองผู้ป่วยเป็นเพียงขั้นตอนแรกในการให้ความช่วยเหลือเพื่อลดปัญหาและความเสี่ยงจากการดื่มสุรา

บุคลากรสุขภาพจะต้องตัดสินใจว่าจะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไร เมื่อคัดกรองพบผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา ขั้นตอนต่อไปคือให้การบำบัดรักษาที่เหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน โดยทั่วไปแล้วการคัดกรองการดื่มสุรามักจะทำได้ค้นหา “ผู้ป่วย” ที่ติดสุราแล้วส่งต่อไปรับการรักษาเฉพาะต่อไป อย่างไรก็ตามไม่กี่ปีที่ผ่านมา ความก้าวหน้าของกระบวนการคัดกรองทำให้สามารถตรวจพบปัจจัยเสี่ยง เช่น การดื่มแบบเสี่ยงและการดื่มแบบอันตรายได้ จากการใช้คะแนนรวมของแบบประเมิน AUDIT ทำให้มีวิธีการที่ง่าย ๆ ที่จะจัดการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายโดยพิจารณาจากระดับคะแนนความเสี่ยง

แม้ว่าที่กล่าวมาจะมุ่งเน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ตรวจพบปัญหาการดื่มสุราจากแบบประเมิน AUDIT แต่การป้องกันที่ดีควรแจ้งผลการคัดกรองให้ผู้ที่ผลเป็นลบทราบด้วย ผู้ป่วยควรได้รับการย้ำเตือนถึงประโยชน์ของการดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำหรือการไม่ดื่มสุราเลย และได้รับคำแนะนำว่าไม่ควรดื่มเลยในบางกรณี ดังที่ได้ระบุไว้ในกรอบข้อความที่ 5

ในกรอบข้อความที่ 6 ได้แสดงถึงระดับความเสี่ยง 4 ระดับ โดยกลุ่มที่ 1 หมายถึงการดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ (low risk drinking) หรือไม่ดื่มระดับที่สองหรือกลุ่มที่ 2 เป็นการดื่มแบบเกินระดับตามที่ระบุไว้ในคู่มือ⁵ และโดยทั่วไปจะมีคะแนน AUDIT ระหว่าง 8 ถึง 15 คะแนน

กรอบข้อความที่ 5

ข้อเสนอแนะผู้ป่วย ห้ามดื่ม เมื่อ

- อยู่ระหว่างการขับชีเยานพาหนะหรือใช้เครื่องจักรกล
- ตั้งครรภ์ หรือคาดว่าจะตั้งครรภ์
- มีข้อห้ามจากสภาวะโรคที่เจ็บป่วย
- รับประทานยาบางชนิด เช่น ยานอนหลับ ยาบรรเทาปวด หรือ ยาลดความดันโลหิตบางชนิด

การให้คำแนะนำอย่างง่าย (simple advice) และใช้สื่อให้ความรู้จะเหมาะสมที่สุดในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ในระดับที่ 3 หรือ กลุ่มที่ 3 ที่มีคะแนน AUDIT ระหว่าง 16 ถึง 19 คะแนน เป็นการดื่มแบบอันตรายและแบบเสี่ยงที่สามารถให้การช่วยเหลือโดยการให้คำแนะนำอย่างง่าย (simple advice) การให้คำปรึกษาแบบสั้น (brief counseling) และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม หากผู้ป่วยไม่สามารถลดการดื่มได้หรือสงสัยว่าอาจติดสุรา ระดับที่ 4 จะมีคะแนน AUDIT มากกว่า 20 คะแนน ผู้ป่วยเหล่านี้ควรได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาเฉพาะเพื่อตรวจวินิจฉัยและรับการรักษาที่จัดให้ได้สำหรับผู้ที่ติดสุรา ถ้ายังไม่มียาเฉพาะนี้ ผู้ป่วยสามารถรับบริการที่สถานพยาบาลปฐมภูมิโดยการช่วยเหลือในชุมชน (community-based support) การจัดระบบบริการแบบลำดับขั้น (stepped-care approach) ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลในระดับต่ำสุดตามที่บ่งชี้โดยคะแนน AUDIT หากผู้ป่วยไม่ดีขึ้นจึงจะรับการดูแลรักษาในระดับถัดขึ้นไป

กรอบข้อความที่ 6

ระดับความเสี่ยง	การดูแลรักษา	คะแนน AUDIT*
ระดับที่ 1	การให้ความรู้เกี่ยวกับการดื่มสุรา (alcohol education)	0-7
ระดับที่ 2	การให้คำแนะนำแบบง่าย (simple advice)	8-15
ระดับที่ 3	การให้คำแนะนำแบบง่าย (simple advice) การให้คำปรึกษาแบบสั้น (brief counseling) และติดตามต่อเนื่อง	16-19
ระดับที่ 4	ส่งต่อเฉพาะทางเพื่อการประเมินวินิจัยและรักษา	20-40

* จุดตัดคะแนน AUDIT อาจจะแตกต่างกันไปตามลักษณะการดื่มของแต่ละประเทศ ปริมาณแอลกอฮอล์ในเครื่องดื่ม และลักษณะโปรแกรมการคัดกรอง ในกรณีที่คะแนนของผู้ป่วยไม่ได้สอดคล้องกับหลักฐานอื่นๆ หรือกรณีที่ผู้ป่วยเคยมีประวัติการติดสุรามาก่อนควรใช้การตัดสินใจทางคลินิกร่วมด้วย ควรจะทบทวนคำตอบของผู้ป่วยในข้อคำถามที่เกี่ยวกับอาการติดสุรา (คำถามที่ 4, 5 และ 6) และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา (คำถามที่ 9 และ 10) ให้การรักษาในระดับสูงที่สุดในผู้ป่วยที่ได้คะแนน 2 หรือมากกว่าในข้อคำถามที่ 4, 5 และ 6 หรือได้คะแนน 4 ในคำถามข้อที่ 9 หรือ 10

การให้การบำบัดแบบสั้น (brief intervention) สำหรับผู้ดื่มแบบเสี่ยง (hazardous) และดื่มแบบอันตราย (harmful) นั้นจะมีวิธีการหลากหลายที่ไม่เข้มข้นและใช้เวลาสั้น โดยใช้เวลาให้คำแนะนำแบบง่าย (simple advice) ประมาณ 5 นาทีเกี่ยวกับวิธีการลดการดื่มแบบเสี่ยงไปจนถึงการให้คำปรึกษาแบบสั้น (brief counseling) หลายครั้งเพื่อจัดการกับปัญหาที่ซับซ้อนกว่า³⁶ โดยมุ่งหวังที่จะให้การช่วยเหลือตั้งแต่เนิ่นๆ ก่อนที่จะเกิดปัญหาการดื่มสุรา หรือหลังจากเริ่มมีปัญหาการดื่มสุราไม่นาน การให้การบำบัดแบบสั้น (brief intervention) ประกอบด้วยการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (feedback) ถึงผลการคัดกรองเพื่อจูงใจให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรดื่ม โดยให้คำแนะนำแบบง่าย ให้สุศึกษา สร้างทักษะ และข้อแนะนำที่ปฏิบัติได้จริง ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาได้มีการพัฒนากระบวนการที่แพทย์เวชปฏิบัติสามารถเรียนรู้และนำไปใช้จัดการปัญหาการดื่มแบบเสี่ยงและการดื่มแบบอันตราย สรุปได้ดังกรอบข้อความที่ 7

จากผลการวิจัยแบบควบคุมและสุ่มตัวอย่างหลายชิ้นได้ประเมินประสิทธิผลของแนวทางปฏิบัติแบบนี้ พบว่าได้ประโยชน์กับผู้ป่วยดื่มสุราที่ไม่ติดสุรา^{36, 37, 38} ในคู่มือจากองค์การอนามัยโลก เรื่อง

