



ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษากลาง Criterion-Related Validity of the 9 Questions Depression Rating Scale revised for Thai Central Dialect

ธรรณิทธิ์ กองสุข*, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล**, ศุภชัย จันทร์ทอง***,
เบญจมาศ พฤกษ์กานนท์****, สุภัตรา สุขาวห***, จินตนา ลีจิงเพิ่มพูน***
Thoranin Kongsuk*, Suwanna Arunpongpaisal**, Supachai Janthong***,
Benjamas Prukkanone****, Supattra Sukhawaha***, Jintana Leejongpermpoon***

* โรงพยาบาลสวนปรุง อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50100

** ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

**** กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต

* Suanprung Psychiatric Hospital Mueang Chiang Mai Chiang Mai 50100

** Department of psychiatry, Faculty of medicine, Khon Kaen University

*** Prasrimahabodi Psychiatric Hospital

**** Bureau of Mental Health Strategy Department of Mental Health

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อทดสอบความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ฉบับปรับปรุงภาษาไทยภาคกลาง หาค่าจุดตัด ความไว ความจำเพาะ และค่าการทำนายผลของแบบประเมินนี้

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาแบบ diagnostic test study design ในกลุ่มตัวอย่างประชากรภาคกลางอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่สุ่มเลือกจากจังหวัดนครนายก นนทบุรี อยุธยา จำนวน 1,164 คน เก็บข้อมูลในช่วงเดือน มกราคม - เมษายน 2560 โดยอาสาสมัครได้รับการสัมภาษณ์ด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9Q ฉบับปรับปรุงภาษาไทยภาคกลาง และแบบประเมิน Hamilton rating scale for depression (HRSD) จากพยาบาลที่มีวิสัยที่ผ่านการฝึกอบรมใช้เครื่องมือมาเป็นอย่างดีแล้วเข้ารับการตรวจสภาพจิตและสัมภาษณ์ด้วยเครื่องมือ Mini international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทยจากจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือเพื่อให้การวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์สมาคมจิตแพทย์อเมริกันครั้งที่ 4 ฉบับปรับปรุง (DSM-IV-TR) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และหาค่า sensitivity, specificity, cut off point, Pearson Correlation Coefficient และ ROC curve with 95% confidence interval

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง 1,164 ราย เป็นเพศหญิง 742 ราย (ร้อยละ 63.75) อายุเฉลี่ย 39.15 (SD 18.75) การศึกษาต่ำกว่ามัธยมปลาย (ร้อยละ 56.4) อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 35.3) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 66) ตรวจพบโรคซึมเศร้า depressive disorder คิดเป็นร้อยละ 5.58 โดยแบ่งเป็นชนิด Major depressive disorder (MDD) ร้อยละ 3.44 Dysthymia ร้อยละ 2.75 คะแนนเฉลี่ยจากแบบประเมิน 9Q คือ 4.56 (SD 7.65) คะแนนเฉลี่ยจากแบบประเมิน Hamilton rating scale for depression คือ 3.72 (SD 4.48) ความสัมพันธ์ของค่าคะแนนจากแบบประเมิน 9Q กับแบบประเมิน Hamilton rating scale for depression อยู่ในเกณฑ์ดี ด้วยค่า Pearson's product-moment correlation = 0.719 (95% CI: 0.69 to 0.746) ค่าจุดตัดที่เหมาะสมคือคะแนนตั้งแต่ 7 ขึ้นไป มีค่าความไวร้อยละ 86.15 ค่าความจำเพาะร้อยละ 83.12 ค่าความถูกต้องร้อยละ 83.29 ค่า positive likelihood ratio = 5.10 ค่า ROC area 0.897 (95% CI 0.85 to 0.943) เมื่อประเมินตามระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า พบว่า ช่วงค่าคะแนน 7-12 เป็นระดับเล็กน้อย มีค่าความไวร้อยละ 86.2 ความจำเพาะร้อยละ 83.1 ค่าทำนายผลทดสอบที่เป็นบวกโอกาสเป็นโรคซึมเศร้า (positive likelihood ratio) เป็น 5.1 เท่า ช่วงค่าคะแนน 13-17 เป็นระดับปานกลาง มีค่าความไวร้อยละ 83.3 ความจำเพาะร้อยละ 93.2 ค่าทำนายผลทดสอบที่เป็นบวกโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าเป็น 12.2 เท่า ช่วงค่าคะแนนช่วง 18 ขึ้นไป เป็นระดับรุนแรง มีค่าความไวร้อยละ 80.0 ความจำเพาะร้อยละ 95.2 ค่าทำนายผลทดสอบที่เป็นบวกโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าเป็น 16.6 เท่า

สรุป แบบประเมิน 9Q ฉบับปรับปรุงภาษากลาง มีค่าจุดตัดที่เหมาะสมคือคะแนนตั้งแต่ 7 ขึ้นไป ได้ค่าความไวและความจำเพาะสูง ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า จึงน่าจะเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการนำไปใช้ในระบบเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าที่สถานบริการระดับปฐมภูมิ

คำสำคัญ ความเที่ยงตรง แบบประเมินอาการซึมเศร้า ภาษาไทยภาคกลาง

Corresponding author: สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2561; 63(4): 321-334

ABSTRACT

Objective : To study criterion related validity of the 9 Questions Depression Rating Scale-revised for Thai Central dialect in term of sensitivity, specificity and predictive validity

Method : The diagnostic test study design was conducted by comparing the 9Q with psychiatrist's diagnosis as the gold standard during January to April 2017. Samples recruited from Thai Central population who aged above 15 years old. Cluster stratified random sampling by age and sex was performed to select 1,164 participants who living in Nakomnayok, Nonthaburi, and Ayuthaya province. Participants were informed consent before receiving interview by psychiatric nurses using demographic questionnaire, the 9 Questions Depression Rating Scale-revised for Thai Central dialect (9Q), and the Hamilton rating scale for depression (HRSD). Then they were interviewed by a psychiatrist who was blind the test result, and using the Mini international neuropsychiatric interview Thai version for diagnosis. Descriptive statistics were used for demographic data and inferential statistics were used for sensitivity, specificity, cut off point, Pearson Correlation Coefficient และ ROC curve with 95% confidence interval.

