

แบบสำรวจ ICD – 10

**ICD-10 Symptom Checklist for
Mental Disorders**

Psychoactive Substance Use Syndromes Module

The ICD-10 Symptom Checklist for Mental Disorders

© World Health Organization 2004

All rights reserved. Publications of the World Health Organization can be obtained from Marketing and Dissemination, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; email: bookorders@who.int). Requests for permission to reproduce or translate WHO publications—whether for sale or for noncommercial distribution—should be addressed to Publications, at the above address (fax: +41 22 791 4806; email: permissions@who.int).

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the World Health Organization in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

The World Health Organization does not warrant that the information contained in this publication is complete and correct and shall not be liable for any damages incurred as a result of its use.

Acknowledgements

Translation of this document was performed on behalf of the World Health Organization by Dr Sithisat Chiamwongpaet, Dr Suphak Vanichseni, Dr Chawin Sirinak, and Ms Aumphornpun Buavirat, of the Department of Health, Ministry of Public Health, Thailand.

ก่อนการสัมภาษณ์ขั้นต้น

แบบสำรวจ ICD – 10

คำถามต่อไปนี้จะถามเกี่ยวกับอาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาโรอิน หรือ ยาเสพติดชนิดอื่น ๆ ของคุณ ซึ่งคุณกำลังได้รับการบำบัดรักษาอยู่ คำถามที่ถามจะหมายถึง ช่วงเวลาที่เกิดขึ้นโดยทันที ก่อนที่คุณจะเริ่มมา รับการบำบัดรักษาในปัจจุบัน [สำหรับในหัวข้อต่าง ๆ ต่อไปนี้ ให้แทนชื่อยาเสพติดชนิดอื่นที่ใช้ กับคำว่า “สารเสพติด” เมื่อพบคำเหล่านั้น]

1. คุณมีความต้องการอย่างมากหรือมีความรู้สึกที่ขยับยั้งไม่ได้ ในการที่จะเสพยาโรอิน ใช่หรือไม่ ?	ใช่	ไม่ใช่
2. คุณพบว่า มันเป็นการยาก หรือเป็นไปได้เลย ที่จะควบคุมการเสพยาโรอินของคุณ ใช่หรือไม่ ?	ใช่	ไม่ใช่
3. คุณมีอาการถอนพิษยาหลังจาก ที่คุณไม่ได้เสพยาโรอินสักพักหนึ่ง ใช่หรือไม่ ?	ใช่	ไม่ใช่
4. คุณใช้เสพยาโรอิน เพื่อลดหรือหลีกเลี่ยงอาการถอนพิษยาใช่หรือไม่ ?	ใช่	ไม่ใช่
5. คุณสังเกตเห็นว่าคุณต้องการเสพยาโรอินมากขึ้น เพื่อได้ผลต่อร่างกายและจิตใจ ที่เหมือนเดิม ใช่หรือไม่ ? (อาการด้านยา)	ใช่	ไม่ใช่
6. เมื่อเวลาผ่านไป คุณไม่ได้เปลี่ยนแปลงแบบแผน การใช้เสพยาโรอินของคุณ ใช่หรือไม่ ?	ใช่	ไม่ใช่
7. คุณได้ละทิ้งความสุข และความสนใจอื่น ๆ มากขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อมาเสพยาโรอิน ใช่หรือไม่ ?	ใช่	ไม่ใช่
8. คุณได้ประสบกับอันตราย ทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพราะการเสพยาโรอินของคุณ ใช่หรือไม่ ?	ใช่	ไม่ใช่
9. คุณยังคงเสพยาโรอินอยู่ ทั้ง ๆ ที่มีหลักฐานชัดเจนถึงผลของอันตรายที่ติดตามมา ใช่หรือไม่ ?	ใช่	ไม่ใช่

10. คุณพบกับ ปัญหาการเสพยาเสพติดแบบนี้มานานเท่าไรแล้ว ?

a. ในจำนวนปี

b. ในจำนวนเดือน

การติดยาเสพติดจะแสดงให้เห็น 3 ข้อหรือมากกว่านั้น ของอาการต่าง ๆ ที่มีอยู่ในข้อ 1, 2, 3, 5, 7, และ 9

11. a. บันทึกว่า อาการติดยาเสพติดชนิดฝิ่น (F11.2) ยังคงมีอยู่หรือไม่	ใช่	ไม่ใช่
b. ถ้า “ใช่” บันทึกยาเสพติดชนิดฝิ่นโดยเฉพาะนั้น : _____		