กรอบข้อความที่ 7**องค์ประกอบของการบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention)**

- แจ้งผลการคัดกรอง
- ระบุถึงความเสี่ยงและพูดคุยถึงผลเสียที่ตามมา
- ให้คำแนะนำทางการแพทย์
- ชักจูงให้ผู้ป่วยยอมรับปัญหา
- กำหนดเป้าหมาย เพื่อลด หรือเลิกดื่ม
- ให้คำแนะนำ และสนับสนุนให้กำลังใจ

“การบำบัดแบบสั้นสำหรับผู้ดื่มแบบมีความเสี่ยง และผู้ดื่มแบบอันตราย: คู่มือสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ” จะมีเนื้อหารายละเอียดของแนวปฏิบัตินี้

การส่งต่อให้รับการรักษาเฉพาะทางด้านสุรานั้น เป็นเรื่องที่พบได้บ่อยในแพทย์เวชปฏิบัติที่ยังไม่ชำนาญในการรักษาผู้มีปัญหาการดื่มสุรา หรือในที่มีสถานพยาบาลเฉพาะทางรองรับอยู่ การพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยนั้นต้องขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้ป่วยในการยอมรับการส่งต่อและยอมรับการรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะประเมินความเสี่ยงในการดื่มของตนต่ำกว่าความจริง หรืออาจจะไม่ได้รับเตรียมตัวยอมรับหรือตระหนักในการติดสุราของตน ดังนั้นการบำบัดแบบสั้น (brief intervention) จะถูกปรับใช้เพื่อการส่งต่อ รวมทั้งการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จะช่วยลดการต่อต้านของผู้ป่วยได้ การติดตามผู้ป่วย ติดตามที่ปรึกษาเฉพาะทางจะช่วยให้มั่นใจว่าได้มีการส่งต่อหรือรับการรักษาจริง

การวินิจฉัยโรคเป็นขั้นตอนที่สำคัญหลังจากตรวจพบด้วยแบบประเมิน AUDIT โดยเฉพาะหากมีคะแนนสูง เนื่องจากเครื่องมือยังไม่สามารถสร้างขั้นตอนการดูแลหรือวางแผนการรักษาได้ หรือแม้ว่าบุคลากรสุขภาพจะคุ้นเคยกับเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะติดสุรา แต่ควรให้ผู้ที่เคยผ่านการอบรมเรื่อง การวินิจฉัยภาวะติดสุราเป็นผู้ทำการประเมิน⁴ วิธีการที่ดีที่สุดคือการใช้แบบสัมภาษณ์จิตเวชมาตรฐาน เช่น CIDI³⁹ หรือ SCAN⁴⁰ (ผู้แปล-ของไทยสามารถใช้เครื่องมือวินิจฉัยโรค Mini International Neuropsychiatric Interview; M.I.N.I.) เฉพาะส่วนของการวินิจฉัยการติดสุรานั้นใช้เวลาประมาณ 5 ถึง 10 นาที

เกณฑ์การวินิจฉัยโรค International Classification of Disease (ICD-10) ฉบับปรับปรุงที่ 10⁴ ได้กำหนดแนวทางการวินิจฉัยภาวะเมาสุราเฉียบพลัน (acute alcohol intoxication) การดื่มสุราแบบอันตราย (harmful use) ภาวะติดสุรา (alcohol dependence syndrome) ภาวะถอนพิษสุรา (withdrawal state) และโรคทางกายและโรคจิตประสาทที่เกี่ยวข้อง หลักเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะติดสุราตามเกณฑ์ ICD-10 แสดงในกรอบข้อความที่ 8

การรักษาภาวะถอนพิษสุราอาจมีความจำเป็นในผู้ป่วยบางราย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้ตอบแบบประเมิน AUDIT ว่ามีการดื่มสุราปริมาณมากทุกวัน และ/หรือได้คะแนนในข้อคำถามที่ 4-6 ที่บ่งชี้ภาวะติดสุรา ควรซักถามเพิ่มเติมว่าผู้ป่วยหยุดดื่มมาแล้วกี่วันและเคยมีอาการถอนพิษสุรามาก่อนหรือไม่ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้พร้อมผลการตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ดูภาคผนวก ขั้นตอนการคัดกรองทางคลินิก) อาจช่วยในการตัดสินใจว่า ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับการรักษาภาวะถอนพิษสุราหรือไม่ การรักษาภาวะถอนพิษสุรานั้นควรให้ในผู้ป่วยที่เคยมีอาการถอนพิษสุราระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก่อน โดยไม่เพียงแต่เป็นการลดความรุนแรงของอาการให้น้อยลง แต่เป็นการป้องกันหรือรักษาอาการชักหรืออาการเพ้อคลั่ง (delirium) และเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยยอมรับการรักษาภาวะติดสุราของตน การรักษาภาวะถอนพิษแบบผู้ป่วยในนั้นอาจจำเป็นเฉพาะผู้ป่วยบางรายที่มีอาการรุนแรงเท่านั้น แต่การรักษาแบบผู้ป่วยนอกหรือการรักษาที่บ้านสามารถได้ผลการรักษาดีในผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีอาการไม่รุนแรงมาก

กรอบข้อความที่ 8

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะติดสุรา (alcohol dependence syndrome) ของ ICD - 10

มีอาการต่อไปนี้ 3 อาการหรือมากกว่าร่วมกันนานอย่างน้อย 1 เดือน หรือถ้าคงอยู่นานน้อยกว่า 1 เดือนอาการดังกล่าวต้องเกิดขึ้นซ้ำๆ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

- รู้สึกอยากดื่มมากหรือมีความต้องการที่จะดื่มซ้ำ ๆ
- ควบคุมพฤติกรรมการดื่มไม่ค่อยได้ ทั้งการเริ่มดื่ม การหยุดดื่ม หรือปริมาณการดื่ม โดยพิจารณาจากปริมาณการดื่มที่มีจะมากกว่าหรือนานกว่าที่ตั้งใจไว้แต่แรก หรือยังคงมีความอยากดื่มอยู่ตลอด หรือพยายามที่จะลดหรือควบคุมการดื่มแต่ทำไม่สำเร็จ
- เกิดภาวะถอนพิษสุราเมื่อลดหรือหยุดดื่ม แสดงโดยมีอาการขาดสุรา หรือ หากดื่มสุรา (หรือใช้สารที่มีฤทธิ์ใกล้เคียง) จะบรรเทาหรือหลีกเลี่ยงอาการขาดสุราได้
- มีการทนทานต่อฤทธิ์ของสุราเพิ่มขึ้น เช่น ต้องการสุราในปริมาณที่มากขึ้นชัดเจนเพื่อให้เมาหรือได้ฤทธิ์ตามที่ต้องการ หรือมีฤทธิ์ลดลงอย่างชัดเจนหากคงดื่มในปริมาณเท่าเดิม
- หมกมุ่นอยู่กับกาการดื่มสุรา แสดงโดยงดหรือลดการเข้าร่วมกิจกรรมที่สนใจหรือที่เคยชอบลง หรือใช้เวลาส่วนใหญ่ในการหาเหล้ามาดื่ม นั่งดื่ม หรือสร้างเมา
- ยังคงดื่มอยู่ทั้งที่มีหลักฐานแสดงถึงอันตรายจากการดื่ม แสดงโดยยังคงดื่มทั้งที่ตระหนัก หรือ คาดว่าน่าจะตระหนักถึงอันตรายที่เกิดขึ้น

(หน้า 57 องค์การอนามัยโลก ปี 1993)