Results : Of 1,164 participants, 63.8% of them was female, mean aged of 39.15 (SD 18.75) years, 56.4% had low educational level (less than 12 year), 35.3% was labor, and 33% having physical illness. Prevalence of depressive disorder was 5.58% which classified to Major depressive disorder of 3.87%, Dysthymia of 2.75%. Mean scores of 9Q was 4.56 (SD 7.65) while mean score of HRSD depression was 3.72 (SD 4.48). Correlation scores between 9Q and HRSD was calculated Pearson's product-moment correlation of 0.719 (95% CI: 0.690 to 0.746). Optimum cut-off point of 9Q was 7 and above with sensitivity of 86.15, specificity of 83.12, correct classified of 83.29, positive likelihood ratio of 5.10, and ROC area of 0.897 (95%CI 0.850 to 0.943). Range of 9Q scores were classified severity of depression as the following : 7-12 as mild degree with sensitivity of 86.2%, specificity of 83.1%, positive likelihood ratio of 5.1; 13-17 as moderate with sensitivity of 83.3%, specificity of 93.2%, positive likelihood ratio of 12.2; 18 and above as severe with sensitivity of 80.0%, specificity of 95.2%, positive likelihood ratio of 16.6

Conclusion : The 9 Questions Depression Rating Scale-revised for Thai Central Dialect has good criterion related validity. Optimum cut-off point of 9Q was 7 and above with high sensitivity, high specificity. It might be used in primary health care centers for surveillance system of depressive disorders in Thailand.

Keywords : Validity, Thai Depression Rating Scale, Thai Central dialect

Corresponding author: Suwanna Arunpongpaisal

J Psychiatr Assoc Thailand 2018; 63(4): 321-334

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาหลักทางสาธารณสุขที่สำคัญ¹ องค์การอนามัยโลกได้ประมาณไว้ว่าโรคซึมเศร้า (depressive disorder) เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะลำดับที่ 11 จากทั้งหมด 291 โรคและอาการบาดเจ็บในประชากรทั่วโลก² และคาดการณ์ภาวะโรคของประชากรโลกว่า ปี พ.ศ. 2563 โรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพเป็นอันดับ 2 คณะทำงานกลางการศึกษาภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557 ได้ประเมินภาวะการสูญเสียด้านสุขภาพ ในหน่วย “ปีสุขภาวะที่สูญเสียไป (Disability-Adjusted Life Years: DALYs)” จากโรคและการบาดเจ็บของประชากร ความสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (YLDs) มีค่าประมาณ 4.8 ล้านปี ซึ่งเป็น 2.5 ล้าน YLDs ในเพศชาย และ 2.3 ล้าน YLDs ในเพศหญิง โดยเฉพาะโรคซึมเศร้าในเพศชายเป็นอันดับที่ 16 มีความสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพร้อยละ 1.5 คิดเป็น 37,000 ปี ขณะที่โรคซึมเศร้าในเพศหญิงเป็นอันดับที่ 4 มีความสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพร้อยละ 5.1 คิดเป็น 121,000 ปี³ เนื่องจากผู้ป่วยทำงานไม่ได้ มีการฆ่าตัวตาย⁴ ปัจจุบันคาดการณ์คนไทยเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ถึง 1.5 ล้านคน⁵ เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจะมีผลกระทบต่อทั้งร่างกายและการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การทำงานและอัตราการเต้นของหัวใจลดลง⁶ ผลผลิตจากการทำงานลดลง เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เรื้อรัง สูญเสียรายได้อันเนื่องมาจากผลผลิตการทำงานลดลง การลาหรือขาดงานเนื่องจากไม่สามารถทำงานได้⁶ คุณภาพชีวิตลดลง เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ^{7,8} ที่สำคัญผู้ที่มีอาการโรคซึมเศร้าจะมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายได้ถึงร้อยละ 44.2 เมื่อมีอาการรุนแรงถึงขั้นจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายที่มีมากกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า หากไม่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างเหมาะสม

อาการของโรคจะคงอยู่นานเป็นเดือนหรืออาจเรื้อรังเป็นปี และสามารถกลับเป็นซ้ำได้อีกแม้ว่าจะรักษาหายดีแล้วก็ตาม⁵

ระบบเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าได้เริ่มดำเนินงาน เมื่อปี พ.ศ.2549 โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ริเริ่มโดย ธรณินทร์ กองสุข และคณะ⁹ เป็นระบบที่มีเป้าหมายเพื่อการค้นหาผู้มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าซึ่งหมายถึง Major depressive disorder และ Dysthymia นอกจากนี้ยังประเมินผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเข้าสู่ระบบบริการให้มากที่สุดเพื่อได้รับการประเมินความรุนแรง การวินิจฉัยโรค บำบัดรักษา การติดตามผลการรักษาป้องกันการกำเริบซ้ำ ผลลัพธ์สุดท้ายคือ การเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยการใช้เครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าชนิด 2 คำถามหรือเรียกทั่วไปว่า 2Q และแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม หรือเรียกทั่วไปว่า 9Q และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถามที่เรียกว่า 8Q พบว่า เครื่องมือดังกล่าวช่วยเพิ่มการเข้าถึงการบริการจากร้อยละ 5.1 ในปี 2551 เป็นร้อยละ 48.50 ในปี พ.ศ. 2559¹⁰

แบบ 2Q และ 9Q พัฒนาคั้งแรกเป็นภาษาอังกฤษโดยสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ และธรณินทร์ กองสุข และคณะ^{11,12} เพื่อนำร่องใช้สำหรับให้บุคลากรสาธารณสุขประเมินผู้ป่วยในพื้นที่จังหวัดยโสธร แล้วขยายผลไปทั่วภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเฉพาะ แบบประเมิน 9Q ประกอบด้วยคำถาม เกี่ยวกับอาการของโรคซึมเศร้า 9 ข้อ ให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือกคือ ไม่มีอาการเลยให้ค่าคะแนน = 0 เป็นบางวันให้ค่าคะแนน = 1 เป็นบ่อยให้ค่าคะแนน = 2 และเป็นทุกวันให้ค่าคะแนน = 3 มีค่าคะแนนรวมสูงสุด 27 คะแนน จุดตัดของคะแนนคือตั้งแต่ 7 ขึ้นไป คุณสมบัติของแบบประเมิน 9Q มีค่า receiver operating characteristic area = 0.928 (95% CI = 0.893 to 0.964) มีค่า

