



ความเที่ยงตรงของแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของ Kessler 6 ข้อฉบับภาษาไทย

บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ พ.บ.*, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล พ.บ.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความเที่ยงตรงของแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของ Keller 6 ข้อฉบับภาษาไทย สำหรับคัดกรองการป่วยด้วยโรคทางจิตเวชในผู้ประสบภัยพิบัติจากสถานการณ์ไม่สงบชายแดนใต้

วิธีการศึกษา รูปแบบการวิจัยเป็นการแปลเครื่องมือชื่อ Kessler Psychological Distress Scale 6 items (K-6) เป็นภาษาไทยโดยกลุ่มจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ให้ชื่อว่า “แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของ Kessler 6 ข้อฉบับภาษาไทย” แล้วนำมาทดสอบความเที่ยงตรงและแม่นยำสำหรับคัดกรองการเจ็บป่วยทางจิตในกลุ่มประชากรผู้ประสบภัยพิบัติจากสถานการณ์ไม่สงบชายแดนใต้โดยใช้รูปแบบ diagnostic test study design โดยกลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของ Kessler 6 ข้อฉบับภาษาไทยด้วยตนเอง พร้อมกับถูกสัมภาษณ์โดยจิตแพทย์หรือพยาบาลจิตเวชที่ผ่านการฝึกอบรมใช้เครื่องมือแบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชชื่อ Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย ปรับปรุง พ.ศ. 2550 สถิติวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงภายในเครื่องมือด้วย Cronbach's alpha coefficient และความตรงตามเกณฑ์มาตรฐานด้วยค่าความไว ค่าความจำเพาะ ค่าทำนายเมื่อผลทดสอบเป็นบวกและความตรงตามโครงสร้าง ด้วย factor analysis

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการมีทั้งหมด 278 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 70.9) อายุเฉลี่ย 44.2 ปี (SD = 10.8) นับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 60.4) ประมาณการความชุกของการป่วยโรคทางจิตเวชโรคใดโรคหนึ่งมีร้อยละ 16.1 โรคซึมเศร้าร้อยละ 11.9 โรควิตกกังวลร้อยละ 12.6 และโรคเครียดหลังประสบภัยพิบัติ (PTSD) ร้อยละ 11.1 แบบคัดกรองนี้มีค่าความเที่ยงในตัวเครื่องมือด้วยค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.86 และความตรงตามโครงสร้างจาก factor analysis พบว่ามีองค์ประกอบเดียว (unidimensional factor) ครอบคลุมตัวแปรทั้งหมดร้อยละ 58.9 ตรงตามเกณฑ์ใช้จุดตัดที่ 5 สำหรับคัดกรองโรคจิตเวชทั่วไปโรคใดโรคหนึ่ง มีค่า area under curve (AUC)=0.79 (95%CI = 0.71-0.87) มีค่าความไวร้อยละ 73.3 ค่าความจำเพาะร้อยละ 72.2 ค่าทำนายเมื่อผลทดสอบเป็นบวกร้อยละ 34.0 ทำนายโอกาสน่าจะเป็นโรค 2.6 เท่าเมื่อผลทดสอบเป็นบวก (positive likelihood ratio =2.6) แต่ถ้าคัดกรองเฉพาะ PTSD มีค่า area under curve (AUC)=0.75 (95%CI = 0.65-0.85) มีค่าความไวร้อยละ 74.2 ค่าความจำเพาะร้อยละ 69.2 ค่าทำนายเมื่อผลทดสอบเป็นบวกร้อยละ 23.2 ทำนายโอกาสน่าจะเป็นโรค 2.4 เท่าเมื่อผลทดสอบเป็นบวก (positive likelihood ratio =2.4)

สรุป แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของ Kessler 6 ข้อฉบับภาษาไทยมีความเที่ยงตรงอยู่ในเกณฑ์ดี สามารถนำไปใช้ในการค้นหาความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคทางจิตเวชในผู้ประสบภัยพิบัติจากความไม่สงบ ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ และควรมีการศึกษาต่อเพื่อการขยายผลในประชากรกลุ่มอื่นๆที่ประสบภัยพิบัติเพิ่มเติม

คำสำคัญ Kessler 6 ข้อฉบับภาษาไทย ความเที่ยงตรง โรคเครียดหลังประสบภัยพิบัติ

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2557; 59(3): 299-312

* สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

** เป็น Corresponding author ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



Reliability and Validity Testing of the Thai Version of Kessler 6-item Psychological Distress Questionnaire

Burin Suraaronsamrit M.D.*, Suwanna Arunpongpaisal M.D.**

ABSTRACT

Objectives : To determine the validity and reliability of the Thai version of Kessler 6-item Psychological Distress Questionnaire

