



ความน่าเชื่อถือและความแม่นยำของแบบประเมิน อาการวิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่น **Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS) ฉบับภาษาไทย** **Reliability and Validity of the Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS)-Thai Version**

ณิชวรณ จงรักชฌนิกิจ*, ชาญวิททย์ พรณภดล*, สิริณัดดา ปัญญาภาส

Nitchawan Jongrakthanakij*, Chanvit Pornnoppadol*, Sirinadda Punyapas*

* สาขาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

* Division of Child and Adolescent Psychiatry, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ ศึกษาความน่าเชื่อถือ (reliability) และความแม่นยำ (validity) ของแบบประเมิน Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS) ฉบับภาษาไทย

วิธีการศึกษา PARS เป็นเครื่องมือที่ให้แพทย์เป็นผู้ประเมินอาการ ความรุนแรงและความบกพร่องของโรควิตกกังวล หลังจากได้การอนุมัติจากเจ้าของลิขสิทธิ์ ผู้เขียนจึงได้ทำการแปล PARS จากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยโดยใช้เทคนิคการแปลแบบแปลย้อนกลับ จากนั้นได้นำประชากรกลุ่มเฉพาะ (focus group) เพื่อตรวจสอบความเข้าใจภาษาของ PARS ฉบับภาษาไทย และได้มีการตรวจสอบความแม่นยำด้านเนื้อหา (content validity) ด้วยการทำค่า content validation index (CVI) ผู้วิจัยประเมินความน่าเชื่อถือและความแม่นยำของแบบประเมิน PARS ฉบับภาษาไทย โดยหาความน่าเชื่อถือจากการคำนวณค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency; Cronbach's alpha) ส่วนความแม่นยำได้จากการคำนวณค่าความสัมพันธ์ของแบบประเมิน PARS ฉบับภาษาไทยเทียบกับ clinical global impression - severity scale (CGI-S) โดยการหาค่า Pearson's correlation coefficient (r)

ผลการศึกษา ผู้ป่วยโรควิตกกังวลและโรคกลัวจำนวน 43 คน และผู้ปกครองจำนวน 45 คน ได้ร่วมในการสัมภาษณ์เพื่อทำแบบประเมิน PARS ฉบับภาษาไทย ค่า CVI ของแบบประเมิน PARS ฉบับผู้ปกครองและเด็กโต และฉบับเด็กเล็กในแบบประเมิน PARS ภาษาไทยมีค่าเฉลี่ยรวมทุกด้านระหว่าง 0.97-0.99 ส่วนค่า Cronbach's alpha ของแบบประเมิน PARS ฉบับผู้ปกครอง ฉบับเด็กและฉบับผู้ประเมินเท่ากับ 0.867, 0.786 และ 0.830 ตามลำดับ ค่าสหสัมพันธ์ (r) ระหว่างส่วนประเมินความรุนแรงของแบบประเมิน PARS ฉบับภาษาไทยและ CGI-S เท่ากับ 0.514 ซึ่งมีความสัมพันธ์กันปานกลาง (moderate correlation)

สรุป แบบประเมินอาการและความรุนแรงของโรควิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่น (PARS) ฉบับภาษาไทยมีความน่าเชื่อถือและความแม่นยำอยู่ในเกณฑ์ดี สามารถนำไปใช้ประเมินความรุนแรงของอาการวิตกกังวล เพื่อนำไปใช้ในการติดตามผลการรักษาในทางคลินิกและในการศึกษาโรควิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่นต่อไป

คำสำคัญ แบบประเมิน โรควิตกกังวล เด็กและวัยรุ่น

Corresponding author: ชาญวิททย์ พรณภดล

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2560; 62(3): 189-200

ABSTRACT

Objective : To evaluate and determine the reliability and validity of the Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS)-Thai version

Method : PARS is a validated clinician-rated tool for assessing pediatric anxiety symptoms, severity, and impairment. After receiving approval from the copyright owners, the authors translated the original version of PARS from English language to Thai language using forward-backward translation method. A focus group was conducted to assess participant's understanding of the PARS-Thai version. The content validity of PARS-Thai version was verified using content validation index (CVI). The reliability of PARS-Thai version was evaluated by measuring internal consistency [Cronbach's alpha]. The validity of PARS-Thai Version was evaluated by measuring Pearson's correlation coefficient (r) between PARS severity scale and Clinical Global Impression-Severity Scale [CGI-S].

Result : Forty-three children and adolescents with anxiety disorder and Forty-five care-givers were included. The CVI of both the parent and child versions of the PARS-Thai version was verified with score of 0.97-0.99. Cronbach's alpha of the parent, child and evaluator versions of the PARS-Thai Version was 0.867, 0.786 and 0.830 respectively. Pearson's correlation coefficient (r) between PARS-Thai version severity scale and CGI-S was 0.514 (moderate correlation).

Conclusions : PARS-Thai version was found to have good reliability and good validity. PARS-Thai version is useful for assessing and monitoring the severity of anxiety disorders in children and adolescents in both clinical practice and research settings.

Keywords: Pediatric Anxiety Rating Scale, PARS-Thai version, rating scale, anxiety disorder, children and adolescents

Corresponding author: Chanvit Pornnoppadol

J Psychiatr Assoc Thailand 2017; 62(3): 189-200

บทนำ

ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์หรือความรู้สึกกลัวที่อยู่ลึกๆ โดยกลัวว่าจะมีสิ่งที่ไม่ดี น่ากลัวหรืออันตรายจะเกิดขึ้น การวินิจฉัยโรควิตกกังวล จะทำได้ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีอาการวิตกกังวลเด่นชัด มีความเดือดร้อนกับอาการนั้น หรือส่งผลเสียต่อการดำเนินกิจวัตรประจำวันหรือการทำงานอย่างชัดเจน^{1,2}