9 คำถามฉบับปรับปรุงภาษากลาง

ความไวร้อยละ 75.68 ค่าความจำเพาะร้อยละ 93.37 ค่าความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้าเมื่อผลทดสอบเป็นบวก (positive likelihood ratio : LR+) 11.41 เท่า ต่อมาแบบประเมิน 9Q นี้มีการพัฒนาเป็นภาษาไทยได้เพื่อใช้ประเมินโรคซึมเศร้ากับประชากรภาคใต้ตอนบน โดย พงษ์เกษม ไข่มุกด์ และคณะ¹³ มีค่าความไวร้อยละ 69.05 มีค่าความจำเพาะร้อยละ 90.68 และมีการพัฒนาเป็นภาษากลาง โดยธรรณิการ์ กองสุข และคณะ¹⁴ ซึ่งได้ทำการทดสอบความน่าเชื่อถือ ความเที่ยงตรง และความสอดคล้องของระดับความรุนแรงอาการโรคซึมเศร้า โดยเปรียบเทียบกับแบบประเมินอาการซึมเศร้าชื่อ Hamilton rating scale for depression (HRSD-17) หรือ Thai-HRSD ที่พัฒนาโดยมาโนช หล่อตระกูล และคณะ¹⁵ พบว่า แบบประเมิน 9Q มีค่า Cronbach's alpha รายข้ออยู่ระหว่าง 0.784 - 0.821 และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.821 ค่าความสอดคล้องระหว่าง 2Q และ HRSD-17 ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Pearson เท่ากับ 0.719 ($p < 0.001$) มีค่าความไวร้อยละ 85 ค่าความจำเพาะร้อยละ 72 และค่า likelihood ratio 3.04 และมีการนำ 9Q ไปใช้ทั่วประเทศจนถึงปัจจุบัน

แต่อย่างไรก็ตาม ในการดำเนินงานมาจนถึงปัจจุบัน ผู้ให้บริการได้เสนอข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้ 9Q ว่า คำถามในบางข้อมีข้อจำกัดที่ทำให้ผู้ตอบแบบประเมิน เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อน บางคำถามมีความยาวเกินไปซึ่งมีผลต่อสมาธิและความจำของผู้ตอบ อาจทำให้ตอบไม่ตรงกับอาการที่เป็นอยู่จริง และไม่ได้ตามวัตถุประสงค์ของการวัด ตัวเลือกของข้อคำถามเป็นเรื่องความถี่ที่เกิดขึ้นหรือความรุนแรงของอาการ ส่งผลต่อภาพรวมของการประเมินระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าและการวินิจฉัยโรค รวมถึงการเลือกวิธีการรักษา และการประเมินผลลัพธ์จากการบำบัดรักษา นอกจากนี้ยังไม่มีผลวิเคราะห์ด้านความเที่ยงเชิงโครงสร้างของประเมิน 9Q ที่ใช้อยู่

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการปรับปรุงแบบประเมิน 9Q ภาษากลาง เพื่อให้มีความชัดเจนในข้อคำถาม ปรับให้กระชับ คำตอบตัวเลือกมีความชัดเจนมากขึ้น สามารถคัดแยกระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า โดยหาค่าคะแนนจุดตัดและค่าความไว ความจำเพาะของเครื่องมือที่ปรับปรุงใหม่นี้เทียบกับ เกณฑ์มาตรฐานทองคำ (gold standard) คือ การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าโดยจิตแพทย์สัมภาษณ์และตรวจสภาพจิตโดยใช้ Mini International Neuropsychiatric interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย¹⁴ ในหมวด A-Major depressive episode, B-Dysthymia, C-Suicidality และ D-Mania/Hypomania และเทียบกับค่าคะแนนจากเครื่องมือมาตรฐานวัดระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า HRSD-17¹⁵ และวิเคราะห์ความเที่ยงเชิงโครงสร้างของเครื่องมือนี้ เพื่อนำแบบประเมิน 9Q ฉบับปรับปรุงภาษากลาง ไปใช้ให้กับประชาชนที่ใช้ภาษากลาง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า

วิธีการศึกษา

ใช้ระเบียบวิธีการศึกษาแบบ diagnostic test study design ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการพัฒนาแบบประเมิน 9Q ภาษากลางฉบับปรับปรุง ดำเนินการในพื้นที่ภาคกลาง โดยใช้กระบวนการกลุ่มอภิปราย (focus group discussion) รายละเอียดสืบค้นได้จากรายงานวิจัยจากแหล่งอื่น ส่วนการทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือนี้ เก็บข้อมูลภาคสนามในช่วงเดือน มกราคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2560 ในพื้นที่ รพ.ส่งเสริมสุขภาพ ตำบล โรงพยาบาลทั่วไป หรือพื้นที่วัดในชุมชน จังหวัดนนทบุรี เมื่อวันที่ 26 มกราคม, 18-19 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 จังหวัดนครนายก เมื่อวันที่ 8-9 เมษายน พ.ศ. 2560 จังหวัดอยุธยา เมื่อวันที่ 22 -23 เมษายน พ.ศ. 2560 มีทีมจิตแพทย์จำนวน 3-5 คน พยาบาลนักวิจัย 15-20 คน ลงไปพื้นที่แต่ละครั้ง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นประชากรภาคกลางอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่สุ่มเลือกจากจังหวัดนครนายก นนทบุรี อยุธยา จังหวัดละ 390 ราย โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประกาศเชิญชวนมาตรวจสุขภาพจิต รวมทั้งคัดเลือกจากผู้ที่ยืนยันว่าจะมีปัญหาทางจิตเวช โดยแบ่งชั้นอายุเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ วัยรุ่นอายุ 15-24 ปีเลือกมา 350 คน วัยหนุ่มสาวอายุ 25-35 ปี 200 คน วัยทำงานอายุ 36-45 ปีเลือกมา 180 คน วัยกลางคน 46-59 ปีเลือกมา 240 คน วัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เลือกมา 200 คน รวมทั้งหมดจำนวน 1170 คน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้จากสูตร Buderer's formula¹⁷ ดังนี้

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} \times S_p \times (1 - S_p)}{L^2 \times (1 - prevalence)}$$

หรือ

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} \times S_N \times (1 - S_N)}{L^2 \times prevalence}$$

where n = required sample size,

S_N = anticipated sensitivity, กำหนด sensitivity 90 %

S_p = anticipated specificity, กำหนด specificity 85%

α = size of the critical region ($1 - \alpha$ is the confidence level), =0.05

$Z_{1-\alpha/2}$ = standard normal deviate corresponding to the specified size of the critical region (α), and =1.96

L = absolute precision desired on either side (half-width of the confidence interval) of sensitivity or specificity. =0.1, prevalence of depressive disorder 3.4%