การรักษาทางกาย (medical management) ในผู้ติดสุราได้เขียนไว้ในหนังสือขององค์การอนามัยโลกมาแล้วก่อนหน้านี้⁴¹ การรักษาผู้ติดสุรา มีหลายวิธีที่พัฒนาขึ้นและพบว่ามีประสิทธิภาพ⁴² โดยเฉพาะความก้าวหน้าด้านการรักษาด้วยยา ครอบคร้วและสังคมบำบัด การป้องกันกาการกลับดื่มซ้ำ และการฝึกทักษะเชิงพฤติกรรม (behavior oriented skill training)

เนื่องจากการวินิจฉัยโรคและการรักษาผู้ที่ติดสุราได้มีการพัฒนาหลายมาเป็นบริการเฉพาะทางในระบบใหญ่ของวงการแพทย์ แต่ในหลายประเทศ แพทย์เวชปฏิบัติไม่ได้ฝึกอบรมหรือไม่มีประสบการณ์ในการวินิจฉัยหรือรักษา ในกรณีดังกล่าวโปรแกรมการคัดกรองผู้ป่วยในสถานพยาบาลปฐมภูมิจะต้องมีการเตรียมแผนการส่งต่อผู้ป่วยที่สงสัยว่าติดสุราเพื่อการวินิจฉัยและรักษาต่อไป

การนำโปรแกรมการคัดกรองสู่การปฏิบัติ

Programme Implementation

การคัดกรองการตี๋มสุราและการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมเป็นที่ยอมรับว่าเป็นแนวเวชปฏิบัติที่ดี เช่นเดียวกับแนวเวชปฏิบัติอื่นๆ ที่เป็นที่ยอมรับแต่มีกลิ่นเหม็นเมื่อนำสู่ระบบบริการสุขภาพ การนำสู่การปฏิบัติจำเป็นต้องอาศัยความพยายามอย่างสูงที่จะขอความร่วมมือจากแพทย์เวชปฏิบัติแต่ละท่าน การแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่างๆ และการปรับขั้นตอนบริการให้เข้ากับแต่ละสถานการณ์ งานวิจัยเรื่องการนำสู่การปฏิบัติได้เสนอแนวทางการลงสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ^{43, 44} องค์ประกอบสำคัญ 4 ประการที่มีผลต่อความสำเร็จได้แก่:

- การวางแผน (planning)
- การอบรม (training)
- การติดตาม (monitoring) และ
- การให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback)

การวางแผน มีความสำคัญทั้งต่อการออกแบบโปรแกรมการคัดกรองและการชักจูงให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติมีความรู้สึกพร้อม “เป็นเจ้าของ” โปรแกรมอีกด้วย สถานพยาบาลปฐมภูมิแต่ละแห่งล้วนมีความเฉพาะตัวและต่างมีวิธีการเฉพาะตามโครงสร้างของสถานที่ สังคมและวัฒนธรรมแวดล้อม ลักษณะผู้ป่วย สภาวะเศรษฐกิจ โครงสร้างบุคลากร หรือแม้กระทั่งบุคลิกนิสัยของแต่ละคน ด้วยเหตุนี้การปรับวิธีการคัดกรองด้วย AUDIT ให้เข้ากับระบบบริการในแต่ละสถานพยาบาลนั้น จะต้องปรับให้เข้ากับบริบทเพื่อให้เกิดผลสำเร็จที่ยั่งยืน ถ้าหากมีการประเมินคัดกรองสภาวะสุขภาพหรือปัจจัยเสี่ยงโรคอื่นๆ เป็นมาตรฐานบริการอยู่แล้ว อาจเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีในการคัดกรองการตี๋มสุรา ร่วมด้วยอยู่แล้ว อย่างไรก็ตามจำเป็นต้องอาศัยทั้งการตัดสินใจด้านนโยบายและวางขั้นตอนดำเนินการร่วมไปด้วย

โดยทั่วไปแล้วในการวางแผนจะเป็นประโยชน์มากถ้ามีส่วนร่วมจากเจ้าหน้าที่ที่จะต้องดำเนินการหรือเกี่ยวข้องกับกระบวนการคัดกรองการตี๋มสุรา การมีส่วนร่วมของบุคคลทำให้ได้มุมมองประสบการณ์และหน้าที่ความรับผิดชอบที่หลากหลาย ซึ่งส่วนใหญ่จะช่วยให้เห็นอุปสรรคและสามารถบอกทางแก้ไขได้ นอกจากนี้การวางแผนงานโดยให้เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมจะช่วยให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของในแผนสู่การปฏิบัติ เสมือนกับเป็นข้อตกลงร่วมของแต่ละคน ตลอดจนกลุ่มให้ดำเนินการตามแผนการและปรับปรุงอยู่ตลอดเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จ ประเด็นการนำสู่การปฏิบัติที่เป็นประโยชน์ได้แสดงในกรอบข้อความที่ 9 การวางแผนสู่การปฏิบัตินี้ควรจะได้รับที่ยอมรับอย่างเป็นทางการในแต่ละระดับก่อนที่จะเริ่มมีการฝึกอบรม

การอบรม นั้นสำคัญต่อการเตรียมตัวหน่วยบริการสุขภาพในการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ อย่างไรก็ตามการฝึกอบรมโดยขาดการตัดสินใจนำโปรแกรมคัดกรองสู่การปฏิบัติ นั้น มักจะไม่ประสบความสำเร็จและบางทีอาจเกิดผลเสียด้วยซ้ำ โปรแกรมการอบรมได้พัฒนาขึ้น³¹ เพื่อสนับสนุนการนำการคัดกรองโดยแบบประเมิน AUDIT และการบำบัดแบบสั้นลงสู่การปฏิบัติ (ดูภาคผนวก จ) หัวข้อที่สำคัญของการอบรมคือทำไมการคัดกรองการตี๋มสุราจึงสำคัญ เงื่อนไขอะไรบ้างที่ต้องค้นหาวิธีการใช้แบบประเมิน AUDIT และกระบวนการที่เหมาะสมเพื่อให้บรรลุผล การอบรมที่มีประสิทธิภาพควรให้เจ้าหน้าที่ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนถึงบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของตนตามแผนดำเนินการใหม่ ควรให้มีการฝึกใช้แบบประเมิน AUDIT และกระบวนการอื่นๆ ที่วางแผนไว้ (เช่น การบำบัดแบบสั้น การส่งต่อผู้ป่วย ฯลฯ) ภายได้ การชี้แนะ

กรอบข้อความที่ 9

คำถามนำสู่การปฏิบัติ

ผู้ป่วยกลุ่มใดที่ควรได้รับการคัดกรอง

ผู้ป่วยควรจะได้รับ การคัดกรองบ่อยแค่ไหน

การคัดกรองจะบูรณาการเข้ากับกิจกรรมอื่นได้อย่างไร

ใครเป็นผู้ทำการคัดกรอง

สื่อวัสดุอุปกรณ์อะไรที่ผู้ประเมินและผู้ป่วยต้องใช้

ใครเป็นคนแปลผลและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย

จะเก็บรักษาข้อมูลเวชระเบียนไว้อย่างไร

วิธีการติดตามผลมีอะไรบ้าง

จะระบุได้อย่างไรว่าผู้ป่วยคนใดควรได้รับการคัดกรอง

ขณะที่ผู้ป่วยมารับบริการจะได้ทำการคัดกรองตอนไหน

ลำดับขั้นตอนการปฏิบัติเป็นอย่างไร

สื่อวัสดุอุปกรณ์จะจัดหา เก็บและจัดการอย่างไร

จะกำหนดการนัดติดตามผลอย่างไร

ในบางประเทศ คนส่วนใหญ่หรือแม้แต่บุคลากรสุขภาพเองก็ยังเคยชินกับความคิดที่ว่าเมื่อใดก็ตามที่พูดถึงปัญหาการดื่มสุราก็ต้องหมายถึงการติดสุรา จึงเป็นเรื่องธรรมดาที่แม้แต่บุคลากรสุขภาพเองก็ยังมีความเชื่อว่า ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรานั้นไม่สามารถช่วยได้ เว้นเสียแต่ว่าพวกเขาเหล่านั้น “ไม่ไหวแล้วจริงๆ” และขอรับการรักษาวิธีช่วยเหลือวิธีเดียวคือหยุดดื่มโดยเด็ดขาด ดังนั้นผู้ที่มีความเชื่อเหล่านี้อาจคิดว่าโปรแกรมการคัดกรอง และการบำบัดแบบสั้นไม่มีประโยชน์และ