การศึกษาส่วนใหญ่พบว่าโรควิตกกังวลเป็นโรคทางจิตเวชเด็กที่พบได้บ่อยที่สุดและมักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โรคกลัว (specific phobia) และโรควิตกกังวลต่อการแยกจาก (separation anxiety disorder) เป็นโรคที่พบได้บ่อยที่สุดในวัยเด็กและค่อยๆ ลดลงเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น ส่วนในวัยรุ่นจะพบโรคกังวลต่อการเข้าสังคม (social anxiety disorder) และโรคกังวลทั่วไป (generalized anxiety disorder) มากขึ้น ในการศึกษาทางระบาดวิทยา ในปี พ.ศ. 2539 พบว่าเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร ป่วยเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป (generalized anxiety disorder) ร้อยละ 10.77 มีความกลัวต่อสิ่งจำเพาะ (specific phobia) ร้อยละ 9.73 และเป็นโรควิตกกังวลจากการพลัดพราก (separation anxiety disorder) ร้อยละ 5.01³ ล่าสุดในปี พ.ศ. 2554 กรมสุขภาพจิตได้ทำการสำรวจความชุกของโรคจิตเวชในนักเรียนไทยอายุ 13-17 ปี จาก 17 จังหวัดและ 3 เขตของกรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งหมด 3,100 คน พบว่ามีจำนวนเด็กที่เป็นโรควิตกกังวลทั่วไป (generalized anxiety disorder) ร้อยละ 6.9⁴ และจากการศึกษาทางระบาดวิทยาของเยาวชนในสถานแรกรับเด็กและเยาวชนของไทยที่มีอายุระหว่าง 12-18 ปี พบว่ามีเด็กที่เป็นโรควิตกกังวลทั่วไปร้อยละ 9.5 เนื่องจากเยาวชนในสถานแรกรับจะมีความชุกโรคทางจิตเวชหรือมีความผิดปกติของพฤติกรรมอย่างน้อย 1 โรคสูงกว่าเยาวชนทั่วไป 4 เท่า เนื่องจากเยาวชนที่เข้าสถานแรกรับ มักแสดงอาการโรคจิตเวชหรือความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติดโดยผ่านการทำพฤติกรรมผิดกฎหมาย⁵

โรควิตกกังวลสามารถทำให้เกิดความบกพร่องอย่างรุนแรงในด้านสังคม การเรียนและหน้าที่ของตัวเด็ก รวมถึงส่งผลกระทบต่อครอบครัวของเด็กด้วย และหากเด็กไม่ได้รับการรักษาโรควิตกกังวลอย่างถูกต้องเหมาะสม อาจส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้าหรือเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดยาเสพติดในอนาคต^{6,7} ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างมากที่จะต้องมีความรู้ที่มีความน่าเชื่อถือและมีความแม่นยำตรงที่สามารถนำมาใช้ประเมินอาการและความรุนแรงของโรควิตกกังวล^{8,9}

ปัจจุบันมีเครื่องมือมากมายที่ใช้ในการประเมินอาการวิตกกังวลในวัยรุ่น เครื่องมือสำหรับแพทย์ผู้รักษาเพื่อใช้วัดประเมินได้ทั้งความบกพร่องและความรุนแรงของความวิตกกังวลซึ่งครอบคลุมประเด็นที่สำคัญสำหรับโรควิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่น ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในต่างประเทศ ได้แก่ Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ให้แพทย์ผู้รักษาเป็นผู้ประเมินอาการ โดยสามารถนำมาใช้ในการประเมินความรุนแรงและความสามารถในการทำตามบทบาทหน้าที่ (function) ของผู้ป่วยโรควิตกกังวลจากการพลัดพราก (separation anxiety disorder), โรคกลัวต่อการเข้าสังคม (social phobia) และโรควิตกกังวลทั่วไป (generalized anxiety symptoms) ในเด็กและวัยรุ่นอายุ 6-17 ปี ซึ่งการที่ให้ผู้รักษาเป็นผู้ประเมินอาการนั้น จะช่วยลดอคติ (bias) ได้เพราะผู้รักษาจะต้องนำข้อมูลที่ได้จากพ่อแม่และเด็กมาวิเคราะห์ร่วมกัน⁸⁻¹⁰

ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาแบบประเมินความรุนแรงและความบกพร่องของโรควิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่น โดยการแปล PARS เป็นภาษาไทย เพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในงานบริการผู้ป่วย และใช้ในงานวิจัยเกี่ยวกับโรควิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่นต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

ศึกษาความน่าเชื่อถือ (reliability) และความแม่นยำตรง (validity) ของแบบประเมิน Pediatric Anxiety

Rating Scale (PARS) ฉบับภาษาไทย เพื่อนำมาใช้ในติดตามผลการรักษาและประเมินความรุนแรงของโรควิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่น

วิธีการศึกษา

ก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ขออนุญาต Dr. Mark A. Riddle ซึ่งเป็นเจ้าของลิขสิทธิ์ PARS ฉบับภาษาอังกฤษ (original english version) เพื่อแปลแบบประเมิน PARS เป็นฉบับภาษาไทย ในแบบประเมิน PARS ฉบับภาษาไทยนั้นได้แบ่งคำถามเป็นสองฉบับคือฉบับผู้ปกครองและเด็กโต และฉบับเด็กเล็กเพื่อให้เด็กเล็กเข้าใจคำถามได้ง่ายและเห็นภาพที่ชัดเจนมากขึ้น งานวิจัยชิ้นนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล [Si352/2015]

ขั้นตอนที่ 1 การแปลแบบประเมิน Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS) เป็นภาษาไทย

แบบประเมิน PARS เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินความรุนแรงของอาการวิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่นที่มีอายุตั้งแต่ 6-17 ปี โดยแบบประเมินนี้จะมี 2 ส่วน คือ ส่วนคำถามประเมินอาการและส่วนประเมินความรุนแรง

