



# การพัฒนาและความเที่ยงตรงของแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าชนิด 2 คำถาม ในชุมชนไทยอีสาน

สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล พบ.\*, ธรณินทร์ กองสุข พบ.\*\* , ณรงค์ มณีทอง พบ.\*\*\* ,  
เบญจลักษณ์ มณีทอง พบ.\*\*\* , กมลเนตร วรรณเสวก พบ.\*\* , จินตนา ลิ้มเพิ่มพูน \*\*,  
เกษราภรณ์ เคนบุปผา \*\*, สิริธร บุตรวงศ์ \*\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** 1) เพื่อพัฒนาเครื่องมือคัดกรองโรคซึมเศร้าที่สั้น ง่าย มี 2 คำถาม 2) เพื่อศึกษาความเที่ยงตรงของแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าชนิด 2 คำถาม ในชุมชนไทยอีสาน

**วิธีการศึกษา** แบ่งเป็น 2 ระยะ คือระยะที่ 1 พัฒนาเครื่องมือคัดกรองโรคซึมเศร้าที่สั้น ง่ายโดยเลือกคำที่คนอีสานมักใช้แสดงความรู้สึกซึมเศร้าในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา แบ่งเป็น 2 คำถาม คำถามแรก “เจ้ามีอาการมึนนี่ บ่อึ้ง หงอย เข็ง หนอย บ่เป็นตาอยู่ มีแต่อยากไฮ่” และคำถามที่สอง “เจ้ามีอาการมึนนี่ บ่สนใจยัง บ่อยากเฮ็ดยัง บ่่วนบ่ขึ้น” ระยะที่ 2 ศึกษาความเที่ยงตรงของแบบคัดกรองนี้ ใช้รูปแบบ Diagnostic test study ในกลุ่มประชากรไทยอีสานในชุมชนสุ่มเลือกจาก 17 หมู่บ้าน ใน 9 อำเภอของจังหวัดยโสธร จำนวน 1002 คน อายุ 18 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ เก็บข้อมูลโดยอาสาสมัครพยาบาลผู้ร่วมวิจัยหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทำงานในสถานบริการปฐมภูมิซึ่งใช้เครื่องมือแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าชนิด 2 คำถาม จากนั้นผ่านการสัมภาษณ์โดยจิตแพทย์ 1 คนซึ่งใช้แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างชนิด M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview) เพื่อวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ซึ่งถือเป็นเกณฑ์มาตรฐานทองคำ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติหาค่าความไว ความจำเพาะ ความน่าจะเป็นโรคจากผลทดสอบ อัตราความชุกของโรคซึมเศร้า พร้อมค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95

**ผลการศึกษา** อาสาสมัครเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชายเล็กน้อย อยู่ในวัยทำงานและอายุเฉลี่ย 41.5 ปี อัตราความชุกโรคซึมเศร้าในชุมชนจังหวัดยโสธรพบร้อยละ 5.6 แบ่งเป็นโรคซึมเศร้าหลัก (Major depressive disorder) พบร้อยละ 3.7 และโรคประสาทซึมเศร้า (Dysthymia) พบร้อยละ 2.4 ส่วนโรคอารมณ์แปรปรวนพบร้อยละ 2.2 คำถามข้อที่ 1 มีการตอบว่า “ใช่” มากกว่าคำถามข้อที่ 2 ถึง 3 เท่า ความแม่นยำตรงของแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าชนิด 2 คำถาม พบว่า คำถามข้อที่ 1 อารมณ์เศร้ามีความไวสูงร้อยละ 96.5 (95% CI =95.4-97.6%) ความจำเพาะต่ำร้อยละ 45.6 (95% CI =42.5-48.7%) คำถามข้อที่ 2 มีความไวต่ำร้อยละ 71.9 (95% CI =69.2-74.7%) แต่ความจำเพาะสูงร้อยละ 84.1 (95% CI =81.9-86.4%) เมื่อนำมาประกอบกัน ถ้าตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งว่า “ใช่” จะมีความไวสูงถึงร้อยละ 96.5 (95% CI =95.4-97.6%) แต่ความจำเพาะต่ำร้อยละ 44.6 (95% CI =41.5-47.6%) ความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า (positive likelihood ratio) เท่ากับ 1.74 เท่า แต่ถ้าทั้งสองข้อตอบว่า “ใช่” จะเพิ่มความจำเพาะสูงขึ้นถึงร้อยละ 85.1 (95% CI = 82.9-87.3%) ความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า (positive likelihood ratio) เท่ากับ 4.82 เท่า

**สรุป** แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าชนิด 2 คำถามสามารถค้นหาโรคซึมเศร้าในชุมชนได้ เพราะสั้น ง่าย มีความไวสูงถ้าตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งว่า “ใช่” และความจำเพาะสูงถ้าทั้งสองข้อตอบว่า “ใช่”

**คำสำคัญ** : แบบคัดกรองชนิด 2 คำถาม โรคซึมเศร้า ชุมชนไทยอีสาน ความไว ความจำเพาะ

วารสารสมาคมนิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2550; 52(2): 138-148

\* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
\*\* โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข  
\*\*\* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



# Development and Validity of two-question-screening test for Depressive disorders in Thai I-san community

Suwanna Arunpongpaisal M.D.\*, Thoranin Kongsuk M.D.\*\*,  
Narong Maneeton M.D.\*\*\*, Benjaluk Maneeton M.D.\*\*\*,  
Kamolnetr Wannasawek M.D.\*\*, Jintana Leejongpermpoon \*\*,  
Kasarporn Kenbupa \*\*, Sireethorn Budwong \*\*

## Abstract

**Objectives:** 1) To develop a screening test for depressive disorders which is simple and short.  
2) To determine the diagnostic accuracy of the screening test for depressive disorders in Northeastern Thai community.

