



# การศึกษาความเที่ยงและความตรงของแบบสอบถาม Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) screener V1.1 ฉบับภาษาไทย

## Reliability and Validity Study of Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener v1.1 Thai Version

สนทรรศ บุษราทิจ\*, วัลลภ อัจสิริยะสิงห์\*, กมลพร วรรณฤทธิ์\*, ปณิต ผู้กฤตยาคามิ\*, ทิฆัมพร หอสิริ\*, ณัฐวสา วิวัฒน์วารมณ\*\*  
ชาญวิทย์ พรนภดล\*

Sontuss Bussaratid\*, Wanlop Atsariyasing\*, Kamolporn Wannarit\*,  
Panate Pukrittayakami\*, Tikumporn Hosiri\*, Natwasa Wiwatwararom\*\*,  
Chanvit Pornnoppadol\*

\* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ถนนวังหลัง กรุงเทพฯ 10700

\*\* ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ถนนวังหลัง กรุงเทพฯ 10700

\* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University Wanglang Bangkoknoi, Bangkok 10700

\*\* Department of Nurse Siriraj Hospital, Wanglang Bangkoknoi, Bangkok 10700

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาหาความเที่ยงและความตรงของแบบสอบถาม Adult ADHD Self-Report Scale screener V1.1 ฉบับภาษาไทย

**วิธีการศึกษา** ผู้วิจัยแปลแบบสอบถาม Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) screener V 1.1 เป็นภาษาไทย และแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ (back translate) แล้วนำแบบทดสอบ ASRS ฉบับภาษาไทยแจกให้กับบิดาและมารดาของเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นที่มารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลศิริราช และนักศึกษาระดับปริญญาตรีชั้นสูง (ปวส.) โดยมีผู้ตอบกลับแบบสอบถามจากกลุ่มแรก จำนวน 405 ราย และ จากกลุ่มหลัง 286 ราย จากนั้นสุ่มแบบสอบถามที่มีผลการตอบแสดงว่าเป็นโรคสมาธิสั้น และไม่เป็นโรคสมาธิสั้นกลุ่มละ 50 ราย เพื่อเชิญให้เข้าร่วมการสัมภาษณ์โดยจิตแพทย์เพื่อวินิจฉัยว่าเป็นสมาธิสั้นหรือไม่ ผู้วิจัยทดสอบความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ด้วยการหาค่า Cronbach's alpha coefficient ทดสอบค่าความแม่นยำตรงโดยการหาค่าดัชนีความแม่นยำตรงด้านเนื้อหา (content validation index-CVI) ทดสอบความแม่นยำตรงตามเกณฑ์ (criterion validity) โดยการหาค่าความไว (sensitivity) ค่าความจำเพาะ (specificity) และใช้วิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) เพื่อประเมินความแม่นยำตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity)

**ผลการศึกษา** ค่าดัชนีความแม่นยำตรงเชิงเนื้อหา (content validation index-CVI) ของแบบสอบถาม ASRS ฉบับภาษาไทย มีค่าอยู่ระหว่าง 0.83-1.00 ค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 93 ค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 71 ค่าอำนาจการทำนายเชิงบวก (positive predictive value: PPV) เท่ากับ 0.62 และค่าอำนาจการทำนายเชิงลบ (negative predictive value: NPV) เท่ากับ 0.96 มีค่า internal consistency อยู่ที่ 0.80 เมื่อวิเคราะห์องค์ประกอบพบว่าทุกข้อคำถามมีค่า loading factor มากกว่า 0.4

**สรุป** แบบสอบถาม ASRS screener V1.1 ฉบับภาษาไทย เป็นแบบสอบถามที่มีความเหมาะสมสำหรับใช้คัดกรองโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่

**คำสำคัญ:** แบบสอบถาม, โรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่, ASRS screener v1.1 Thai version

Corresponding author: สนทรรศ บุษราทิจ

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2559; 61(2): 145-154

## ABSTRACT

**Objectives :** To assess the reliability and validity of Thai ASRS screener V1.1

**Method :** To obtain a Thai version of Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener v1.1. We performed forward and backward translation of an original ASRS. Then we distribute the test to parents of ADHD children who received treatment at Psychiatric department, Siriraj hospital and vocational college students. 50 participants who scored positive and another 50 who scored negative for ADHD were randomly selected for an interview to confirm a diagnosis of Adult ADHD. We used content validation index (CVI), sensitivity, specificity and factor analysis to measure content, criterion and construct validity, respectively. We also tested internal consistency by using Cronbach's alpha.

