

ความตรงและความเที่ยงของแบบวัดความรุนแรงของการติดสุรา ฉบับทดสอบในประชาชนทั่วไป

สุนทร ศรีโกไสย พย.ด.*

กิตติวรรณ เทียมแก้ว พ.บ., วุฒิปริญญาตรีเวชศาสตร์*

พณัฐภา กิตติรัตนไพบูลย์ พ.บ., วุฒิปริญญาตรีเวชศาสตร์**

นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล พ.บ., วุฒิปริญญาตรีเวชศาสตร์***

* โรงพยาบาลสวนปรุง เชียงใหม่

** กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

*** มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของแบบวัดความรุนแรงของการติดสุรา ฉบับทดสอบในประชาชนทั่วไป วิธีการศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะคือ ระยะการแปลเครื่องมือจากต้นฉบับ การแปลย้อนกลับและการตรวจสอบความถูกต้องโดยเจ้าของเครื่องมือ ระยะการประเมินความเข้าใจในความหมายและความเหมาะสมของภาษา และระยะการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของแบบวัดโดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา คุณภาพของข้อคำถาม ความตรงเชิงโครงสร้าง และความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยวิธีหาค่าความสอดคล้องภายใน ใช้กลุ่มตัวอย่างในชุมชน 332 คน ผลการศึกษาพบว่า ความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดมีค่าเท่ากับ 1.00 และความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ 1.00 คุณภาพของแบบวัดที่ประเมินโดยประชาชนในชุมชน พบว่าข้อคำถามที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมทั้งฉบับ $r \geq 0.4$ มี 20 ข้อ มีอำนาจจำแนกดี 20 ข้อ ความตรงเชิงโครงสร้างโดยการใช้กลุ่มต่างคือกลุ่มติดสุราระดับเล็กน้อย และกลุ่มติดสุราระดับรุนแรง พบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) การวิเคราะห์องค์ประกอบได้แบบวัดที่มี 20 ข้อคำถาม 3 องค์ประกอบ ร้อยละของความแปรปรวนที่สามารถอธิบายได้มีค่าเท่ากับ 71.74 และสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบวัดมีค่าเท่ากับ 0.96

สรุป แบบวัดความรุนแรงของการติดสุรามีความตรงและความเที่ยงในระดับสูง สามารถใช้เป็นเครื่องมือวัดระดับความรุนแรงของการติดสุราในประชาชนทั่วไปได้

คำสำคัญ: ความตรง, ความเที่ยง, แบบวัด, ความรุนแรง, ติดสุรา

บทนำ

การติดสุราเป็นความผิดปกติทางพฤติกรรมที่แสดงอาการด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ ต้องการดื่มมากขึ้นเพื่อให้ได้ฤทธิ์เท่าเดิมมีอาการทางกายเมื่อไม่ได้ดื่ม พยายามเลิกดื่มหลายครั้งแต่ไม่สำเร็จ ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดื่มและการเมาสุรา

ไม่สนใจกิจกรรมทางสังคมหรือการประกอบอาชีพ และยังคงดื่มต่อไปแม้จะได้รับผลกระทบจากการดื่ม⁽¹⁾ ผู้ที่ติดสุราจึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคร่วมทางกาย โรคร่วมทางจิตเวช การกระทำความรุนแรงในครอบครัว และการทำความผิดทางกฎหมาย

แม้ว่าจะมีเกณฑ์การวินิจฉัยการติดสุราในระบบ

ICD-10 และ DSM-IV แต่ความเชื่อมโยงของสมองและความผิดปกติในการทำหน้าที่รักษาสมองในสมองของสารสื่อประสาทในผู้ติดสุราแต่ละรายมีความแตกต่างกัน ทำให้มีระดับความรุนแรงของการติดสุราแตกต่างกัน⁽¹⁻³⁾ จึงมีการพัฒนาเครื่องมือวัดระดับความรุนแรงของการติดสุราขึ้นเพื่อใช้คัดกรองผู้ที่ติดสุราออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มติดสุราระดับเล็กน้อย (คะแนน 0-15) ระดับปานกลาง (คะแนน 16-30) และระดับรุนแรง (คะแนน 31 ขึ้นไป)^(4,5)

โครงสร้างหลักของแบบวัดความรุนแรงของการติดสุราคือ แนวคิดกลุ่มอาการติดสุรา (alcohol dependence syndrome) ที่ให้คำจำกัดความโดย Edwards และ Gross⁽⁶⁾ แบบวัดความรุนแรงของการติดสุราจึงมีองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ อาการด้านร่างกายของภาวะขาดสุรา (physical withdrawal [PHYS]) อาการด้านอารมณ์ของภาวะขาดสุรา (affective withdrawal [AFF]) ความต้องการดื่มสุราเพื่อลดอาการขาดสุรา (craving and withdrawal-relief drinking [NEED]) ปริมาณการดื่มสุราในแต่ละวัน (typical daily consumption [ALC]) และการมีอาการขาดสุรากลับคืนเร็วหลังจากหยุดดื่ม (reinstatement of these symptoms after a period of abstinence [POSTAB])⁽⁷⁾

การพัฒนาและทดสอบคุณภาพของแบบวัดความรุนแรงของการติดสุราฉบับภาษาไทยโดยการทดสอบในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยติดสุราในโรงพยาบาลเฉพาะทาง จำนวน 100 คน พบว่า แบบวัดความรุนแรงของการติดสุรามีจำนวน 20 ข้อคำถาม มีความตรงเชิงเนื้อหา ร้อยละ 0.95 และทั้งฉบับเท่ากับ 1.00 ร้อยละของความแปรปรวนที่สามารถอธิบายได้มีค่าเท่ากับ 73.03 มีอำนาจจำแนกดี มีความตรงเชิงโครงสร้าง และมีความสอดคล้องภายในในระดับสูง องค์ประกอบของแบบวัดนี้มีจำนวน 5 ด้าน ตรงตามต้นฉบับภาษาอังกฤษ⁽⁸⁾