**Method:** This study had 2 stages. First, we developed a screening test of depressive disorders by selection the dialect words to express depressive mood among Northeastern Thai people. This test consists of two questions. The first question is presence of depressed mood: “*During the past month have you have often been bothered by feeling down, depressed, distress, irritable and easily cry?*” The second question is “*loss of interest or pleasure in doing things*”. The second stage, we conducted cross sectional criterion standard validation study at 17 villages in 9 districts of Yasothorn province. Of 1002 volunteers with age of 18 and older were interviewed by nurses using two-question screening test then sent to psychiatric interview using M.I.N.I. structured interview for diagnosis of depressive disorders. Data analysis was used STATA 8.0 to calculate the sensitivity, specificity, positive predictive value, negative predictive value, percent of corrected classified, prevalence of depressive disorder with 95% confidence interval

**Results:** Of 1002 participants, female were predominately (58%), with mean age of 41.5. Overall, 5.6% (56/1002) of the community participants had been diagnosed for Depressive disorders: Major depressive disorder was 3.7%, Dysthymia was 2.4 and Bipolar was 2.2%. The first question of screening test was more positive 3 times than the second one. It showed a high sensitivity of 96.5% (95%CI =95.4-97.6%) but low specificity of 45.6% (95%CI =42.5-48.7%). The second question showed a low sensitivity of 71.9% (95%CI =69.2-74.7%) but high specificity of 84.1% (95%CI =81.9-86.4%). When either one of two questions was positive, this test showed sensitivity of 96.5% (95%CI =95.4-97.6%) and the positive likelihood ratio was 1.74. If both of two questions were positive, it showed high specificity of 85.1% ( 95% CI= 82.9-87.3%) and the positive likelihood ratio was 4.82

**Conclusion:** Two questions for screening of depression would detect most cases of Depressive disorders in community which has the advantage of brevity, high sensitivity and specificity.

**Keywords:** Two-question screening test, Depressive disorder, Thai I-san community, sensitivity, specificity

J Psychiatr Assoc Thailand 2006; 52(2): 138-148

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

\*\* Prasimahapothi Hospital, Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Uborajchathani,

\*\*\* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Cheing Mai University, Cheing Mai

## บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญนับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งเป็นผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของภาวะเศรษฐกิจสังคมรวมทั้งวิถีชีวิตของประชากรโลก ผลการศึกษาที่ผ่านในหลายประเทศพบความชุกตลอดชีพของโรคซึมเศร้า (lifetime prevalence) อยู่ระหว่างร้อยละ 0.9 ถึง 12.6 ในสหรัฐอเมริกา พบประมาณ ร้อยละ 2.9 ถึง 5.8 ในประเทศแถบยุโรป ประมาณร้อยละ 5.2 ถึง 7.0 ส่วนประเทศในแถบเอเชีย พบประมาณ ร้อยละ 0.9 ถึง 3.4<sup>1</sup> สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตในคนไทยระดับประเทศเมื่อปี พ.ศ. 2546 พบว่าความชุก ณ เวลานั้น (current point-prevalence) ของโรคซึมเศร้าหลัก (major depressive disorders) มีร้อยละ 3.20 (95%CI=2.88-3.52) ของโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymia) มีร้อยละ 1.2 (95%CI=0.98-1.38) และประมาณการว่าประชากรไทยอายุ 15-59 ปี จำนวน 1.2 ล้านคน เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในจำนวนนี้ 871,700 คนป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหลัก และ 321,300 คนป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymic disorder)<sup>2</sup> ซึ่งถ้าเปรียบเทียบความสูญเสียจากการเจ็บป่วยและการขาดเจ็บ 135 ประเภท พบว่า โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability adjusted life years: DALYs) โดยเมื่อวัดจากจำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากความพิการและการเจ็บป่วย (Years live with disability: YLD) โรคซึมเศร้าจะก่อความสูญเสียเป็นอันดับที่ 1 ในผู้หญิงไทย และเป็นอันดับ 3 ในผู้ชายไทย<sup>3</sup>

ในการคัดกรองหรือการค้นหาผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้น จากผลการศึกษาของ Pignone และคณะ<sup>11</sup> ทบทวนวรรณกรรมและมหวิเคราะห์ (Meta-analysis) พบว่า การคัดกรองที่ดีจะเพิ่มความแม่นยำในการบ่งชี้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในสถานบริการปฐมภูมิและการรักษาผู้ป่วย Bruce Arroll และคณะ<sup>12</sup> ได้พัฒนาเครื่องมือในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าแล้วนำไปใช้ในสถานบริการปฐมภูมิประเทศนิวซีแลนด์ โดยใช้ชนิด 2 คำถามในการคัดกรอง

คำถามข้อแรกถามถึงในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา รู้สึกหดหูเศร้า หรือสิ้นหวังหรือไม่ และคำถามข้อที่สอง คือ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีความสนใจหรือมีความพึงพอใจในการทำกิจกรรมต่างๆ เพียงเล็กน้อยหรือไม่ ใน 2 คำถามนี้พบว่า มีค่าความไวร้อยละ 97 (95% CI, 83% - 99%) ค่าความจำเพาะร้อยละ 67 (62% - 72%) ความน่าจะเป็นเป็นโรคซึมเศร้าเท่ากับ 2.9 (2.5 - 3.4) และพบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 37

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ให้ความสำคัญและมีการพัฒนาเครื่องมือในการค้นหาประชากรไทยที่มีภาวะซึมเศร้าได้แก่ ปี พ.ศ. 2539 มาโนช หล่อตระกูล และคณะ<sup>9</sup> ได้พัฒนาเครื่องมือจากต่างประเทศ คือ Hamilton Rating Scale for Depression เพื่อใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าเป็นโรคซึมเศร้า เป็นเครื่องมือประเภท semi-structure clinical interview ประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ reliability coefficient (alpha) = 0.738, inter-rater reliability (kappa) = 0.87, spearman's correlation coefficient = 0.8239 (P<0.0001) ปี พ.ศ. 2540 อูมาพร ตรังคสมบัติ และคณะ<sup>4</sup> ได้พัฒนาเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory) ประกอบการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าและติดตามผลการรักษา สามารถนำไปประเมินด้วยตนเองมี 27 คำถาม แต่ละคำถามมี 3 ตัวเลือก บอกความรุนแรงภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา reliability coefficient (alpha) = 0.83 ความไวร้อยละ 78.7 และความจำเพาะร้อยละ 91.3 แต่มีข้อจำกัดคือสามารถใช้กับเด็กเท่านั้น ต่อมา อูมาพร ตรังคสมบัติ และคณะ<sup>5</sup> ได้พัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (15-18 ปี) (Center for Epidemiologic Studied-Depression Scale/CES-D) ฉบับภาษาไทย เพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นที่ประเมินด้วยตนเองมี 20 ข้อคำถามแต่ละคำถามมี 4 ตัวเลือก บอกความรุนแรงภาวะซึมเศร้าในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีค่า reliability coefficient (alpha) = 0.86 ความไวร้อยละ 72