ส่วนที่ 1 ประเมินอาการ (symptom checklist) มีจำนวน 50 ข้อ สำหรับส่วนนี้ไม่ได้นำไปใช้ในการคิดคะแนนเพื่อประเมินความรุนแรง ในการประเมิน ผู้ประเมินจะเลือกเฉพาะอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาเท่านั้น ผู้ประเมินจะสัมภาษณ์ทั้งผู้ปกครองและเด็ก แล้วนำข้อมูลมาประเมินร่วมกันโดยสังเกตจากสีหน้าและน้ำเสียงของทั้งผู้ปกครองและเด็ก ขณะที่ทำการสัมภาษณ์ หลังจากนั้นผู้ประเมินจะนำข้อมูลจากส่วนที่ 1 นี้ไปช่วยตัดสินใจในการให้คะแนนเพื่อระบุความรุนแรงของโรควิตกกังวลในส่วนที่ 2 ต่อไป

ส่วนที่ 2 ประเมินความรุนแรง (severity rating score) เป็นการนำเอาอาการทั้งหมดที่เกิดขึ้นใน 1 สัปดาห์มาประเมินความรุนแรงของอาการวิตกกังวล มี 7 หัวข้อ ดังต่อไปนี้

- 1) จำนวนครั้งของอาการวิตกกังวลที่เกิดขึ้นทั้งหมด
 - 2) ความถี่ของอาการวิตกกังวล
 - 3) ความรุนแรงของความรู้สึกวิตกกังวล
 - 4) ความรุนแรงของอาการทางกายเมื่อมีความวิตกกังวล
 - 5) การหลีกเลี่ยงเมื่อต้องอยู่ในสถานการณ์ที่กระตุ้นความวิตกกังวล
 - 6) รบกวนความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวและ/หรือการปฏิบัติตัวที่บ้าน
 - 7) รบกวนความสัมพันธ์กับเพื่อนและความสัมพันธ์กับผู้ใหญ่และ/หรือการปฏิบัติตัวข้างนอกบ้าน
- โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ในแต่ละหัวข้อประเมินออกมาเป็นตัวเลข 0-5 ตามความรุนแรงของอาการ ซึ่งเลข “0” หมายถึงความรุนแรงของอาการน้อยที่สุด และ “5” หมายถึงความรุนแรงของอาการมากที่สุด โดยจะบันทึกเป็นตัวเลขจำนวนเต็มไม่มีจุดทศนิยม เช่น เลข 1 หรือ 2 เป็นต้น ระดับความรุนแรงของอาการวิตกกังวลในแต่ละหัวข้อที่มีคะแนนมากกว่า “3” นั้น หมายถึง อาการวิตกกังวลในหัวข้อนั้นๆ มีความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับในกรณีที่ข้อมูลไม่เพียงพอจะบันทึกเป็นเลข “8” และในกรณีที่ไม่ทราบข้อมูลจะบันทึกเป็นเลข “9”

การให้คะแนน คะแนนทั้งหมดของ PARS จะคิดจากส่วนที่ 2 ของแบบประเมิน (ส่วนประเมินความรุนแรง) เท่านั้น โดยจะมีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-35 คะแนน (ตัวเลข “8” และ “9” จะไม่นำมาสรุปรวมคะแนน) โดยทางต้นฉบับได้แนะนำจุดตัดคะแนน (cut off) ที่ 17.5 ซึ่งสามารถตัดแยกเด็กที่เป็นโรควิตกกังวลและไม่เป็นโรควิตกกังวลได้

ตัวอย่างการคิดคะแนนของแบบประเมิน PARS ฉบับภาษาไทย

เด็กผู้หญิงอายุ 10 ปี ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีจำนวนอาการวิตกกังวลที่ได้จากการประเมินในส่วนที่ 1 ของแบบประเมิน (ส่วนประเมินอาการ) ทั้งหมด 13 อาการ โดยอาการจะเกิดขึ้น 5 วันต่อสัปดาห์ เมื่อ

คาดว่าจะต้องเจอกับสถานการณ์ที่กระตุ้นความวิตกกังวล ผู้ป่วยจะรู้สึกที่ทุกซึ่กตัวเองเป็นผู้เคราะห์ร้าย เอาชนะความกลัวนี้ไม่ได้ ส่งผลต่อกิจวัตรประจำวัน เวลาที่เกิดความกังวลผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะ มวนท้อง จนต้องไปพักที่ห้องพยาบาลเป็นระยะๆ และไม่สามารถเข้าเรียนในห้องได้ ส่งผลให้การเรียน ช่วงหลังเริ่มแยกลง เวลาเจอสถานการณ์ที่กระตุ้นความ กังวลจะหลีกเลี่ยงหลายครั้ง แต่ไม่ได้หลีกเลี่ยงใน

ทุกเหตุการณ์ ซึ่งอาการที่เกิดไม่รบกวนความสัมพันธ์ กับคนในครอบครัวเนื่องจากเวลาอยู่ที่บ้าน อาการจะ เกิดเพียงชั่วคราว เป็นระยะเวลาสั้นๆ แต่มีการรบกวน ในเรื่องความสัมพันธ์กับเพื่อน ผู้ป่วยมักหลีกเลี่ยงใน การทำงานกลุ่มและหลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์ด้วย แต่ ยังสามารถไปโรงเรียนได้ตามปกติ จากกรณีตัวอย่าง สามารถคิดคะแนนได้ดังนี้

ส่วนประเมินความรุนแรงของอาการวิตกกังวล	คะแนน
รวมจำนวนครั้งที่เกิดอาการวิตกกังวลทั้งหมด (ในช่วง 1 อาทิตย์ที่ผ่านมา) : มีมากกว่า 10 อาการ	5
ความถี่ของอาการวิตกกังวล : 5 หรือ 6 วัน/สัปดาห์	3
ความรุนแรงของความวิตกกังวล : รุนแรงมาก	5
ความรุนแรงของอาการทางกายเมื่อมีความวิตกกังวล : รุนแรงมาก	5
การหลีกเลี่ยงเมื่อต้องอยู่ในสถานการณ์ที่กระตุ้นความวิตกกังวล : รุนแรง	4
รบกวนความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว และ/หรือ การปฏิบัติตัวที่บ้าน : เล็กน้อยมาก	1
รบกวนความสัมพันธ์กับเพื่อนและความสัมพันธ์กับผู้ใหญ่ และ/หรือ การปฏิบัติตัวข้างนอกบ้าน : ปานกลาง	3
คะแนนรวม	26