**Results :** Thai ASRS Screener v1.1 had CVI between 0.83-100. The sensitivity was 0.93 and specificity was 0.71. Positive predictive value (PPV) and Negative predictive value (NPV) was 0.62 and 0.96 respectively. Internal consistency (IC) was 0.80. Every item had loading factor more than 0.4.

**Conclusion :** Thai version of ASRS Screener v1.1 is a good screening test for adult ADHD since it has high sensitivity and NPV

**Keywords :** ASRS screener V1.1, Thai version, adult ADHD

---

Corresponding author: Sontuss Bussaratid

J Psychiatr Assoc Thailand 2016; 61(2): 145-154

## บทนำ

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อย อัตราความชุกของโรคสมาธิสั้นอยู่ที่ร้อยละ 9 ของเด็กวัยเรียน<sup>1-3</sup> และร้อยละ 4.4 ในผู้ใหญ่<sup>4</sup> ซึ่งหมายความว่าประเทศไทยที่มีประชากรอายุระหว่าง 15-59 ปี ประมาณ 43 ล้านคน จะมีผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ประมาณ 1.9 ล้านคน ซึ่งมีอาการเด่นคือ การขาดสมาธิ (inattention) อาการอยู่ไม่สุข (hyperactivity) และการหุนหันพลันแล่น (impulsivity) ในอดีตเชื่อว่า เมื่อเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นโตขึ้นอาการต่างๆ จะหายไป แต่ในปัจจุบันความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคนี้ได้เปลี่ยนไปคือ อาการของโรคสมาธิสั้นยังคงอยู่แม้ว่าผู้ป่วยจะโตเป็นผู้ใหญ่แล้ว เช่นงานวิจัยของ Faraone<sup>5</sup> ซึ่งสำรวจผู้ป่วยอายุ 25 ปี ที่เคยได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นในวัยเด็ก พบว่า ร้อยละ 15 ของผู้ป่วยยังมีอาการครบเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น อีกร้อยละ 50 มีอาการของโรคสมาธิสั้นแต่ไม่ครบเกณฑ์การวินิจฉัย

ผู้ใหญ่ที่เป็นโรคสมาธิสั้นนั้นจะมีอาการขาดสมาธิที่แสดงออกในรูปแบบของความจำไม่ดี ไม่มีระเบียบ ไม่สามารถจัดการปัญหาหรือสื่อสารอย่างเป็นระบบ (disorganization) มีปัญหาในการบริหารเวลา ทำให้ผู้ป่วยมักมาทำงานสาย หรือ ผิดนัด มักทำงานผิดพลาดบ่อยหรือทำงานไม่เสร็จทันกำหนดเวลา ส่วนในด้านของอาการอยู่ไม่สุขและหุนหันพลันแล่น (hyperactivity and impulsivity) จะแสดงออกในรูปแบบของการขับรถเร็ว ใช้เงินเก่ง มุทะลุ นิ่งนิ่งๆ นานๆ ไม่ได้ ตัดสินใจเร็ว เช่น การเปลี่ยนงานกะทันหัน ปัญหาจากการขาดสมาธิและหุนหันพลันแล่นนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการทำงาน มีการเปลี่ยนงานบ่อย หรือ ไม่มีความก้าวหน้าในการทำงาน ทางด้านสังคมผู้ป่วยมักมีปัญหาทางด้านความสัมพันธ์กับคนรัก พบว่าผู้ป่วยสมาธิสั้นมีอัตราการหย่าร้างที่สูง มีความตึงเครียด ทะเลาะภายในครอบครัว ค่อนข้างบ่อย<sup>6-8</sup>