ความจำเพาะร้อยละ 85 มีข้อจำกัดคือศึกษาในวัยรุ่นเพศชายเท่านั้น ไม่ครอบคลุมถึงวัยรุ่นหญิง ในปี พ.ศ.2540 ดวงใจ กษานติกุล และคณะ<sup>7</sup> ได้มีการพัฒนาแบบสอบถามปัญหาสุขภาพเพื่อตรวจวัดหาโรคซึมเศร้าในประชากรไทยอายุระหว่าง 15-60 ปี (Health-Related Self-Reported (HRSR) Scale: The Diagnosis Screening Test for Depression in Thai Population) เป็นเครื่องมือประเมินด้วยตนเอง ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ แต่ละคำถามมี 4 ตัวเลือก บอกความรุนแรงภาวะซึมเศร้าในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีค่า reliability coefficient (alpha) = 0.91 ค่าความไวร้อยละ 85.3 ค่าความจำเพาะร้อยละ 90.2 ในปี พ.ศ. 2542 มาโนช หล่อตระกูล และคณะ<sup>8</sup> ได้พัฒนาเครื่องมือที่เป็นแบบวัดหาโรคซึมเศร้า (Thai Depression Inventory (TDI)) ซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดของต่างประเทศ เช่น Beck Depression Inventory, Zung Self-Rating Depression Scale, Hamilton Rating Scale for Depression, Hospital Anxiety and Depression Scale เพื่อวัดความรุนแรงของความซึมเศร้าในคนไทย มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ วัดอาการในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา Spearman 's correlation coefficient =0.72 (p<0.0001), Standardized Cronbach's coefficient =0.86 ในทำนองเดียวกัน รณชัย คงสกนธ์ และคณะ<sup>10</sup> ได้มีการนำเอาเครื่องมือจากต่างประเทศคือ Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) มาพัฒนาในฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือ structured clinical interview เพื่อใช้ประเมินผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยยาแก้ซึมเศร้า ใช้เวลาสัมภาษณ์อย่างน้อย 15 นาที ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ reliability coefficient (alpha) = 0.80, inter-rater reliability kappa = 0.78 item correlation coefficient แต่ละข้อคำถาม = 0.60-1.00 ในปี พ.ศ. 2546 ทวี ตั้งเสรีและคณะ<sup>6</sup> ได้พัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าแบบประเมินด้วยตนเองของคนไทย ที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป ประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อ แต่ละคำถามมี 2 ตัวเลือก บอกภาวะ

ซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีค่า reliability coefficient (Alpha) = 0.88, ค่าความไวร้อยละ 86.8 และค่าความจำเพาะร้อยละ 79.8

จะเห็นได้ว่าเครื่องมือประเมินภาวะหรือโรคซึมเศร้าที่กล่าวมาข้างต้น มีข้อจำกัดแตกต่างกัน มีข้อคำถามมากกว่า 10 ข้อขึ้นไป ต้องใช้เวลาพอควรจึงไม่สะดวกในการนำมาใช้คัดกรองโรคซึมเศร้าในชุมชนที่หน่วยบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ในส่วนโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิที่สามารถนำเครื่องมือเหล่านี้ไปใช้ได้ ก็ยังไม่มี การนำไปใช้อย่างจริงจังเนื่องจากมีข้อคำถามมากเกินไป ไม่สะดวกใช้

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ได้มีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเชิงระบบในการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าโดยมีเป้าหมายคือป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าในประชาชนทั่วไปและผู้ที่มีแนวโน้มหรือมีความเสี่ยง รวมถึงเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยที่อาการสงบแล้ว จึงจำเป็นต้องมีเครื่องมือในการคัดกรองผู้ที่มีแนวโน้มจะป่วยที่มีค่าความไว ความจำเพาะสำหรับคัดกรองโรคซึมเศร้า และเครื่องมือประเมินที่สามารถจำแนกอาการ ความรุนแรงของโรคซึมเศร้าสำหรับชุมชนหน่วยบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ และต้องเป็นเครื่องมือที่ตรงกับบริบทของประชาชน ผู้ดูแล ผู้ให้การบำบัด ซึ่งสามารถนำไปใช้ได้สะดวก ง่าย ผลที่ได้มีความน่าเชื่อถือ คณะผู้วิจัยจึงได้พัฒนาเครื่องมือการคัดกรองโรคซึมเศร้าของคนไทยอีสานเพื่อนำมาใช้กับระบบในการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าต่อไป

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาเครื่องมือคัดกรองโรคซึมเศร้าที่สั้น ง่าย และสอดคล้องบริบททางวัฒนธรรมและภาษาบรรยายลักษณะอาการแสดงภาวะซึมเศร้าในคนไทยอีสาน

2. ทดสอบความเที่ยงตรงของแบบคัดกรองชนิด 2 คำถาม เมื่อเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า โดยจิตแพทย์ซึ่งใช้แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อวินิจฉัยโรคจิตเวชชื่อ M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview)