ผู้วิจัยได้ทดสอบความแม่นยำตรงด้านเนื้อหา (content validity) ของแบบประเมิน PARS ฉบับภาษาไทย โดยผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น จำนวน 5 ท่าน ด้วยการคำนวณหาค่าดัชนีความแม่นยำตรงด้านเนื้อหา (content validity index-CVI) เพื่อให้ สำนวนภาษาและการสื่อความหมายของการประเมิน ความรุนแรงและความบกพร่องของอาการวิตกกังวล ในเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรควิตกกังวลและโรคกลัว เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมไทยมากที่สุด ผู้วิจัยได้นำ แบบประเมินไปใช้กับประชากรกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 5 คู่ (focus group) ซึ่งเป็นเด็กหรือวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัย ว่าเป็นโรควิตกกังวลและผู้ปกครองที่มารับการตรวจ รักษาที่โรงพยาบาลศิริราช เพื่อตรวจสอบความเข้าใจ ในภาษาอีกครั้ง ก่อนทำการแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ (back translation) และส่งให้เจ้าของ PARS ฉบับภาษา อังกฤษพิจารณาให้ความเห็นชอบ

ขั้นตอนที่ 2 การทดสอบคุณภาพของแบบ ประเมิน Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS) ฉบับภาษาไทย โดยการหาความน่าเชื่อถือและความ

แม่นยำตรงของแบบประเมิน ทางผู้วิจัยได้หาค่าความ น่าเชื่อถือ (reliability) ของแบบประเมิน PARS ฉบับภาษา ไทยด้วยการวิเคราะห์ข้อกระทง (item analysis) และ ทดสอบความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยการหาค่า Cronbach's alpha coefficient นอกจากนี้ ยังได้ทดสอบค่าความแม่นยำตรง (validity) ของแบบ ประเมิน PARS ฉบับภาษาไทย โดยการหาค่าดัชนีความ แม่นยำตรงด้านเนื้อหา (content validation index-CVI)¹¹ จากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 5 ท่านและหาค่าความสัมพันธ์ระหว่าง PARS severity scale และ CGI-S โดยการหาค่า Pearson's correlation coefficient (r)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากวัตถุประสงค์หลักของงานวิจัยนี้คือ การ ศึกษาหาความแม่นยำตรง (validity) ของแบบประเมิน PARS ฉบับภาษาไทย โดยคาดว่าจะมีความสัมพันธ์ ระหว่าง Clinical Global Impression-Severity Scale (CGI-S) กับ PARS severity rating score กำหนดเป็น

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ต้องการทดสอบ (r_0) เท่ากับ 0.1 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คาดหวัง (r_1) เท่ากับ 0.5 ที่ระดับความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 และ 2 เท่ากับ 0.05 และ 0.1 จะต้องใช้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 56 ราย

ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเข้า (inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรควิตกกังวลที่มีอายุระหว่าง 6-17 ปี จำนวน 91 คน ที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างเดือน ธ.ค. 2558 ถึง ธ.ค. 2559 ทั้งผู้ป่วยเก่าและใหม่ และมีเกณฑ์การคัดออกผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (exclusion criteria) ดังนี้

- 1) ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง ไม่ร่วมมือในการสัมภาษณ์
- 2) มีระดับเชาวน์ปัญญาต่ำกว่าปกติหรือมี IQ น้อยกว่า 70
- 3) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคย้ำคิดย้ำทำ (obsessive-compulsive disorder) และโรคเครียดจากเหตุการณ์ร้ายแรง (post-traumatic stress disorder)
- 4) เป็นโรคจิต (psychotic disorder) เช่น โรคจิตเภท โรคจิตที่เกิดจากการใช้สารเสพติด เป็นต้น
- 5) ผู้ป่วยที่มีปัญหาการอ่านหรือไม่เข้าใจคำถาม
- 6) ผู้ป่วยที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การถอนผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัย (withdrawal or termination criteria) คือ ผู้ป่วยที่ไม่ยินยอมเข้าร่วม มีเจตนาหรือแสดงความจำนงขอถอนตัวออกจากงานวิจัย

ซึ่งหลังจากประเมินกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างไม่ตรงเกณฑ์เข้าร่วมงานวิจัยจำนวน 46 คน จึงเหลือผู้เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้เพียง 45 คน สำหรับการเก็บข้อมูลทำโดยการสัมภาษณ์ ซึ่งการสัมภาษณ์นี้อาจเป็นการสัมภาษณ์ต่อหน้าในวันที่มาพบแพทย์เจ้าของไข้หรืออาจเป็นการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจำเป็นต้องรีบ

กลับบ้านไปก่อน แบบประเมินนี้ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30 นาที และใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเดียวกันทั้งสัมภาษณ์ต่อหน้าและสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ โดยหากกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กอายุ 6-12 ปี ผู้วิจัยจะพิจารณาสัมภาษณ์ผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรมตามลำพังก่อน หลังจากนั้นจึงจะทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยการอ่านข้อความให้ฟัง แต่ถ้ากลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นอายุ 12-17 ปี อาจพิจารณาสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามลำพังก่อน หลังจากนั้นจึงค่อยสัมภาษณ์ผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม เมื่อได้ข้อมูลจากทั้งผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรมและกลุ่มตัวอย่างเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ทางผู้วิจัยจะเป็นประเมินความรุนแรงของอาการโดยใช้ข้อมูลทั้งหมดมาประเมินร่วมกัน

ค่าทางสถิติที่ใช้

การคำนวณสถิติเชิงเชิงพรรณนา เป็นค่าร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและสูงสุดของข้อมูลพื้นฐาน ก่อนนำเสนอในรูปแบบตาราง