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่พบได้บ่อยและมีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยค่อนข้างมาก แต่ปรากฏว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา<sup>6</sup> ปัญหานี้อาจเกิดจากการที่จิตแพทย์มีความรู้ความเข้าใจค่อนข้างจำกัดเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ หรือปัญหาเกี่ยวกับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ของ diagnostic and statistical manual of mental disorder, fifth edition (DSM-5)<sup>9</sup> คือเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่เน้นใช้เกณฑ์เดียวกันกับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นในเด็ก ซึ่งเกณฑ์วินิจฉัยที่ถูกพัฒนามาเพื่อวินิจฉัยโรคในเด็กโดยเฉพาะ<sup>6</sup> ทำให้เกณฑ์การวินิจฉัยหลายหัวข้อ มีปัญหาเมื่อนำมาใช้ในผู้ใหญ่ เช่น การที่ต้องมีอาการแสดงก่อนอายุ 7 ขวบ นั้น หลายๆ ครั้งผู้ป่วยอาจจำไม่ได้ว่าเริ่มมีอาการตั้งแต่อายุเท่าไร หรือเกณฑ์การวินิจฉัยบางหัวข้อที่ไม่เหมาะสมสำหรับผู้ใหญ่ เช่น อาการ ยุ่งยากในการวินิจฉัยผู้เชี่ยวชาญหลายท่านได้พยายามสร้างแบบสอบถามเพื่อนำมาช่วยการวินิจฉัยโรคนี้ เช่น แบบสอบถาม Adult ADHD Self-Reporting Scale (ASRS) v1.1, Wender-Uthman Rating Scale (WURS), Conners's Adult ADHD Rating Scale Self Report (CAARS) หรือ Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID)

แบบสอบถาม ASRS เป็นแบบสอบถามที่ Dr. Kessler พัฒนาร่วมกับองค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 2005 เพื่อช่วยแพทย์ในการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ แบบสอบถามนี้มี 2 ชุด คือ ASRS checklist v1.1 ซึ่งมีข้อความ 18 ข้อ และ ASRS Screener v 1.1 มีข้อความ 6 ข้อโดยฉบับ checklist มีค่าความไว (sensitivity) อยู่ที่ร้อยละ 56.3 ค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 98.3 ส่วนฉบับ screener มีค่าความไวและความจำเพาะร้อยละ 68.7 และ ร้อยละ 99.5 ตามลำดับ<sup>10,11</sup> เนื่องจากแบบสอบถาม ASRS

screener v1.1 นี้มีค่าความไวที่สูงกว่า และยังใช้เวลาสั้นกว่าในการตอบคำถาม คณะผู้วิจัยจึงเลือกที่จะแปลและทดสอบความเที่ยงและความตรงของแบบสอบถามนี้

## วิธีการศึกษา

คณะผู้วิจัยได้รับอนุญาตจาก Dr.Kessler ในการนำแบบสอบถาม adult ADHD self-reporting scales มาแปลเป็นภาษาไทย และได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล รหัสโครงการ 160/2554 (EC1) โดยมีการศึกษา 2 ขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1 Translation process** คณะผู้วิจัยแปลแบบสอบถามตามข้อแนะนำ (guideline) สำหรับการแปลแบบสอบถามเป็นภาษาต่างๆ ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization- Composite International Diagnosis Interview) ดังนี้

1. forward translation คือ การแปลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญภาษาอังกฤษแบบอเมริกัน และเข้าใจวัฒนธรรมชาวอเมริกัน รวมทั้งมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือไปยังจิตแพทย์ที่จบการศึกษาจากประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นผู้แปลแบบสอบถาม