**วิธีการศึกษา** การศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

**ระยะที่ 1** พัฒนาเครื่องมือแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าชนิด 2 คำถาม โดยการประชุมผู้เชี่ยวชาญด้านงานวิจัยเชิงคุณภาพและจิตเวชชุมชนเรื่องภาวะซึมเศร้าในคนอีสาน ในวันที่ 15 สิงหาคม 2549 ผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดประกอบด้วยจิตแพทย์ 2 คน อาจารย์พยาบาลจิตเวช 3 คน พยาบาลจิตเวชจากโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ 2 คน ร่วมพิจารณาคำที่สื่อถึงอารมณ์ซึมเศร้าในคนอีสาน เลือกคำทั้งหมดได้ 10 คำ คือ 1. อุกอ้ง (ไม่สบายใจ อึดอัด) 2. หงอย (ซึม) 3. เห็ง (หดหู่ เศร้า) 4. หุนหวย (หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย) 5. บ่เป็นตาอยู่ (อยู่ไม่เป็นสุข) 6. มีแต่อยากไส้ (ร้องไห้ง่าย) 7. บ่สนใจหยั่ง (ไม่อยากสนใจอะไร) 8. บ่อยากเห็ดหยั่ง (ไม่อยากทำอะไร) 9. บ่ม่วนบ่ขึ้น (ไม่สนุกสนานเพลิดเพลิน) 10. บ่อยากว่า (ไม่อยากพูดคุย) เลือก 6 คำแรกแสดงถึงอารมณ์เศร้าเป็นคำถามข้อที่ 1 ส่วน 4 คำหลังแสดงถึงอาการขาดความสนใจในกิจกรรมที่เคยทำ หรือไม่สนุกสนานเป็นคำถามข้อที่ 2 เพื่อให้สอดคล้องกับแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าชนิด 2 คำถามของต่างประเทศ (ดูภาคผนวก)

**ระยะที่ 2** เป็นการทดสอบความเที่ยงตรงของแบบคัดกรอง ใช้รูปแบบ diagnostic test study design กลุ่มตัวอย่างคือประชากรไทยที่อาศัยอยู่ในจังหวัดยโสธร จำนวน 1002 คน ไม่จำกัดเพศ อายุ ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ดำเนินการระหว่างวันที่ 30 กันยายน -1 ตุลาคม 2549 โดย ทีมนักวิจัยประกอบด้วย จิตแพทย์ 6 คนที่ผ่านการฝึกอบรมใช้แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อวินิจฉัยโรคจิตเวช Mini International Neuropsychiatric Interview: (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดยพันธุณภา กิตติรัตนไพบูลย์และคณะ<sup>14</sup> จิตแพทย์ทั้ง 6 คนมี

ประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามาไม่ต่ำกว่า 5 ปี และมีความสอดคล้องด้านการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ตรงกันไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 ( $\kappa \geq 0.9$ ) พยาบาลจิตเวช 6 คนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทำงานในสถานบริการปฐมภูมิ 17 คน ที่ผ่านการฝึกอบรมการใช้แบบคัดกรอง โรคซึมเศร้า 2 คำถามซึ่งพัฒนาขึ้นโดยทีมวิจัย ทีมวิจัยออกพื้นที่ไปพบอาสาสมัครชาวบ้านที่สถานีอนามัย 17 แห่ง ใน 9 อำเภอ โดยแบ่งเป็น 5 กลุ่ม แต่ละกลุ่มมีจิตแพทย์ 1 คน พยาบาลจิตเวช 1 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เริ่มต้นด้วยผู้ประสานงานพื้นที่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ แล้วนัดมาพบทีมวิจัยที่สถานีอนามัย ทีมนักวิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดของโครงการและพิทักษ์สิทธิของผู้ยินยอมให้ข้อมูลเมื่ออาสาสมัครลงนามยินยอมแล้วพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทำงานในสถานบริการปฐมภูมิเริ่มสัมภาษณ์อาสาสมัครด้วยอ่านคำทั้ง 10 คำในแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าชนิด 2 คำถาม โดยไม่ต้องมีการอธิบายว่า แต่ละคำหมายถึงอะไร แล้วบันทึกผลจากนั้นส่งอาสาสมัครพบจิตแพทย์เพื่อสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง M.I.N.I. เพื่อวินิจฉัยโรคโรคซึมเศร้าพร้อมบันทึกผล ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าได้รับคำแนะนำและส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จ.อุบลราชธานี

การวิเคราะห์ข้อมูล หาค่าความถูกต้องของการทดสอบความซุกซุกของโรคด้วยการหาค่าความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) ค่าทำนายความเป็นโรคเมื่อผลทดสอบเป็นบวก (positive predictive value) ค่าทำนายความไม่โรคเมื่อผลทดสอบเป็นลบ (negative predictive value) พร้อมช่วงค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval) คำน่าจะเป็นโรคซึมเศร้าเมื่อผลคัดกรองตอบว่าใช่ (positive likelihood ratio) และอัตราความซุกซุกโรคซึมเศร้า

## ผลการศึกษา

### 1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้หญิง (ร้อยละ58) มากกว่าผู้ชายเล็กน้อย อายุเฉลี่ย 41.5 ปี และ อยู่ในเขตเมือง (ร้อยละ24) ส่วนมากสมรสแล้ว (ร้อยละ 82.3) เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ อาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ81.3) จบระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 73.9)

### 2. การตอบสนองต่อคำถามคัดกรอง

แบบคัดกรองชนิด 2 คำถาม ได้แยกออกเป็นคำย่อยๆ เพื่อแสดงให้เห็นชัดเจนถึงความหมายอารมณ์ซึมเศร้าในภาษาไทยจากคำถามข้อที่ 1 อารมณ์เศร้า ได้แก่ “หนอย” “เซ็ง” “อู้อ้ง” “บ่เป็นตาอยู่” มีการตอบว่าใช่มากกว่าหนึ่งในสาม ส่วนอารมณ์ “มีแต่อยากไ้” ตอบสนองน้อยมาก (เพียงร้อยละ 7.7) คำถามที่ 2 ขาดความสนใจและความสุขสนุกกว่าจึงมีการตอบสนองน้อยกว่าคำถามที่ 1 อย่างมากคือน้อยกว่าหนึ่งในห้า คำที่มีการตอบสนองว่าใช่มากที่สุดคือ “บ่ม่วนบ่ซิ้น” (ร้อยละ 12.9) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การตอบสนองต่อคำถามคัดกรอง ชนิด 2 คำถาม