การทดสอบความน่าเชื่อถือ ทำโดยการหาค่าความคงที่ภายใน (internal consistency) โดยวิธี Kuder-Richardson 20 (KR 20) เนื่องจากแบบประเมิน PARS ฉบับภาษาไทย มีระดับการวัดแบบ 2 ตัวเลือก (dichotomous scale) ดังนั้นค่า KR 20 ในกรณีนี้จึงมีค่าเท่ากับ Cronbach's coefficient alpha

การทดสอบความแม่นยำ ทำโดยการคำนวณค่าความแม่นยำตามเนื้อหา (content validity) โดยใช้วิธีการหาค่าดัชนีความแม่นยำ (content validity index-CVI) ซึ่งควรมีค่ามากกว่า 0.8 เพื่อแสดงว่าข้อคำถามส่วนใหญ่สามารถเป็นตัวแทนของสิ่งที่ต้องการวัด (representativeness) มีความชัดเจน (clarity) และมีความครอบคลุมเนื้อหา (comprehensiveness) และหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่าง PARS severity scale และ CGI-S โดยการหาค่า Pearson's correlation coefficient (r)

โปรแกรมทางสถิติที่ใช้คือ SPSS/PC version 21

ผลการศึกษา

ผู้เข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ เด็กและวัยรุ่นที่ป่วย
เป็นโรควิตกกังวล อายุระหว่าง 6-17 ปี จำนวน 43 คน
และผู้ปกครองของเด็กและวัยรุ่นโรควิตกกังวล จำนวน

45 คน เนื่องจากมีเด็กสองคนไม่ยินยอมให้สัมภาษณ์
และมีอาการวิตกกังวลที่รุนแรงจนไม่สามารถจะเข้า
ร่วมการวิจัยได้

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	29	64.4
	หญิง	16	35.6
อายุ (mean 12.13 ปี, SD = 2.89, range 7-17 ปี)	ต่ำกว่า 12 ปี	20	44.4
	สูงกว่า 12 ปี	25	55.6
โรควิตกกังวลหรือโรคกลัว	Anxiety disorder unspecified	30	66.7
	Generalized anxiety disorder	2	4.4
	Specific phobia	4	8.9
	Separation anxiety disorder	5	11.1
	Social/Performance anxiety disorder	3	6.7
	Selective mutism	1	2.2
โรคร่วมที่พบ (comorbid disorders)	ADHD	20	44.4
	Specific Learning disorder	10	22.2
	Oppositional defiant disorder	2	4.4
	Autism Spectrum disorder	2	4.4
	Tic disorder	3	6.7
	Tourette syndrome	3	6.7
	Trichotillomania	1	2.2
	Enuresis	1	2.2
	Borderline IQ	6	13.3
	Adjustment disorder	1	2.2
	Depressive disorder	7	15.6
	Bipolar disorder	1	2.2
	Motor coordinate disorder	1	2.2
	ยาที่รับประทาน	SSRI	30
Stimulant		19	42.2
Bupropion		1	2.2
Benzodiazepine		3	6.7
Mood stabilizer		3	6.7
Antipsychotic		13	28.9
Clinical Global Impression Severity Scale (CGI-S)	Normal (1)	11	24.4
	Borderline mentally ill (2)	5	11.1
	Mildly ill (3)	14	31.1
	Moderately ill (4)	11	24.4
	Markedly ill (5)	4	8.9
	Severely ill (6)	0	0
	Among the most extremely ill patients (7)	0	0

ในแบบประเมิน PARS ส่วนของการประเมินอาการพบว่า ผู้ปกครองและเด็กมักรายงานอาการของ generalized anxiety disorder มากที่สุดในขณะที่ผู้ประเมินมักรายงานอาการของ separation anxiety disorder มากที่สุด ส่วนอาการของ specific phobia เป็นอาการที่รายงานน้อยสุดทั้งจากผู้ปกครอง เด็กและผู้ประเมิน และในส่วนของ 2 คือ ส่วนประเมินความรุนแรงพบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่มีจำนวนครั้งในการเกิดอาการวิตกกังวลในช่วง 1 อาทิตย์ที่ผ่านมามากกว่า 10 อาการ เป็นจำนวน 43 คน (ร้อยละ 95.6) อาการมักเกิด 1-2 ครั้งใน 1 สัปดาห์จำนวน 25 คน (ร้อยละ 55.6) ส่วนผู้เข้าร่วมการวิจัยที่รายงานความรุนแรงของอาการเล็กน้อยมาก มีจำนวน 15 คน (ร้อยละ 33.3) และความรุนแรงของอาการทางกายเล็กน้อยมาก จำนวน 20 คน (ร้อยละ 44.4) โดยมีทั้งคนที่ไม่หลีกเลี่ยงจากเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดอาการวิตกกังวล จำนวน 15 คน (ร้อยละ 33.3) และคนที่หลีกเลี่ยงจากเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดอาการวิตกกังวลอย่างรุนแรงมาก จำนวน 15 คน (ร้อยละ 33.3) นอกจากนี้ยังพบว่าอาการวิตกกังวลรบกวนความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวเล็กน้อยมากถึงเล็กน้อย จำนวน 28 คน (ร้อยละ 62.2) และมักรบกวนความสัมพันธ์กับเพื่อนและความสัมพันธ์กับผู้ใหญ่

ข้างนอกบ้านรุนแรงปานกลาง จำนวน 13 คน (ร้อยละ 28.9)

จากการวิเคราะห์ความแม่นยำ โดยการหาค่าดัชนีความแม่นยำด้านเนื้อหา (content validation index-CVI) ของแบบประเมิน PARS ทั้งในส่วนของคำถามสำหรับผู้ปกครองกับเด็กโต และคำถามสำหรับเด็กเล็ก พบว่าอยู่ในเกณฑ์ดี โดยค่า CVI ทุกด้านมีค่ามากกว่า 0.9 ซึ่งแสดงว่ามีความแม่นยำด้านเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ดีมาก (ตารางที่ 2)