N =1,017, missing 15% =153

n = 1170 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1) แบบประเมิน 9Q ฉบับปรับปรุงภาษาไทยภาคกลาง ที่พัฒนาแล้ว มีตัวเลือก 7 คำตอบ คือ 0 หมายถึง ไม่เป็นเลย 1 หมายถึง เป็นไม่รุนแรง นานๆ ครั้ง 2 หมายถึง เป็นปานกลางแต่นานๆ ครั้ง หรือ เป็นเล็กน้อยแต่บ่อยครั้ง 3 หมายถึง เป็นรุนแรงแต่นานๆ ครั้ง หรือ เป็นเล็กน้อยแต่เกือบทุกวัน 4 หมายถึง เป็นปานกลาง และเป็นบ่อย 6 หมายถึง เป็นปานกลางและเกือบทุกวัน หรือเป็นรุนแรงและเป็นบ่อย 9 หมายถึง เป็นรุนแรงและเกือบทุกวัน (ดูภาคผนวก) คะแนนอยู่ระหว่าง 0 ถึง 81 ให้โดยพยาบาลจิตเวชนักวิจัยที่ผ่านการฝึกอบรมใช้เครื่องมือ 2) แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของ DSM-IV และ ICD 10 คือ M.I.N.I.¹⁴ ในหมวด A-Major depressive episode, B-Dysthymia, C-Suicidality และ D-Mania/Hypomania ใช้โดยจิตแพทย์ที่ผ่านการอบรมและมีประสบการณ์ใช้เครื่องมืออย่างน้อย 3 ปี 3) เครื่องมือมาตรฐานวัดระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า HRSD-17¹⁵ ประกอบไปด้วยคำถาม 17 ข้อ ซึ่งประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ กลุ่มอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล การนอนหลับ การแสดงออกทางกายภาพ และความคิด โดยในแต่ละข้อได้แบ่งคะแนนของความรุนแรงของอาการออกเป็นตั้งแต่ 0-2 และ 0-4 เช่นเดียวกันกับต้นฉบับ โดยแบบประเมินดังกล่าวได้ผ่านการทดสอบหาค่าความแม่นยำตรงโดยเทียบกับ global assessment scale ซึ่งทำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 50 คน พบว่ามีค่าบ่งบอกถึงความเที่ยงในระหว่างผู้วัดว่ามีค่าสูง ($\kappa = 0.87$) ค่าความตรงสูง (Spearman's correlation coefficient = -0.824, $P < 0.0001$) และมีความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha coefficient = 0.738) ดังนั้น แบบประเมินนี้จึงมีความน่าเชื่อถือสูง และเหมาะสมในการนำประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ค่าคะแนน 0-7 หมายถึง ไม่มีอาการซึมเศร้า

8-13 หมายถึง อาการเล็กน้อย 14-18 หมายถึง อาการปานกลาง 19-23 หมายถึง อาการรุนแรงถึงระดับ Major depression 24 ขึ้นไป หมายถึง อาการรุนแรงมากที่สุด เครื่องมือนี้ใช้โดยพยาบาลจิตเวชที่ผ่านการฝึกอบรมจำนวน 21 คน ซึ่งมีค่า ICC 0.9 และ 4) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ใช้โดยนักวิจัยพยาบาลจิตเวช

วิธีการเก็บข้อมูล หลังจากโครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของรพ.พระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข หมายเลขอ้างอิง COA 001/2560 ทีมนักวิจัยได้ประสานกับเจ้าหน้าที่พยาบาลในพื้นที่รพ.ส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลทั่วไป กำหนดวันที่ทีมวิจัยลงพื้นที่ ใช้สถานที่ รพ.ส่งเสริมสุขภาพตำบล ห้องตรวจผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลทั่วไป หรือพื้นที่วัดในชุมชน ณ จังหวัดนนทบุรี ในวันที่ตรวจประเมิน อาสาสมัครทุกคนได้รับคำชี้แจงโครงการวิจัยอย่างละเอียดพร้อมซักถามข้อสงสัยจนเข้าใจอย่างแจ่มแจ้ง แล้วจึงลงนามสมัครใจในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ข้อมูลต่างๆ มีการเก็บในแบบบันทึกข้อมูลที่ไม่มีชื่อสกุลแต่เป็นเลขรหัสแทนเพื่อรักษาความลับของอาสาสมัคร พยาบาลจะไม่ทราบผลการวินิจฉัยของแพทย์ และแพทย์ก็จะไม่ทราบคะแนนการประเมินของพยาบาล หลังจากเสร็จสิ้นการลงพื้นที่แต่ละครั้ง แบบบันทึกข้อมูลทั้งหมดมีการตรวจสอบข้อมูล 3 ครั้ง แล้วส่งไปสแกนข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ที่หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่นแล้ววิเคราะห์ข้อมูลโดยนักสถิติของหน่วยระบาด

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนาเป็นค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ร้อยละ ความชุกโรคซึมเศร้า วิเคราะห์ความตรงตามเกณฑ์มาตรฐานการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า หาค่าจุดตัดที่เหมาะสม (optimum cut off point) วิเคราะห์หาค่า sensitivity, specificity, positive predictive value (PPV), negative predictive value (NPV), positive likelihood ratio (LR+) and negative likelihood ratio (LR-) และ receiver operating characteristic (ROC) area with 95%CI วิเคราะห์หาค่าความสอดคล้องของแบบประเมิน 9Q ฉบับปรับปรุงภาษากลาง กับ HRSD-17 ใช้ค่า Pearson correlation coefficient ด้วยโปรแกรม STATA

ผลการศึกษา

1. **ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 1)**
กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 1,164 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 742 ราย (ร้อยละ 63.75) อายุเฉลี่ย 39.15 (SD 18.75) สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 46.09 ระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมปลาย 656 คน (ร้อยละ 53.4) อาชีพรับจ้างร้อยละ 35.3 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 52.3 อาศัยอยู่ที่จังหวัดอยุธยา ร้อยละ 35.9 ไม่มีโรคประจำตัว 757 คน (ร้อยละ 66)

2. **ความชุกโรคซึมเศร้า (ตารางที่ 2)**
จากการวินิจฉัยของจิตแพทย์โดยใช้เกณฑ์ DSM-IV และระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าตามค่าคะแนน HRSD-17 พบว่า อัตราความชุกของ Major depressive disorder และ Dysthymia ในการศึกษาครั้งนี้คือ ร้อยละ 3.44 และ 2.75 ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย ปานกลางและรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 10.68, 2.41 และ 2.01 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 1,164 ราย