เป็นเพียงแค่การชูเท่านั้น จึงเป็นเรื่องสำคัญมากที่ต้องใส่ใจเป็นพิเศษในการเปิดโอกาสให้ประเด็นปัญหาเหล่านี้ได้ถกเถียงกันอย่างเปิดกว้าง ตรงไปตรงมา และให้ความสำคัญกับหลักฐานเชิงประจักษ์ เมื่อมีการอธิบายเหตุผลทั้งหมดที่ดีและด้วยความอดทนแล้ว บุคลากรสุขภาพส่วนใหญ่ก็อาจจะเข้าใจประโยชน์ของการคัดกรอง หรือไม่ก็ยังคงจะชะลอการตัดสินใจไม่เห็นด้วยไปก่อน จนกว่าจะได้ประสบการณ์ที่สะท้อนให้เห็นคุณค่า

การติดตาม เป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการปรับปรุงคุณภาพของการดำเนินโปรแกรมการคัดกรอง วิธีการวัดผลสำเร็จของโปรแกรมการคัดกรองนั้นมีหลายวิธี การคัดกรองส่วนใหญ่อาจเปรียบเทียบกับจำนวนของบุคคลที่สมควรได้รับการคัดกรองตามนโยบายที่กำหนดไว้ เพื่อหาร้อยละของการคัดกรองสำเร็จ การวัดจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีผลคัดกรองเป็นบวกก็เป็นอีกวิธีหนึ่งที่มีประโยชน์ที่จะชักจูงเจ้าหน้าที่ให้เห็นความต้องการของบริการ นอกจากนี้ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม (การบำบัดแบบสั้น การส่งต่อ การวินิจฉัย ฯลฯ) ตามผลคะแนน AUDIT ก็เป็นการวัดอีกวิธีหนึ่งในการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรม สุดท้ายในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีผลการคัดกรองเป็นบวกเมื่อ 6 ถึง 12 เดือนก่อน ควรได้รับการสุ่มสำรวจเพื่อหาหลักฐานยืนยันถึงผลลัพธ์ที่สำเร็จ การประเมิน AUDIT ซ้ำสามารถใช้เป็นพื้นฐานการประเมินผลลัพธ์เชิงปริมาณได้

การให้ข้อมูลย้อนกลับ ไม่ว่าจะใช้เกณฑ์ใดมาชี้วัดความสำเร็จก็ตาม การให้ข้อมูลย้อนกลับบ่อยๆ แก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกคนนั้น เป็นเรื่องที่สำคัญที่จะช่วยเสริมประสิทธิภาพของโปรแกรมในช่วงแรกของการดำเนินงาน รายงานผลการดำเนินการและการอภิปรายพูดคุยกันในการประชุมตามวาระของเจ้าหน้าที่จะช่วยให้ค้นพบปัญหาต่างๆ ที่อาจจะเป็นอุปสรรคต่อการบรรลุผลสำเร็จได้

ภาคผนวก ก

แนวทางการวิจัยสำหรับแบบประเมิน AUDIT

Research Guideline for the AUDIT

แ แบบประเมิน AUDIT พัฒนาขึ้นโดยการทดลองหาความตรงจาก 6 ประเทศ^{1, 2} นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยเพิ่มเติมมากมายที่ประเมินความถูกต้องและใช้ได้ ในสถานบริการหลากหลาย กลุ่มประชากรและวัฒนธรรมที่แตกต่าง¹⁰ ดังนั้นเพื่อเป็นแนวทางการวิจัยเพิ่มเติม นักวิจัยสุขภาพควรใช้แบบประเมิน AUDIT ในการหาคำตอบสำหรับประเด็นต่อไปนี้

■ **แบบประเมิน AUDIT สามารถทำนายปัญหาการดื่มสุราในอนาคต รวมทั้งผลการตอบสนองต่อการบำบัดแบบสั้นหรือการรักษาที่เข้มข้นกว่าได้หรือไม่** การศึกษานี้สามารถประเมินโดยการทำการประเมิน AUDIT ซ้ำในคนเดิม คะแนนรวมอาจสัมพันธ์กับตัวชี้วัดต่างๆ ของอาการโรคที่อาจเกิดได้ในอนาคต นอกจากนี้แบบประเมิน AUDIT สามารถประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุราได้ในทุกระดับของความรุนแรงหรือไม่ หรือคะแนนของระดับความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในคนที่ยังคงดื่มหนักต่อไปหรือไม่ หรือว่าคะแนนมีการลดลงอย่างชัดเจนหลังจากได้รับคำแนะนำ การให้การรักษาหรือวิธีการรักษาอื่นๆ หรือไม่ การประเมินคัดกรองนี้ไม่ควรแยกออกจากการดูแลและการรักษา แต่ควรประเมินในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของผลกระทบต่อความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตในประชากรกลุ่มเสี่ยง และยังเป็นการป้องกันทฤษฎีและปฐมภูมิที่ช่วยให้กระบวนการดูแลรักษามีประสิทธิภาพ

■ **ค่าความไว ค่าความจำเพาะ และอำนาจการทำนายของแบบประเมิน AUDIT ในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ที่ใช้เกณฑ์ความตรงแตกต่างกันเป็นอย่างไร**

ในการประเมินคัดกรองด้วย AUDIT ต่อไปนั้น ควรใส่ใจในการตรวจพบหรือการทำนายปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา ควรเน้นการประเมินในระดับเริ่มเสี่ยง การดื่มแบบอันตราย และการติดสุรา ความต้องการในการหาความตรงนั้น อาจต้องใช้หลักเกณฑ์การวินิจฉัยอื่นที่มีความตรงในตัวเองอยู่แล้ว เครื่องมืออยู่สองชิ้นที่น่าจะใช้ได้ คือ Composite International Diagnosis Interview (CIDI) และ Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)^{39, 40} แบบสัมภาษณ์ทั้งสองนี้สามารถใช้เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติของการดื่มสุราตามเกณฑ์ ICD-10 และระบบจำแนกโรคอื่นๆ แบบประเมิน AUDIT สามารถเพิ่มประสิทธิภาพโดยมุ่งเน้นเฉพาะกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่มีปัญหาการดื่มสุรา อาจจำเป็นต้องมีการกำหนดคะแนนจุดตัดแบบประเมิน AUDIT ที่เฉพาะสำหรับกลุ่มประชากรเป้าหมายโดยเฉพาะกลุ่มที่ดื่มแบบอันตรายและกลุ่มติดสุรา

■ **อุปสรรคที่ขัดขวางการนำการคัดกรองด้วยแบบประเมิน AUDIT ไปใช้คืออะไร** ข้อจำกัดที่สำคัญของการคัดกรอง คือประเด็นค่าใช้จ่ายและการยอมรับทั้งจากเจ้าหน้าที่และจากประชากรเป้าหมาย หากว่าการประเมินใดมีค่าใช้จ่ายสูง ผลของการคัดกรองก็อาจไม่คุ้มค่าและหากกระบวนการนั้นใช้เวลานาน คุณคาม หรือรบกวนผู้ป่วยเกินไป กระบวนการคัดกรองด้วยแบบประเมิน AUDIT อาจนำมาใช้ได้