ในส่วนของความน่าเชื่อถือ (reliability) ของแบบประเมิน PARS ผู้วิจัยได้คำนวณหาค่า Cronbach's alpha coefficient รวมทุกข้อคำถามในส่วนประเมินอาการ จากการวิเคราะห์หาค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) พบว่าหากตัดข้อที่ 7, 8, 19, 25, 26, 31, 34, 41, 42, 43, 46, 47, 48 จากแบบประเมิน PARS ฉบับผู้ปกครอง ตัดข้อที่ 4, 5, 6, 7, 8, 40, 44 จากแบบประเมิน PARS ฉบับเด็ก และตัดข้อที่ 1, 4, 5, 6, 7, 8, 15, 17, 28, 32, 44 จากแบบประเมิน PARS ฉบับผู้ประเมินจะทำให้ค่า Cronbach's alpha coefficient ของแบบประเมิน PARS มีค่าเพิ่มขึ้น ซึ่งหมายความว่าข้อคำถามเหล่านี้ควรได้รับการพิจารณาถึงความเหมาะสมและความชัดเจนของความหมายต่อไป

ตารางที่ 2 ค่า content validity index (CVI) ของแบบประเมิน Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS) ฉบับภาษาไทย

	Relevance	Clarity	Simplicity	Average
คำถาม PARS สำหรับผู้ใหญ่และเด็กโต	0.996	0.988	0.988	0.99
คำถาม PARS สำหรับเด็กเล็ก	0.996	0.972	0.988	0.985

ตารางที่ 3 ค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) Cronbach's alpha ของแบบประเมิน Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS) ฉบับภาษาไทย

	Cronbach's Alpha
ฉบับผู้ปกครอง (parent version)	0.867
ฉบับเด็ก (child version)	0.786
ฉบับผู้ประเมิน (evaluator version)	0.830

สำหรับในส่วนที่ 2 ของแบบประเมิน ซึ่งได้แก่ ส่วนประเมินความรุนแรงนั้น คะแนนที่มากที่สุดมาจาก หัวข้อที่ 1 คือ จำนวนครั้งของอาการวิตกกังวลที่เกิดขึ้นทั้งหมด โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.93 และเมื่อคิดเป็นคะแนนรวม พบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 15.33 (ตารางที่ 4)

ในการหาค่าสหสัมพันธ์ (correlation) ของ ส่วนประเมินอาการของแบบประเมิน PARS ฉบับภาษาไทย ระหว่างฉบับของผู้ปกครอง เด็กและผู้ประเมิน พบว่ามีลักษณะของความสัมพันธ์เชิงบวก (positive correlation) ทั้งหมด โดยเฉพาะการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างแบบประเมินฉบับเด็กและฉบับผู้ประเมินพบว่ามีความสัมพันธ์เป็นลักษณะสัมพันธ์

กันอย่างชัดเจน (very strong correlation $r = 0.823$) แต่ความสัมพันธ์ระหว่างแบบประเมินฉบับผู้ปกครอง และฉบับเด็กมีความสัมพันธ์ในลักษณะสัมพันธ์กันน้อย (weak correlation $r = 0.371$) และความสัมพันธ์ระหว่างแบบประเมินฉบับผู้ปกครองและฉบับผู้ประเมิน มีความสัมพันธ์ในลักษณะสัมพันธ์กันปานกลาง (strong correlation: $r = 0.642$) (ตารางที่ 5)

ส่วนค่าสหสัมพันธ์ (correlation) ระหว่างแบบประเมิน PARS ฉบับภาษาไทยและ CGI-S พบว่ามี ความสัมพันธ์ กันในทางเชิงบวก (positive correlation) โดยมีค่า Pearson's correlation coefficient เท่ากับ 0.514 ซึ่งแสดงว่ามีความสัมพันธ์กันปานกลาง (moderate correlation)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และช่วงคะแนน (range) ในแต่ละหัวข้อของแบบประเมิน PARS ฉบับภาษาไทยในส่วนประเมินความรุนแรงอาการวิตกกังวล (severity rating score)

PARS Severity rating score	Mean (SD, range)
1) จำนวนครั้งของอาการวิตกกังวลที่เกิดขึ้นทั้งหมด	4.93 (0.33, 3-5)
2) ความถี่ของอาการวิตกกังวล	1.87 (1.358, 0-5)
3) ความรุนแรงของความรู้สึกวิตกกังวล	2.29 (1.254, 0-5)
4) ความรุนแรงของอาการทางกายเมื่อมีความวิตกกังวล	1.51 (1.199, 0-5)
5) การหลีกเลี่ยงเมื่อต้องอยู่ในสถานการณ์ที่กระตุ้นความวิตกกังวล	1.36 (1.246, 0-4)
6) รบกวนความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวและ/หรือการปฏิบัติตัวที่บ้าน	1.47 (1.140, 0-4)
7) รบกวนความสัมพันธ์กับเพื่อนและความสัมพันธ์กับผู้ใหญ่และ/หรือการปฏิบัติตัวข้างนอกบ้าน	1.91 (1.395, 0-5)
Total	15.33 (5.629, 5-26)

ตารางที่ 5 ค่าสหสัมพันธ์ (correlation) ของแบบประเมิน PARS ฉบับภาษาไทยในส่วนประเมินอาการ (symptom checklist) ระหว่างฉบับผู้ปกครอง ฉบับเด็กและฉบับผู้ประเมิน

	Correlation Parent-Child	Correlation Parent-Evaluator	Correlation Child-Evaluator
Social Interaction or Performance Situations	0.503	0.714	0.825
Separation anxiety disorder	0.299	0.643	0.814
Generalized anxiety disorder	0.428	0.672	0.773
Specific phobia	0.448	0.542	0.887
Physical symptom	0.279	0.396	0.921
Other	0.548	0.706	0.894
Total	0.371	0.642	0.823

วิจารณ์

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาการแปลแบบประเมินเพื่อใช้ในการติดตามผลการรักษาและประเมินความรุนแรงของโรควิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่น Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS) ฉบับภาษาไทย ซึ่งยังไม่มีเคยมีมาก่อน และเป็นแบบประเมินที่จำเพาะกับผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรควิตกกังวล และสามารถประเมินอาการของผู้ที่ป่วยเป็นโรควิตกกังวลแต่ละชนิดได้อย่างละเอียด

