



# การปรับปรุงเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า KKU-DI เพื่อให้มีความไวต่อเพศภาวะ

สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล พบ.\* สมพร รุ่งเรืองกลกิจ ปร.ด.\*\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อปรับปรุงเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าชื่อ KKU-DI ให้มีจำนวนข้อลดลง และทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือโดยแยกเพศภาวะและระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

**วิธีการ** ระยะที่ 1 เป็นการปรับปรุงเครื่องมือโดยให้กลุ่มผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลศรีนครินทร์จำนวน 100 คน และกลุ่มประชาชนทั่วไปในเขตจังหวัดขอนแก่นจำนวน 100 คนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวนเพศชายและหญิงเท่ากันตอบแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า KKU-DI ชุดเดิมซึ่งมี 30 ข้อ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่า Cronbach's alpha coefficient และ factor analysis เพื่อลดข้อคำถามที่ไม่สอดคล้องและซ้ำซ้อน ปรับปรุงข้อความให้กระชับสื่อความหมายชัดเจนได้เครื่องมือ KKU-DI ชุดใหม่ไปใช้ในระยะที่ 2 เพื่อหาจุดตัดของเครื่องมือนี้โดยเปรียบเทียบกับ MADRS ฉบับภาษาไทยซึ่งกำหนดเกณฑ์ค่าคะแนนตั้งแต่ 13 ขึ้นไปถือว่ามีภาวะซึมเศร้า ใช้กลุ่มตัวอย่างคือชาวบ้านทั่วไปใน 8 จังหวัดของภาคอีสานรวมทั้งสิ้น 1,210 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยพยาบาลผู้ช่วยวิจัยที่รับผิดชอบในพื้นที่ลงไปเยี่ยมบ้านพร้อม อสม. ชาวบ้านที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการตอบแบบสอบถามทั่วไปและแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า KKU-DI ชุดใหม่ จากนั้นพยาบาลประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย MADRS ฉบับภาษาไทยโดยไม่ทราบค่าคะแนนจาก KKU-DI นำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติหาค่าความไว ความจำเพาะและจุดตัดที่เหมาะสม โดยแบ่งตามเพศภาวะและระดับความรุนแรง

**ผลการศึกษา** กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 ระยะรวม 1,410 คน หญิงและชายเกือบเท่ากัน (ชาย:หญิง=703:707) ในระยะที่ 1 จำนวน 200 คนมีอายุเฉลี่ย 47.5 ปี (SD 15 พิสัย 19-68 ปี) วิเคราะห์ KKU-DI เดิมมีค่า Cronbach's alpha 0.961 เมื่อวิเคราะห์รายข้อสามารถตัดออก 16 ข้อ ได้ KKU-DI ชุดใหม่ 14 ข้อ ระยะที่ 2 ศึกษาในชุมชนชาวบ้านจำนวน 1,210 คนมีอายุเฉลี่ย 40.9 ปี (SD 16.3 พิสัย 16-90 ปี) สถานภาพคู่ (ร้อยละ 61.1) ส่วนใหญ่มีพื้นฐานระดับถึงปานกลาง ระดับการศึกษาน้อย อาชีพรับจ้างและเกษตรกรกรรม เมื่อศึกษาความเที่ยงของ KKU-DI 14 ข้อพบว่ายังคงมีความสอดคล้องภายในของข้อคำถามสูงได้ค่า Cronbach's alpha 0.895 มีปัจจัยโครงสร้างอยู่ 2 องค์ประกอบครอบคลุมตัวแปรทั้งหมดร้อยละ 50.2 คืออารมณ์ซึมเศร้าและอาการทางกาย อัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในหญิงมากกว่าชายอย่างมีนัยสำคัญ (12.2%:8.6%,  $p=0.048$ ) ค่าคะแนนเฉลี่ยของ KKU-DI ในเพศหญิงสูงกว่าชายอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน (หญิง:ชาย = $6.63\pm 6.07$ : $4.99\pm 4.84$ ,  $p=0.000$ ) ค่าจุดตัดในเพศชายคือตั้งแต่ 5 และหญิงคือตั้งแต่ 6 ขึ้นไป มีความไวร้อยละ 92 (95% CI=85-100%) ความจำเพาะร้อยละ 63 (95% CI=59-67%) ค่าจุดตัดแยกระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในเพศชายและหญิงคือระดับเล็กน้อยอยู่ระหว่าง 5-12 และ 6-12 ตามลำดับ ระดับปานกลางคือ 13 ระดับรุนแรงตั้งแต่ 15 ขึ้นไป

**สรุป** KKU-DI 14 ประเมินภาวะซึมเศร้าแยกเพศภาวะโดยมีจุดตัดที่แตกต่างระหว่างชายและหญิง ความไวสูงถึงร้อยละ 92 ความจำเพาะร้อยละ 63 และมีจุดตัดแยกระดับความรุนแรง

**คำสำคัญ** Khon Kaen University Depression Inventory (KKU-DI) ความไวต่อเพศภาวะ

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2553; 55(2): 177-189

\* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\* ศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพศภาวะและสุขภาพสตรีมหาวิทยาลัยขอนแก่น



# Revision of the KKU-DI, Depression Test for Gender Sensitivity

Suwanna Arunpongpaisal M.D.\*, Somporn Rungreangkulkij Ph.D.\*\*

## Abstract

**Objective:** To revise the Khon Kaen University Depression Inventory (KKU-DI) 30 test items to have fewer items, and greater gender sensitivity in depression screening. To find the optimum cut-off point for the KKU-DI new version test to discriminate severity of depression.

**Method:** In the first stage, the KKU-DI 30 was revised by a reliability testing based on Cronbach's alpha coefficient and factor analysis applied in 100 psychiatric outpatients and 100 normal volunteers with equal sex distribution at Srinagarind Hospital. In the second stage, the revised KKU-DI was applied in 1,210 volunteers in 8 provinces of the Northeastern regions. Data collection was conducted by home-visiting. The KKU-DI new version was administered by local health volunteers, and then all of them had to be interviewed independently by specially trained nurses using Montgomery-Asberg Depression Assessment Scale, Thai version (MADRS-T). Depression was defined as a MADRS-T score of at least 13. Outcomes measures were analyzed using sensitivity, specificity and optimum cut-off point for gender sensitivity and degree of severity.

**Results:** A total of 1,410 subjects were recruited to this study. Male and Female were nearly equal (M:F=703:707). In the first stage 200 subjects had mean age of 47.5, SD 15 (range 19-68) and in the second stage 1,210 subjects in community had mean age of 40.9, SD 16.3 (range 16-90), married (61.1%), predominately low to middle socioeconomic status, low educational attainment and were engaged in agricultural and labor work. KKU-DI 30 item test had high internal consistency with Cronbach's alpha coefficient 0.961. Item reduction and revision were based on Cronbach's alpha, factor loading, and item redundancy, and finally 16 items were removed. The New KKU-DI-14 item had was applied in community samples. Internal consistency of KKU-DI-14 was still high at 0.895 with 2 factors covering total variance of 50.2% such as depressive mood and somatic symptoms. Prevalence of depression in female was significantly higher than in male (12.2% vs 8.6%,  $p=0.048$ ). Mean scores of KKU-DI in female was significantly higher than male ( $6.63\pm 6.07$  vs  $4.99\pm 4.84$ ,  $p=0.000$ ). The optimum cut-off point for male and female was at least 5 and 6 with sensitivity of 92% (95% CI=85-100%), and specificity of 63% (95% CI=59-67%) Optimum cut-off point for discriminateion of severity was: 5-12 in male and 6-12 in female as mild; 13-14 as moderate; 15 and above as severe in both genders.