■ *คะแนนในแบบประเมิน AUDIT สามารถแยกการดื่มแบบเสี่ยง ดื่มแบบอันตราย และดื่มแบบติดได้จริงหรือไม่* หากการคัดกรองสามารถแยกกลุ่มผู้ดื่มได้ดังนี้ ก็จะเป็นประโยชน์มากในการแยกกลุ่มเพื่อให้ความรู้และการรักษาในชั้นป้องกันแบบทฤษฎี ในทางตรงข้าม คะแนนรวม AUDIT สามารถแยกระดับความรุนแรงที่จะเป็นประโยชน์ต่อการเลือกวิธีการและลำดับขั้นการรักษาที่เหมาะสมในทางคลินิก (เช่น การให้การรักษาระดับต่ำสุดในผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเร่งด่วน) หากผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้นก็ให้การรักษา “ลำดับ” ที่สูงขึ้นต่อไป แม้ว่าคะแนน AUDIT 8 – 19 คะแนนดูเหมือนจะเหมาะสมกับการบำบัดแบบสั้น แต่ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อหาคะแนนจุดตัดที่เหมาะสมสำหรับการให้คำแนะนำแบบง่าย (simple advice) การบำบัดแบบสั้น (brief intervention) และการรักษาที่เข้มข้นขึ้น

■ *แบบประเมิน AUDIT สามารถใช้ในงานวิจัยด้านระบาดวิทยาได้อย่างไร* แบบประเมิน AUDIT สามารถใช้เป็นเครื่องมือระบาดวิทยาในการสำรวจคลินิกสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ และกลุ่มประชากรทั่วไป แบบประเมิน AUDIT ยังเป็นเครื่องมือสากลที่สามารถใช้เปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างจากประเทศและวัฒนธรรมที่ต่างกันอย่างแท้จริงธรรมชาติและความสะดวกของการดื่มแบบเสี่ยง การดื่มแบบอันตราย และการติดสุรา ดังนั้นจึงควรมีการหาค่ามาตรฐานของความเสียงแต่

ละระดับ เพื่อให้คะแนนของแต่ละบุคคล และของกลุ่มสามารถเปรียบเทียบการกระจายในกลุ่มประชากรทั่วไปได้

■ *ค่าความเที่ยงที่สอดคล้อง (concordance validity) ของข้อความถามใน AUDIT แต่ละข้อและคะแนนรวม* เมื่อเปรียบเทียบกับตัวชี้วัดเชิงวัตถุวิสัย (objective) ในปัญหาการดื่มสุราที่ต่างกักัน เช่น ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด ตัวชี้วัดทางชีวเคมีของการดื่มหนัก การบันทึกของตำรวจที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการดื่มสุรา และข้อมูลสังเกตพฤติกรรมการดื่มจากผู้รู้จักกับผู้ป่วย เนื่องจาก การตอบด้วยคำพูดนั้นอาจจะมีข้อจำกัดอยู่ภายในตัวเอง ดังนั้นจึงน่าจะเป็นประโยชน์หากบอกได้ว่า สถานการณ์ใดที่การใช้แบบประเมิน AUDIT จะมีข้อจำกัดและไม่น่าเชื่อถือ รวมทั้งควรมีการหาวิธีการเพิ่มความแม่นยำของการใช้แบบประเมิน AUDIT

■ *แบบประเมิน AUDIT เป็นที่ยอมรับของเจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลปฐมภูมิอย่างไรบ้าง* จะมีวิธีการสอนให้กระบวนการคัดกรองเป็นส่วนหนึ่งของการให้ความรู้บุคลากรสุขภาพได้อย่างไร หลังจากรับการอบรมไปแล้ว ผู้เรียนหรือบุคลากรสุขภาพได้นำแบบประเมิน AUDIT ไปใช้มากน้อยเพียงไร

ภาคผนวก ข

ตัวอย่างแบบประเมิน AUDIT ด้วยตนเอง

Suggested Format for AUDIT Self-Report Questionnaire

ในบางสถานบริการอาจจะสามารถใช้ AUDIT เป็นแบบประเมินให้ผู้ป่วยกรอกแทนการสัมภาษณ์ วิธีนี้จะสามารถประหยัดเวลา เสียค่าใช้จ่ายน้อย และอาจได้รับคำตอบที่ถูกต้องกว่าจากผู้ป่วย ซึ่งหากใช้คอมพิวเตอร์ก็จะได้ประโยชน์เช่นกัน ตัวอย่างแบบประเมิน AUDIT ด้วยตนเอง แสดงในกรอบข้อความที่ 10

การข้ามข้อคำถามตามวิธีการสัมภาษณ์ (กรอบข้อความที่ 4) อาจจะยากเกินไปสำหรับผู้ป่วยที่กรอกแบบประเมิน อย่างไรก็ตามหากใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ก็สามารถข้ามข้อคำถามได้โดยอัตโนมัติ

ผู้ทำการประเมินควรให้ข้อมูลเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมในท้องถิ่นเทียบเป็นหนึ่งดื่มมาตรฐาน คำถามข้อที่ 3 อาจต้องปรับให้เป็นจำนวนดื่มมาตรฐานที่เทียบได้เท่ากับเอธานอลบริสุทธิ์ 60 กรัม (ดูภาคผนวก ค)

วิธีการคิดคะแนน: ในแต่ละคำตอบจะลงคะแนนตามช่องบนสุดเหนือสดมภ์ของแต่ละข้อ ให้เขียนตัวเลขคำตอบลงในช่องด้านขวามือ หลังจากนั้นให้รวมเลขทั้งหมดเพื่อหาคะแนนรวม

พื้นที่ว่างในส่วนท้ายของแบบประเมิน ระบุว่า “สำหรับเจ้าหน้าที่เท่านั้น” ใช้เพื่อใส่วิธีการหรือสถานที่ที่ทำการประเมินที่บันทึกโดยบุคลากรสุขภาพผู้ให้แบบประเมิน AUDIT หรือผู้ให้การบำบัดแบบสั้น ข้อมูลเหล่านี้ควรได้รับรหัสเพื่อจะไม่ลดทอนความซื่อสัตย์ของผู้ป่วยในการตอบแบบประเมิน AUDIT

กรอบข้อความที่ 10

แบบประเมิน AUDIT: ฉบับประเมินด้วยตนเอง

ผู้ป่วย: เนื่องจากการดื่มสุรามีผลกระทบต่อสุขภาพ หรืออาจรบกวนต่อยาการรักษาหรือการรักษารักษาอื่น ๆ ดังนั้นจึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะขอถามคุณเกี่ยวกับการดื่มสุราของคุณ โดยสุรามีหมายถึงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด ได้แก่ เบียร์ เหล้า สาโท กระแช่ วิสกี้ สเปย์ไวน์ เป็นต้น คำตอบของคุณจะเป็นความลับ กรุณาตอบคำถามตามความเป็นจริง ให้ X ลงในช่องคำตอบที่ตรงความเป็นจริงมากที่สุดในแต่ละข้อคำถาม