ในกระบวนการพัฒนาแบบวัดความรุนแรงของการติดสุราฉบับภาษาอังกฤษ ได้แบบวัดที่สามารถใช้วัดในกลุ่มผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (SADQ) และในกลุ่มประชาชนทั่วไป (SADQ-C) โดย

ข้อความในแบบวัดที่ใช้กับกลุ่มประชาชนทั่วไปมีความแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาล 4 ประเด็น คือ (1) ข้อความนำเปลี่ยนจากการถามช่วงเวลาของการดื่มหนักใน 6 เดือนที่ผ่านมา เป็น “ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา” (2) คำตอบที่ให้ค่าคะแนนเท่ากับศูนย์ (0) ให้เพิ่มความจากคำว่า “แทบจะไม่มี” เป็น “ไม่เคยมีหรือแทบจะไม่มี” (3) ข้อความนำใน 12 ข้อแรกคือ “ในวันหลังการดื่มหนัก...” เปลี่ยนเป็น “ในวันหลังการดื่มแอลกอฮอล์...” และ (4) ข้อ 17-20 เปลี่ยนข้อความนำจาก “หากคุณไม่ดื่มเลยตลอดช่วง 2-3 สัปดาห์” เป็น “หากคุณแทบจะไม่ดื่มแอลกอฮอล์ตลอดช่วง 2-3 สัปดาห์.....”⁽⁵⁾ แบบวัดความรุนแรงของการติดสุราสำหรับใช้ในประชาชนทั่วไปไม่เน้นการดื่มหนักในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา แต่เป็นการประเมินการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ในประชาชนทั่วไปที่ดื่มสุราเฉลี่ยตั้งแต่ 1 ดื่มขึ้นไปต่อวัน เกณฑ์การให้คะแนนมี 4 ระดับคือ 0, 1, 2, และ 3 ตามลำดับ

แบบวัดความรุนแรงของการติดสุราสำหรับใช้ในประชาชนทั่วไปมีประโยชน์ในด้านการใช้เป็นเครื่องมือค้นหาผู้ที่ติดสุราระดับเล็กน้อยและระดับปานกลาง เพื่อการช่วยเหลือป้องกันไม่ให้เป็นผู้ติดสุราระดับรุนแรง และสามารถใช้ค้นหาผู้ติดสุราระดับรุนแรงเพื่อให้การสนับสนุนส่งเสริมเข้ารับการรักษาอย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นการใช้ระดับความรุนแรงของการติดสุราในการวางแผนป้องกันปัญหาสุขภาพระดับทุติยภูมิ

จากผลการสำรวจระดับชาติในกลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี (พ.ศ. 2551) พบคนไทยมีความชุกของความผิดปกติพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol use disorders) ร้อยละ 10.9 (95% CI: 10.1-11.7) ในจำนวนนี้จัดเป็นกลุ่ม alcohol dependence ร้อยละ 6.6 (95% CI: 6.0-7.2) และกลุ่ม alcohol abuse ร้อยละ 4.2 (95% CI: 3.8-4.8)⁽⁹⁾ การที่ประชาชนทั่วไปมีภาวะติดสุราดังกล่าวสะท้อนถึงความต้องการเครื่องมือวัดระดับความรุนแรงของการติดสุราเพื่อสามารถจำแนกระดับของการติดสุราได้ และให้การวางแผนช่วยเหลืออย่างเหมาะสมกับระดับความ

รุนแรงของการติดสุรา การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หาโครงสร้างของแบบวัดความรุนแรงของการติดสุราฉบับภาษาไทยสำหรับใช้ในประชาชนทั่วไป และเพื่อทดสอบความตรงและความเที่ยงของแบบวัดความรุนแรงของการติดสุราสำหรับประชาชนทั่วไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ดำเนินการ 3 ระยะ

1. ระยะการแปลเครื่องมือจากต้นฉบับ การแปลย้อนกลับ และการตรวจสอบความถูกต้องโดยเจ้าของเครื่องมือ

หลังจากผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือให้แปลแบบวัดความรุนแรงของการติดสุรา (Severity of Alcohol Dependence Questionnaire [SADQ]) จำนวน 20 ข้อเป็นภาษาไทยแล้ว ได้ดำเนินการแปลแบบวัดความรุนแรงของการติดสุราฉบับภาษาไทย ตามขั้นตอนการแปลเครื่องมือข้ามวัฒนธรรม⁽¹⁰⁻¹²⁾ ประกอบด้วย

- 1) แปลข้อคำถามในแบบวัดความรุนแรงของการติดสุราต้นฉบับของ Stockwell และคณะให้เป็นภาษาไทย พร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้องของความหมายและความเหมาะสมของภาษา
- 2) แปลย้อนกลับจากภาษาไทยมาเป็นภาษาอังกฤษโดยผู้เชี่ยวชาญการใช้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ที่ไม่เคยเห็นแบบวัดความรุนแรงของการติดสุราชุดต้นฉบับมาก่อน จำนวน 2 คน
- 3) เปรียบเทียบแบบวัดชุดที่แปลย้อนกลับกับชุดต้นฉบับเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของภาษา
- 4) ส่งแบบวัดชุดแปลย้อนกลับเป็นภาษาอังกฤษให้เจ้าของเครื่องมือพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องของความหมาย
- 5) ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของเจ้าของเครื่องมือ รวมทั้งตรวจสอบความเหมาะสมด้านภาษา และความเข้าใจง่ายของข้อคำถาม

หมายเหตุ: ระยะนี้ดำเนินการพร้อมกับการทดสอบในกลุ่มผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2. ระยะการประเมินความเข้าใจในความหมายและความเหมาะสมของภาษา

นำแบบวัดไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนทั่วไป 4 คน เพื่อประเมินความเข้าใจในความหมาย ความเหมาะสมของภาษา และมีการอภิปรายร่วมกันเพื่อยืนยันความเข้าใจ ความหมายของข้อคำถามทุกข้อตรงตามสิ่งที่ต้องการวัด

3. ระยะการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของแบบวัด

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

1.1) ผู้วิจัยส่งแบบวัดความรุนแรงของการติดสุราทั้งชุดภาษาไทย และชุดต้นฉบับให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุรา จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 1 ท่าน จิตแพทย์ประจำโรงพยาบาลสวนปรุง 1 ท่าน และแพทย์ประจำศูนย์บำบัดรักษาเสพติตเชียงใหม่ 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบข้อคำถามเปรียบเทียบกับชุดต้นฉบับ และแนวคิดที่ใช้สร้างข้อคำถาม พิจารณาตัดสินความตรงของข้อคำถาม โดยเลือกจากตัวเลือก 4 ระดับ คือ เกี่ยวข้องมากเกินไปหรือเกี่ยวข้องแต่ต้องปรับแก้ เกี่ยวข้องเล็กน้อยหรือไม่สามารถประเมินได้ ถ้าไม่ปรับแก้และไม่เกี่ยวข้อง จากนั้นนำคะแนนที่ได้มาคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาและปรับแก้ข้อความให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

หมายเหตุ: ระยะนี้ดำเนินการพร้อมกับการทดสอบในกลุ่มผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

1.2) ทดลองใช้แบบวัดกับประชาชนทั่วไป จำนวน 6 คน

1.3) ปรับปรุงแบบวัดตามข้อมูลที่ได้จากการทดลองใช้ เพื่อให้แบบวัดมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

2) การตรวจสอบคุณภาพของข้อคำถาม เพื่อวิเคราะห์หาความเป็นมิติเดียวกันของข้อคำถามโดยการ

2.1) หาอำนาจในการจำแนกของข้อคำถาม (item discrimination power) โดยใช้เทคนิค 25% แบ่งกลุ่มผู้มีคะแนนสูง (≥ 16) และกลุ่มผู้มีคะแนนต่ำ (1-15)

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

2.3) หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของแต่ละองค์ประกอบ และระหว่างคะแนนของแต่ละองค์ประกอบกับคะแนนรวมทั้งฉบับ

3) ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) โดย 2 วิธีคือ

3.1) การใช้กลุ่มต่าง (contrast group approach) คือกลุ่มติดสุราระดับเล็กน้อย (คะแนน ≤ 15) และกลุ่มติดสุราระดับรุนแรง (คะแนน ≥ 31) กลุ่มละ 20 คน

3.2) การวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis)

ใช้วิธีหมุนแกนแบบวาริแม็กซ์ (varimax rotation)

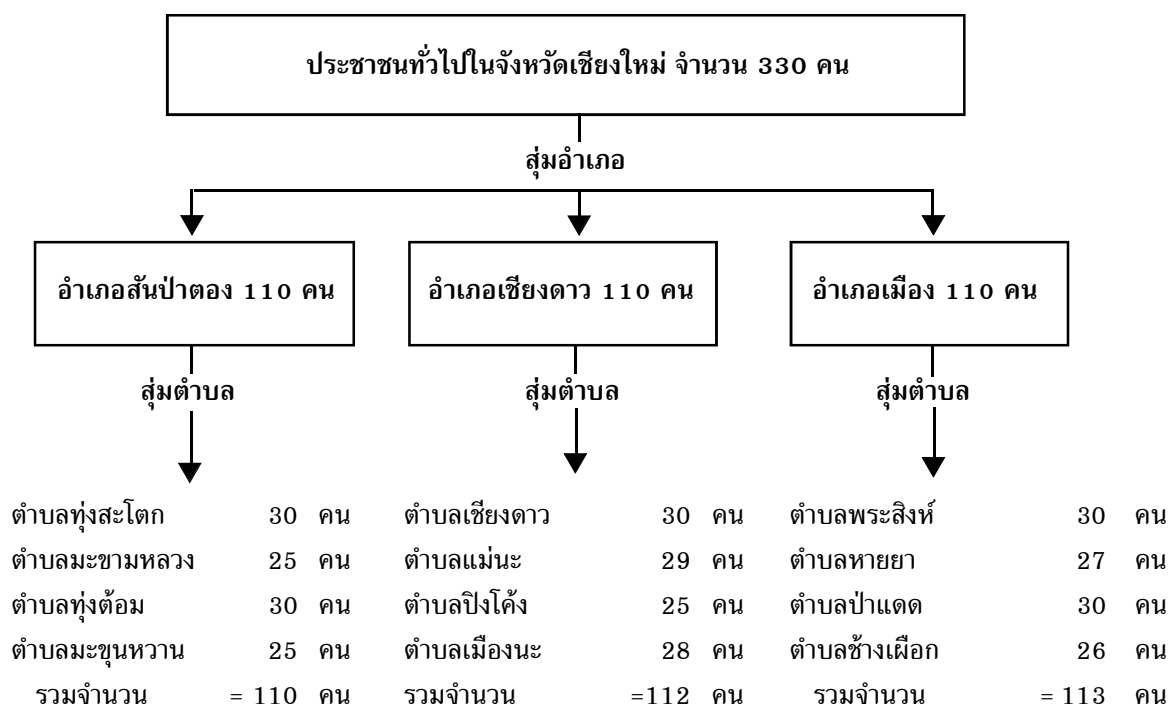
4) ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการหาค่าความสอดคล้องภายใน (Chronbach's alpha coefficient)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการทดสอบภาคสนามคือ ประชาชนในอำเภอสันป่าตอง อำเภอเชียงดาว และอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยการกำหนดคุณสมบัติคือ อายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และสมัครใจตอบแบบวัด จำนวน 330 คน ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) รวมทั้งเพื่อให้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ในระดับดีมาก จึงใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 10 คนต่อ 1 ข้อคำถาม⁽¹³⁾ โดยสุ่มตัวอย่างได้อำเภอละ 4 ตำบล ตำบลละ 25-30 คน รายละเอียดแสดงในแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 แสดงกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดสอบภาคสนาม



ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์จำนวน 332 ชุด Intended sample = 330 คน Actual sample = 332 คน
จำนวนตัวอย่างที่ใช้วิเคราะห์ความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ = 278 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบวัดความรุนแรงของการติดสุราสำหรับใช้สอบถามประชาชนทั่วไป เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยแปลมาตามขั้นตอนของการแปลเครื่องมือข้ามวัฒนธรรม⁽¹⁰⁻¹²⁾ มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ มีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลในชุมชนในจำนวนที่ใกล้เคียงกับการศึกษาของต้นฉบับภาษาอังกฤษ (330 คน) ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์จำนวน 332 ชุด และมีจำนวน 54 ชุด ที่มีคะแนนรวมเท่ากับ 0 (หมายถึงไม่ดื่มสุรา) ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจำนวน 278 ชุด (ผู้ที่ดื่มสุราเฉลี่ย ≥ 1 ต้ม/วัน) เพื่อให้การตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือมีความถูกต้องมากที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลและประมวลผลข้อมูล ดังนี้

1) การวิเคราะห์หาความเป็นมิติเดียวกันของข้อคำถาม ใช้วิธีหาค่าเฉลี่ย และใช้สถิติ independent t-test

2) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของแต่ละองค์ประกอบ และความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของแต่ละองค์ประกอบกับคะแนนรวมทั้งฉบับ ใช้สถิติ Pearson correlation

3) การวิเคราะห์ความตรงของเครื่องมือ ใช้การคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) การหาความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) โดยใช้สถิติ independent t-test และวิธีการวิเคราะห์ตัวประกอบหลัก (principle component analysis) โดยหมุนแกนแบบวาริแม็กซ์ (varimax rotation)

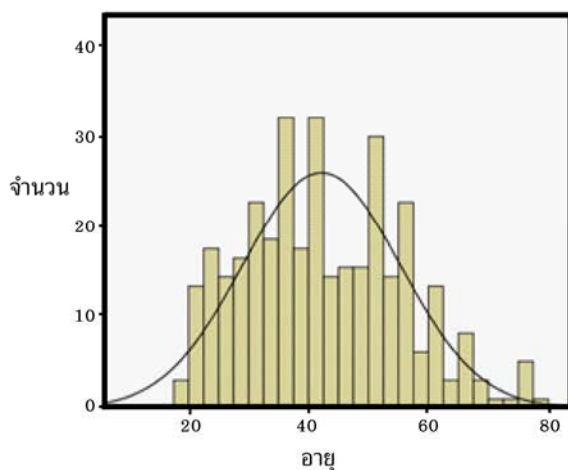
4) การวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ใช้วิธีหาค่าความสอดคล้องภายในโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

ผลการศึกษา

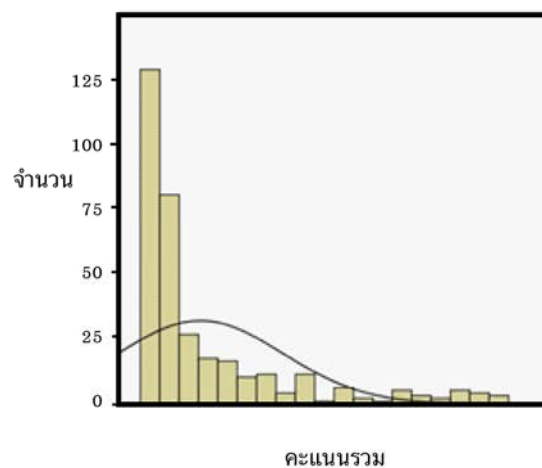
1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประชาชนทั่วไป จำนวน 332 คน มีอายุระหว่าง 18-79 ปี อายุเฉลี่ย 42.15 ± 13.15 ปี (ภาพที่ 1) เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (234 คน หรือร้อยละ 70.5 เทียบกับ 98 คน หรือร้อยละ 29.5) ส่วนใหญ่มีคะแนนจากแบบวัดความรุนแรงของการติดสุรา ≤ 15 (280 คน) ในจำนวนนี้มี 0 คะแนนจำนวน 54 คน ส่วนผู้ที่มีคะแนน 16-30 และ ≥ 31 คะแนนมีจำนวน 29 คน และ 23 คน ตามลำดับ (ภาพที่ 2) ซึ่งแสดงถึงประชาชนในชุมชนติดสุราระดับปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 15.6 (52 คน) แบ่งเป็นเพศชาย 47 คน และเพศหญิง 5 คน

ภาพที่ 1 การกระจายของอายุของกลุ่มตัวอย่างประชาชนทั่วไป (N = 332)



ภาพที่ 2 การกระจายของคะแนนรวม SADQ-C ประชาชนทั่วไป (N = 332)



2. ความตรงและความเที่ยงของแบบวัดความรุนแรงของการติดสุรา

2.1 ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity)

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาหลังจากปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยคำนวณจากคะแนนที่ลงความเห็นว่าเป็น “เกี่ยวข้องมาก” ของรายข้อ (item-level CVI [I-CVI]) มีค่าเท่ากับ 1.00 และของภาพรวมของเครื่องมือทั้งหมด (scale-level CVI [S-CVI]) มีค่าเท่ากับ 1.00

2.2 ความเป็นมิติเดียวกันของข้อคำถาม (the same dimension of the question) ผลการวิเคราะห์หาอำนาจในการจำแนกของข้อคำถามโดยใช้เทคนิค 25% แบ่งกลุ่มประชาชนที่มีคะแนนสูงและที่มีคะแนนต่ำกลุ่มละ

52 คน ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าที่พบ ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

การหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ ได้ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตั้งแต่ 0.4 ขึ้นไป ($r \geq 0.4$) โดยพิจารณาค่า Chronbach's alpha เมื่อลบข้อคำถามนั้นออก (ตารางที่ 1) คะแนนของแต่ละองค์ประกอบมีความสัมพันธ์กันในทิศทางบวก และความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของแต่ละองค์ประกอบกับคะแนนของแบบวัดทั้งฉบับมีความสัมพันธ์กันในทิศทางบวก แต่คะแนนขององค์ประกอบที่ 1 และคะแนนของแบบวัดทั้งฉบับมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ($r = 0.15$) ส่วนคะแนนขององค์ประกอบที่ 2 และ 3 กับ

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ของคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item-Total Statistics)

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
item 1	17.9424	462.011	0.707	0.755
item 2	18.0719	456.666	0.864	0.751
item 3	18.1835	457.262	0.804	0.752
item 4	18.2266	466.364	0.738	0.757
item 5	17.8453	471.633	0.406	0.761
item 6	18.4137	476.034	0.485	0.763
item 7	18.3669	473.475	0.560	0.761
item 8	18.4353	474.600	0.636	0.762
item 9	18.0935	453.623	0.830	0.750
item 10	18.1978	457.784	0.809	0.752
item 11	18.2122	455.287	0.888	0.751
item 12	18.2086	456.649	0.851	0.751
item 13	17.5647	471.424	0.399	0.761
item 14	17.8201	462.040	0.674	0.755
item 15	18.2014	461.750	0.762	0.755
item 16	18.3525	465.565	0.751	0.757
item 17	18.0791	456.210	0.836	0.751
item 18	18.1079	451.324	0.907	0.748
item 19	18.2050	454.590	0.903	0.750
item 20	18.1331	450.665	0.895	0.748
Sum score	9.3525	122.540	0.999	0.959

คะแนนของแบบวัดทั้งฉบับมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ($r = 0.69$ และ $r = 0.63$ ตามลำดับ $p < 0.01$) (ตารางที่ 2)

2.3 ความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) โดยการใช้กลุ่มต่าง (contrast group approach) เพื่อวิเคราะห์ข้อคำถามทั้ง 20 ข้อ ระหว่างกลุ่มติดยาระดับเล็กน้อย (20 คน) และกลุ่มติดยาระดับรุนแรง (20 คน) พบว่า ข้อคำถามทุกข้อมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$)

การวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) เริ่มจากการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้การวิเคราะห์ปัจจัย พบว่าค่า Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) เท่ากับ 0.94 ซึ่งเข้าใกล้ 1 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ซ้ำกันเพียงพอที่จะใช้วิเคราะห์ และ Bartlett's test of sphericity มีค่า p-value ของ Chi-square = 0.000 แสดงว่าข้อคำถามแต่ละข้อมีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง⁽¹³⁾ จากนั้นทำการวิเคราะห์องค์ประกอบโดยวิธีการสกัดองค์ประกอบแบบ principle components analysis ด้วยวิธีการหมุนแกนแบบวาริแม็กซ์ (varimax rotation) เพื่อให้ข้อคำถามบางข้อที่เดิมอยู่ในหลายองค์ประกอบให้อยู่ในองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งอย่างเด่นชัด ทำให้มีจำนวนตัวแปรน้อยที่สุด และมีค่าน้ำหนักของปัจจัย (factor loading) มากในแต่ละองค์ประกอบ⁽¹³⁾

เกณฑ์การเลือกองค์ประกอบ ได้แก่ (1) องค์ประกอบที่มีค่าไอเกน (eigen value) มากกว่า 1 ซึ่งบ่งบอกถึงความสามารถขององค์ประกอบว่าอธิบายความแปรปรวนของกลุ่มตัวแปรได้มาก (2) กราฟ

สกรีนพลอต (scree plot) มีจุดหักมุมที่องค์ประกอบใด (3) แยกข้อคำถามที่อยู่ในหลายองค์ประกอบ โดยพิจารณาจากค่า factor loading (มีค่า ≥ 0.3) ของแต่ละข้อคำถามว่ามีค่ามากที่สุดอยู่ที่องค์ประกอบใดก็จัดให้อยู่ในองค์ประกอบนั้น⁽¹³⁾ พบว่า ข้อมูลจากประชาชนทั่วไปมี 3 องค์ประกอบที่มีค่าไอเกนมากกว่า 1 โดยมีค่าร้อยละของความแปรปรวนที่สามารถอธิบายได้ 71.74 (ตารางที่ 3)

2.4 ความเชื่อมั่นของแบบวัด (instrument reliability) พบว่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบวัดความรุนแรงของการติดยาทั้งฉบับ มีค่าเท่ากับ 0.96 (20 ข้อ $N = 278$)

วิจารณ์

แบบวัดความรุนแรงของการติดยาสำหรับประชาชนทั่วไปมีจำนวน 20 ข้อคำถาม มีความตรงเชิงเนื้อหาของรายข้อ (I-CVI) เท่ากับ 1 แสดงถึงข้อคำถามทุกข้อสามารถวัดความรุนแรงของการติดยาได้จริง และผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 คน มีความเห็นตรงกัน ถือว่าข้อคำถามนั้นมีความตรงที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05⁽¹⁴⁾ เมื่อใช้กับประชาชนทั่วไปจำนวน 278 คน พบว่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบวัดมีค่าเท่ากับ 0.96 สะท้อนว่าแบบวัดนี้มีความสอดคล้องภายในสูง⁽¹⁵⁾ สอดคล้องกับผลการศึกษาในประชาชนทั่วไป ประเทศออสเตรเลียจำนวน 330 คน ของต้นฉบับภาษาอังกฤษที่มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบวัดเท่ากับ 0.86⁽⁵⁾ แบบวัดนี้จึงสามารถเชื่อถือได้เมื่อนำมาใช้วัดระดับ