2. expert panel คือ ผู้แปลรวมทั้งผู้เชี่ยวชาญโรคเกี่ยวกับสมาธิสั้นและวิธีวิจัย มาประชุมพิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมของคำแปลแบบสอบถาม ASRS ฉบับภาษาไทย พร้อมทั้งกรอกข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาในทางด้านภาษา ลงใน linguistic datasheet เพื่อส่งในองค์การอนามัยโลกพิจารณา ซึ่งได้จิตแพทย์ที่เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและมีความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีวิจัย จำนวน 4 ท่านเป็นผู้วิเคราะห์ และมีการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยใช้ content validity index (CVI) เป็นเกณฑ์ ซึ่งต้องมีค่า CVI อย่างน้อย 0.8

3. backward translation คือ การแปลกลับเป็น

ภาษาอังกฤษ ซึ่งต้องทำโดยชาวอเมริกัน ผู้วิจัยได้ติดต่ออาจารย์ชาวอเมริกันเป็นผู้แปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ

4. cognitive interviewing นำแบบสอบถามภาษาไทยที่ได้ ไปทดสอบกับบิดาหรือมารดาของเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย

5. final version เมื่อปฏิบัติตามขั้นตอนต่างครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถาม ASRS screener v1.1 ฉบับภาษาไทย ไปยังองค์การอนามัยโลก (WHO World Mental Health Composite International Diagnosis Interview Advisory Committee) เพื่อตรวจสอบ ก่อนที่จะได้รับการอนุมัติและใช้เป็น final version ซึ่งจะสามารถดาวน์โหลดได้จากเว็บไซต์ขององค์การอนามัยโลก

## ขั้นตอนที่ 2 Validation process

1. กลุ่มตัวอย่างคณะผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างมาจากประชากร 2 ส่วน คือ กลุ่มแรกจากบิดาและมารดาของเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นที่มารับการรักษาที่หน่วยตรวจโรคผู้พวยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มที่สองมาจากนักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปโดยมีการแจกแบบสอบถามให้ทั้งบิดาและมารดาของผู้ป่วยทั้งหมดที่มารับการรักษาประมาณ 500 ชุด และมีผู้ตอบกลับแบบสอบถามประมาณ 271 ชุด แต่ยังได้จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่เข้าได้กับโรคสมาธิสั้นไม่ครบ 50 ราย จึงมีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากกลุ่มนักศึกษาอีก 293 ราย เพื่อให้ได้จำนวนผู้เข้าได้กับโรคสมาธิสั้นครบตามที่ต้องการ

2. กระบวนการเก็บข้อมูลประชากรกลุ่มเป้าหมายจะได้รับแจกแบบสอบถาม ASRS ฉบับภาษาไทย ผู้ที่ผลทดสอบเข้าได้กับโรคสมาธิสั้น (คือผู้ที่คำตอบอย่างน้อย 4 ใน 6 คำถามเข้าได้กับโรคสมาธิสั้น) และผู้ที่ผลการทดสอบปกติ กลุ่มละ 50 ท่าน จะถูกสุ่มเพื่อรับการสัมภาษณ์จากจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับ

โรคสมาธิสั้น เพื่อวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV หรือไม่ โดยจิตแพทย์ผู้สัมภาษณ์จะไม่ทราบผลการตอบแบบสอบถามของผู้เข้าร่วมงานวิจัยมาก่อน และระหว่างการสัมภาษณ์จะมีการบันทึกเสียงเพื่อใช้ในการทดสอบและควบคุมมาตรฐานในการสัมภาษณ์ ซึ่งผู้เข้าร่วมงานวิจัยในขั้นตอนนี้ได้ลงนามให้ความยินยอมในการบันทึกเสียง

นอกจากนี้เพื่อวัดค่า test-retest reliability ผู้เข้าร่วมงานวิจัยจำนวน 138 ท่าน จะได้รับเชิญให้ตอบแบบสอบถามซ้ำอีกครั้งห่างจากการตอบแบบสอบถามครั้งแรกประมาณ 2 สัปดาห์