	คนตอบว่า “ไม่ใช่” (ร้อยละ)	คนตอบว่า “ใช่” (ร้อยละ)
คำถามที่ 1 มีอารมณ์เศร้า		
1.1 อู้อ้ง	659 (65.8)	343 (34.2)
1.2 หนอย	844 (84.2)	158 (15.8)
1.3 เซ็ง	633 (63.2)	369 (36.8)
1.4 หนอย	605 (60.4)	397 (39.6)
1.5 บ่เป็นตาอยู่	725 (72.4)	277 (27.6)
1.6 มีแต่อยากไ้	925 (92.3)	77 (7.7)
คำถามที่ 2 ขาดความสนใจและไม่สนุกสนาน		
2.1 บ่สนใจหยั่ง	932 (93.0)	70 (7.0)
2.2 บ่อยากเฮ็ดหยั่ง	930 (92.8)	72 (7.2)
2.3 บ่ม่วนบ่ซิ้น	873 (87.1)	129 (12.9)
2.4 บ่อยากว่า	909 (90.7)	93 (9.3)

### 3. เวลาที่ใช้แบบคัดกรอง (ดูตารางที่ 2)

เวลาที่ใช้ในการตอบแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าชนิด 2 คำถามน้อยมากส่วนใหญ่ใช้เพียง 1 นาที แสดงถึงความสะดวกและรวดเร็วของการใช้ ส่วนจิตแพทย์สัมภาษณ์โดยใช้เครื่องมือ M.I.N.I. เฉพาะส่วนที่ใช้วินิจฉัยโรคความผิดปกติทางอารมณ์ใช้เวลาเฉลี่ยเพียง 3 นาที ไม่เกิน 15 นาที แสดงถึงจิตแพทย์สามารถนำเครื่องมือดังกล่าวมาใช้สำรวจหาความชุกโรคซึมเศร้าในชุมชนได้สะดวกและรวดเร็ว

ตารางที่ 2 เวลาที่ใช้ในการตอบแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าชนิด 2 คำถาม เปรียบเทียบ M.I.N.I.

	แบบคัดกรอง ชนิด 2 คำถาม	จิตแพทย์ สัมภาษณ์โดยใช้ M.I.N.I.
ค่าเฉลี่ย(Mean)	1.12 นาที	2.52 นาที
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(SD)	0.43 นาที	1.93 นาที
ค่าฐานนิยม (Mode)	1 นาที	1 นาที
เวลาใช้น้อยที่สุด	0.30 นาที	1 นาที
เวลาใช้มากที่สุด	5 นาที	15 นาที

อัตราความชุกโรคซึมเศร้าในชุมชนจังหวัดยโสธรในการศึกษานี้ พบร้อยละ 5.6 แบ่งเป็นโรคซึมเศร้าหลัก (major depressive disorder) พบร้อยละ 3.7 โรคประสาทซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymia) พบร้อยละ 2.4 ส่วนโรคอารมณ์แปรปรวน (bipolar disorder) พบน้อยกว่าโรคซึมเศร้า คือพบร้อยละ 2.2 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 อัตราความชุกโรคซึมเศร้า

	จำนวนคน	ร้อยละ(95%CI)
Depressive disorders	57	5.9 (4.3-7.1)
A. Major depressive disorder	37	3.7(2.5-4.9)
Current episode	34	3.4
With Melancholia	17	1.7
Without Melancholia	17	1.7
Recurrent	11	1.1
B. Dysthymia	24	2.4(1.5-3.3)
D. Bipolar disorder	22	2.2
Hypomanic episode, current	10	1.0
Manic episode, current	12	1.2

**5. ความเที่ยงตรงของแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า  
ชนิด 2 คำถาม**

ความเที่ยงตรงของแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าชนิด 2 คำถาม พบว่า คำถามข้อที่ 1 อารมณ์ซึมเศร้ามีความไวสูง ความจำเพาะต่ำ ค่าทำนายความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า (positive predictive value) เมื่อคนตอบว่า “ใช่” มีน้อย หมายความว่า คนที่ตอบข้อนี้ว่า “ใช่” ไม่อาจวินิจฉัยโรคซึมเศร้าได้ แต่ถ้าคนตอบคำถามข้อนี้ว่า “ไม่ใช่” ค่าทำนายความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า

(negative predictive value) สูงมากถึงร้อยละ 99.8 แสดงว่าคนตอบข้อนี้ว่า “ไม่ใช่” ไม่น่าจะเป็นโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะใช้คัดกรองโรคซึมเศร้าหลัก (major depressive disorder) มีค่าความไวมากกว่าโรคประสาทซึมเศร้า (dysthymia) คำถามข้อที่ 2 มีความไวต่ำ แต่ความจำเพาะสูง เมื่อนำมาประกอบกัน ถ้าข้อใดข้อหนึ่งตอบว่าใช่ จะมีความไว หรือถ้าตอบว่า “ใช่” ทั้งสองข้อจะมีความจำเพาะสูง (ตารางที่ 4,5)

ตารางที่ 4 ความไวความจำเพาะของแบบคัดกรอง 2 คำถามเมื่อเทียบกับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าชนิดต่างๆ