**Conclusion:** The KKU-DI-14 is a valid and reliable instrument for depression and has gender sensitivity with different cut-off point. It has high sensitivity of 92%, specificity of 63% and can discriminate severity of depression.

**Key words:** Khon Kaen University Depression Inventory (KKU-DI), gender sensitivity

J Psychiatr Assoc Thailand 2010; 55(2): 177-189

\* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

\*\* Center for Research and Training on Gender and Women's Health, Khon Kaen University

## บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ นับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้น ผลจากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของประเทศไทยปี พ.ศ. 2546 โดยกรมสุขภาพจิต<sup>1</sup> พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 5.4 แยกเป็นโรคซึมเศร้า (Major depressive episode) ในช่วง 1 เดือนคิดเป็นร้อยละ 3.2 ประเมินการว่าประชากรไทยอายุ 15-59 ปี จำนวน 1.2 ล้านคน มีภาวะซึมเศร้า และในจำนวนนี้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (Major depressive episode) ประมาณ 871,700 คน ป่วยเป็น dysthymia ประมาณ 321,300 คน จากการศึกษาาร่วมกันระหว่างองค์การอนามัยโลก ธนาคารโลก และ Harvard School of Public Health<sup>2</sup> ในการคาดการณ์ภาวะโรคที่มีต่อประชากรในทุกภูมิภาคของโลกโดยวัดความสูญเสียเป็นจำนวนปีที่ดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดี พบว่าโรคซึมเศร้าจะอยู่ในอันดับ 2 ในปี ค.ศ. 2020 ซึ่งหมายถึงโรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพของประชากรโลกที่รุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาภาวะโรคและการบาดเจ็บ (Disability Adjusted Life Years, DALYs) ในปี พ.ศ. 2542<sup>3</sup> ซึ่งเปรียบเทียบความสูญเสียจากการบาดเจ็บและเจ็บป่วย 135 ประเภท พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญก่อความสูญเสียเป็นอันดับที่ 1 ในผู้หญิงไทย และเป็นอันดับ 4 ในผู้ชายไทย เมื่อเปรียบเทียบเฉพาะกลุ่มโรคทางจิตเวชพบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะสูงที่สุด แสดงว่าผู้ป่วยต้องทนทุกข์อยู่กับอาการป่วยเป็นเวลานานกว่าโรคอื่นส่งผลกระทบต่อสังคมค่อนข้างสูง

เมื่อพิจารณาความแตกต่างทางเพศ จากการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้าของ Kuehner<sup>4</sup> พบว่า โรคซึมเศร้าพบในเพศหญิงมากกว่าชาย ข้อค้นพบนี้เป็นปรากฏการณ์ที่สอดคล้องกันทั่วโลก โดยพบอุบัติการณ์ในผู้หญิงประมาณ 2 เท่าของผู้ชาย<sup>5</sup> สำหรับในประเทศไทย จากการศึกษาของกรมสุขภาพจิต<sup>1</sup> พบว่ามีความชุกของโรค Major depressive disorder

ในผู้หญิง ร้อยละ 3.98 ผู้ชาย ร้อยละ 2.47 (อัตราส่วนหญิง:ชาย เป็น 1.6 : 1) เพศภาวะมีอิทธิพลต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้หญิงและผู้ชายต่างกัน<sup>9-12</sup> เพศภาวะเป็นคำที่ใช้อธิบายคุณลักษณะของผู้หญิงและผู้ชายที่เกิดจากความคาดหวังของสังคม เป็นสิ่งที่เรียนรู้ถ่ายทอดผ่านกระบวนการเรียนรู้และขัดเกลาทางสังคม (social construction) และมีความแตกต่างในแต่ละสังคมขึ้นอยู่กับ ค่านิยม ความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรม การศึกษา ขนชั้น การวิเคราะห์เพศภาวะในการเกิดปัญหาสุขภาพจะนำไปสู่การให้บริการสุขภาพที่เท่าเทียมและเป็นธรรมระหว่างเพศหญิงและชาย<sup>10,13</sup> ความแตกต่างของการเกิดโรคซึมเศร้าในเพศหญิงและชายผ่านมุมมองเพศภาวะ เชื่อว่าผู้หญิงมีความอดทนน้อยกว่าผู้ชาย และมีแนวโน้มที่จะรายงานอาการไม่สบายทางร่างกาย แสดงออกทางอารมณ์ชัดกว่า รวมถึงมาใช้บริการดูแลรักษาสุขภาพมากกว่าผู้ชาย ขณะที่สังคมคาดหวังต่อความเป็น “ชาย” ว่าต้องเข้มแข็ง อดทน อดกลั้น ไม่แสดงความอ่อนไหวร้องไห้ออกมาให้คนเห็น ทำให้ผู้ชายไม่ค่อยแสดงออกทางอารมณ์ หรือยอมรับว่าตนเองมีปัญหา<sup>14</sup>

มีนักวิชาการหลายท่านได้พัฒนาเครื่องมือคัดกรองประเมินภาวะซึมเศร้า เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ แต่เครื่องมือทั้งหลายได้พัฒนามาจากแนวคิดทางการแพทย์ ไม่มีความละเอียดอ่อนด้านเพศภาวะ ปัจจุบันมีเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้า 3 ชุดที่มีความละเอียดอ่อนเชิงวัฒนธรรม คือ Khon Kean University depression Inventory หรือ KKU-DI ซึ่งพัฒนาโดย สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล<sup>15</sup> มีข้อคำถาม 30 ข้อ ให้คำตอบเป็นมาตราวัดระดับตั้งแต่ 0-3 มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-90 ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient 0.95 ค่าความไวและความจำเพาะเท่ากันคือ ร้อยละ 88 (95% CI = 86-90%) ค่าคะแนนที่เป็นจุดตัดคือ 20 ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าคนไทยอีสานทั้งในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าชนิด 2 คำถาม โดยสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ<sup>16</sup> และแบบ