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของแต่ละองค์ประกอบและความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของแต่ละองค์ประกอบกับคะแนนรวมของแบบวัด ($N = 278$)

Component	SADQ-C	PHYS+NEED+POSTAB	AFF	ALC
SADQ-C	1.00	0.15	0.69**	0.63**
PHYS+NEED+POSTAB		1.00	0.11	0.14
AFF			1.00	0.34**
ALC				1.00

** $p < 0.01$

ตารางที่ 3 การสกัดองค์ประกอบของแบบวัดความรุนแรงของการติดสุราด้วยวิธีการหมุนแกนแบบวาริแม็กซ์ (N=278)

องค์ประกอบของ SADQ-C ประเมินโดยประชาชนทั่วไป	น้ำหนักตัวประกอบ (Factor loading)
องค์ประกอบที่ 1: Physical withdrawal symptoms with symptoms-relief and reinstatement of these symptoms after a period of abstinence	
1. ในวันหลังการดื่มแอลกอฮอล์ ฉันดื่มในตอนเช้าเพื่อให้หายตัวสั้น	0.91
2. ในวันหลังการดื่มแอลกอฮอล์ ฉันรู้สึกอยากดื่มอย่างมากหลังตื่นนอน	0.88
3. ในวันหลังการดื่มแอลกอฮอล์ ฉันมักต้องดื่มทันทีในตอนเช้าให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้	0.87
4. ในวันหลังการดื่มแอลกอฮอล์ ฉันชอบที่จะดื่มในตอนเช้า	0.86
5. ในวันหลังการดื่มแอลกอฮอล์ ฉันมีอาการมือสั่นหลังตื่นนอนตอนเช้า	0.82
6. ในวันหลังการดื่มแอลกอฮอล์ ฉันสิ้นใจทั้งตัวหลังตื่นนอนตอนเช้าถ้าฉันไม่ได้ดื่มแอลกอฮอล์	0.76
7. ในวันหลังการดื่มแอลกอฮอล์ ฉันตื่นนอนแล้วรู้สึกมีเหงื่อออกมาก	0.67
8. ในวันหลังการดื่มแอลกอฮอล์ ฉันตื่นนอนโดยตัวเปียกชุ่มไปด้วยเหงื่อ	0.61
หากคุณแทบจะไม่ดื่มแอลกอฮอล์ตลอดช่วง 2-3 สัปดาห์ที่ผ่านมา แล้วคุณกลับมาดื่มหนักมากได้ 2 วัน ในตอนเช้าหลังวันดื่มหนัก	
9. ฉันเริ่มมีอาการเหงื่อออก	0.70
10. ฉันมีอาการมือสั่น	0.77
11. ฉันมีอาการตัวสั้น	0.79
12. ฉันมีอาการอยากดื่มอย่างมาก	0.80
13. ฉันดื่มเหล้า (35-40 ดีกรี) มากกว่า 1 ขวดต่อวัน หรือ - ดื่มเบียร์ขวดใหญ่ประมาณ 1 ลัง (12 ขวด) ต่อวัน หรือ - ดื่มไวน์ 4 ขวด ต่อวัน	0.70
14. ฉันดื่มเหล้า (35-40 ดีกรี) มากกว่า 2 ขวดต่อวัน หรือ - ดื่มเบียร์ขวดใหญ่ ประมาณ 2 ลัง (24 ขวด) ต่อวัน หรือ - ดื่มไวน์ 8 ขวด ต่อวัน	0.63
องค์ประกอบที่ 2: Affective withdrawal	
15. ในวันหลังการดื่มแอลกอฮอล์ ฉันตื่นนอนแล้วรู้สึกกลัวที่จะพบกับผู้คน	0.80
16. ในวันหลังการดื่มแอลกอฮอล์ ฉันรู้สึกเหมือนสิ้นหวังเมื่อตื่นนอน	0.74
17. ในวันหลังการดื่มแอลกอฮอล์ ฉันรู้สึกตกใจกลัวอย่างมากเมื่อตื่นนอน	0.63
18. ในวันหลังการดื่มแอลกอฮอล์ ฉันตื่นนอนตอนเช้าด้วยความรู้สึกที่แย่มาก ๆ	0.62
องค์ประกอบที่ 3: Typical daily consumption	
19. ฉันดื่มเหล้า (35-40 ดีกรี) มากกว่าหนึ่งในสี่ขวดต่อวัน (หรือครึ่งแบนต่อวัน) หรือ - ดื่มเบียร์ประมาณ 7 กระป๋อง ต่อวัน หรือ - ดื่มเบียร์ 3 ขวดใหญ่ (660 cc) ต่อวัน หรือ - ดื่มเบียร์ 6 ขวดเล็ก (330 cc) ต่อวัน หรือ - ดื่มไวน์ 1 ขวด ต่อวัน	0.91
20. ฉันดื่มเหล้า (35-40 ดีกรี) มากกว่าครึ่งขวดต่อวัน (หรือ 1 แบน ต่อวัน) หรือ - ดื่มเบียร์ 6 ขวดใหญ่ ต่อวัน หรือ - ดื่มเบียร์ 12 ขวดเล็ก ต่อวัน หรือ - ดื่มเบียร์ 15 กระป๋อง ต่อวัน หรือ - ดื่มไวน์ 2 ขวด ต่อวัน	0.73
% of variance for three components =	71.74

ความรุนแรงของการติดสุราในประชาชนทั่วไป

ส่วนผลการวิเคราะห์ คุณภาพของข้อคำถาม และความตรงเชิงโครงสร้างที่วิเคราะห์จากการใช้กลุ่มต่าง ได้แสดงให้เห็นว่าแบบวัดความรุนแรงของการติดสุรามีอำนาจในการจำแนกกลุ่มติดสุราระดับเล็กน้อย ออกจากกลุ่มติดสุราระดับรุนแรงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อคำถามทุกข้อมีความเหมาะสมที่จะวัดระดับความรุนแรงของการติดสุรา คะแนนรวมที่ได้จึงมาจากคะแนนของแต่ละองค์ประกอบที่มีความเกี่ยวข้องกันในมิติของแนวคิดกลุ่มอาการติดสุรา