### การวิเคราะห์ทางสถิติ

#### 1. ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คณะผู้จัดทำต้นฉบับแบบสอบถาม ASRS v 1.1 กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างสำหรับคำนวณค่าความจำเพาะและความไวไว้แล้ว โดยต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 100 ราย โดยแบ่งเป็นผู้ที่ไม่ป่วยและผู้ที่เป็นโรคสมาธิสั้นกลุ่มละ 50 ราย

สำหรับการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อหาค่า test-retest reliability โดยใช้โปรแกรม nQuery Advisor พบว่าต้องใช้กลุ่มตัวอย่างประมาณ 138 ราย โดยคิดค่า portion of successes ที่ 0.25, test significant level 0.05, kappa 0.58 ที่ power 80%

#### 2. การวิเคราะห์ความเที่ยง (reliability analysis)

- การหาค่าความคงที่ภายใน (internal consistency) การคำนวณตามวิธี Cronbach's  $\alpha$

- การหาค่าความเที่ยงแบบทดสอบ-ทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) ทำโดยใช้วิธีหาค่า Pearson's correlation coefficient

#### 3. การวิเคราะห์ความตรง (validity analysis)

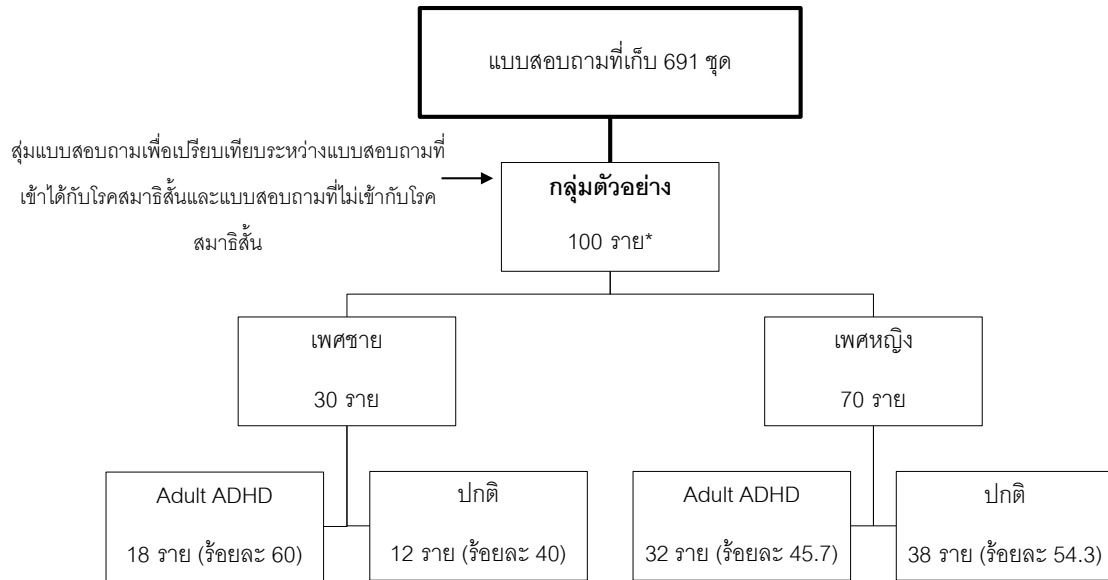
- การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) ใช้ความเห็นจากขั้นตอน expert panel มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (content validation index-CVI)

- การตรวจสอบความตรงด้านการสร้าง (construct validity) ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis)

- การตรวจสอบความตรงตามเกณฑ์ (criterion validity) ใช้การหาค่าความไว (sensitivity) ค่าความจำเพาะ (specificity) ค่า positive/negative predictive value และ likelihood ratio