ประเมินโรคซึมเศร้าชนิด 9 คำถาม ภาษาอีสานพัฒนา โดย ธรณินทร์ กองสุข และคณะ<sup>17</sup> เครื่องมือทั้ง 3 พัฒนา โดยการศึกษาอาการที่พบบ่อยในคนอีสาน และภาษาที่ใช้เรียกอาการ อย่างไรก็ตาม KKU-DI 30 ข้อได้มีการนำใช้หลายแห่งและผู้ใช้เสนอแนะว่าข้อคำถามมีมากเกินไป ไม่สะดวกใช้ในชุมชน มีบางข้อซ้ำซ้อนกับข้ออื่น และมีข้อคำถามอาการทางกายมากกว่าแบบคัดกรองชนิดอื่น นอกจากนี้ยังไม่สามารถแยกกระตือรือร้นของภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้เพศชายมีการแสดงออกของอารมณ์และอาการไม่สบายทางกายน้อยกว่าผู้หญิง ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานว่าจุดตัดระหว่างเพศชายและหญิง น่าจะแตกต่างกัน จึงต้องปรับปรุงเครื่องมือนี้เพื่อลดจำนวนข้อที่ซ้ำซ้อน หาค่าจุดตัดที่มีความแตกต่างระหว่างเพศ และสามารถแยกกระตือรือร้นของภาวะซึมเศร้าได้

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อปรับปรุงเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า KKU-DI
2. เพื่อทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า KKU-DI ฉบับปรับปรุงใหม่นี้ โดยหาค่าคะแนนจุดตัดแยกเพศและระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

**ระเบียบวิธีวิจัย** เป็นการศึกษาปรับปรุงเครื่องมือ และทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Tool revision and diagnostic test study) ระยะเวลาในการทำวิจัย 1 ปี เริ่มตั้งแต่เมษายน พ.ศ. 2552 จนถึง มีนาคม 2553 แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ปรับปรุงเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าชื่อ KKU-DI โดยลดจำนวนข้อที่ซ้ำซ้อน ใช้กลุ่มตัวอย่างอายุ 18 ปีขึ้นไป คือ 1) ผู้ป่วยนอกที่มาแผนกจิตเวช โรงพยาบาลศรีนครินทร์ด้วยภาวะซึมเศร้า จำนวน 100 คนแบ่งเพศชายและหญิงกลุ่มละ 50 คน 2) ประชาชนทั่วไปที่เป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ หรือนักศึกษาที่ไม่เคยมีประวัติป่วยทางจิตเวชมาก่อน จำนวน 100 คน แบ่งเป็นเพศชาย และหญิงกลุ่มละ

50 คน ทั้ง 200 คน ตอบแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า KKU-DI ชุด 30 ข้อคำถาม นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์หาค่า Cronbach's alpha coefficient และ factor analysis เพื่อลดข้อคำถามที่ไม่สอดคล้องและซ้ำซ้อน ปรับปรุงข้อความให้กระชับสื่อความหมายชัดเจน

ระยะที่ 2 ศึกษาหาความเที่ยงตรงของแบบ KKU-DI ชุดปรับปรุงใหม่ โดยเปรียบเทียบกับแบบประเมินภาวะซึมเศร้ามาตรฐานชื่อ Montgomery-Asberg Depression Assessment Scale, Thai version (MARDS-T)<sup>18,19</sup> โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นชาวบ้านจาก 8 ชุมชนเมือง และชนเมืองใน 8 จังหวัดของภาคอีสาน คือ ขอนแก่น อุดรธานี หนองคาย หนองบัวลำภู มหาสารคาม ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ ชัยภูมิ จังหวัดละ 1 ชุมชนๆ ละ 150 คน รวมทั้งสิ้น 1,200 คน แต่ละชุมชนแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 กลุ่มอายุเพศชายและหญิงเท่าๆ กัน คือ 18-25 ปี จำนวน 26 คน รวม 208 คน ช่วงอายุ 26-35 ปี จำนวน 50 คน แบ่งเป็นเพศชายและหญิงเท่าๆ กัน รวม 400 คน ช่วงอายุ 36-60 ปีจำนวน 50 คน แบ่งเป็นเพศชายและหญิงเท่าๆ กัน รวม 400 คน ช่วงอายุ 61 ปีขึ้นไปจำนวน 24 คนแบ่งเป็นเพศชายและหญิงเท่าๆ กัน รวม 192 คน กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือกว่าเป็นชาวบ้านที่มีอายุ และเพศตามที่กำหนดอาศัยอยู่ในชุมชนในวันที่ไปเก็บข้อมูล สามารถเข้าใจภาษาไทย เริ่มต้นด้วยการประสานงานกับพยาบาลที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ชุมชนที่เลือกเป็นพื้นที่ในการเก็บข้อมูลจังหวัดละ 1 คน รวม 8 คนให้เป็นผู้ช่วยวิจัย จัดประชุมกลุ่มผู้ช่วยวิจัย ทั้ง 8 คนเพื่อชี้แจงโครงการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลอบรมการใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า MADRS-T และวัดความคิดเห็นว่ามีภาวะซึมเศร้าตรงกัน สำหรับกรณีผู้ป่วยตัวอย่าง 3 รายได้มากกว่าร้อยละ 90 จากนั้นผู้ช่วยวิจัยที่รับผิดชอบในพื้นที่ ไปประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.)ในพื้นที่ที่เก็บข้อมูลโดยชี้แจงโครงการวิจัย วิธีการคัดเลือกกลุ่ม

ตัวอย่างและวิธีการใช้แบบสอบถามทั่วไป แบบสำรวจ บทบาทที่ทำในครอบครัวและชุมชน และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า KKU-DI ชุดปรับปรุงใหม่ให้ อสม.เข้าใจ เมื่อถึงวันเก็บข้อมูลพยาบาลผู้ช่วยวิจัยกับ อสม.ประจำหมู่บ้านเดินทางเยี่ยมบ้านชาวบ้านตามนัดหมาย อสม. เป็นผู้อ่านข้อคำถามแต่ละข้อในแบบสอบถามทั้งหมดให้ ชาวบ้านที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยลงนามไว้เป็นหลักฐานไว้ก่อน เมื่อชาวบ้านตอบให้ อสม. กาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่เลือกตอบ จากนั้นให้ชาวบ้านคนนั้นพบ พยาบาลผู้ช่วยวิจัย ประเมินภาวะซึมเศร้าอาสาสมัคร ด้วย MADRS-T โดยไม่ทราบค่าคะแนนของ KKU-DI มาก่อน หลังจากนั้นพยาบาลผู้ช่วยวิจัยรวบรวมส่ง เครื่องมือแบบสอบถามทั้งหมดคืนให้ผู้วิจัยเพื่อวิเคราะห์ ข้อมูล

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานะภาพสมรส สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

2. เครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าชื่อ KKU-DI ฉบับเดิม 30 ข้อ และฉบับปรับปรุงใหม่

3. เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้า ชื่อ Montgomery - Asberg Depression Rating Scale-Thai version (MADRS-T)<sup>18,19</sup> เหตุผลที่เลือกใช้เครื่องมือนี้ ในการเป็นเกณฑ์มาตรฐานทองคำเปรียบเทียบกับผลที่ได้จากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าชื่อ KKU-DI ชุดใหม่ เพราะเป็นเครื่องมือที่ใช้เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการรักษา ค่อนข้างไวต่อความเปลี่ยนแปลงของระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า มีค่า standardized Cronbach alpha coefficient ทั้งฉบับ 10 ข้อ เท่ากับ 0.8048 ค่าจุดตัดแบ่งเป็น 0-12 ไม่มีภาวะซึมเศร้า 13-19 มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 20-29 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 30 ขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง<sup>20</sup>

### วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรม SPSS 16.0, STATA10.0, CATCHMAKER วิเคราะห์ทางสถิติหาค่า Cronbach's alpha coefficient

for internal consistency, factor analysis and diagnostic performance of the KKU-DI หาค่าความไว ความจำเพาะ และจุดตัดที่เหมาะสม โดยแบ่งแยกเพศและระดับความรุนแรง อัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าเปรียบเทียบ ความแตกต่างของอัตราความชุกด้วย Chi-square, Fisher exact test, set  $p < 0.05$  เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของ KKU-DI ชุดปรับปรุงใหม่ระหว่างเพศชายและหญิงด้วย independent t-test, set  $p < 0.05$

## ผลการศึกษา

### 1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ในระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง 200 คน มีเพศชาย และหญิงเท่ากัน มีอายุเฉลี่ย 47.5 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15 พิสัย 19-68 ปี) แบ่งเป็นกลุ่มอายุ 19-20 ปี มี 3 คน (ร้อยละ 1.5) อายุ 21-35 ปี มี 40 คน (ร้อยละ 20) อายุ 36-60 ปีมี 116 คน (ร้อยละ 58) อายุ 61-68 ปีมี 41 คน (ร้อยละ 20.5) ในระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง 1,210 คน เพศหญิงมากกว่าชาย 4 คน อายุเฉลี่ย 40.9 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.3 พิสัย 16-90 ปี) เกือบทั้งหมด นับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่มีสถานภาพแต่งงานแล้ว ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา อาชีพเกษตรกรและรับจ้างทั่วไป (ตารางที่ 1)

### 2. การปรับปรุงแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า KKU-DI 30 ข้อ

เมื่อวิเคราะห์รายชื่อของ KKU-DI 30 ข้อ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของ KKU-DI ที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง 200 คน ได้ 19.3 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 18.3 พิสัย 0-81 ค่า standardized Cronbach's alpha เท่ากับ 0.961 เมื่อวิเคราะห์รายชื่อพบว่า ข้อ 2, 3, 7 สามารถตัดออกได้ (ตารางที่ 2) จากการวิเคราะห์ปัจจัยโครงสร้าง (factor analysis) พบว่า ได้ 5 ปัจจัยแต่ปัจจัยที่ 5 ครอบคลุม % total variance เพียง 3.6 จึงเลือกเพียง 4 ปัจจัยที่ ครอบคลุม % total variance 62.1 เมื่อดูรายชื่อที่ factor loading  $> 0.5$  สามารถตัดข้อ 2-4, 7, 8, 12-14, 27, 30 แต่ข้อ 27 คิดอยากตายเป็นอาการสำคัญของภาวะ

ซึมเศร้าจึงไม่ตัดออก จึงเหลือ 21 ข้อ (ตารางที่ 3) เมื่อปรับปรุงข้อคำถามที่ซ้ำซ้อน เช่น ข้อ 5 และ 6 ข้อ 9 และ 10 ข้อ 19 และ 20 ข้อ 28 และ 29 ตัดข้อ 21 เพราะไม่อยู่ในเนื้อหาอาการซึมเศร้า ตัดข้อ 23 เพราะมีคนเลือกตอบน้อยอาจเป็นสิ่งที่ไม่ตรงลักษณะนิสัยคนไทย ตัดข้อ 25 เพราะเป็นอาการวิตกกังวลมากกว่าซึมเศร้า เหลือข้อคำถาม 14 ข้อ มีค่าคะแนนรวม KKU-DI 14 ข้อ เฉลี่ย 8.5 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.1 พิสัย 0-41 เมื่อวิเคราะห์หา reliability testing ใหม่ ได้ค่า standardized Cronbach's alpha เท่ากับ 0.936 จากการวิเคราะห์ปัจจัยโครงสร้าง (factor analysis) พบว่า ได้ปัจจัยเดียวครอบคลุม % total variance 55.1 แต่ละข้อมี factor loading >0.5 เมื่อนำไปใช้ในชุมชน นำข้อมูลมาวิเคราะห์รายข้อใหม่ ได้ค่า standardized Cronbach's alpha เท่ากับ 0.895 มีความตรงด้านโครงสร้างองค์ประกอบทางทฤษฎีจากการวิเคราะห์ด้วย factor analysis โดยใช้ extraction method ด้วย principal component analysis และหมุนแกนโดยใช้ varimax rotation พบว่ามี 2 องค์ประกอบ ครอบคลุมความแปรปรวนทั้งหมดร้อยละ 50.2 โดยองค์ประกอบที่ 1, 2 ครอบคลุมความแปรปรวนทั้งหมดร้อยละ 27.4, 22.8 ตามลำดับ (ตารางที่ 2, และ 3) เนื้อหาองค์ประกอบที่ 1 เป็นอารมณ์ซึมเศร้า องค์ประกอบที่สองเป็นอาการทางกาย ซึ่งสอดคล้องกับโครงสร้างทางทฤษฎีเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD 10 โรคซึมเศร้า (depressive disorder)

### 3. การทดสอบคุณสมบัติของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า KKU-DI 14 ข้อ ในชุมชน

จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างชาวบ้านในชุมชน 8 จังหวัด จำนวน 1,210 คน ได้ค่าคะแนนเฉลี่ยของ KKU-DI 14 ข้อเท่ากับ 5.81 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.55 (พิสัย 0-36) ค่าคะแนนเฉลี่ยของ MADRS-T เท่ากับ 5.07 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.07 (พิสัย 0-36) เพศหญิงมีค่าคะแนนทั้ง KKU-DI-14 และ MADRS-T สูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อวิเคราะห์แบบจับคู่

ดูความสอดคล้องระหว่างเครื่องมือทั้งสองพบว่ามีความสอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.693, p=.000$ ) (ตารางที่ 4)

เมื่อวิเคราะห์รายข้อของ KKU-DI-14 เปรียบเทียบระหว่างผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีอาการบ่อย/เกือบทุกวัน และไม่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าทุกอาการพบในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามากกว่า 4 เท่าขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อพิจารณาความแตกต่างทางเพศ อาการที่พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ คือ เศร้าสะเทือนใจ ร้องไห้ง่ายพบในเพศหญิงมากกว่าชาย ส่วนอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง และไม่อยากพูดคุย พบรายงานในเพศชายมากกว่าหญิงแต่ไม่มีนัยสำคัญ นอกนั้นอาการอื่นๆ เพศหญิงแสดงออกมากกว่าชายแต่ก็ไม่มีนัยสำคัญเช่นกัน อย่างไรก็ตามอาการที่มีน้ำหนักมากสำหรับภาวะซึมเศร้าโดยเฉพาะในเพศหญิง คือ ไม่อยากพูดคุย ไม่สนุกลูกหลาน และหมดหวัง (ตารางที่ 5)