ความตรงเชิงโครงสร้างที่วิเคราะห์จากการวิเคราะห์องค์ประกอบพบอยู่ในเกณฑ์ดี กล่าวคือ แบบวัดความรุนแรงของการติดสุราที่ใช้วัดประชาชนทั่วไปมี 3 องค์ประกอบ องค์ประกอบที่ 1 เป็นองค์ประกอบหลักที่ครอบคลุมประเด็นอาการด้านร่างกายของภาวะขาดสุรา ความต้องการดื่มสุราเพื่อลดอาการขาดสุรา และการมีอาการขาดสุรากลับนั่นเร็วหลังจากหยุดดื่ม (% of variance = 44.6) องค์ประกอบที่ 2 เป็นอาการด้านอารมณ์ของภาวะขาดสุรา (% of variance = 16.4) และองค์ประกอบที่ 3 เป็นปริมาณการดื่มสุราในแต่ละวัน (% of variance = 10.7) คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Stockwell และคณะที่พบว่าแบบวัด SADQ-C มี 3 องค์ประกอบ⁽⁵⁾ แต่ลักษณะของแต่ละองค์ประกอบของแบบวัดต้นฉบับมีความแตกต่างจากการทดสอบในบริบทสังคมไทย โดยองค์ประกอบที่ 1 ของแบบวัดต้นฉบับมีข้อคำถามส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการขาดสุรากลับนั่นเร็วหลังจากหยุดดื่ม (% of variance = 50.8) องค์ประกอบที่ 2 เป็นกลุ่มอาการขาดสุรากลับนั่นเร็วหลังจากหยุดดื่ม (% of variance = 21.0) องค์ประกอบที่ 3 เป็นอาการด้านร่างกายและอาการด้านอารมณ์ของภาวะขาดสุรา (% of variance = 8.2) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มอาการขาดสุรากลับนั่นเร็วหลังจากหยุดดื่มพบได้มากในประชาชนทั่วไปของประเทศออสเตรเลีย แต่อาการด้านร่างกายของภาวะขาดสุรา ความต้องการดื่มสุราเพื่อลดอาการขาด สุรา และการมีอาการขาดสุรากลับนั่นเร็วหลังจากหยุดดื่ม เป็นกลุ่มอาการที่พบได้

มากในประชาชนทั่วไปของประเทศไทย เมื่อพิจารณาในภาพรวมของผลการศึกษานี้ จะเห็นได้ว่า ประชาชนไทยทั่วไปที่ส่วนใหญ่ติดสุราระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 81.3) สามารถพบมีอาการด้านร่างกายของภาวะขาดสุรา มีความต้องการดื่มสุราเพื่อลดอาการขาดสุราและมีอาการขาดสุรากลับนั่นเร็วหลังจากหยุดดื่ม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของข้อบ่งชี้กลุ่มอาการติดสุรา เมื่อผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบมีองค์ประกอบที่ 2 และที่ 3 รวมด้วย (% of variance for three components = 71.74) จึงสามารถสรุปได้ว่า แบบวัดความรุนแรงของการติดสุราในประชาชนทั่วไปมีองค์ประกอบที่สอดคล้องตามแนวคิด alcohol dependence syndrome ที่ใช้สร้างข้อคำถามของแบบวัดต้นฉบับ แสดงให้เห็นว่าแบบวัดนี้สามารถวัดคุณลักษณะที่ต้องการวัดได้

อาการด้านร่างกายของภาวะขาดสุราเป็นองค์ประกอบที่สะท้อนถึงระดับแอลกอฮอล์ในร่างกายของผู้ติดสุราจะลดต่ำลงไม่ได้ เพราะจะเกิดอาการมือสั่น ตัวสั่น อาเจียน เหงื่อออก และอาการอื่นๆ จนถึงระดับรุนแรงคือเพ้อสับสน^(1,6,16) เนื่องจากสารสื่อประสาทในสมองโดยเฉพาะ GABA และ N-methyl-D-aspartate (NMDA) ที่ได้สัมผัสกับแอลกอฮอล์เป็นเวลานาน มีการปรับตัวในการทำงาน ทำให้นำไปสู่การเพิ่มปริมาณการดื่มสุราในแต่ละวัน ผู้ติดสุราจะดื่มสุราในปริมาณมากขึ้นเพื่อให้ได้ฤทธิ์ที่ต้องการ^(1,6) หากหยุดดื่มหรือลดการดื่มลงสารสื่อประสาทเหล่านี้จะทำงานในทางกลับกัน การส่งผ่าน GABA จึงลดลง ทำให้การควบคุมระบบการทำงานของสารสื่อประสาทโดปามีนผิดปกติ จึงเกิดอาการของการขาดสุรา^(1,16) ได้แก่ มีอาการด้านร่างกายมีอาการด้านอารมณ์ ต้องการดื่มสุราเพื่อลดอาการขาดสุราดังกล่าว เพิ่มปริมาณการดื่มมากขึ้นและมีอาการขาดสุรากลับนั่นเร็วหลังจากหยุดดื่ม ดังนั้นระดับความรุนแรงของการติดสุราจึงสามารถประเมินได้จาก 5 องค์ประกอบดังกล่าว โดยพบว่าอาการด้านอารมณ์ของภาวะขาดสุราและปริมาณการดื่มสุราในแต่ละวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรุนแรงของการติดสุราในระดับปานกลาง ($r = 0.69$ และ 0.63 ตามลำดับ

p<0.01) หมายถึง ยิ่งติดสุรามาก จะยิ่งมีอาการมึน
 ความรู้สึกในทางลบและดื่มสุราในปริมาณมากขึ้น