การวินิจฉัยโรค	ความไว (95%CI)	ความจำเพาะ (95%CI)	ค่าทำนายความน่าจะเป็นโรคเมื่อคนตอบว่า “ใช่” (95%CI)	ค่าทำนายความน่าจะเป็นโรคเมื่อคนตอบว่า “ไม่ใช่” (95%CI)
<b>คำถามข้อที่ 1</b>				
โรคซึมเศร้าหลัก Major depressive disorder	97.3% (96.3-98.3)	44.8% (41.7-47.9)	6.3% (4.8-7.8)	99.8% (99.5-100)
โรคประสาทซึมเศร้าDysthymia	91.7% (90.0-93.4)	44.1% (41.0-47.1)	3.9% (2.7-5.1)	99.5% (99.1-100)
<b>คำถามข้อที่ 2</b>				
โรคซึมเศร้าหลัก Major depressive disorder	73.0% (70.2-75.7)	83.0% (80.7-85.3)	14.1% (12.0-16.3)	98.8% (98.1-99.5)
โรคประสาทซึมเศร้า Dysthymia	70.8% (68.0-73.7)	82.2% (79.8-84.6)	8.9% (7.1-10.7)	99.1% (99.6-99.7)
เมื่อใช้ 2 คำถามประกอบกัน				
<b>ข้อใดข้อหนึ่งตอบว่า “ใช่”</b>				
โรคซึมเศร้าหลัก Major depressive disorder	97.3% (96.3-98.3)	43.7% (40.7-46.8)	6.2% (4.7-7.7)	99.8% (99.5-100)
โรคประสาทซึมเศร้า Dysthymia	91.7% (90.0-93.4)	43.1% (40.0-46.1)	3.8% (2.6-5.0)	99.5% (99.1-100)
<b>ทั้งสองข้อตอบว่า “ใช่”</b>				
โรคซึมเศร้าหลัก Major depressive disorder	73.0% (70.2-75.7)	83.9% (81.7-86.2)	14.8% (12.6-17.0)	98.8% (98.1-99.5)
โรคประสาทซึมเศร้า Dysthymia	70.8% (68.0-73.7)	83.1% (80.8-85.5)	9.3% (7.5-11.1)	99.2% (98.6-99.7)

ตารางที่ 6 ความไวความจำเพาะของแบบคัดกรอง 2 คำถามเมื่อเทียบกับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (depressive disorders)

	ความไว Sensitivity (95%CI)	ความจำเพาะ Specificity (95%CI)	ค่าทำนาย ความน่าจะเป็นโรคเมื่อ คนตอบว่า “ใช่” (95%CI)	ค่าทำนาย ความน่าจะเป็นโรค เมื่อคนตอบ ว่า “ไม่ใช่” (95%CI)	ความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้าในคนที่ ตอบว่า “ใช่” Positive Likelihood ratio (95%CI)	ความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้าใน คนที่ตอบ ว่า “ไม่ใช่” Negative Likelihood ratio (95%CI)	Posterior Probability	
							Positive	Negative
คำถามข้อ 1	96.5% (95.4-97.6)	45.6% (42.5-48.7)	9.7% (7.8-11.5)	99.5% (99.1-100)	1.77 (1.64-1.92)	0.08 (0.02-0.30)	10%	1%
คำถามข้อ 2	71.9% (69.2-74.7)	84.1% (81.9-86.4)	21.5% (18.9-24.0)	98.0% (97.2-98.9)	4.53 (3.64-5.64)	0.33 (0.22-0.51)	22%	2%
<b>ใช้ทั้ง 2 คำถาม</b>								
ข้อใดข้อหนึ่ง ตอบว่า “ใช่”	96.5% (95.4-97.6)	44.6% (41.5-47.6)	9.5% (7.7-11.3)	99.5% (99.1-100)	1.74 (1.61-1.88)	0.08 (0.02-0.31)	10%	1%
ทั้งสองข้อ ตอบว่า “ใช่”	71.9% (69.2-74.7)	85.1% (82.9-87.3)	22.5% (19.9-25.1)	98.1% (97.2-98.9)	4.82 (3.86-6.02)	0.33 (0.22-0.50)	24%	2%

### บทวิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าชนิด 2 คำถามเป็นเครื่องมือที่ง่าย สะดวก สามารถคัดกรองโรคซึมเศร้าในชุมชนที่มีอัตราความชุกเพียงร้อยละ 5.9 แบ่งเป็นอัตราความชุกโรคซึมเศร้าหลัก (Major depressive disorder) พบร้อยละ 3.7 โรคประสาทซึมเศร้าพบร้อยละ 2.4 ซึ่งสูงกว่าการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตในคนไทยระดับประเทศปี พ.ศ.2546 ของพรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ<sup>2</sup> ซึ่งรายงานอัตราความชุกโรคซึมเศร้าหลักพบร้อยละ 3.2 และโรคประสาทซึมเศร้าพบร้อยละ 1.18 อาจเป็นเพราะว่าแบบคัดกรองนี้คัดกรองกลุ่มคนที่มีภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า และการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ซึ่งใช้ M.I.N.I. สามารถค้นหาได้มากกว่าเช่นกัน ต่างจากการสำรวจครั้งนั้นใช้กระบวนการคัดกรองสองระดับคือผ่านเครื่องมือ

คัดกรองชนิดหนึ่งก่อนคัดคนที่มีผลทดสอบเป็นบวก ค่อยผ่านการสัมภาษณ์โดยพยาบาลจิตเวชใช้ M.I.N.I. ทำให้อัตราความชุกที่ได้ต่ำกว่าความเป็นจริง

ผลการทดสอบความแม่นยำของแบบคัดกรองชนิด 2 คำถามนี้ พบว่า มีค่าความไวสูง (ถ้าข้อใดข้อหนึ่งตอบว่า “ใช่”) ในการคัดกรองโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 96.5 (95%CI =95.4-97.6) และค่าความจำเพาะสูง (ถ้าตอบทั้ง 2 ข้อว่า “ใช่”) ถึงร้อยละ 85.1 (95%CI = 82.9-87.3) ถ้าคนที่ตอบคำถามสองข้อว่า “ไม่ใช่” โอกาสที่จะเป็นโรคซึมเศร้าแทบไม่มีด้วยค่าทำนายความไม่เป็นที่โรคถึง 99.5% (95% CI = 99.1-100%) สอดคล้องกับการศึกษาของ Whooley และคณะ<sup>15</sup> ซึ่งศึกษาแบบคัดกรองชนิด 2 คำถามในผู้ป่วยที่มาใช้บริการคลินิกฉุกเฉินของศูนย์การแพทย์เมืองซานฟรานซิสโกจำนวน 590 คน พบอัตราความชุกภาวะซึมเศร้าร้อยละ 8.8