ในการศึกษาครั้งนี้พบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า 126 คน คิดเป็นอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 10.4 เป็นเพศชาย 52 คน (ร้อยละ 8.6) หญิง 74 คน (ร้อยละ 12.2) เพศหญิงมากกว่าชาย 1.5 เท่า อย่างมีนัยสำคัญ (Chi-square test,  $p = 0.048$ ) จุดตัดที่เหมาะสมเพื่อแยกภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงคือ 6 ขึ้นไป ซึ่งสูงกว่าชายคือตั้งแต่ 5 ขึ้นไป โดยมีค่าความไวมากกว่าร้อยละ 90 ค่าความจำเพาะร้อยละ 60 ขึ้นไป ความถูกต้องมากกว่าร้อยละ 65 โอกาสน่าจะเป็นมากกว่า 2 เท่า (ตารางที่ 6) เมื่อวิเคราะห์แยกระดับความรุนแรง โดยเทียบกับ MADRS-T ที่กำหนดช่วงคะแนนตั้งแต่ 13 ขึ้นไปมีภาวะซึมเศร้า แต่ช่วงคะแนน 13-19 จัดเป็นระดับเศร้าเล็กน้อย 20-29 เป็นระดับเศร้าปานกลาง ตั้งแต่ 30 ขึ้นไปเป็นเศร้าระดับรุนแรง จุดตัดของ KKU-DI ในเพศหญิงและชายที่บอกระดับเศร้าเล็กน้อยอยู่ช่วง 5-12 และ 6-12 ตามลำดับ ระดับปานกลางคือ 13-14 ระดับรุนแรงคือ 15 ขึ้นไป ทั้งสองเพศ (ตารางที่ 7)



ตารางที่ 1 ลักษณะประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่างระยะที่ 2

	ชาย (603)	หญิง (607)	รวม (ร้อยละ)
อายุเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	40.9 (16.6)	40.8 (16.1)	40.9 (16.3)
พิสัย	16-87	18-90	16-90
ที่อยู่			
กาฬสินธุ์	75	75	150 (12.4)
ขอนแก่น	75	75	150 (12.4)
ชัยภูมิ	75	73	148 (12.2)
มหาสารคาม	81	77	158 (13.1)
ร้อยเอ็ด	75	75	150 (12.4)
หนองคาย	72	78	150 (12.4)
หนองบัวลำภู	75	79	154(12.7)
อุดรธานี	75	75	150 (12.4)
ศาสนา			
พุทธ	601	604	1205 (99.6)
คริสต์	2	3	5 (0.4)
สถานภาพ			
โสด	175	145	320 (26.4)
แต่งงาน	385	360	745 (61.6)
แยกกันอยู่ หรือ หย่าร้าง	19	21	50 (4.2)
หม้าย	23	71	94 (7.8)
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้เรียน	4	7	11 (0.9)
ประถมศึกษา	226	271	497 (41.1)
มัธยมศึกษา	177	143	320 (26.4)
อนุปริญญา	101	73	174 (14.4)
ปริญญาตรี	84	98	182 (15.0)
ปริญญาโท	11	15	26 (2.1)
อาชีพ			
ว่างงาน	43	35	78 (6.4)
งานบ้าน	11	95	106 (8.8)
นักเรียน/นักศึกษา	43	39	82 (6.8)
ค้าขาย	73	80	153 (2.6)
เกษตรกร	131	120	251 (20.7)
รับจ้าง	165	115	280 (23.1)
รับราชการ	90	84	174 (14.4)
อื่นๆ	46	39	85 (7.0)

ตารางที่ 2 ผลวิเคราะห์รายข้อของ KKU-DI -30 และ KKU-DI -14

	KKU-DI -30				KKU-DI -14				
	Cronbach's Alpha if Item Deleted	Factor loading by varimax rotation				Cronbach's Alpha if Item Deleted		Factor loading by	
		C1	C2	C3	C4	ระยะที่ 1	ระยะที่ 2	No rotation	Varimax rotation
						n1=200	n2=1210		
1. นอนไม่หลับ หลับไม่สนิท	.960	.515	.129	.175	.373	.933	.890	0.661	0.686**
2. ท้องอืด แน่นท้อง	.962	.192	.102	.073	-.024				
3. ปวดเมื่อยทั้งตัว	.961	.098	.003	.411	.194				
4. สมองตื้อ คิดอะไรไม่ออก	.959	.528	.270	.539	.092				
5. ทำอะไรรู้สึกอึดอัด เชื่องช้า	.959	.227	.340	.714	.137				
6. อ่อนเพลีย ไม่มีแรง	.959	.211	.222	.737	.208	.933	.886	0.637	0.731**
7. ผอมลง (จ้อยลง)	.961	.154	.058	.273	.707				
8. เหนื่อยง่าย (เมื่อยไว)	.959	.299	.197	.581	.260				
9. ใจลอย ขาดสมาธิในการทำงาน/เรียน	.959	.681	.214	.268	.251	.930	.882	0.754	0.573**
10. ลืมง่าย หรือหลงๆ ลืมๆ	.960	.670	.136	.206	.048				
11. ตัดสินใจลำบากแม้แต่เรื่องง่ายๆ	.959	.647	.302	.285	.029	.930	.884	0.736	0.478*
12. ต้องฝืนใจทำงาน	.959	.488	.303	.343	.198				
13. อยากอยู่เงียบๆ คนเดียว	.959	.455	.498	.268	.280				
14. รู้สึกเหงา ว่าเหวอย่างมา	.958	.559	.530	.370	.114				
15. รู้สึกเศร้าสะเทือนใจ ร้องไห้ง่าย	.959	.665	.364	.122	.202	.929	.883	0.781	0.468*
16. กระวนกระวายนั่งอยู่ไม่ติด	.959	.669	.126	.450	.201	.929	.882	0.756	0.529**
17. หงุดหงิด (หงุนหงวย) โกรธง่าย (ใจฮ้าย)	.959	.552	.268	.329	.117	.932	.886	0.685	0.453*
18. เบื่อหน่าย ท้อแท้ (เซ็ง)	.959	.439	.649	.228	.216	.928	.881	0.818	0.631*
19. รู้สึกไม่อยากทำอะไรเลย	.960	.096	.801	.328	.155				
20. ไม่อยากพูดคุยกับใครทั้งนั้น	.959	.401	.663	.125	.353	.928	.884	0.797	0.663*
21. รู้สึกคนรอบข้างไม่เข้าใจ/ไม่เห็นใจ	.959	.644	.366	-.024	.216				
22. ไม่สดชื่นไม่ร่าเริงสนุกสนาน	.958	.457	.587	.293	.289	.927	.881	0.836	0.664*
23. รู้สึกผิดและโทษตัวเองตลอดเวลา	.959	.683	.182	.195	.199				
24. รู้สึกหมดหวังกับอนาคต	.959	.433	.644	.212	.070	.930	.884	0.757	0.753*
25. รู้สึกหวังกังวลไปเสียหมดทุกเรื่อง	.959	.642	.374	.020	.197				
26. คิดฟุ้งซ่าน/คิดวนเวียนแต่เรื่องเดิมๆ	.958	.599	.553	.059	.212	.929	.880	0.789	0.668*
27. คิดอยากตาย	.960	.414	.278	.257	.471	.932	.892	0.723	0.655*
28. กินข้าวไม่อร่อย (กินบ่แซบ)	.960	.194	.284	.057	.765				
29. เบื่ออาหาร (เบื่ออยากข้าวอยากน้ำ)	.960	.165	.273	.161	.792	.933	.889	0.627	0.664**
30. คนอื่นดีกว่าซึมลง/หน้าตาหมองคล้ำ	.960	.565	.132	.119	.506				
Standardized Cronbach's alpha	0.961					0.936	0.895		