โดยสรุปผลการศึกษานี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของ
 Stockwell และคณะ⁽⁵⁾ ที่วิเคราะห์องค์ประกอบของ
 แบบวัดได้ 3 องค์ประกอบ แต่แตกต่างกันในการจัดกลุ่ม
 ขององค์ประกอบ แบบวัด SADQ-C ใช้วัดระดับความ
 รุนแรงของการติดสุราสำหรับประชาชนทั่วไปที่มีข้อ
 คำถามสั้นแต่ครอบคลุมองค์ประกอบที่ต้องการวัด ดังนั้น
 แบบวัดความรุนแรงของการติดสุราสำหรับประชาชน
 ทั่วไปที่ได้จากการศึกษานี้จึงสามารถใช้เป็นเครื่องมือ
 จำแนกระดับการติดสุราของประชาชนทั่วไปได้

ข้อเสนอแนะ

ควรนำแบบวัดความรุนแรงของการติดสุราไปใช้
 ประเมินระดับการติดสุราของประชาชนในชุมชน
 และควรทดสอบคุณภาพของแบบวัดเพิ่มเติม เช่น
 การเปรียบเทียบกับแบบวัดอื่นที่ใช้แนวคิดการสร้าง
 แบบวัดคล้ายคลึงกัน (convergent validity)

เอกสารอ้างอิง

1. National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence [Internet]. 2011 Feb [cited 2013 Mar 15]; Available from: <http://www.nice.org.uk>
2. Jethwa H. Social and psychological aspects of alcohol misuse and dependence. *Drugs and Alcohol Today* 2009;9:29-35.
3. Swift R. Emerging approaches to managing alcohol dependence. *AM J Health-Syst Pharm* 2007;64:S12-S22.
4. Stockwell T, Murphy D, Hodgson R. The severity of alcohol dependence questionnaire: Its use, reliability and validity. *Br J Addiction* 1983;78:145-55.
5. Stockwell T, Sitharthan T, McGrath D, Lang E. The measurement of alcohol dependence and impaired control in community samples. *Addiction* 1994;89:167-74.
6. Edwards G, Gross MM. Alcohol dependence: Provisional description of a clinical syndrome. *BMJ* 1976; 1:1058-61.
7. Stockwell T, Hodgson R, Edwards G, Taylor C, Rankin H. The development of a questionnaire to measure severity of alcohol dependence. *Br J Addiction* 1979; 74:79-87.
8. สุนทร ศรีโกสย, ดาราวรรณ ตะปินตา, พันธุ์ภา กิตติ-รัตนไพบูลย์, นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล. การพัฒนาและทดสอบคุณภาพของแบบวัดความรุนแรงของการติดสุรา. *วารสารสภาการพยาบาล* 2555;27:69-83.
9. บุญศิริ จันศิริมงคล, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, มธุริน คำวงศ์ปิ่น, วรวรรณ จุฑา, ธณินทร์ กองสุข, จินตนา ลี้จิ่งเพิ่มพูน. ความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา และโรคจิตเวชร่วมในคนไทย: การสำรวจระดับชาติ 2551. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2554;19:88-102.
10. นันทกา สวัสดิพานิช, สุจิตรา เทียนสวัสดิ์. การแปลเครื่องมือเพื่อใช้ในงานวิจัยข้ามวัฒนธรรม: เทคนิคและประเด็นที่ต้องพิจารณา. *วารสารสภาการพยาบาล* 2554;26:19-28.
11. Dunckley M, Hughes R, Addington-Hall JM, Higginson IJ. Translating clinical tools in nursing practice. *JAN* 2003;44:420-26.
12. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principle of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Culture Adaptation. *Value in Health* 2005; 8:94-104.
13. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. *Multivariate data analysis*. 6th ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall; 2006.
14. สุจิตรา เทียนสวัสดิ์. ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา: ข้อวิพากษ์และข้อเสนอแนะวิธีการคำนวณ. *พยาบาลสาร* 2550;34:1-9.
15. Burns N, Grove SK. *The practice of nursing research: conduct, critique, & utilization*. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2001.
16. McKeon A, Frye MA, Delanty N. The alcohol withdrawal syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2008;79:854-62.

Abstract: Validity and Reliability of the Thai Version of the Questionnaire for Measuring the Severity of Alcohol Dependence among General Population

Soontaree Srikosai Ph.D. (Nursing)*; Kittiwat Thiamkeaw M.D., Dipl Board in Psychiatry*; Phunnapa Kittirattanapaiboon M.D., Dipl Board in Psychiatry; Nawanant Piyavhatkul M.D., Dipl Board in Psychiatry*****

Suan Prung Psychiatric Hospital, Chiang Mai **Department of Mental Health, Ministry of Public Health; *Khon Kaen University*

Journal of Health Science 2014;23:1087-97.

The objective of this study was to test the validity and reliability of a questionnaire developed to measure the severity of alcohol dependency in community samples of drinkers (SADQ-C). It was conducted in three phases: phase 1 was the translation, blind back-translation and the scale confirmation; phase 2 - determination of clarity and readability of the scale; and phase 3 - evaluation of psychometric properties of the scale which was reviewed for content validity, and field tested with 332 people randomly recruited from 3 districts in Chiang Mai Province. It was found that the values of content validity index of item-level and the overall score level were 1.00 and 1.00, respectively. The psychometric property of the questionnaire was evaluated by people in community, and the findings indicated that there were 20 items which were correlated with the overall score ($r \geq 0.4$). These 20 items had good power to discriminate mild and severe alcohol dependence ($p < 0.01$). Exploratory factor analysis revealed that the percentage of variance for the questionnaire was 71.74; and the reliability coefficient alpha was 0.96. The authors concluded that the alcohol dependence severity questionnaire has high validity and high reliability; and could be used as a tool to assess the severity of alcohol dependence among people in community.

Key words: validity; reliability; scale; severity; alcohol dependence