แบบประเมิน PARS ฉบับภาษาไทยได้แบ่งคำถามเป็นสองฉบับ คือฉบับผู้ปกครองและเด็กโต และฉบับเด็กเล็กเพื่อให้ง่ายต่อความเข้าใจที่แตกต่างกันระหว่างวัย ซึ่งทั้งสองฉบับมีค่าความน่าเชื่อถือและความแม่นยำตรงอยู่ในเกณฑ์ดี และเมื่อเปรียบเทียบกับแบบประเมิน PARS ต้นฉบับ พบว่าแบบประเมิน PARS ฉบับภาษาไทยมีค่าความสอดคล้องภายในสูงกว่าต้นฉบับ โดยของต้นฉบับมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.64⁹ และจากการศึกษาของ Ginsburg และคณะ⁹ ที่ได้ทำการศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงในการเป็นโรควิตกกังวลพบว่าแบบประเมิน PARS มี Cronbach's alpha เท่ากับ 0.81

แบบประเมิน PARS ต้นฉบับในส่วนของความรุนแรงมีค่าสหสัมพันธ์กับ CGI-S ในลักษณะเชิงบวก คือมีค่า Pearson's correlation coefficient เท่ากับ 0.61⁹ ส่วนแบบประเมิน PARS ฉบับภาษาไทยนั้นมีความสัมพันธ์กับ CGI-S ในลักษณะเชิงบวกเช่นเดียวกัน และมีค่า Pearson's correlation coefficient เท่ากับ 0.514 ซึ่งเป็นค่าที่ต่ำกว่าของต้นฉบับเล็กน้อย

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนประเมินอาการระหว่างฉบับผู้ปกครอง ฉบับเด็กและฉบับผู้ประเมินพบว่า ฉบับเด็กกับฉบับผู้ประเมินมีค่าความสัมพันธ์กันดีที่สุด แต่เมื่อเทียบแบบประเมิน PARS ฉบับผู้ปกครองกับฉบับเด็กพบว่ามีความสัมพันธ์กันน้อย โดยพบว่าเด็กมักรายงานอาการของตนเองมากกว่า อาจเป็นเพราะเด็กไวต่อการเปลี่ยนแปลงและรายงานอาการที่มีผลกระทบต่อผู้ปกครองน้อย ผู้ปกครองจึงไม่รายงาน

อาการในกลุ่มนี้ โดยงานวิจัยของ Betty Van Roy และคณะ¹² ได้แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างในการรายงานผลเกี่ยวกับอาการทางสุขภาพจิตระหว่างผู้ปกครองและเด็ก โดยถ้าเป็นปัญหาเกี่ยวกับด้านอารมณ์ พบว่าเด็กมักรายงานอาการมากกว่าผู้ปกครอง อย่างไรก็ตามแม้เด็กจะรายงานจำนวนอาการมากกว่า แต่เด็กกลับรู้สึกว่าการเหล่านั้นไม่ได้เป็นปัญหาสำหรับตน ส่วนผู้ปกครองมักรายงานเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและส่งผลกระทบต่อมากกว่า ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับผลการวิจัยในครั้งนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่า ควรประเมินอาการวิตกกังวลโดยอาศัยข้อมูลจากทั้งเด็กและผู้ปกครองเพื่อประเมินอาการอย่างครบถ้วน¹³

ข้อจำกัดของงานวิจัย

กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้มีจำนวนไม่เพียงพอต่อการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) เนื่องจากหลักโดยทั่วไปจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอสำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบต้องมีไม่น้อยกว่า 5 เท่าของข้อคำถาม¹⁴ ดังนั้นหากต้องการวัดความแม่นยำด้านการสร้าง (construct validity) ของ PARS ฉบับภาษาไทย ผู้วิจัยจำเป็นต้องเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างไม่ต่ำกว่า 250 ราย ซึ่งเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก เพราะถึงแม้ว่าโรควิตกกังวลในเด็กจะเป็นโรคที่พบได้บ่อยแต่จำนวนเด็กที่มาโรงพยาบาลเพื่อต้องการความช่วยเหลือมีจำนวนไม่มากเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่มีอยู่จริง จึงทำให้ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรควิตกกังวลและเข้าสู่กระบวนการรักษาในโรงพยาบาลมีจำนวนน้อย และบางครั้งกลุ่มตัวอย่างมีอาการวิตกกังวลที่มากขึ้นและรุนแรงจนไม่สามารถทำการสัมภาษณ์ต่อไปได้ หลายครั้งผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลต่อการสัมภาษณ์ กลัวให้ข้อมูลที่ดูไม่ดีจนอาจให้ข้อมูลที่ต่ำกว่าอาการที่เป็นอยู่จริง รวมถึงผู้ปกครองที่มาให้ข้อมูลบางท่านไม่ทราบ ว่าเด็กยังมีอาการวิตกกังวลอยู่หรือไม่ เนื่องจากเด็กอาจกังวลจนไม่ได้บอกข้อมูลแก่ผู้ปกครองทำให้เป็น

ข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลสำหรับประเมินอาการวิตกกังวลของเด็ก โดยเฉพาะเมื่อเป็นข้อมูลที่ได้มาจากผู้ปกครองเพียงฝ่ายเดียว

นอกจากนี้การประเมินอาการของกลุ่มตัวอย่างเพียงครั้งเดียว ทำให้ไม่สามารถหาค่าความคงที่ (stability) หรือค่าความน่าเชื่อถือแบบวิธีวัดซ้ำ (test-retest reliability) ของแบบประเมิน PARS ฉบับภาษาไทยได้ จึงควรมีการประเมินซ้ำในระยะเวลาประมาณ 2 สัปดาห์ต่อมา เพื่อวัดค่าความคงที่