		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	422	36.25
	หญิง	742	63.75
ภูมิลำเนา	กรุงเทพฯ	41	3.52
	นนทบุรี	355	30.49
	อยุธยา	418	35.91
	นครนายก	254	21.82
	ปริมณฑล	53	4.55
	ภาคอื่นๆ	43	3.69
	กลุ่มอายุ (ปี) 14-18	199	17.09
สถานภาพ โสด	19-23	145	12.46
	24-34	197	16.92
	35-45	177	15.20
	46-59	239	20.53
	60-87	206	17.69
	แต่งงานและอยู่ด้วยกัน	460	39.52
การศึกษา	หย่า	536	46.05
	หม้าย	71	6.09
	ไม่ได้เรียน	96	8.25
อาชีพ	ไม่ได้เรียน	15	1.29
	ประถม 1-6	345	29.64
	มัธยม 1-6	548	47.08
	อนุปริญญา	126	10.82
	ปริญญาตรีและสูงกว่า	129	11.08
	รับจ้าง	410	35.22
	ค้าขาย	111	9.54
	เกษตรกร	53	4.55
	นักเรียน/นักศึกษา	209	17.96
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	74	6.36
รายได้ต่อเดือน	ว่างงาน	267	22.94
	อาชีพอื่นๆ	38	3.26
	น้อยกว่า 5000 บาท	601	51.63
	5000- 10000 บาท	301	25.86
	10001- 20000 บาท	187	16.07
	20001- 40000 บาท	50	4.29
มีโรคประจำตัว	มากกว่า 40000 บาท	11	0.95
	มีโรคประจำตัว	407	34.97
	โรคความดันโลหิตสูง	98	8.42
	โรคเบาหวาน ไชมันและความดันสูง	90	7.73
	โรคระบบหัวใจ คอ จมูก	58	4.98
	โรคเบาหวาน	23	1.96
	โรคหอบหืด	22	1.89
	โรคไขมันในเลือดสูง	20	1.72
	โรคระบบทางเดินอาหาร	17	1.46
	โรคอื่นๆ	79	6.79

9 คำถามฉบับปรับปรุงภาษากลาง

ตารางที่ 2 แสดงอัตราความชุกโรคซึมเศร้าตามการวินิจฉัยของจิตแพทย์และระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า เปรียบเทียบตามค่าคะแนน HRSD

	จำนวน	ร้อยละ
Depressive disorder	65	5.58
Major depressive episode	45	3.87
MDD	40	3.44
MDE with dysthymia	29	2.49
MDE with Bipolar	5	0.43
Dysthymia	32	2.75
ระดับไม่เศร้า (HRSD 0-7)	989	85.19
ระดับเศร้าเล็กน้อย (HRSD 8-13)	124	10.68
ระดับเศร้าปานกลาง (HRSD 14-18)	28	2.41
ระดับเศร้ามาก (HRSD \geq 19)	24	2.01

3. ค่าความไว ความจำเพาะ ค่าทำนายผล ของแบบประเมิน 9Q ฉบับปรับปรุงภาษาไทย ภาคกลาง (ตารางที่ 3 และ 4)

เมื่อเทียบเคียงกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์ สำหรับโรค Major depressive disorder และ Dysthymia พบว่า ค่าจุดตัดที่เหมาะสม คือ ค่าคะแนน 7 ขึ้นไป มีค่าความไวร้อยละ 86.2 ความจำเพาะร้อยละ 83.1 ค่าทำนายผลทดสอบที่เป็นบวกโอกาสเป็นโรคซึมเศร้า (LR+) เป็น 5.1 เท่า

เมื่อเทียบเคียงกับแบบประเมิน HRSD-17 เพื่อแบ่งระดับความรุนแรง พบว่า ค่าคะแนนช่วง 7-12 มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย มีค่าความไวร้อยละ 86.2 ความจำเพาะร้อยละ 83.1 ค่าทำนายผลทดสอบที่เป็นบวกโอกาสเป็นโรคซึมเศร้า (LR+) เป็น 5.1 เท่า ช่วงค่าคะแนนช่วง 13-17 มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง มีค่าความไวร้อยละ 83.3 ความจำเพาะร้อยละ 93.2 ค่าทำนายผลทดสอบที่เป็นบวกโอกาสเป็น

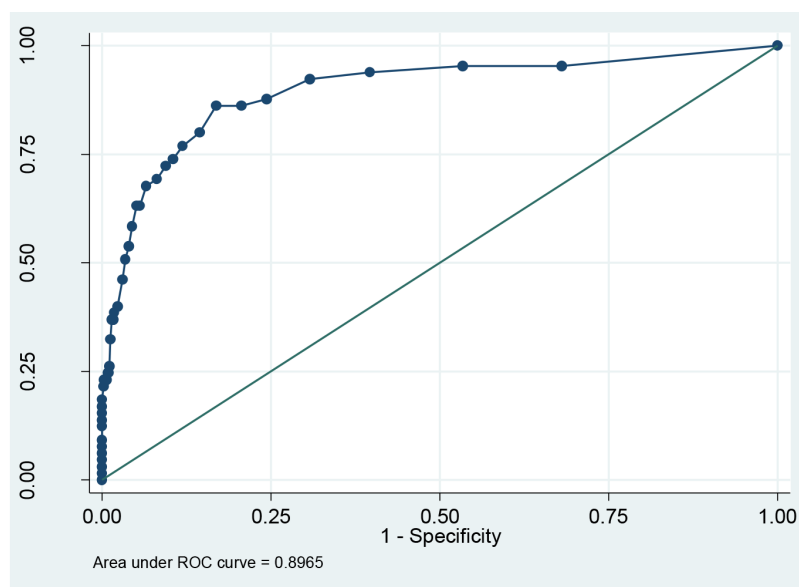
โรคซึมเศร้า (LR+) เป็น 12.2 เท่า ช่วงค่าคะแนนช่วง 18 ขึ้นไป มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง มีค่าความไวร้อยละ 80.0 ความจำเพาะร้อยละ 95.2 ค่าทำนายผลทดสอบที่เป็นบวกโอกาสเป็นโรคซึมเศร้า (LR+) เป็น 16.6 เท่า แสดงว่า จุดตัดที่สูง ความจำเพาะยิ่งมากขึ้น ค่าทำนายผลทดสอบบวกมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้ามากยิ่งขึ้น

4. ค่าความสอดคล้องของแบบประเมิน 9Q ฉบับปรับปรุงภาษาไทยภาคกลางกับ HRSD-17

คะแนนเฉลี่ยจากแบบประเมิน 9Q ฉบับปรับปรุงภาษาไทยภาคกลาง คือ 4.56 (SD 7.65) คะแนนเฉลี่ยจากแบบประเมิน HRSD-17 คือ 3.72 (SD 4.48) จากการวิเคราะห์หาค่า Pearson's correlation coefficient ของค่าคะแนนจากแบบประเมิน 9Q และค่าคะแนนจากแบบประเมิน HRSD-17 จากกลุ่มตัวอย่าง 1,164 ราย ได้เท่ากับ 0.719 (95%CI=0.69-0.746) แปลผลว่า แบบประเมินทั้งสองมีความสอดคล้องกันดี