Methods : The Kessler 6-item questionnaire was translated and back translated to develop the Thai version by the expert psychiatrists. The questionnaire was tested for reliability and validity in this study using a diagnostic test study design. Subjects were selected from people who had been living in the 3 southernmost provinces of the insurgency and had been exposure injured by the insurgency. Measurement was used the self-rating questionnaire consisting of the demographic data and the Thai version of Kessler-6 item questionnaire, against the gold standard criterion using psychiatric interview with Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) Thai version by the psychiatrist or clinical psychologists who had well trained to used this instrument. Data analysis applied to the internal consistency used Cronbach's alpha coefficients, construct validity used factor analysis, and criterion validity calculated sensitivity, specificity, positive likelihood ratio and area under curve (AUC) of the K-6 test.

Results : Of 278 participants were recruited into the study. Most of them were male (70.9%) with mean age of 44.2 years (SD = 10.8). The estimate of prevalence of either one of all psychiatric illnesses was 16.1%, anxiety disorders was 12.6%, depressive disorders was 11.9%, and post-traumatic stress disorder was 11.1% . The K-6 test had high internal consistency with Cronbach's alpha coefficients of 0.86 and its construct validity showed unidimensional component covering total variance of 58.9%. The optimal cut-off point score of 5 for screening any psychiatric disorder with the AUC of 0.79 (95%CI = 0.71-0.87), sensitivity of 73.3%, specificity of 72.2%, positive predictive value of 34.0% and positive likelihood ratio of 2.6. If this point used to screen for PTSD, the AUC was slightly decreased to 0.75 (95%CI = 0.65-0.85) with sensitivity of 74.2%, specificity of 69.2%, positive predictive value of 23.2% and positive likelihood ratio of 2.4

Conclusion : The Thai version of the Kessler-6 item psychological distress questionnaire had high reliability and validity. It can be used to screen for common psychiatric disorders among people who had been traumatized from the southernmost insurgency. Further study should be conducted in more population of disaster exposure group.

Keywords: Kessler 6-item Thai version, reliability and validity, post-traumatic stress disorder

J Psychiatr Assoc Thailand 2014; 59(3): 299-312

* Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, Department of Mental Health.

** Corresponding Author, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Khon Kaen University.

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตและการป่วยทางโรคจิตเวชเป็นปัญหาที่สำคัญทั่วโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลกที่ประมาณการความชุกโรคจิตเวชตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของ DSM-IV จากการสำรวจครัวเรือนครั้งใหญ่ระหว่างปี พ.ศ. 2001-2003 ใน 14 ประเทศ (ซึ่งเป็นประเทศด้อยพัฒนา และพัฒนาแล้ว จำนวน 6 และ 8 ประเทศตามลำดับ) ในแถบอเมริกา ยุโรป ตะวันออกกลาง แอฟริกาและเอเชีย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 60,463 คน โดยใช้เครื่องมือ WMH version of the WHO composite international diagnostic interview (WMH-CIDI) เป็นเครื่องมือสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างโดยใช้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ตามเครื่องมือนี้ พบว่า อัตราความชุกโรคทางจิตเวชมีตั้งแต่ร้อยละ 4.3 ในจีนถึงร้อยละ 26.4 ในสหรัฐอเมริกา มี inter-quartile range (IQR) ระหว่างร้อยละ 9.1-16.9 ของประชากรโลก¹ นอกจากนี้ โรคจิตเวทยังทำให้เกิดความทุกข์ทรมานอีกด้วย เพราะเป็นสาเหตุให้เกิดความพิการถึงร้อยละ 13 ของภาวะโรค² แต่ผู้ป่วยจิตเวชกลับไม่ได้รับการรักษาในอัตราสูงมากซึ่งในประเทศพัฒนาแล้วพบร้อยละ 35.5-50.3 แต่ในประเทศด้อยพัฒนาพบถึงร้อยละ 76.3-85.4¹ นอกจากนี้ยังมีรายงานขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับช่องว่างการเข้าถึงบริการของโรคจิตเวชชนิดต่างๆ เช่น โรคซึมเศร้ามีการเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 43.7 โรควิตกกังวลมีการเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 42.5³ ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการซ้ำส่งผลต่อการดำเนินโรคจิตเวที่ยังรุนแรงส่งผลต่อความทุกข์ทรมานระยะยาวและคุณภาพชีวิต สาเหตุของปัญหาการเข้าถึงบริการของคนที่มีปัญหาสุขภาพจิตและโรคจิตเวชน้อยนั้นมาจากหลายปัจจัย ที่เป็นสำคัญและพบได้บ่อยในบริบทของคนเอเชียคือ ความอายและทัศนคติด้านลบต่อโรคจิตเวช ทำให้ปิดกั้นโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต⁴ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาส

เกิดปัญหาสุขภาพจิตและป่วยด้วยโรคจิตเวช คือ ผู้เผชิญเหตุการณ์คุกคามชีวิตจากสงคราม หรือภัยพิบัติตามธรรมชาติ⁵ จากการศึกษาในคนอเมริกันพบว่า คนทั่วไปมีโอกาสประสบเหตุคุกคามถึงชีวิตได้ตลอดช่วงชีวิตถึงร้อยละ 50-70 และพบโรคจิตเวชเกิดหลังจากเหตุการณ์นั้น ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวลชนิดทั่วไป (generalized anxiety disorder) โรคตื่นตระหนก (panic disorder) และพฤติกรรมการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้น⁶ โรคเครียดหลังประสบภัยพิบัติ (PTSD) เป็นโรคที่พบบ่อยภายหลังเหตุวิกฤติที่รุนแรงและคุกคามชีวิต ซึ่งจากการศึกษาของ Breslau รายงานความชุกชั่วชีวิตของโรคนี้ พบถึงร้อยละ 9.2⁷ ในขณะที่การศึกษาอื่นๆ พบอยู่ที่ร้อยละ 5-12 โดยอาจมีความแตกต่างไปบ้างตามชนิดและความรุนแรงของภัยพิบัติที่เกิดขึ้น ส่วนใหญ่ภัยพิบัติจากน้ำมือมนุษย์มักจะมีปัญหาสุขภาพจิตที่ซับซ้อนมากกว่าภัยพิบัติธรรมชาติ⁸ เนื่องจากภัยพิบัติจากน้ำมือมนุษย์ (technological terrorism) นั้นถูกมองว่าเกิดจากความละเลย ผิดพลาดของมนุษย์ที่มีต่อมนุษย์ด้วยกัน ส่งผลให้เกิดระดับความเครียดและปัญหาสุขภาพจิตคงอยู่ยาวนานกว่าภัยพิบัติธรรมชาติ⁹ จากงานทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความชุกของโรคเครียดหลังประสบภัยพิบัติ (PTSD) ในภัยพิบัติชนิดต่างๆ ของ Neria และคณะ พบว่า ภัยพิบัติจากการก่อการร้าย เกิดโรค PTSD มีค่าความชุกเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 20-29 ภัยพิบัติน้ำมือมนุษย์จากเทคโนโลยี เกิดโรค PTSD มีค่าความชุกเฉลี่ยร้อยละ 15-75 ส่วนภัยพิบัติจากธรรมชาติเกิดโรค PTSD มีค่าความชุกตั้งแต่ร้อยละ 3.7-60 ขึ้นอยู่กับชนิดความรุนแรงของภัยพิบัติ ร่วมกับกลุ่มเสี่ยงได้แก่ กลุ่มผู้บาดเจ็บ และผู้ช่วยเหลือที่เข้าไปที่เกิดเหตุครั้งแรก¹⁰

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย จากรายงานการสำรวจระดับชาติวิทยาโรคจิตเวชร่วมในคนไทย: การศึกษาระดับชาติ 2551 พบค่าความชุกของโรคทางจิตเวชพบร้อยละ 14.3 ซึ่งโรคที่พบมากที่สุดคือ

ปัญหาการดื่มสุรา (alcohol use disorder) ร้อยละ 9.2 รองลงมาคือโรคซึมเศร้าร้อยละ 2.5 โรควิตกกังวล ร้อยละ 2.2 ส่วนโรค PTSD มีเพียงร้อยละ 0.2¹¹ อัตราการเข้าถึงบริการระบบบริการสุขภาพจิตในแต่ละโรคไม่เท่ากัน โดยเฉพาะโรควิตกกังวลมีเพียงร้อยละ 15-16 โรคซึมเศร้าร้อยละ 5-6¹² ส่วนโรคเครียดหลังประสบภัยพิบัติ (PTSD) มีความแปรผันตามชนิดและเหตุการณ์ภัยพิบัติ ได้แก่ เหตุการณ์สึนามิ พบว่าผู้ประสบภัยมีความชุกของโรค PTSD ร้อยละ 9.5 ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 25.7 ในช่วง 3 เดือนแรก¹³ เหตุการณ์โคลนถล่ม จ.อุตรดิตถ์ พ.ศ.2549 พบว่า ผู้ประสบภาวะวิกฤตที่มีโรค PTSD ร้อยละ 10.7 ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 3.3 และโรคติดสุรา ร้อยละ 11.6¹⁴ และสถานการณ์ความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้มีมาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของประชาชนตลอดจนเจ้าหน้าที่ทหาร ตำรวจ ครู รวมถึงบุคลากรอื่นๆ ที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ดังกล่าวอย่างมาก ดังจะเห็นได้จากการรายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ (violence-related injury surveillance-VIS) ตั้งแต่เดือนมกราคม 2550- ธันวาคม 2554 มีเหตุการณ์ความรุนแรงจำนวน 3,325 ครั้ง มีผู้บาดเจ็บ 7,793 ราย คิดเป็นอัตราบาดเจ็บ 3.9 ต่อแสนประชากรต่อเดือน มีผู้เสียชีวิต 1,832 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.9 ต่อแสนประชากรต่อเดือน อัตราป่วยตาย (case fatality rate-CFR) ร้อยละ 23.5 มีจำนวนผู้ได้รับผลกระทบในครอบครัวของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตรวม 5,512 คน¹⁵ กรมสุขภาพจิตได้ดำเนินโครงการแก้ไขปัญหาวิกฤติสุขภาพจิตในชายแดนใต้มาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2551 ทั้งในด้านประชาสัมพันธ์ พัฒนาระบบฐานข้อมูลและรายงานตั้งชื่อว่า ระบบฐานข้อมูลเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตผู้ได้รับผลกระทบจังหวัดชายแดนใต้ (violence-related mental health surveillance-VMS) พัฒนาศักยภาพของบุคลากรใน