และเนื่องจากผู้ประเมิน CGI-S เป็นแพทย์เจ้าของไข้ ดังนั้นอาการที่ผู้ป่วยมาในวันที่ตรวจติดตามอาการอาจดีขึ้นกว่าครั้งแรกว่าที่มาจนทำให้แพทย์เจ้าของไข้ประเมินอาการวิตกกังวลโดยใช้ CGI-S (ซึ่งเป็นการประเมินโดยรวมๆ ไม่ได้ประเมินอาการอย่างละเอียด) ว่าอาการอยู่ในกลุ่มอาการดี ในขณะที่ PARS ฉบับภาษาไทยมีรายละเอียดในการประเมินอาการวิตกกังวลมากกว่า จึงแสดงถึงอาการวิตกกังวลที่ยังรุนแรงมากกว่า CGI-S ได้ในผู้ป่วยบางคน

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในงานวิจัยส่วนใหญ่ผ่านการรักษามาแล้ว จึงมีความรุนแรงของอาการวิตกกังวลระดับน้อย ถึงปานกลางเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ข้อมูลความรุนแรงไม่หลากหลาย ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยจึงไม่สามารถหา cut off ของแบบประเมิน PARS ฉบับภาษาไทยได้ ในการวิจัยครั้งต่อไปจึงควรเก็บข้อมูลโดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยใหม่ (first visit) เพื่อให้ได้ความรุนแรงของอาการวิตกกังวลที่หลากหลายและเพียงพอต่อการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

นอกจากนี้พบว่ามีความหมายหลายข้อที่หากตัดออกแล้วจะได้ค่า Cronbach's alpha เพิ่มขึ้น ดังนั้นข้อคำถามเหล่านี้จึงควรได้รับการวิเคราะห์เพิ่มเติมถึงความเหมาะสม เช่น ทำการวิเคราะห์หาความมั่นคงทางด้านโครงสร้าง (construct validity) โดยการใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) ต่อไป และมีความจำเป็นต้องใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากกว่านี้

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากแบบประเมิน PARS ในส่วนของการประเมินอาการมีจำนวนข้อคำถามมาก ทำให้อาจต้องใช้เวลามากในการสัมภาษณ์ ดังนั้นหากมีการปรับข้อคำถามให้สามารถทำเป็น self-report และลดจำนวนข้อลง อาจทำให้แบบประเมินนี้สามารถนำมาใช้งานได้สะดวกมากขึ้น และหากมีการประเมินอาการหลังติดตามการรักษาโดยใช้ทั้ง CGI-S และ clinical global impression-improvement scale (CGI-I) มาเปรียบเทียบกับ PARS ฉบับภาษาไทย จะทำให้ติดตามผลการรักษาโรควิตกกังวลได้ชัดเจนขึ้น

สรุปผลการศึกษา

ผู้วิจัยแปลแบบประเมิน PARS เป็นภาษาไทยเพื่อนำมาใช้ในติดตามผลการรักษาและประเมินความรุนแรงของโรควิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่น โดยปรับสำนวนภาษาและการสื่อความหมายให้เข้ากับวัฒนธรรมไทย พบว่า แบบประเมิน PARS มีค่าความน่าเชื่อถือและค่าความแม่นยำอยู่ในเกณฑ์ดี มีประโยชน์ในการติดตามผลการรักษาและประเมินความรุนแรงของโรควิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่น เหมาะกับการนำมาใช้ประโยชน์ในทางคลินิกและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรควิตกกังวลต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ อ.สุทธิพล อุดมพันธุ์ นักสถิติหน่วยระบาดวิทยา เจ้าหน้าที่ของหน่วยตรวจโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ และหน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ต่อการศึกษานี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Martin A, Volkmar FR, Lewis M, editors. Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
2. Suvarnakich K. Anxiety disorders in children and adolescents. Bangkok: Medical Media Printing House; 1998. Thai.
3. Wacharasindhu A, Panyyayong B. Psychiatric disorders in Thai school-aged children: I Prevalence. J Med Assoc Thai 2002; 85(Suppl 1): S125-36.
4. Ekasawin S, Phothisut C, Chomcheun R. The prevalence of psychiatric disorders in Thai students aged 13-17 years. J Ment Health Thai 2016; 24: 141-53. Thai.
5. Ekasawin S, Phothisut C, Chomchuen R, Serisathien P, Ucharatna W. Prevalence of psychiatric disorders among Thai juvenile offenders. J Ment Health Thai 2016; 24: 154-66. Thai.
6. Ramsawh HJ, Chavira DA, Stein MB. Burden of anxiety disorders in pediatric medical settings: prevalence, phenomenology, and a research agenda. Arch Pediatr Adolesc Med 2010; 164: 965-72.
7. Caporino NE, Brodman DM, Kendall PC, Albano AM, Sherrill J, Piacentini J, et al. Defining treatment response and remission in child anxiety: signal detection analysis using the pediatric anxiety rating scale. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2013; 52: 57-67.
8. Riddle MA, Ginsburg GS, Walkup JT, Labelarte MJ, Pine DS, Davies M, et al. The Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS): development and psychometric properties. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2002; 41: 1061-9.
9. Ginsburg GS, Keeton CP, Drazdowski TK, Riddle MA. The Utility of Clinicians Ratings of Anxiety Using the Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS). Child Youth Care Forum 2011; 40: 93-105.
10. Storch EA, Wood JJ, Ehrenreich-May J, Jones AM, Park JM, Lewin AB, et al. Convergent and discriminant validity and reliability of the pediatric anxiety rating scale in youth with autism spectrum disorders. J Autism Dev Disord 2012; 42: 2374-82.
11. Yaghmale F. Content validity and its estimation. J Med Educ 2003; 3: 25-7.
12. Van Roy B, Groholt B, Heyerdahl S, Clench-Aas J. Understanding discrepancies in parent-child reporting of emotional and behavioural problems: Effects of relational and socio-demographic factors. BMC Psychiatry 2010; 10:56. doi: 10.1186/1471-244X-10-56.
13. Comer JS, Kendall PC. A symptom-level examination of parent-child agreement in the diagnosis of anxious youths. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2004; 43: 878-86.
14. Fitzpatrick JJ, Kazer MW, editors. Encyclopedia of nursing research. 2nd ed. New York: Springer Pub; 2006.