รายงานค่าความไวของแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าชนิด 2 คำถาม เท่ากับร้อยละ 96 (95%CI =90-99) ค่าความจำเพาะร้อยละ 57 (95%CI =53-62) ความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้าในคนที่ตอบว่า “ไม่ใช่” (Negative Likelihood ratio) เพียง 0.11 อัตราความชุกของการศึกษาครั้งนี้ต่ำกว่าของ Whooley เพราะใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นคนทั่วไปในชุมชน

เมื่อพิจารณารายชื่อของแบบคัดกรองนี้ พบว่า คำถามข้อที่ 1 เกี่ยวกับอารมณ์เศร้ามีค่าความไวสูงถึงร้อยละ 97 แต่ความจำเพาะต่ำเพียงร้อยละ 46 ถ้าคนตอบข้อแรกว่าไม่ใช่ โอกาสไม่เป็นโรคสูงเกือบร้อยละ 99.5 แสดงถึงเพียงคำถามเดียวอาจเพียงพอสำหรับคัดกรองโรคซึมเศร้าเพราะจำได้ง่ายกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Whooley และคณะ<sup>15</sup> แต่คนที่ตอบคำถามข้อที่ 1 ว่า “ใช่” แต่ไม่เป็นโรคซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 54.4 (False positive rate 54.4%) ซึ่งอาจทำให้เกิดการ overload ต่อบริการสุขภาพจิต ที่มีทรัพยากรน้อย และทำให้ผู้ถูกทดสอบเกิดความวิตกกังวลกับการตรวจคัดกรองที่ให้ผลทดสอบไวมากสำหรับคำถามข้อที่ 2 เกี่ยวกับอาการขาดความสนใจในกิจกรรมที่เคยทำ หรือไม่สนุกสนาน มีความไวต่ำเพียงร้อยละ 71.9 แต่มีความจำเพาะสูงถึงร้อยละ 84.1 คนที่ตอบคำถามข้อที่ 2 ว่า “ใช่” แต่ไม่เป็นโรคซึมเศร้าเพียงร้อยละ 19.1

ดังนั้นจึงควรใช้ทั้ง 2 คำถาม เพราะถ้าตอบข้อใดข้อหนึ่งว่า “ใช่” มีความไวสูงถึงร้อยละ 96.5 ซึ่งความน่าจะเป็นโรคเมื่อคนตอบข้อใดข้อหนึ่งว่า “ใช่” เท่ากับ 1.74 เท่า และถ้าคนตอบทั้งสองข้อว่า “ใช่” จะมีความจำเพาะสูงขึ้นเป็นร้อยละ 85.1 ค่าทำนายความเป็นโรคซึมเศร้าในคนที่ตอบว่าใช่ทั้งสองคำถามเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 22 หรือโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าเมื่อตอบทั้งสองคำถามว่าใช่สูงถึง 4.82 เท่า จึงเห็นว่าควรใช้ทั้ง 2 คำถามในแบบคัดกรองนี้ มีความไวและความจำเพาะใกล้เคียงกับแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า

ของดวงใจ กสานติกุล และคณะ<sup>7</sup> แต่แบบคัดกรองนี้มีเพียง 2 คำถามซึ่งง่ายและสะดวกกว่า สามารถนำไปใช้ในสถานบริการระดับปฐมภูมิ เพื่อคัดกรองคนในชุมชนที่มีภาวะซึมเศร้าได้จำนวนมากช่วยให้การดูแลรักษาเขาตั้งแต่แรกเริ่มซึ่งจะได้ผลดี และช่วยลดผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคซึมเศร้าด้วย

เนื่องจากเครื่องมือนี้เป็นเครื่องมือคัดกรองไม่ใช่เครื่องมือวินิจฉัยโรคสามารถใช้ในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ เมื่อคนตอบ 2 คำถามคัดกรองโรคซึมเศร้า โดยตอบข้อใดข้อหนึ่งว่า “ใช่” เจ้าหน้าที่สถานเอนามัยควรส่งต่อโรงพยาบาลเพื่อให้แพทย์ที่มีความรู้หรือใช้เครื่องมือสำหรับวินิจฉัยโรคซึมเศร้าอีกชนิดหนึ่ง เช่น Composite International Diagnostic Interview หรือ Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry หรือ Mini International Neuropsychiatric Interview เป็นต้น เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยโรคอย่างถูกต้องและให้การดูแลรักษาอย่างเหมาะสมต่อไป

ข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้ คือ เวลาจำกัด เพราะช่วงเวลาที่ศึกษาความเที่ยงตรงของแบบคัดกรองเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยโรคของจิตแพทย์โดยใช้เครื่องมือ M.I.N.I. มีจำกัดเพียง 2 วันลงพื้นที่ 17 แห่ง 9 อำเภอซึ่งห่างกันมากพอสมควร ต้องใช้เวลาเดินทาง 1/2-1 ชั่วโมง และต้องใช้จิตแพทย์ 5 คน สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 1002 คน เฉลี่ยจิตแพทย์ 1 คนสัมภาษณ์อาสาสมัครเกือบ 100 คนใน 8 ชั่วโมง ย่อมเกิดความเหนื่อยล้าของจิตแพทย์ในช่วงเย็นท้ายๆ ของวัน จึงอาจมีความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นได้ในการศึกษาครั้งนี้ ข้อคำถามทั้ง 2 ข้อ ตรงกับอาการหลักของโรคซึมเศร้าตาม DSM-IV TR ซึ่งเป็นเกณฑ์เดียวกับที่ M.I.N.I. ใช้ จึงมีโอกาสที่ทำให้ criterion-validity สูงกว่าความจริง

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาเครื่องมือนี้ในครั้งต่อไป คือศึกษาในกลุ่มประชากรในภูมิภาคอื่น เพราะภาษาที่ใช้บรรยายอารมณ์ซึมเศร้าในแต่ละภาค

