

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DUDIT

Drug Use Disorders Identification Test

ตัวอย่างคำถามต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด โปรดตอบอย่างเปิดเผยและตรงกับความจริงของท่านเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยระบุว่าคำตอบใดที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

	<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง			อายุ	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	ปี					
1. คุณใช้สารเสพติด นอกเหนือจากแอลกอฮอล์บ่อยเพียงไร (ดูรายชื่อสารเสพติดด้านหลัง)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	เดือนละครั้ง หรือน้อยกว่า	<input type="checkbox"/>	2-4 ครั้ง ต่อเดือน	<input type="checkbox"/>	2-3 ครั้ง ต่อสัปดาห์	<input type="checkbox"/>	4 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือมากกว่า	<input type="checkbox"/>		
2. คุณใช้สารเสพติดมากกว่าหนึ่งชนิดในคราวเดียวหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	เดือนละครั้ง หรือน้อยกว่า	<input type="checkbox"/>	2-4 ครั้ง ต่อเดือน	<input type="checkbox"/>	2-3 ครั้ง ต่อสัปดาห์	<input type="checkbox"/>	4 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือมากกว่า	<input type="checkbox"/>		
3. ในวันนี้ไปที่คุณใช้สารเสพติด คุณใช้สารกี่รอบต่อวัน		0	<input type="checkbox"/>	1-2	<input type="checkbox"/>	3-4	<input type="checkbox"/>	5-6	<input type="checkbox"/>	7 รอบหรือมากกว่า	<input type="checkbox"/>
4. คุณได้รับผลกระทบอย่างหนักจากการใช้สารเสพติดบ่อยเพียงไร	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	<input type="checkbox"/>	ทุกเดือน	<input type="checkbox"/>	ทุกสัปดาห์	<input type="checkbox"/>	ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน	<input type="checkbox"/>		
5. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา คุณเคยรู้สึกบ้างหรือไม่ว่าความอยากยาของคุณนั้นรุนแรงจนคุณไม่สามารถต้านทานได้	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	<input type="checkbox"/>	ทุกเดือน	<input type="checkbox"/>	ทุกสัปดาห์	<input type="checkbox"/>	ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน	<input type="checkbox"/>		
6. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา คุณเคยพบว่าคุณไม่สามารถหยุดใช้สารได้ หากคุณได้เริ่มใช้สารไปแล้วบ้างหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	<input type="checkbox"/>	ทุกเดือน	<input type="checkbox"/>	ทุกสัปดาห์	<input type="checkbox"/>	ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน	<input type="checkbox"/>		
7. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณไม่ได้ทำสิ่งที่คุณควรจะทำตามปกติ เพราะคุณมัวแต่ไปใช้สารเสพติด	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	<input type="checkbox"/>	ทุกเดือน	<input type="checkbox"/>	ทุกสัปดาห์	<input type="checkbox"/>	ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน	<input type="checkbox"/>		
8. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณต้องใช้สารทันทีในตอนเช้า หลังจากใช้สารอย่างหนักในวันก่อนหน้า	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	<input type="checkbox"/>	ทุกเดือน	<input type="checkbox"/>	ทุกสัปดาห์	<input type="checkbox"/>	ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน	<input type="checkbox"/>		
9. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณรู้สึกผิดหรือโทษตัวเอง เนื่องจากคุณใช้สารเสพติด	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	<input type="checkbox"/>	ทุกเดือน	<input type="checkbox"/>	ทุกสัปดาห์	<input type="checkbox"/>	ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน	<input type="checkbox"/>		
10. ตัวคุณเองหรือคนอื่นเคยได้รับบาดเจ็บ (ทางใจหรือ ทางกาย) ซึ่งเป็นผลจากการที่คุณใช้สารเสพติดหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	เคยเกิดขึ้น ไม่เกินหนึ่งปีที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/>	เคย เกินกว่าหนึ่งปีที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/>						
11. เคยมีญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง แพทย์ หรือพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์หรือ คนอื่นๆ แสดงความเป็นห่วงต่อการใช้สารเสพติดของคุณหรือบอกว่าคุณควรหยุดใช้สารเสพติดหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	เคยเกิดขึ้น ไม่เกินหนึ่งปีที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/>	เคย เกินกว่าหนึ่งปีที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/>						