ตารางที่ 3 แสดงค่าความไว ความจำเพาะ ค่าทำนายผล ของแบบประเมิน 9Q เทียบกับ HRSD

Cut off point	Degree	ROC (95%CI)	Sensitivity% (95%CI)	Specificity% (95%CI)	PPV% (95%CI)	NPV% (95%CI)	+LR (95%CI)	-LR (95%CI)
7-12	Mild	0.897 (0.850-0.943)	86.2 (75.3-93.5)	83.1 (80.8-85.3)	23.2 (18.-29.1)	99 (98.2-99.6)	5.1 (4.33-6.01)	0.17 (0.09-0.31)
13-17	Moderate	0.953 (0.928-0.977)	83.3 (69.8-92.5)	93.2 (91.5-94.6)	34.5 (25.9-43.9)	99.2 (98.5-99.7)	12.2 (9.49-15.7)	0.18 (0.10-0.34)
18 ขึ้นไป	Severe	0.957 (0.910-1.000)	80.0 (56.3-94.3)	95.2 (93.8-96.3)	22.5 (13.5-34.0)	99.6 (99.1-99.9)	16.6 (11.8-23.3)	0.21 (0.09-0.51)



ภาพที่ 1 แสดง กราฟโค้ง ROC เพื่อเลือกจุดตัดที่เหมาะสม เปรียบเทียบกับการวินิจฉัย MDD และ Dysthymia โดยจิตแพทย์

ตารางที่ 4 ค่าจุดตัดที่เหมาะสมของแบบประเมิน 9Q สำหรับ MDD และ Dysthymia

ค่าคะแนน	Sensitivity%	Specificity%	ความถูกต้อง%	LR+	LR-
≥5	87.69	75.64	76.31	3.60	0.16
≥6	86.15	79.38	79.76	4.18	0.17
≥7	86.15	83.12	83.29	5.10	0.17
≥8	80.00	85.58	85.27	5.55	0.23
≥9	76.92	88.05	87.42	6.44	0.26

9 คำถามฉบับปรับปรุงภาษากลาง

วิจารณ์

แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9Q เป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับของระบบบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของบุคลากรสาธารณสุขที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป มาตั้งแต่ระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัดได้เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2552 เครื่องมือนี้ใช้จำแนกผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลรักษาตามความรุนแรงของโรค และใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาจนหายดีแล้ว สำหรับแบบประเมิน 9Q ภาษากลางฉบับเดิมนั้น พัฒนาโดย ธรรณิทร์ กองสุข และคณะ¹³ ซึ่งได้ทำการทดสอบความน่าเชื่อถือ ความเที่ยงตรง และความสอดคล้องของระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าโดยเปรียบเทียบกับแบบประเมิน HRSD-17 ในกลุ่มตัวอย่างจากประชากรภาคอีสาน ส่วนแบบประเมิน 9Q ฉบับปรับปรุงภาษากลาง มีกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นประชากรภาคกลาง ซึ่งอาการซึมเศร้าในแต่ละคำถามได้จาก focus groups discussion และสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยและญาติ ที่ใช้ภาษากลาง และมีภูมิลำเนาอยู่ในภาคกลางของไทย อีกทั้งในฉบับปรับปรุงใหม่นี้ นอกจากมีการประเมินความถี่ของการเกิดอาการแล้ว ยังเพิ่มการประเมินความรุนแรงสำหรับแต่ละอาการด้วย ดังนั้น ทั้ง 2 แบบประเมิน จึงมีความแตกต่างกันในเนื้อหา ถึงแม้จะมี 9 คำถาม เหมือนกัน เมื่อเปรียบเทียบจะพบว่า ใช้จุดตัดที่ 7 คะแนนขึ้นไปเช่นเดียวกัน แต่แบบประเมิน 9Q ฉบับปรับปรุงภาษากลาง มีค่าความไวและค่าความจำเพาะที่สูงกว่า มีค่า LR+ ที่มากกว่า ซึ่งอาจเป็นผลมาจากข้อคำถามของแบบประเมิน 9Q ฉบับปรับปรุงภาษากลาง มีความชัดเจนตรงกับบริบทภาคกลางมากกว่า และมีการประเมินความรุนแรงของแต่ละอาการเพิ่มจากแบบเดิมที่ประเมินเฉพาะความถี่ รวมทั้งความชุกของโรคซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้มีมากกว่าด้วย แต่ทั้ง

2 แบบประเมิน ก็มีค่าความสัมพันธ์กับคะแนนของ HRSD-17 อยู่ในเกณฑ์ที่เช่นเดียวกัน

เมื่อเปรียบเทียบกับเครื่องมือที่คล้ายคลึงกัน เช่น PHQ9 ภาษาไทย¹⁸ ซึ่งข้อที่ 1-9 เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการของโรคซึมเศร้า และคำถามข้อที่ 10 สำหรับประเมินระดับความรุนแรงของปัญหาที่เกิดขึ้นจากอาการของโรคซึมเศร้าต่อการทำงาน การดูแลสิ่งต่างๆ ในบ้าน หรือการเข้ากับผู้คน ความแตกต่างที่ชัดเจนคือ PHQ9 ภาษาไทยเป็นแบบประเมินด้วยตัวเอง (self-rating instrument) ส่วนแบบประเมิน 9Q ฉบับปรับปรุงภาษากลางเป็นแบบสัมภาษณ์ (interview instrument) ที่ผู้ใช้ควรได้รับการฝึกอบรมก่อนนำไปใช้ การได้มาซึ่งคำถามแต่ละข้อนั้น PHQ9 ภาษาไทยจะได้จากการแปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษแล้ว แปลกลับเพื่อทดสอบ และปรับความเข้าใจให้เข้ากับวัฒนธรรม สำหรับแบบประเมิน 9Q ฉบับปรับปรุงภาษากลาง คำถามแต่ละข้อได้จาก focus groups และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยและญาติ เพื่อหาอาการและอาการแสดงของการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าที่สื่อออกมาเป็นภาษาที่เข้าใจกันโดยทั่วไปในผู้ที่มีภูมิลำเนาภาคกลาง และผู้ใช้ภาษากลาง และแต่ละข้อคำถามนอกจากถามความถี่แล้วยังถามระดับความรุนแรงด้วย ในการทดสอบ validity ของทั้ง 2 เครื่องมือใช้แบบสัมภาษณ์ M.I.N.I. ฉบับภาษาไทย และ HRSD-17 ฉบับภาษาไทย โดย PHQ9 ภาษาไทยให้นักจิตวิทยาที่ฝึกอบรมเป็นอย่างดีเป็นผู้สัมภาษณ์ประเมินกลุ่มตัวอย่างถือเป็น gold standard กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอกแผนกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลรามาริบัติ ส่วนแบบประเมิน 9Q ฉบับปรับปรุงภาษากลางให้จิตแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรม และมีประสบการณ์เป็นผู้ประเมินกลุ่มตัวอย่างด้วยเครื่องมือดังกล่าว ถือเป็น gold standard กลุ่มเป้าหมายนั้น สุ่มเลือกจากประชาชนในชุมชน พบว่า