น่าจะแตกต่างกัน และน่าจะศึกษาเปรียบเทียบกับ เครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่ได้มีการดัดแปลงมาจากเครื่องมือมาตรฐานต่างประเทศ เช่น Hamilton Rating Scale for Depression, Montgomery Asberg Depression Rating Scale และ Thai Depression Inventory (TDI) เป็นต้น เพื่อดูว่าแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าชนิด 2 คำถาม มีความเที่ยงตรงมากน้อยเพียงใดกับ เครื่องมือวัดอารมณ์ซึมเศร้าฉบับมาตรฐาน ทำยสุดท้ายนี้ คือประเมินผลจากการนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในระบบเฝ้าระวัง โรคซึมเศร้าในชุมชนจังหวัดยโสธร ว่ามีประโยชน์ หรือผลกระทบมากน้อยเพียงไรจากผลคัดกรองเป็น ผลบวกลวง

## สรุป

เครื่องมือคัดกรองโรคซึมเศร้าชนิด 2 คำถาม มีความสั้น ใช้ง่าย รวดเร็ว เหมาะสำหรับใช้ในสถาน บริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งมีอัตราความชุกโรคซึมเศร้าใน ชุมชนจังหวัดยโสธรเพียงร้อยละ 5.6 แบบคัดกรองชนิด 2 คำถามนี้มีความเที่ยงตรงในการคัดกรองโรคซึมเศร้า ด้วยค่าความไวสูงถึงร้อยละ 96.5 (sensitivity 96.5%, 95%CI =95.4-97.6%) เมื่อตอบข้อใดข้อหนึ่งว่า “ใช่” และ มีความจำเพาะสูงร้อยละ 85.1 เมื่อตอบทั้งสองข้อว่า “ใช่” และความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า เท่ากับ 4.82 เท่า (positive likelihood ratio = 4.82, 95% CI =3.86-6.02)

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิตที่อนุมัติทุนสนับสนุน ทำการวิจัย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธรที่ สนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการประสานงาน กับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและชาวบ้านในพื้นที่ที่ลง สืบค้นเป็นนออย่างดี

ขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พิจารณาอนุมัติได้ รวดเร็ว และขอบคุณคุณแก้วใจ เทพสุธรรมรัตน์

นักชีวสถิติของหน่วยระบาดวิทยาคลินิก ในการวิเคราะห์ ข้อมูล ทำยสุดท้ายนี้ ขอขอบคุณประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ทั้ง 17 แห่ง ในจังหวัดยโสธร ที่ให้ความอนุเคราะห์ เข้าร่วมโครงการครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. Paykel ES (ed) : Handbook of affective disorders. 2nd ed. ;1992. New York : Guilford Press.
2. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พันธน์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, อัจฉรา จรัสสิงห์. ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย: การสำรวจระดับชาติ ปี 2546 .วารสาร สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2547;12: 177-88.
3. Ministry of Public Health. Burden of disease and injuries in Thailand. Nonthaburi, Printing house of the war veterans organization of Thailand under Royal Patronage of His Majesty the King; 2002.
4. อูมาพร ตั้งคสมบัติ, วชิระ เพ็งจันทร์, ปิยะสมพร หะวานนท์. การใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์ 2540; 42:2-13.
5. ทวี ตั้งเสรี, กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล, ทศนีเยกุลจนะพงศ์พันธ์, วชณี หัตถพนม, สุพิน พิมพ์แสน, ไพไลน ปรัชญคุปต์ รายงานการวิจัยการศึกษา ความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ขอนแก่น 2546.
6. Kasantikul D, Karnjanathanalers N, Limsuwan N, Thongtang O, Vuthiganond S, Khuangsirikul V, Tantipiwatanakul P, Theeramoke V. Health-related self-report (HRSR) scale: the diagnostic screening test for depression in Thai population. J Med Assoc Thai. 1997 ;80:647-57.
7. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, จักรกฤษณ์

- สุขยั้ง. การพัฒนาแบบวัด Hamilton rating scale for depression ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539; 41:235-45.
8. Lotrakul M, Sukanich P. Development of the Thai Depression Inventory. J Med Assoc Thai. 1999; 82:1200-7.
  9. รณชัย คงสกนธ์, สมบัติ ศาสตรรังษัด, อวยชัย โรจนนิรินทิจ, อุไร บุรณเชษฐ. การพัฒนาแบบประเมิน Montgomery Asberg Depression Rating Scale ฉบับภาษาไทย วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2546; 48:211-9.
  10. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans T, Mulrow CD, et al. Screening for Depression in Adults: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2002; 136:765-76.
  11. Arroll B, Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. BMJ, 2003;327: 1144-6.
  12. ศิริพร จิรวัดนันท์กุล และคณะ. การแสดงออกทางอารมณ์และความรู้สึกของคนอีสาน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2542; 44: 38-44
  13. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, มธุริน คำวงศ์ป็น ความตรงของเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Mini International Neuropsychiatric Interview ฉบับภาษาไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2548; 13 : 125-35.
  14. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding Instruments for Depression : Two Questions are as good as many. J Gen Intern Med 1997; 12:439-45.

## ภาคผนวก

เครื่องมือคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถามภาษาอีสาน

คำถาม	ภาษาอีสาน	ภาษากลาง	มี	ไม่มี (ไม่มี)
1	ในเดือนที่ผ่านมา รวมนี้อัน เจ้ามีอาการมึนบ่ อูกอ้ง หงอย เซ็ง หุนหวอย บ่เป็นตาอยู่ มีแต่อยากไฮ่	ใน 1 เดือนที่ผ่านมา รวมนี้อัน ท่านรู้สึกอย่างนี้หรือไม่ ไม่สบายใจอึดอัด ซึม หดหู่ เศร้า หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย อยู่ไม่สุข ร้องไห้ง่าย		
2	ในเดือนที่ผ่านมา รวมนี้อัน เจ้ามีอาการมึนบ่ บ่สนใจหยั่ง บ่อยากเฮ็ดหยั่ง บ่ม่วนบ่ขึ้น	ใน 1 เดือนที่ผ่านมา รวมนี้อัน ท่านรู้สึกอย่างนี้หรือไม่ เบื่อ ไม่สนใจอะไร ไม่อยากทำอะไร ไม่สนุกสนานเพลิดเพลิน		