ข้อคำถาม	0	1	2	3	4	
1. คุณดื่มสุร่าบ่อยเพียงไร	ไม่เคยเลย	เดือนละครั้ง หรือน้อยกว่า	2-4 ครั้ง ต่อเดือน	2-3 ครั้ง ต่อสัปดาห์	4 ครั้งขึ้นไป ต่อสัปดาห์	
2. เลือกตอบเพียงข้อเดียว เวลาที่ดื่มสุร่า โดยทั่วไปแล้วคุณดื่ม ประมาณเท่าไรต่อวัน หรือ	1-2 ดื่มมาตรฐาน	3-4 ดื่มมาตรฐาน	5-6 ดื่มมาตรฐาน	7-9 ดื่มมาตรฐาน	ตั้งแต่ 10 ดื่ม มาตรฐานขึ้นไป	
ถ้าโดยทั่วไปดื่มเบียร์ เช่น สิงห์ ไฮเนเกน ลีโอ เชียร์ ไทเกอร์ ช้าง ดื่มประมาณเท่าไรต่อวัน หรือ	1-1.5 กระป๋อง/ 1/2-3/4 ขวด	2-3 กระป๋อง/ 1-1.5 ขวด	3.5-4 กระป๋อง/ 2 ขวด	4.5-7 กระป๋อง/ 3-4 ขวด	7 กระป๋อง/ 4 ขวดขึ้นไป	
ถ้าโดยทั่วไปดื่มเหล้า เช่น แมงฆ้อง หงส์ทอง หงส์ทิพย์ เหล้าขาว 40 ดีกรี ดื่มประมาณเท่าไร ต่อวัน	2-3 ฝา	1/4 แบน	1/2 แบน	3/4 แบน	1 แบนขึ้นไป	
3. บ่อยครั้งเพียงไรที่คุณดื่มเบียร์ 4 กระป๋อง ขึ้นไป หรือเหล้าวิสกี้ 3 เบ็กขึ้นไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน	
4. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยครั้งเพียงไรที่คุณ พบว่าคุณไม่สามารถหยุดดื่มได้ หากคุณสามารถ เริ่มดื่มไปแล้ว	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน	
5. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยครั้งเพียงไรที่คุณไม่ได้ ทำสิ่งที่คุณควรจะทำตามปกติ เพราะคุณมึน แต่ไปดื่มสุร่าเสีย	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน	
6. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยครั้งเพียงไรที่คุณต้อง รีบดื่มสุร่าทันทีในตอนเช้า เพื่อจะได้ดำเนิน ชีวิตตามปกติ หรือถอนอาการเมาค้างจาก การดื่มหนักในคืนที่ผ่านมา	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน	
7. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยครั้งเพียงไรที่คุณรู้สึก ไม่ดี โกรธหรือเสียใจ เนื่องจากคุณได้ทำบาง สิ่งบางอย่างลงไปขณะที่คุณดื่มสุร่าเข้าไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน	
8. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยครั้งเพียงไรที่คุณไม่ สามารถจำได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ผ่านมา เพราะว่าคุณได้ดื่มสุร่าเข้าไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน	
9. ตัวคุณเองหรือคนอื่น เคยได้รับบาดเจ็บซึ่ง เป็นผลจากการดื่มสุร่าของคุณหรือไม่	ไม่เคยเลย		เคย แต่ไม่ได้เกิด ขึ้นในปีที่แล้ว		เคยเกิดขึ้นในช่วง หนึ่งปีที่แล้ว	
10. เคยมีแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ หรือเพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้องแสดงความ ห่วงเป็นใยต่อการดื่มสุร่าของคุณหรือไม่	ไม่เคยเลย		เคย แต่ไม่ได้เกิด ขึ้นในปีที่แล้ว		เคยเกิดขึ้นในช่วง หนึ่งปีที่แล้ว	
คะแนนรวม						

ภาคผนวก ก

การแปลและการปรับใช้เพื่อให้เหมาะกับภาษา วัฒนธรรม และมาตรฐาน

Translation and Adaptation to Specific Languages, Cultures and Standards

ในบางวัฒนธรรมและภาษา ไม่สามารถแปลแบบประเมิน AUDIT ตรงตามตัวอักษรได้ เนื่องจากมีปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมที่ต้องพิจารณาความหมายเฉพาะ ตัวอย่างเช่น ธรรมเนียมการดื่มและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมในแต่ละประเทศที่อาจต้องดัดแปลงคำถามให้สอดคล้องกับท้องถิ่นนั้นๆ

แบบประเมิน AUDIT ได้มีการแปลเป็นภาษาสเปน ภาษาสลาฟ ภาษาเยอรมัน ภาษาฝรั่งเศส ภาษาเยอรมัน ภาษารัสเซีย ภาษาญี่ปุ่น ภาษาชาวอิตาลี และอีกหลายภาษา ก่อนที่จะดำเนินการแปลแบบประเมิน AUDIT เป็นภาษาอื่น ผู้สนใจควรปรึกษาสำนักงานใหญ่ขององค์การอนามัยโลก เกี่ยวกับขั้นตอนปฏิบัติและภาษาที่แปลแล้ว

ดื่มมาตรฐาน (Standard Drink) คืออะไร?

ในแต่ละประเทศ บุคลากรสุขภาพและนักวิจัยจะต้องกำหนดนิยามของหน่วยดื่มมาตรฐาน เพราะปริมาณเครื่องดื่มที่ให้บริการในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน ตัวอย่างเช่น

- 1 ดื่มมาตรฐานของประเทศแคนาดา มีแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ 13.6 กรัม
- 1 ดื่มมาตรฐานของประเทศอังกฤษ มีแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ 8 กรัม
- 1 ดื่มมาตรฐานของประเทศอเมริกา มีแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ 14 กรัม
- 1 ดื่มมาตรฐานของประเทศออสเตรเลีย หรือ นิวซีแลนด์ มีแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ 10 กรัม
- 1 ดื่มมาตรฐานของประเทศญี่ปุ่น มีแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ 19.75 กรัม

ในแบบประเมิน AUDIT ข้อคำถามที่ 2 และ 3 ได้ตั้งค่าดื่มมาตรฐานไว้เท่ากับแอลกอฮอล์ 10 กรัม ดังนั้นอาจจำเป็นต้องปรับจำนวนการดื่มในข้อคำถามนี้ให้สอดคล้องกับปริมาณและความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในประเทศนั้นๆ

การดื่มสุราในความเสี่ยงระดับต่ำที่ระบุในคู่มือการให้การบำบัดแบบสั้นของ WHO อยู่ที่ปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 20 กรัมต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ (แนะนำให้หยุดดื่มอย่างน้อย 2 วันในหนึ่งสัปดาห์)

มีวิธีการคำนวณปริมาณแอลกอฮอล์ในการดื่มอย่างไร

ปริมาณแอลกอฮอล์ในเครื่องดื่มขึ้นอยู่กับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์และขนาดของภาชนะบรรจุ โดยประเทศต่างๆ ก็มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเครื่องดื่มและขนาดแก้วที่แตกต่างกันไป จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก⁴⁵ พบว่าเบียร์จะมีแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ประมาณ 2% ถึง 5% และไวน์จะมีแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ 10.5% ถึง 18.9% เหล้าจะมีแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ 24.3% ถึง 90% และไวน์ผลไม้จะมีแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ 1.1% ถึง 17% ดังนั้นจึงควรปรับขนาดดื่มมาตรฐานตามปริมาณที่คาดว่าบุคคลจะดื่มในแต่ละครั้งหรือโดยเฉลี่ย

อีกวิธีการหนึ่งในการวัดปริมาณแอลกอฮอล์ในเครื่องดื่มเป็นหน่วยมาตรฐานคือ การใช้ตัวแปลงหน่วย (conversion factor) ของเอทานอล ทำให้สามารถแปลงปริมาตรแอลกอฮอล์ไปเป็นกรัมได้ โดยแต่ละมิลลิลิตรของเอทานอลจะมีแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ 0.79 กรัม ตัวอย่างเช่น

เบียร์ 1 กระป๋อง (330 มิลลิลิตร) เข้มข้น 5% X (ความเข้มข้น) 0.79 (ตัวแปลงหน่วย) = 13 กรัม ของเอทิลแอลกอฮอล์บริสุทธิ์