PHQ9 ภาษาไทยมีค่า cut of point คือ 9 คะแนนขึ้นไป ซึ่งจะได้ค่า sensitivity 0.84, specificity 0.77, PPV 0.21, NPV 0.99, positive likelihood ratio 3.71¹⁷ ส่วนแบบประเมิน 9Q ฉบับปรับปรุงภาษากลางมีค่า cut of point คือ 7 คะแนนขึ้นไป พบว่า มีค่า sensitivity, specificity, และ LR+ ที่สูงกว่า PHQ9 ภาษาไทย

วัตถุประสงค์ของการพัฒนาแบบประเมิน 9Q ฉบับปรับปรุงภาษากลางนั้น ไม่ได้ต้องการให้นำไปใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองโรคซึมเศร้า แต่ใช้เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าสำหรับผู้ที่มีความรุนแรงของอาการซึมเศร้า สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคนไทยที่ใช้ภาษากลางในการสื่อสารประจำวัน ซึ่งเมื่อพิจารณาจากการเปรียบเทียบ กับ HRSD-17 ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานและเป็นที่ยอมรับทั่วไปสำหรับวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้า พบว่า มีค่าสถิติความสัมพันธ์อยู่ในเกณฑ์ดี Pearson's product-moment correlation = 0.719 (95% CI: 0.69 to 0.746) และจากการแบ่งระดับความรุนแรงออกเป็น 3 ระดับคือ เล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรง โดยมีช่วงของค่าคะแนน 7-12, 13-17 และ 18 คะแนนขึ้นไป (ตามตารางที่ 3) เมื่อเทียบกับ gold standard จะพบว่า แต่ละระดับความรุนแรงมีค่าความไว ค่าความจำเพาะที่สูง สำหรับค่าทำนายผลของทุกระดับความรุนแรงจะมีค่า NPV สูง (ร้อยละ 99, 99.2 และ 99.6) แต่ค่า PPV ต่ำ (ร้อยละ 23.2, 34.5 และ 22.5) ซึ่งค่า PPV แสดงถึงความน่าจะเป็นที่จะเป็นโรคหากผลการประเมินเป็นบวก ส่วนค่า NPV แสดงถึงความน่าจะเป็นที่จะไม่เป็นโรคหากผลการประเมินเป็นลบ ค่า PPV ที่ต่ำมักเกิดจากเครื่องมือมีค่าความจำเพาะที่ต่ำหรือกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีความชุกของโรคน้อย จากการศึกษาคั้งนี้ PPV ที่ต่ำน่าจะเป็นจากกลุ่มตัวอย่างมีความชุกของโรคซึมเศร้าน้อย (ร้อยละ 5.58) จึงมีข้อแนะนำว่าควรนำเครื่องมือนี้ไปใช้กับกลุ่มเสี่ยงที่มีความชุกของโรคซึมเศร้าสูง เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง กลุ่มหญิง

ตั้งครรภ์และหลังคลอด กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ติดสุรา หรือสารเสพติด กลุ่มผู้ประสบความสูญเสียคนที่รักหรือทรัพย์สิน ก็จะช่วยเพิ่มค่า PPV จะทำให้ผลการประเมินมีความแม่นยำมากยิ่งขึ้น ดังนั้นแบบประเมิน 9Q ฉบับปรับปรุงภาษากลางจึงสามารถใช้ตามวัตถุประสงค์ดังกล่าวข้างต้นได้เป็นอย่างดี

สรุป

แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9Q ฉบับปรับปรุงภาษาไทยภาคกลางนี้ สามารถนำไปใช้แทน 9Q ภาษาไทยภาคกลางฉบับเดิม จากการปรับคำถามและเพิ่มการประเมินความรุนแรงของแต่ละอาการ ทำให้ได้ค่าความไว ความจำเพาะและค่าการทำนายผลที่ดีขึ้นกว่าเดิม ถึงแม้ใช้จุดตัดเดียวกันคือ 7 คะแนนขึ้นไป อีกทั้งความไว ความจำเพาะ และค่าทำนายผลของทุกระดับความรุนแรง (เล็กน้อย, ปานกลาง, รุนแรง) มีค่าสูง จะช่วยให้พยาบาลและแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีความมั่นใจมากขึ้นในการวินิจฉัยและการวัดความรุนแรงของโรคซึมเศร้า รวมถึงสามารถใช้ติดตามเฝ้าระวังการกลับซ้ำของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณจิตแพทย์ผู้ร่วมเป็นที่วิจัย นพ.ศักรินทร์ แก้วเฮ้า, นพ.บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์, พญ.หทัยชนนี บุญเจริญ, นพ.ชูเกียรติ ยงพิทยาพงศ์, พญ.วิรัชพัชร กิตติระพันธ์, นพ.พงศกร เล็งดี พยาบาลจิตเวชนักวิจัย ผู้บริหารและเครือข่ายสุขภาพจิตผู้มีส่วนร่วมในการเก็บข้อมูลวิจัยจังหวัดนนทบุรี นครนายก ออยุธยา และกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ในการให้ความร่วมมือทดสอบคุณสมบัติด้านความเที่ยงและความตรงของแบบประเมิน 9Q ฉบับปรับปรุงภาษาไทยภาคกลางจนเสร็จสิ้นกระบวนการ

9 คำถามฉบับปรับปรุงภาษากลาง

ขอบคุณโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ที่สนับสนุนงบประมาณการวิจัย และประโยชน์และคุณค่าที่ดีงามที่ได้จากงานวิจัยฉบับนี้ คณะผู้วิจัยขออุทิศให้แก่ผู้มีพระคุณ ครูอาจารย์ที่ช่วยพัฒนาการดำเนินงาน สุขภาพจิต และผู้ป่วยโรคทางจิตเวช