\* องค์ประกอบที่ 1 ชื่อ อารมณ์ซึมเศร้า \*\* องค์ประกอบที่ 2 ชื่อ อาการทางกาย



ตารางที่ 3 Factor analysis of KKU-DI 30, KKU-DI 14

Component	KKU-DI 30				KKU-DI 14							
	Initial Eigenvalues		Rotation Sums of Squared Loadings		Initial Eigenvalues				Sums of Squared Loadings			
					ระยะที่ 1		ระยะที่ 2		ระยะที่ 1		ระยะที่ 2	
	Total	% of Variance	Total	% of Variance	Total	% var	Total	% var	Total	% var	Total	% var
1. Depressive mood	14.386	47.952	7.051	23.504	7.718	55.126	5.99	42.8	7.718	55.126	3.84	27.4
2. Loss of interest/ Loss of pleasure	1.559	5.198	4.428	14.761	.881	6.291	1.04	7.43			3.19	22.8
3. Fatigue and Motor retardation	1.490	4.968	3.266	10.886		.875	6.25					
4. Poor appetite	1.205	4.018	3.251	10.838								
5. Somatic symptoms	1.087	3.624	1.731	5.771								

ตารางที่ 4 ค่าคะแนน KKU-DI เทียบกับ MADRS

	ชาย (603)	หญิง (607)	t-test, p value	ทั้งหมด (n=1210)	Paired samples correlations, p value
KKU-DI mean±SD (range)	4.99±4.84	6.63±6.07	-5.2, .000	5.81±5.55 (0-36)	
MADRS-T mean±SD (range)	4.52±5.42	5.62±6.62	-3.2, .002	5.07±6.07 (0-36)	0.693, 0.000

ตารางที่ 5 วิเคราะห์รายข้อของ KKU-DI เปรียบเทียบระหว่างผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีซึมเศร้าตอบว่ามีอาการ เป็นบ่อยหรือเกือบทุกวัน (ยกเว้นข้อ 27 คิดอยากตายตอบว่ามี หรือ ไม่มี)

	ค่าคะแนนเฉลี่ยรายข้อของผู้มีภาวะซึมเศร้า				ชาย 603 คน			หญิง 607 คน			
	ช 52 คน	ญ 74 คน	ค่าเฉลี่ย ต่าง	t-test, p*	ซึมเศร้า 52 คน	ไม่ซึมเศร้า 551 คน	Odd ratio	ซึมเศร้า 74 คน	ไม่ซึมเศร้า 532 คน	Odd ratio	ค่า p**
1. นอนไม่หลับ	2.29 (0.98)	2.41 (0.89)	-.12	-.70, 0.49	18	40	6.76	32	45	8.23	0.00
6. เพลีย ไม่มีแรง	2.31 (0.73)	2.23 (0.79)	0.08	.57, 0.57	20	24	13.72	23	33	6.82	0.00
9. ขาดสมาธิ	1.96 (0.59)	2.09 (0.92)	-.13	-.91, 0.36	8	12	8.15	23	17	13.66	0.00
11. ตัดสินใจลำบาก	1.88 (0.65)	2.08 (0.86)	-.20	-1.40, 0.17	8	14	6.97	26	17	16.38	0.00
15. เศร้า ร้องไห้ง่าย	1.92 (0.68)	2.27 (0.79)	-.35	-2.60, 0.01	10	7	18.50	27	28	10.57	0.00
16. กระวนกระวาย	1.98 (0.90)	1.99 (0.84)	-.01	-.04, 0.97	12	15	10.72	19	18	9.87	0.00
17. หงุดหงิดโกรธง่าย	2.25 (0.79)	2.38 (0.82)	-.13	-.88, 0.38	16	40	5.68	30	65	4.90	0.00
18. เบื่อหน่าย เช้า	2.23 (0.73)	2.50 (0.81)	-.23	-1.62, 0.11	15	26	8.17	33	43	9.15	0.00
20. ไม่อยากพูดคุย	1.94 (0.83)	1.91 (0.88)	0.03	.24, 0.81	10	6	21.59	19	8	22.63	0.00
22. ไม่สนุกสนานรำเริง	2.00 (0.84)	2.14 (0.93)	-.14	-.84, 0.40	10	9	14.34	21	8	25.95	0.00
24. หมดหัวง	1.81 (0.77)	1.93 (0.86)	-.13	-.83, 0.41	9	7	16.27	16	6	24.61	0.00
26. คิดฟุ้งซ่านวนเวียน	2.19 (0.87)	2.22 (0.93)	-.02	-.15, 0.89	16	15	15.88	29	20	16.50	0.00
27. คิดอยากตาย	1.23 (0.43)	1.30 (0.59)	-.07	-.70, 0.49	12	12	13.48	17	14	11.04	0.00
29. เบื่ออาหาร	1.73 (0.91)	1.92 (0.89)	-.19	-1.16, 0.25	10	9	14.34	18	17	9.74	0.00

\*Independent t-test, \*\* Fisher Exact Chi square test

ตารางที่ 6 วิเคราะห์จุดตัดแยกระหว่างเพศชาย หญิง และรวม

จุดตัด	Sensitivity			Specificity			Correctly classified			+LR			-LR		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
≥ 3	98.1	97.3	97.6	39.2	32.0	35.6	44.3	39.9	42.1	1.61	1.43	1.52	0.05	0.08	0.07
≥ 4	96.2	94.6	95.2	53.2	42.1	47.7	50.5	48.5	52.7	2.06	1.63	1.82	0.07	0.13	0.10
≥ 5	92.3	93.2	92.9	63.0	53.6	58.4	65.5	58.4	62.0	2.49	2.01	2.23	0.12	0.13	0.12
≥ 6	90.4	91.9	91.3	72.4	62.8	67.7	74.0	72.6	70.1	3.28	2.47	2.83	0.13	0.13	0.13
≥ 7	82.7	90.5	87.3	79.5	68.6	74.1	79.8	71.3	75.5	4.03	2.88	3.38	0.22	0.14	0.17
≥ 8	80.8	85.1	83.3	83.8	74.2	79.1	83.6	75.6	93.5	4.99	3.30	3.99	0.23	0.20	0.21
≥ 9	80.8	82.4	81.7	88.4	78.8	83.7	87.7	79.2	83.5	6.97	3.87	5.01	0.22	0.22	0.22