ไวน์ 1 แก้ว (140 มิลลิลิตร) เข้มข้น 12% X 0.79 = 13.3 กรัมของเอทิลแอลกอฮอล์บริสุทธิ์

เหล้า 1 กัง (40 มิลลิลิตร) เข้มข้น 40% X 0.79 = 12.6 กรัม ของเอทิลแอลกอฮอล์บริสุทธิ์

ภาคผนวก ง

ขั้นตอนการคัดกรองทางคลินิก

Clinical Screening Procedures

การตรวจทางคลินิกและการตรวจทางห้องปฏิบัติการบางครั้งจะช่วยตรวจพบผลเสียเรื้อรังจากการดื่มสุรา จึงได้มีการพัฒนาการคัดกรองทางคลินิกขึ้น³⁴ การคัดกรองทางคลินิกนี้รวมถึงอาการมือสั่น เส้นเลือดนูนบนใบหน้า และความผิดปกติของเยื่อต่างๆ (เช่น เยื่อตาขาวอักเสบ) และช่องปาก (เช่น ลิ้นอักเสบ) และปริมาณเอนไซม์ตับที่สูงขึ้น

บุคลากรสุขภาพที่มีขีดความสามารถเท่านั้นที่ควรจะทำกรคัดกรองทางคลินิกได้ เนื่องจากการตรวจแต่ละข้อจำเป็นต้องมีคำอธิบายเพื่อให้การวินิจฉัยเชื่อถือได้

■ อาการเยื่อขาวตาแดง (conjunctival injection) เป็นภาวะที่เยื่อตาที่มีหลอดเลือดฝอยชดบวมและตาเหลือง การตรวจที่แสงสว่างกลางวันโดยให้ผู้ป่วยมองขึ้นด้านบนและลงด้านล่างโดยดึงเปลือกตาไปด้านตรงข้ามบนและล่างในสภาวะปกตินั้นจะพบเป็นสีขาววาวโดยรอบในทางตรงกันข้ามชดบวมของหลอดเลือดฝอยจะแสดงออกเป็นสีแดงของหลอดเลือดและมีสีเขียวอมเหลืองจางๆ บริเวณเยื่อหุ้มลูกตา

■ ความผิดปกติของเส้นเลือดบริเวณผิวหนัง (abnormal skin vascularization) ตรวจพบได้ชัดเจนที่ใบหน้าและลำคอ ในบริเวณเหล่านี้มักจะปรากฏเส้นเลือดแดงฝอยเป็นพื้นสีแดงเรื่อๆ อีกลักษณะหนึ่งที่พบในผู้ดื่มสุราเรื้อรังคือ ปรากฏ "ขนลุก" บริเวณคอและมีตุ่มขรุขระเล็กๆ สีค่อนข้างเหลืองตามผิวหนัง

■ มือสั่น (hand tremor) ตรวจโดยให้เหยียดแขนออกมาข้างหน้า งอข้อศอกตั้งขึ้นมาครั้งหนึ่งและหมุนมือเข้าหาตรงกลาง

■ ลิ้นสั่น (tongue tremor) ประเมินโดยให้แลบลิ้นออกมาเหนือริมฝีปากเล็กน้อย แต่ไม่แลบมากเกินไป

■ ภาวะตับโต (hepatomegaly) การเปลี่ยนแปลงของตับสามารถตรวจได้ทั้งขนาดและลักษณะของเนื้อตับ ขนาดของตับที่โตขึ้นวัดตามความกว้างของจำนวนนิ้วมือที่ตับโผล่พ้นใต้ชายโครง ส่วนลักษณะเนื้อตับสามารถจัดได้เป็นระดับธรรมดา แน่น หรือแข็ง หรือแข็งมาก

การตรวจทางห้องปฏิบัติการหลายชนิดเป็นประโยชน์ในการตรวจหาการดื่มสุราที่เป็นปัญหา การหา serum gamma-glutamyl transferase (GGT), carbohydrate deficient transferrin (CDT), mean corpuscular volume (MCV) ของเซลล์เม็ดเลือดแดง และ serum aspartate amino transferase (AST) นั้นเสียค่าใช้จ่ายไม่มากและสามารถเป็นตัวบ่งชี้การดื่มสุรามากเกินไปในระยะนี้ แต่ก็ควรพึงระวังว่าอาจพบผลบวกหลงจากการรับประทานยาบางชนิด (เช่น ยา barbiturates) ที่ไปเพิ่มค่า GGT หรือมีอาการมือสั่นเนื่องจากความประหม่าหรือโรคทางระบบประสาท หรือจากการติดยาหรือ เป็นต้น

ภาคผนวก ก

สื่อการฝึกอบรมแบบประเมิน AUDIT

Training Material for AUDIT



สื่อการฝึกอบรมและทรัพยากรอื่นๆ ได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการอบรมการคัดกรองด้วยแบบประเมิน AUDIT และเทคนิคการบำบัดแบบสั้นซึ่งรวมไปถึงวิดีโอ คู่มือการสอบสำหรับผู้ฝึกอบรมและแผ่นพับ

สื่อที่ใช้ในการฝึกอบรม AUDIT เพื่อคัดกรองปัญหาแอลกอฮอล์ มีดังนี้

Anderson, P. Alcohol and primary health care. World Health Organization, Regional Publications, European Series no. 64, 1996.

โครงการ NEADA (Nursing Education in Alcohol and Drug Abuse) ประกอบด้วยวิดีโอ 30 นาที ในเรื่องการคัดกรองการดื่มสุราและการบำบัดแบบสั้นพร้อมทั้งคู่มือฝึกอบรม³¹ โดยมีเอกสารการบรรยายบทบาทสมมติแนวปฏิบัติในการทำกิจกรรมกลุ่ม และกิจกรรมสำหรับผู้เรียน คู่มือสามารถขอรับได้จาก U.S. National Clearing house on Alcohol and Drug Information: www.health.org หรือ โทรศัพท์ 1-800-729-6686.

Alcohol risk assessment and intervention (ARAI) package. Ontario, College of Family Physicians of Canada, 1994.

Sullivan, E., and Fleming, M. A Guide to Substance Abuse Services for Primary Care Clinicians, Treatment Improvement Protocol Series, 24, U.S. Department of Health and Human Services, Rockville, MD 20857, 1997.

เอกสารอ้างอิง


References

1. Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., de la Fuente, J.R. and Grant, M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. II. *Addiction*, 88, 791-804, 1993.
2. Saunders, J.B., Aasland, O.G., Amundsen, A. and Grant, M. Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption I. *Addiction*, 88, 349-362, 1993.
3. Babor, T., Campbell, R., Room, R. and Saunders, J.(Eds.) *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*, World Health Organization, Geneva, 1994.
4. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research*, World Health Organization, Geneva, 1993.
5. Anderson, P., Cremona, A., Paton, A., Turner, C. & Wallace, P. The risk of alcohol. *Addiction* 88, 1493-1508, 1993.
6. Edwards, G., Anderson, P., Babor, T.F., Casswell, S., Ferrence, R., Geisbrecht, N., Godfrey, C., Holder, H., Lemmens, P., Makela, K., Midanik, L., Norstrom, T., Osterberg, E., Romelsjo, A., Room, R., Simpura, J., Skog., O. *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford University Press, 1994.
7. World Health Organization. *Problems related to alcohol consumption, Report of a WHO Expert Committee*. Tech. Report Series 650, Geneva, WHO, 1980.
8. Kreitman, N. Alcohol consumption and the prevention paradox. *British Journal of Addiction* 81, 353-363, 1986
9. Murray, R.M. Screening and early detection instruments for disabilities related to alcohol consumption. In: Edwards, G., Gross, M.M., Keller, M., Moser, J. & Room, R. (Eds) *Alcohol-Related Disabilities*. WHO Offset Pub. No. 32. Geneva, World Health Organization, 89-105, 1977.
10. Allen, J.P., Litten, R.Z., Fertig, J.B. and Babor, T. A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 21(4): 613-619, 1997.
11. Cherpitel, C.J. Analysis of cut points for screening instruments for alcohol problems in the emergency room. *Journal of Studies on Alcohol* 56:695-700, 1995.
12. Conigrave, K.M., Hall, W.D., Saunders, J.B., The AUDIT question naire: choosing a cut-off score. *Addiction* 90:1349-1356, 1995.