เอกสารอ้างอิง

- O'Neill SM, Kabir Z, McNamara G, Buckley CM. Comorbid depression and risk of lower extremity amputation in people with diabetes: systematic review and meta-analysis. *BMJ Open Diabetes Research & Care*. 2017; 5(1): e000366.
- Murray CJ, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380(9859): 2197-223.
- Thailand BoDRPTB. Disability -Adjusted Life Years: DALYs in 2557. Report. International Health Policy Program, : Ministry of Public Health. Tiwanon Road, Muang district, Nonthaburi province 11000 Thailand; 2017.
- Sriruenthong W, Kongsuk T, Pengchuntr W, Kittirattanapaiboon P, Kenbubpha K, YingYeun R et al. The suicidality in Thai population: a national survey. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2011; 56(4): 413-24
- Kongsuk T, Pengjuntr W, Kittirattanapaiboon P, Kenbubpha K, Sukawaha S, Leejongpermpoon J, et al. The Prevalence of Major Depressive Disorders in Thailand: Results from the Epidemiology of Mental Disorders National Survey 2008. *Proceedings of WPA Section on Epidemiology and Public Health - 2010 Meeting Prediction in Psychiatric Epidemiology: from Childhood and Adolescence to Adulthood* July 11 to 14, Portugal. Lisbon; 2010
- Katon W. The impact of depression on workplace functioning and disability costs. *Am J Manag Care* 2009; 15 (suppl 11): s322-7.
- Pangchuntr W, Kongsuk T, Yingyeun R, Kenbubpha K, Sukawaha S, Leejongpermpoon J, et al. The effect of major depressive disorder on quality of life and productivity in Thai patients. *Proceedings of The 11th Healthy Mental Health in Thailand*, 22th- 24th August, Thailand. Bangkok; 2012.
- IsHak CS, Sayer G. Sexual Satisfaction and Quality of Life in Major Depressive Disorder Before and After Treatment With Citalopram in the STAR*D Study. *J Clin Psychiatry* 2013; 74: 256-261.
- Kongsuk T, Kenbubpha K, Sukhawaha S, Yingyuen R, Sukjai S, Leejongpermpoon J, et al. Surveillance system of depression in Thailand: Prasrimahabodi psychiatric hospital; 2006. 117 p.
- Kongsuk T, Supanya S, Kenbubpha K, Phimtra S, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Services for depression and suicide in Thailand. *WHO South-East Asia J Public Health* 2017; 6: 34-8.

11. Arunpongpaisal S, Kongsuk T, Maneethorn N, Maneethorn B, Wannasawek K, Leejongpermpoon J, et al. Development and validity of two-question screening test for depressive disorders in Northeastern Thai community. *Asian J Psychiatr* 2009; 2: 149-52.
12. Kongsuk T, Kenbubpha K, Sukhawaha S, Yingyuen R, Sukjai S, Leejongpermpoon J, et al. The development and validity of the 9-question depressive disorder diagnostic test in Thai I-san dialects. Proceedings of The WPA Thematic Conference on Depression and Other Common Mental Disorders in Primary Care, held in Spain, Granada, from June 18th to 21th, 2008; The 11th Congress of the ASEAN Federation for Psychiatry and Mental Health 26th-29th August, Thailand. Bangkok; 2008.
13. Kaimuk P, Junsirimongkol B, Kwansanit P, Thaneerat T, Singkhorn O, et al. Development and validity of two-question screening test for depressive disorders and the 9-question depressive disorder diagnostic test in East Thai community. Proceedings of 9th Annual International Mental Health Conference in Thailand. Bangkok: 2010.
14. Kongsuk T, Janthong S, Kenbubpha K, Sukhawaha S, Yingyuen R, Leejongpermpoon J, et al. The Reliability and validity of the 9 Questions for Assessment of Depressive Symptom comparison with the Hamilton Rating Scale for Depression. Proceedings of 9th Annual International Mental Health Conference in Thailand. Bangkok: 2010.
15. Lotrakul M, Sukanich P, Sukying C. The Reliability and Validity of Thai version of Hamilton Rating Scale for Depression. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 1996; 41: 235-46.
16. Kittirattanapaiboon P, Khamwongpin M. The Validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)-Thai Version. *Journal of Mental Health of Thailand* 2005; 13 (3): 125-35.
17. Buderer NM. Statistical methodology: I Incorporating the prevalence of disease into the sample size calculation for sensitivity and specificity. *Acad Emerg Med* 1996; 3: 895-900.
18. Lotrakul M, Sutida S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry* 2008; 8: 46

แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษาไทยภาคกลาง

ลำดับ คำถาม	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จนถึงวันนี้ (สรรพนาม) มีอาการเหล่านี้หรือไม่?	ไม่มี เลย	มี						คะแนน รวม (ความ รุนแรงคูณ ความถี่)
			ความรุนแรง			ความถี่			
			น้อย	ปาน กลาง	มาก	นาน ๆ ครั้ง (1-6 วัน)	บ่อย (7-10 วัน)	เกือบทุกวัน (มากกว่า 10 วัน)	
1	ไม่สบายใจ เศ็ง ทุกข์ใจ เศร้า ท้อแท้ ซึม หงอย	0	1	2	3	1	2	3	
2	เบื่อ ไม่อยากพูดไม่อยากทำ อะไร หรือทำอะไรก็ไม่สนุก เพลิดเพลินเหมือนเดิม	0	1	2	3	1	2	3	
3	หลับยาก หลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากไป	0	1	2	3	1	2	3	
4	อยู่เฉยๆ ไม่ได้ทำอะไร ก็รู้สึกเหนื่อยใจ ไม่มีแรง	0	1	2	3	1	2	3	
5	เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป	0	1	2	3	1	2	3	
6	รู้สึกแย่กับตนเอง หรือรู้สึกว่า ตนเองล้มเหลว หรือรู้สึกว่าตัวเองเป็นภาระกับ ครอบครัวและคนอื่น	0	1	2	3	1	2	3	
7	เวลาที่ทำกิจกรรมอะไร ไม่สามารถตั้งใจกับสิ่งที่ ทำได้นาน	0	1	2	3	1	2	3	
8	ความคิด การพูด การ เคลื่อนไหวช้าลงกว่าเดิม หรือ มีความรู้สึกกระวนกระวาย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้	0	1	2	3	1	2	3	
9	คิดไม่อยากมีชีวิตอยู่ หรืออยากทำร้ายตนเอง	0	1	2	3	1	2	3	
รวมคะแนน									

การแปลผลคะแนน

- <7 คะแนน = ไม่มีอาการซึมเศร้า หรือมีอาการซึมเศร้า ระดับน้อยมาก
- 7-12 คะแนน = มีอาการซึมเศร้า ระดับน้อย
- 13-17 คะแนน = มีอาการซึมเศร้า ระดับปานกลาง
- ≥ 18 คะแนน = มีอาการซึมเศร้า ระดับรุนแรง