รายชื่อสารเสพติด

(ที่ไม่ใช่เครื่องดื่มแอลกอฮอล์)

ัญชา	กลุ่มแอมเฟตามีน	กลุ่มโคเคน	กลุ่มฝิ่น	กลุ่มยาหลอนประสาท	กลุ่มตัวทำละลายและสารระเหย	จีเอชบี และอื่นๆ
<ul style="list-style-type: none">• ัญชาแห้ง• แอส หรือ ัญชาอัดก้อน• สารสกัด น้ำมันัญชา• น้ำัญชา	<ul style="list-style-type: none">• ยาบ้า• ยาไอซ์• ตันแคต (khat)• บารซอลท์ (Bath Salt)• หมาก• ริทาลิน	<ul style="list-style-type: none">• แครก• โบโคคา	<ul style="list-style-type: none">• ผงขาว• เฮโรอิน• ฝิ่น	<ul style="list-style-type: none">• ยาอี ยาเลิฟ• เอ็มดีเอ็มเอ• แอลเอสดี• เห็ดเมา/เห็ดขี้ควาย• เห็ดไซโลไซบิน• เมสคาลีน• พีซีพี• ยาเค หรือ เคตามีน• เพโยตี้ (Peyote) หรือ กระบองเพชรเมา	<ul style="list-style-type: none">• ทินเนอร์• Trichlorethylene• แก๊ส• กาว	<ul style="list-style-type: none">• GHB หรือ ยาจี• แก๊สหัวเราะ (halothane)• บิออปเปอร์ (Akylnitrites/ Amylnitrites)• Anticholinergic• กระเทียม

ยา

ยา: ยาจะถูกนับเป็นสารเสพติดเมื่อคุณใช้

ในปริมาณที่มากกว่าและใช้บ่อยกว่าที่ได้มีการสั่งจ่ายยาให้คุณ

ใช้ยาเพราะคุณต้องการสนุก รู้สึกดี รู้สึกไฮ (High) หรือสงสัยว่าจะเกิดฤทธิ์แบบใดกับคุณ

ใช้ยาที่คุณได้รับจากญาติหรือจากเพื่อน

ใช้ยาที่คุณซื้อมาจากตลาดมืด หรือ ขโมยมา

ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท หรือ ยาลดความวิตกกังวล

Alprazolam	Fluscand	Quaalude/ Ludes
Amobarbital	Glutethimide	Rohypnol
Aprobarbital	Halcion	Secobarbital
Butalbital	Heminevrin	Sobril
Brevital	Mandrax/Mandrakes	Sonata
Chloral hydrate	Meprobamate	Stillnox
Chlordiazepoxide	Methaqualone	Thiopental
Clomethiazole	Methohexital	Triazolam
Clorazepate	Midazolam	Valium
Cyclobarbital	Mogadon	Xanax
Diazepam	Nitrazepam	Zaleplon
Dormicum	Oxazepam	Zopiclone
Ethchlorvynol	Pentobarbital	Zolpidem
Flunitrazepam	Phenobarbital	Zolam

ยาแก้ปวด

Arcoxia	Fentanyl citrate	Procodyl
Anadol	Fentanyl patch	Skudexa
Amanda	Hydrocodone	Soma
Buprenorphine	Hydromorphone	Subutex
Carisoprodol	Kapanol	Suboxone
Celecoxib	Matradol	Tramadol
Cerebrex	Methadone	Tramol
Codalgin forte	MST	Tylenol with Codeine
Codigesic	Orphenadrine	Ultracet
Codicet	Orpar	Vicodin
Codeine	Norgesic	
Dexketoprofen	Oxycodone	
Dilaudid	Palladone	

ยาจะไม่ถูกนับเป็นสารเสพติดเมื่อมาจากการจ่ายยา และใช้ตามปริมาณที่มีการจ่าย