13. Volk, R.J., Steinbauer, J.R., Cantor, S.B. and Holzer, C.E. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screen for at-risk drinking in primary care patients of different racial/ethnic backgrounds. *Addiction* 92(2):197-206, 1997.
14. Rigmaiden, R.S., Pistorello, J., Johnson, J., Mar, D. and Veach, T.L. Addiction medicine in ambulatory care: Prevalence patterns in internal medicine. *Substance Abuse* 16:49-57, 1995.
15. Piccinelli, M., Tessari, E., Bortolomasi, M., Piasere, O., Semenzin, M. Garzotto, N. and Tansella, M. Efficacy of the alcohol use disorders identification test as a screening tool for hazardous alcohol intake and related disorders in primary care: a validity study. *British Medical Journal* 314(8) 420-424, 1997.
16. Skipsey, K., Bureson, J.A. and Kranzler, H.R. Utility of the AUDIT for the identification of hazardous or harmful drinking in drug-dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence* 45:157-163, 1997.
17. Claussen, B. and Aasland, O.G. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a routine health examination of long-term unemployed. *Addiction* 88:363-368, 1993.
18. Fleming, M.F., Barry, K.L. and MacDonald, R. The alcohol use disorders identification test (AUDIT) in a college sample. *International Journal of the Addictions* 26:1173-1185, 1991.
19. Powell, J.E. and McInness, E. Alcohol use among older hospital patients: Findings from an Australian study. *Drug and Alcohol Review* 13:5-12, 1994.
20. Isaacson, J.H., Butler, R., Zacharek, M. and Tzelepis, A. Screening with the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in an inner-city population. *Journal of General Internal Medicine* 9:550-553, 1994.
21. Fiellin, D.A., Carrington, R.M. and O'Connor, P.G. Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. *Archives of Internal Medicine* 160: 1977-1989, 2000.
22. Ivis, F.J., Adlaf, E.M. and Rehm, J. Incorporating the AUDIT into a general population telephone survey: a methodological experiment. *Drug & Alcohol Dependence* 60:97-104, 2000.
23. Lapham, S.C., Skipper, B.J., Brown, P., Chadbunchachai, W., Suriyawongpaisal, P. and Paisarnsilp, S. Prevalence of alcohol use disorders among emergency room patients in Thailand. *Addiction* 93(8), 1231-1239, 1998.
24. Steinbauer, J.R., Cantor, S.B., Holder, C.E. and Volk, R.J. Ethnic and sex bias in primary care screening tests for alcohol use disorders. *Annals of Internal Medicine* 129: 353-362, 1998.

25. Clements, R. A critical evaluation of several alcohol screening instruments using the CIDI-SAM as a criterion measure. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 22(5):985-993, 1998.
26. Hays, R.D., Merz, J.F. and Nicholas, R. Response burden, reliability, and validity of the CAGE, Short MAST, and AUDIT alcohol screening measures. *Behavioral Research Methods, Instruments & Computers* 27:277-280, 1995.
27. Bohn, M.J., Babor, T.F. and Kranzler, H.R. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation of a screening instrument for use in medical settings. *Journal of Studies on Alcohol* 56:423-432, 1995.
28. Conigrave, K.M., Saunders, J.B. and Reznik, R.B. Predictive capacity of the AUDIT questionnaire for alcohol-related harm. *Addiction* 90:1479-1485, 1995.
29. Sinclair, M., McRee, B. and Babor, T.F. Evaluation of the Reliability of AUDIT. University of Connecticut School of Medicine, Alcohol Research Center, (unpublished report), 1992.
30. Babor, T.F., de la Fuente, J.R., Saunders, J. and Grant, M. AUDIT *The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care*. WHO/MNH/DAT 89.4, World Health Organization, Geneva, 1989.
31. McRee, B., Babor, T.F. and Church, O.M. *Instructor's Manual for Alcohol Screening and Brief Intervention*. Project NEADA, University of Connecticut School of Nursing, 1991.
32. Gomel, M. and Wutzke, S. Phase III World Health Organization Collaborative Study. Procedures Manual Strand III, Part 1. Dept. of Psychiatry, University of Sydney, New South Wales, 1995.
33. Miller, W.R., Zweben, A., DiClemente, C.C. and Rychtarik, R.G. *Motivational enhancement therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*. Project MATCH Monograph Series, Vol. 2. Rockville MD: NIAAA, 1992.
34. Babor, T.F., Weill, J., Treffardier, M. and Benard, J.Y. Detection and diagnosis of alcohol dependence using the Le Go grid method. In: Chang N (Ed.) *Early identification of alcohol abuse*. NIAAA Research Monograph 17, DHHS Pub. No. (ADM) 85-1258, Washington, D.C. USGPO, 1985; 321-338.
35. Saunders, J.B. and Aasland, O.G. *WHO Collaborative Project on Identification and Treatment of Persons with Harmful Alcohol Consumption*. Geneva, Switzerland, World Health Organization (Unpublished Document WHO/MNH/DAT/86.3), 1987.

36. Bien, T.H., Miller, W.R. and Tonigan, S. Brief intervention for alcohol problems: a review. *Addiction* 88:315-336, 1993.
37. Kahan, M., Wilson, L. and Becker, L. Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: A review. *Canadian Medical Association Journal*, 152(6):851-859, 1995.
38. Wilk, A.I., Jensen, N.M. and Havighurst, T.C. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Journal of General Internal Medicine*, 12:274-283, 1997.
39. Robins, L.N., Wing, J., Wittchen, H.U., Helzer, J.E., Babor, T.F., Burke, J., Farmer, A., Jablenski, A., Pickens, R., Regier, D., Sartorius, N. and Towle, L. The Composite International Diagnostic Interview: An epidemiological instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, 45:1069-1077, 1988.
40. Wing, J.K., Babor, T., Brugha, T., Burke, J., Cooper, J.E., Giel, R., Jablenski, A., Regier, D. and Sartorius, N. SCAN - Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Archives of General Psychiatry* 47:589-593, 1990.
41. Heather, N. *Treatment approaches to alcohol problems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (WHO Regional Publications, European Series, No. 65).
42. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *10th Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health*. Rockville, MD, 2000.
43. Richmond, R.L. and Anderson, P. Research in general practice for smokers and excessive drinkers in Australia and the UK. III. Dissemination of interventions. *Addiction* 89, 49-62, 1994.
44. Babor, T.F. and Higgins-Biddle, J.C. Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction* 95(5):677-686, 2000.
45. Finnish Foundation for Alcohol Studies. *International Statistics on Alcoholic Beverages: Production, Trade and Consumption 1950-1972*. Helsinki, Finnish Foundation for Alcohol Studies, 1977.



**แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษา
ผู้มีปัญหาสุราแบบบูรณาการ (พรส.)**

ชั้น 2 อาคารจิตสันติ โรงพยาบาลสวนปรุง
เลขที่ 131 ถ.ช่างหล่อ ต.หายยา อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50100
โทรศัพท์ 053-280228 ต่อ 236, 525 โทรสาร.053-273201
www.i-mapthailand.org