ตารางที่ 7 แสดงค่าจุดตัดของ KKU-DI ที่เหมาะสม

กลุ่ม	จุดตัด	Sensitivity	Specificity	Prevalence	PPV	NPV	+LR	-LR	Area Under
		95%CI	95%CI	95%CI	95%CI	95%CI	95%CI	95%CI	Curve 95%CI
ชาย	≥ 5	92(85-100)	63(59-67)	9(6-11)	19(14-24)	99(98-100)	2.49(2.18-2.85)	0.12(0.05-0.31)	0.91(0.86-0.95)
หญิง	≥ 6	92(86-98)	63(59-67)	12(10-15)	26(20-31)	98(97-100)	2.47(2.17-2.81)	0.13(0.06-0.28)	0.88(0.84-0.92)
รวม	≥ 6	91(86-96)	68(65-70)	10(9-12)	25(21-29)	99(98-99)	2.82(2.55-3.13)	0.13(0.07-0.23)	0.89(0.86-0.92)

ตารางที่ 8 จุดตัดแยกระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

ระดับภาวะซึมเศร้า	ชาย (n=603)					หญิง (n=606)				
	MADRS-T	KKU-DI	จำนวน	AUC(95%CI)	+LR	KKU-DI	จำนวน	AUC(95%CI)	+LR	
ไม่มี (no depression)	0-12	0-4	551	0.907 (0.863-0.952)	2.49	0-5	532	0.877 (0.835-0.919)	2.47	
เล็กน้อย(mild)	13-19	5-12	41	0.874 (0.820-0.928)	2.36	6-12	43	0.791 (0.727-0.855)	2.11	
ปานกลาง (moderate)	20-29	13-14	8	0.960 (0.938-0.982)	12.99	13-14	23	0.927 (0.891-0.962)	5.84	
รุนแรง (severe)	30 ขึ้นไป	15 ขึ้นไป	3	0.981 (0.948-1.013)	13.34	15 ขึ้นไป	8	0.938 (0.902-0.975)	8.03	

## บทวิจารณ์

จากการพบว่าค่าจุดตัดของ KKUDI ฉบับปรับปรุงใหม่ 14 ข้อมีความแตกต่างระหว่างเพศชายและหญิง โดยเพศหญิงมีค่าคะแนนสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ การศึกษานี้สนับสนุนแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่ว่าต้องใช้มุมมองเพศภาวะในงานสุขภาพ เนื่องจากเพศหญิงและชายมีการแสดงออกและรายงานอาการต่างๆ แตกต่างกัน จึงมีความจำเป็นต้องหาเครื่องมือ

คัดกรองการเจ็บป่วยของเพศหญิงและชายให้มีความเฉพาะ (gender specific) มากขึ้น อาการซึมเศร้าในเพศชายและหญิง แตกต่างกันด้านการแสดงออกทางอารมณ์ จะเห็นว่าเพศหญิงมักแสดงอาการซึมเศร้ามากกว่า ได้แก่อารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียว เศร้าร้องไห้ง่าย เบื่อหน่ายท้อแท้เซ็ง เบื่ออาหาร ซึ่งสอดคล้องกับข้อสังเกตของ Piccinelli และ Wilkinson<sup>10</sup> และ Loewenthal, และคณะ<sup>14</sup> ที่ใช้มุมมองเพศภาวะในการอธิบายความ

แตกต่างเรื่องการพบความชุกของโรคซึมเศร้าในเพศหญิงและชาย กล่าวกันว่า เพศชายมีค่านิยม ความเชื่อเกี่ยวกับ “ลูกผู้ชายต้องกล้าหาญ เข้มแข็ง อดทน ไม่แสดงความอ่อนแอด้านอารมณ์ออกมาให้ใครเห็น” การศึกษานี้พบว่า อาการที่แสดงออกเหมือนกันทั้งเพศหญิงและชายคือ “ไม่ยอมยกหูคุยกับใคร” ทำให้คนภายนอกจะสังเกตเห็นได้ชัดว่า ซึมลง ซึ่งอาการที่แสดงออกให้คนภายนอกเห็นสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร และ คณะ<sup>8</sup> ที่ใช้การศึกษาเชิงคุณภาพทำการสนทนากลุ่มกับประชาชนทั่วไปที่เป็นคนอีสานซึ่งให้ข้อมูลว่าอาการแสดงออกของคนที่มีความซึมเศร้าคือ “นั่งลึ้ม คิดลึ้ม ปั่นใจผู้ใด”<sup>28</sup>

ความชุกของการมีภาวะซึมเศร้าผู้หญิงมีมากกว่าผู้ชายสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา<sup>1,4-6,9-13,21,22</sup> ผู้หญิงมีความชุกของอาการซึมเศร้ามากกว่าชายเป็นเพราะเพศหญิงมีการศึกษาต่ำกว่า ทำงานที่มีรายได้น้อยกว่าชาย<sup>23-26</sup> ความชุกของภาวะซึมเศร้าในการศึกษานี้พบร้อยละ 10.4 (95%CI=9-12%) ใกล้เคียงกับการศึกษาของนันทิกา ทวิชาชาติ และคณะ<sup>27</sup> ที่ศึกษาประชากรในกรุงเทพฯ รายงานความชุกร้อยละ 19.9 โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างดัดแปลงจาก DSM-IV และ CIDI สูงกว่างานสำรวจระดับวิทยาของพระเทพ ศิริวันรังสรรค์ และคณะ<sup>1</sup> ที่พบโรคซึมเศร้าร้อยละ 5.4 เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้แตกต่างภาวะซึมเศร้ามีขอบเขตกว้างกว่าโรคซึมเศร้า เพราะครอบคลุมถึงปฏิกริยาโคเกร้าจากการสูญเสียของรัก การปรับตัวบกพร่อง โรควิตกกังวลที่มีอารมณ์ซึมเศร้า เครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่มีใช้ในเมืองไทยหลายชิ้น มีความไวสูง แต่ไม่มีจุดตัดที่แยกแยะระหว่างเพศหญิงและชาย อีกทั้งไม่แยกแยะระดับความรุนแรง

จุดแข็งของการศึกษานี้คือขนาดกลุ่มตัวอย่างมากพอสมควรและสัดส่วนเพศเท่ากันครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ เก็บข้อมูลกับประชาชนทั่วไปในชุมชน ทุกคนผ่านการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยเครื่องมือทั้ง 2 ชุดใน

วันเดียวกัน ไม่มีตัวแปรเกี่ยวกับระยะเวลาการบวกรวมอีกทั้งพยาบาลผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์ด้วย MADRS-T โดยไม่ทราบค่าคะแนนของ KKU-DI มาก่อนช่วยลดอคติจากคนวัดได้

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ เกณฑ์การตัดสินภาวะซึมเศร้าใช้แบบประเมิน MADRS-T โดยพยาบาลจิตเวชปริญญาโท ซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อนจากเกณฑ์มาตรฐานทองคำ (โดยใช้จิตแพทย์สัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างมาตรฐาน เช่น SCID, CIDI, SCAN, M.I.N.I.) อย่างไรก็ตามแบบประเมิน MADRS-T<sup>18,19</sup> ก็ยังเป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่ได้มาตรฐานมีการศึกษาหาความเที่ยงตรงมาแล้ว คุณสมบัติของเครื่องมือที่ศึกษานี้ไม่ได้ทำคือ test-retest reliability เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านเวลาและงบประมาณ ควรมีการศึกษาต่อไป