### ผลการศึกษา

จากการเก็บข้อมูลแบบสอบถาม ASRS screener v1.1 ฉบับภาษาไทย จำนวน 691 ชุด พบว่ามีผู้ตอบแบบสอบถามที่เข้าได้กับโรคสมาธิสั้น 50 ราย ผู้วิจัยจึงสุ่มเลือกผลการตอบแบบสอบถามที่ไม่เข้ากับโรคสมาธิสั้นอีก 50 ราย เข้ารับการสัมภาษณ์เพื่อทดสอบความเที่ยงและความตรงของแบบสอบถาม พบว่า ร้อยละ 60 (18 จาก 30 ราย) ของเพศชาย และร้อยละ 45.7 (32 จาก 70 ราย) ของเพศหญิงป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น (ภาพที่ 1) โดยอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 32.08 ปี ช่วงอายุที่พบว่าป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นมากที่สุดคือ 18-25 ปี จำนวน 41 ราย (ตารางที่ 1)



ภาพที่ 1 กลุ่มตัวอย่างแยกตามเพศและภาวะ Adult ADHD

ตารางที่ 1 อายุของกลุ่มตัวอย่าง

อายุ	จำนวน (ราย)		
	Total	ADHD	Normal
18-25 ปี	42	41	1
26-45 ปี	44	8	36
46 ปีขึ้นไป	14	1	13
<b>รวม</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>50</b>

ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นจากการสัมภาษณ์โดยจิตแพทย์ มีจำนวน 33 ราย แบ่งเป็นผู้ที่ผลแบบสอบถามป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น 31 ราย และอีก 2 ราย ผลแบบสอบถามไม่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น (ตารางที่ 2) มีค่าความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 93.94 (95% CI: 80-98) และ 71.64 (95% CI: 59-81) ตามลำดับ และมีค่า

positive predictive value (PPV) ร้อยละ 62 (95% CI: 48-74) negative predictive value (NPV) ร้อยละ 96 (95% CI: 86-98) (ตารางที่ 3) สำหรับการคำนวณ factor analysis เพื่อหาค่าความแม่นยำเชิงโครงสร้าง (construction validity) พบว่ามีค่า loading factor มากกว่า 0.37 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นระหว่างจิตแพทย์และแบบสอบถาม ASRS

แบบสอบถาม ASRS	วินิจฉัยโดยแพทย์	
	ADHD	Normal
ADHD	31	2
Normal	19	48
<b>รวม</b>	<b>50</b>	<b>50</b>

ตารางที่ 3 ค่าความไว (sensitivity) ค่าความจำเพาะ (specificity) ค่าการทำนายเชิงบวก (positive predictive value-PPV) ค่าการทำนายเชิงลบ (negative predictive value-NPV) และ likelihood ratio (LR+, LR-) ของแบบสอบถาม ASRS v1.1 ฉบับภาษาไทย

	ร้อยละ (95%CI)
Sensitivity	93.9 (80.4 - 98.3)
Specificity	71.6 (59.9 - 81.0)
PPV	62.0 (48.2 - 74.1)
NPV	96.0 (86.5 - 98.9)
LR+	3.313 (2.242 - 4.894)
LR-	0.085 (0.022 - 0.327)

ตารางที่ 4 วิเคราะห์ปัจจัยของแบบสอบถาม

Factor	ค่า loading factor
factor 1 (ข้อ 2)	0.750
factor 2 (ข้อ 1)	0.743
factor 3 (ข้อ 4)	0.707
factor 4 (ข้อ 5)	0.632
factor 5 (ข้อ 3)	0.588
factor 6 (ข้อ 6)	0.495

เมื่อคำนวณหาค่าความตรง (validity) พบว่ามีค่าดัชนีความแม่นยำด้านเนื้อหา (content validity index -CVI) มากกว่าร้อยละ 80 (ตารางที่ 5) ส่วนการตรวจสอบความเที่ยง (reliability) การศึกษานี้พบว่าแบบสอบถาม ASRS screener v1.1 ฉบับภาษาไทย

มีค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) แสดงเป็นค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's อยู่ 0.80 ส่วนค่าความเที่ยงของการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) แสดงด้วยค่า Pearson's correlationcoefficient (r) พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.78

ตารางที่ 5 ค่าดัชนีความแม่นยำตรงด้านเนื้อหา (content validity index -CVI)