## สรุป

KKU-DI 14 ประเมินภาวะซึมเศร้าแยกเพศภาวะโดยมีจุดตัดที่แตกต่างระหว่างชายและหญิง ความไวสูงถึงร้อยละ 92 ความจำเพาะร้อยละ 63 และมีจุดตัดแยกแยะระดับความรุนแรง

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ศ.ดร.ศิริพร จิระวัฒน์กุล ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพศภาวะและสุขภาพสตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนทุนวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำหน่วยสถานบริการปฐมภูมิทั้ง 8 ชุมชน พร้อมอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ประจำหมู่บ้าน รวมทั้งชาวบ้านที่อยู่ในชุมชนทั้ง 8 จังหวัด คือ ขอนแก่น อุดรธานี กาฬสินธุ์ มหาสารคาม ร้อยเอ็ด ชัยภูมิ หนองบัวลำภู หนองคาย ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่อนุมัติโครงการ

## เอกสารอ้างอิง

1. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินนทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พันธน์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, อัจฉรา จรัสสิงห์ ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย: การสำรวจระดับชาติปี 2546. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2547; 12:177-88.
2. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global burden of diseases study. Lancet 1997; 349:1498-504.
3. The Thai Working Group on Burden of Disease and Injuries. Burden of Diseases and Injuries in Thailand: Priority setting for Policy. Ministry of Public Health, 2002. [Retrieved April 19, 2010] from <http://thaibod.org/documents/BURDEN.pdf>
4. Kuehner C. Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. Acta Psychiatr Scand 2003; 108:163-74.
5. Vikram, P. Gender in mental health research; 2005. [Retrieved February 11, 2007] from <http://www.who.int/gender/documents/MentalHealthlast2.pdf>.
6. Astbury J. Gender and mental health; 1999. [Retrieved February 16, 2007] from <http://www.globalhealth.harvard.edu/hcpds/wpweb/gender/astbury.pdf>
7. ศิริพร จิรวัดน์กุล. ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน: มิติทางวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
8. ศิริพร จิรวัดน์กุล, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ธรณินนทร์ กองสุข, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, เกษราภรณ์ เคนบุปผา. สถานการณ์ความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะในกระบวนการป้องกันและรักษาโรคซึมเศร้าในสถานบริการสุขภาพจิตภาคอีสาน. ผลงานวิจัยภายใต้แผนวิจัยบูรณาการ: การพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาและป้องกันความสูญเสียเนื่องจากโรคซึมเศร้าระยะที่ 2 กรมสุขภาพจิต; 2552
9. Murakumi J. Gender and depression: Explaining the different rates of depression between men and women, Perspective in Psychology; 2002; 27-34.
10. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. Br J Psychiatry 2000; 177:486-92.
11. World Health Organization. Gender and women's mental health. Geneva; 2002.
12. Afifi M. Gender differences in mental health. Singapore Med 2007; 48:385-91.
13. World Health Organization. Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. Department of Gender, Women and Gender Health, WHO gender and health research series World Health Organization; 2009. Available from: <http://www.who.int/gender/documents/MentalHealthlast2.pdf>, [Cited 2006 April 15]
14. Loewenthal KM, Macleod AK, Lee M, Cook S, Goldblatt V. Tolerance for depression: are there cultural and gender differences?. J Psychiatr Ment Health Nurs 2002; 9:681-8.
15. สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พูนศรี รังษิณี, นิรมล พัจนสุนทร, สุรพล วีระศิริ, สุชาติ พหลภาคย์, ธวัชชัย กฤษณะประกกรกิจ. การพัฒนาเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าชื่อ Khon Kaen University Depression Inventory (KKU-DI) สำหรับคนไทยในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2549; 51:330-48.

16. สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ธรณินทร์ กองสุข, ณรงค์ มณีทอง, เบญจลักษณ์ มณีทอง, กมลเนตรวรรณเสวก, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน และคณะ. การพัฒนาและความเที่ยงตรงของแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าชนิด 2 คำถามในชุมชนไทยอีสาน วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2550; 52:138-48.
17. ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ณรงค์ มณีทอง, เบญจลักษณ์ มณีทอง, กมลเนตรวรรณเสวก, เกษราภรณ์ เคนบุปผา และคณะ. การพัฒนาและความเที่ยงตรงของแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม ภาษาอีสาน เอกสารการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 6 ประจำปี 2550 เรื่อง สุขภาพจิต : ชีวิตชาวเมือง วันที่ 1-3 สิงหาคม 2550 ณ. โรงแรมปรีณัฐพาเลซ กรุงเทพมหานคร: 128-9.
18. รณชัย คงสกนธ์, สมบัติ ศาสตร์รุ่งภาค, อวยชัย โจนนรินทร์กิจ, อุไร บุรณเศรษฐ. การพัฒนาแบบประเมิน Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) ฉบับภาษาไทย วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2546; 48:211-9.
19. ศิริณา ศรัทธาพิสิฐ, นัยนา ไปษยาอนุวัตร์, ชดาพิมพ์ ศศลักษณ์นานนท์, วิฑูรี แก้วพรสวรรค์, ศุภโชค สิงห์กันต์. การศึกษาความน่าเชื่อถือ และความแม่นยำตรงของเครื่องมือ แบบประเมิน Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS) ฉบับภาษาไทย: แบบประเมินเพื่อวินิจฉัยและติดตามการเปลี่ยนแปลงโรคซึมเศร้าเปรียบเทียบกับ Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) และ Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) จดหมายเหตุทางการแพทย์ 2550; 90:524-31.
20. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatry 1979; 134:382-9.
21. Culbertson FM. Depression and gender: An international review. Am Psychol 1997; 52:25-31.
22. Nazroo YJ, Edwards AC, Brown GW. Gender differences in the prevalence of depression: artifact, alternative disorders, biology or roles?. Sociology of Health & Illness 1998; 20:312-30.
23. Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS. The Prevalence and Distribution of Major Depression in a National Community Sample: The National Comorbidity Survey. Am J Psychiatry 1994; 151: 979-86.
24. Lorant V, Deliege D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. Am J Epidemiol 2003; 157: 98-112.
25. Patel V, Klienman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. Bull World Health Organization 2003; 81:609-15.
26. Zimmerman FJ, Katon W. Socioeconomic status, depression disparities, and financial strain: what lies behind the income-depression relationship?. Health Econ 2005; 14:1197-215.
27. นันทิกา ทวิชาชาติ, ปรีชา อินโท, ธงชัย ทวิชาชาติ, อรรถพรณ เมฆสุภะ, สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, อรรถพล สุคนธาภิรมย์ และคณะ. การสำรวจทางระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิต ความรู้ เจตคติ ทักษะ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชาชนในกรุงเทพมหานคร จดหมายเหตุทางการแพทย์ 2544; 84 (ฉบับพิเศษ 1): S118-26.
28. ศิริพร จิรวัดน์กุล, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, จรุณศรี มีหนองหว้า และคณะ. การพัฒนาเทคโนโลยีที่มีความละเอียดอ่อนเชิงวัฒนธรรมในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรคซึมเศร้า: การวิจัยเชิงปฏิบัติการใน 2 จังหวัดภาคอีสาน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2551; 17 (ฉบับเพิ่มเติม 7):1854-69.