ข้อ	I-CVI*			
	Relevance	Clarity	Simplicity	Ambiguity
1	1	1	1	1
2	1	1	1	1
3	1	1	1	1
4	1	1	1	1
5	0.750	0.750	1	0.750
6	1	1	1	1
S-CVI/UA**	0.833	0.833	1	0.833

\*I-CVI = item-level CVI คือ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามรายข้อ

\*\*S-CVI/UA = scale-level CVI/universal agreement คือ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของข้อมูลทั้งหมด ที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน

## วิจารณ์

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า แบบสอบถาม ASRS screener v1.1 ฉบับภาษาไทยมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้สำหรับคัดกรองผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ เพราะมีค่าความไวและค่าอำนาจการทำนายเชิงลบ (NPV) ที่ค่อนข้างสูง และเมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาแบบสอบถาม ASRS screener V1.1 ฉบับภาษาไทย กับต้นฉบับภาษาอังกฤษที่ Dr. Kessler ได้ศึกษาไว้ พบว่าฉบับภาษาไทยมีค่าความไว และค่าความสอดคล้องภายใน (IC) สูงกว่า (ร้อยละ 93.94 ต่อ ร้อยละ 68.7 สำหรับค่าความไว และ 0.8 ต่อ 0.63-0.72 สำหรับค่า IC) ส่วนค่าความจำเพาะนั้นต่ำกว่า (ร้อยละ 71.64 ต่อ ร้อยละ 99.5)

แต่เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาอื่นๆ เช่น การศึกษาของ Glind<sup>12</sup> ที่ศึกษาในผู้ป่วยที่มีปัญหาติดยา หรือ การศึกษาของ Hines<sup>13</sup> ที่ศึกษาในผู้ป่วยที่มา รับการรักษาโรคทั่วไป พบว่ามีความใกล้เคียงกัน คือ มีค่าความไวร้อยละ 84 และร้อยละ 100 ส่วนค่าความจำเพาะอยู่ที่ร้อยละ 66 และร้อยละ 71 ตามลำดับขณะที่ Zohar ซึ่งแปลแบบสอบถาม ASRS เป็นภาษาไทย<sup>14</sup> โดยใช้ semi-structure interview เป็นเกณฑ์มาตรฐาน

ในการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น พบว่ามีค่าความไวร้อยละ 4 ซึ่งต่ำกว่าต้นฉบับของ Dr.Kessler และฉบับภาษาไทยค่อนข้างมากส่วนค่าความจำเพาะนั้นใกล้เคียงกับฉบับภาษาไทยมีค่าร้อยละ 78

ความแตกต่างของค่าความไวและความจำเพาะในการศึกษาวิจัยต่างๆ อาจมาจากหลายสาเหตุจากการศึกษาของ Hanes และคณะ คิดว่าความแตกต่างนี้อาจเกิดจากขั้นตอนการวิจัย ซึ่งในการศึกษาของ Dr.Kessler ได้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้เข้าร่วมงานวิจัยที่เคยเข้าร่วมตอบแบบสอบถาม US National Comorbidity Survey มาก่อน ซึ่งอาจมีผลต่อคำตอบได้ ส่วนคณะผู้วิจัยคิดว่าปัญหาอาจเกิดจากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นที่แต่ละการศึกษาใช้เกณฑ์มาตรฐานที่แตกต่างกัน คือ การศึกษา ASRS screener V1.1 ต้นฉบับใช้ semi-structure clinician interview เช่นเดียวกับการศึกษาฉบับภาษาไทยของคณะผู้วิจัย ส่วนการศึกษาของ Hanes ใช้ Conners's Adult ADHD Rating Scale Self Report (CAARS) ส่วน Glind ใช้ Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID)



## ข้อจำกัด

งานวิจัยนี้ไม่ได้ศึกษาในบุคคลทั่วไป แต่ศึกษาในบิดามารดาของเด็กสมาธิสั้นหรือนักศึกษาระดับปวส. โดยผู้ร่วมวิจัยเกือบครึ่งมาจากนักศึกษาซึ่งอายุอยู่ในช่วง 18-22 ปี ทำให้การกระจายกลุ่มประชากรไม่ครอบคลุมทุกช่วงอายุ ข้อจำกัดอีกประการหนึ่งเกี่ยวกับการแปลแบบสอบถามนี้ คือ เรื่องของภาษา ในบางข้อของแบบสอบถามไม่สามารถหาภาษาไทยที่กระชับ เข้าใจได้ง่าย และตรงกับต้นฉบับภาษาอังกฤษ ถึงแม้ผู้วิจัยจะพยายามหาความหมายที่ใกล้เคียงกับภาษาอังกฤษให้มากที่สุด เช่น คำว่า “driven by motor” ที่คณะผู้วิจัยใช้ภาษาไทยว่า อยากทำโน่นทำนี่อย่างไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อย

## สรุป

แบบสอบถาม ASRS screener v1.1 ฉบับภาษาไทย มีค่าความไวสูงจึงเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการคัดกรองโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่แต่ไม่เหมาะที่จะใช้ในการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นเพราะมีค่าความจำเพาะที่ค่อนข้างต่ำ

## กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณองค์การอนามัยโลก และ Dr.Kessler ที่อนุญาตให้นำแบบสอบถาม ASRS screener v1.1 มาแปลเป็นภาษาไทย คุณศิริندا จันทรพิชญ์ เจ้าหน้าที่วิจัย ที่ช่วยเก็บข้อมูล คุณนราทิพย์ สงวนพานิช ผู้วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ที่ให้ทุนสนับสนุนงานวิจัยนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. Gimpel GA, Kuhn BR. Maternal report of attention deficit hyperactivity disorder symptoms in preschool children. Child Care Health Dev 2000; 26:163-76.
2. Wolraich ML, Hannah JN, Pinnock TY, Baumgaertel A, Brown J. Comparison of diagnostic criteria for attention-deficit hyperactivity disorder in a county-wide sample. J Am Acad Child Adoles Psychiatry 1996; 35:319-24.
3. Barkley RA. Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment, 3<sup>rd</sup> edition. New York: The Guildford Press; 2006.
4. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. The prevalence and correlation of adult ADHD in the United States : results from the National Comorbidity Survey Replication. Am J Psychiatry 2006; 163:716-23.
5. Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow up studies. Psychol Med 2006; 36:159-65.
6. Kooji SJ, Bejerot S, Blackwell A, Caci H, Casas-Brugue M, Carpentier PJ. European consensus statement on diagnosis of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. BMC Psychiatry 2010; 10:1-24.

7. Wender PH, Wolf LE, Wasserstein J. Adult with ADHD. An overview. *Ann NY Acad Sci* 2001; 93:1-16.
8. Robin LA. The impact of ADHD on marriage. *The ADHD report* 2002; 10:9-14.
9. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition(DSM-5). Washington, DC : American Psychiatric Association; 2013.
10. Kessler RC, Ustun TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 2005; 13: 93-121.
11. Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E. The World Health organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med* 2005; 35: 245-56.
12. Glind G, Brink W, Koeter M, Carpentier PJ, Oormertssen M, Kaye S, et al. Validity of the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) as a screener for adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients *Drug Alcohol Depend* 2013; 132: 587-96.
13. Hines JL, King TS, Curry WJ. The Adult ADHD Self-Report Scale for screening for Adult Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. *J Am Board Fam Med* 2012; 25: 847-53.
14. Zohar AH, Konfortes H. Diagnosing ADHD in Israeli Adults: The Psychometric Properties of the Adult ADHD Self Report Scale (ASRS) in Hebrew. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2010; 47: 308-15.
15. Daigre Blanco C, Ramos-Quiroga JA, Valero S, Bosch R, Roncero C, Gonzalvo B, et al. Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-V1.1) symptom checklist in patients with substance use disorders. *Actas Esp Psiquiatr* 2009; 37: 299-305.
16. Moss SB, Nair R, Vallarino A, Wang S. Attention deficit/hyperactivity disorder in adults. *Prim Care* 2007; 34: 445-73.