พื้นที่ พัฒนาหลักสูตรและสร้างเครือข่ายการพิทักษ์เด็กจากความรุนแรงรวมถึงการจัดการความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้ (child trauma center) การจัดตั้งทีมวิกฤติสุขภาพจิตเคลื่อนที่เพื่อทำงานในเขตบริการสุขภาพ รวมทั้งพัฒนามาตรฐานการบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ซึ่งผลการดำเนินงานที่ผ่านมาประสบความสำเร็จระดับหนึ่งแต่ไม่ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด โดยเฉพาะกลุ่มหญิงหม้ายและเด็ก จากรายงานของระบบฐานข้อมูลเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตผู้ได้รับผลกระทบจังหวัดชายแดนใต้ (VMS) ปี พ.ศ. 2554¹⁶ พบผู้ได้รับผลกระทบเกิดปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 17.3 โดยมีโรค PTSD ร้อยละ 7.3 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 3.7 และโรคติดสุรา ร้อยละ 1 ผู้วิจัยสันนิษฐานว่า อัตราที่รายงานนี้ต่ำกว่าความเป็นจริง เพราะมีกลุ่มเสี่ยงจำนวนมากยังไม่สามารถเข้าถึงบริการ การค้นหาผู้ป่วยใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยใช้แบบคัดกรองที่ใช้ตอบด้วยตนเอง ง่ายและสะดวก จึงเป็นทางเลือกหนึ่ง

แบบคัดกรองโรค PTSD ในเมืองไทยนั้น มีการพัฒนาจากหลายหน่วยงาน เช่น (1) แบบคัดกรองโรคเครียดหลังประสบภัยพิบัติสำหรับคนไทยของ สุวรรณอรุณพงศ์ไพศาล และคณะ¹⁷ เป็นแบบสอบถามให้ตอบเอง ตัวเลือกตอบมีเพียงมี กับ ไม่มี มีทั้งหมด 5 ข้อ ให้น้ำหนักแต่ละข้อแตกต่างกันคะแนนเต็ม 15 คะแนน จุดตัดที่ 10 มีความไวร้อยละ 74 ความจำเพาะร้อยละ 68 มีการนำไปใช้ในภาคปฏิบัติอย่างแพร่หลายและได้รับการบรรจุไว้ในคู่มือปฏิบัติงานทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤติ (2) แบบคัดกรองโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญฉบับภาษาไทย (PTSD checklist-PCL) ของ ผดุงเกียรติ เขาวนกระแสนินธุ์ และคณะ¹⁸ เป็นเครื่องมือแปลมาจากต่างประเทศของ Weathers et al มีข้อคำถามเกี่ยวกับอาการของ PTSD 17 ข้อ มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.96 ใช้จุดตัดที่ 30-50 ซึ่งมีค่าความไว และความจำเพาะอยู่

ระหว่าง 60-100 แต่ในคนไทยไม่ได้รายงานจุดตัดและค่าความไว (3) แบบประเมินผลกระทบทางจิตใจหลังเกิดเหตุการณ์วิกฤต (Psychological impact scale for crisis events PISCES-18) พัฒนาโดย พิทักษ์พล บุญยมาลิก และคณะ¹⁹ เพื่อประเมินความรุนแรงทางจิตใจจากการประสบภัยพิบัติ มีทั้งหมด 18 ข้อคำถาม และระดับคะแนนแต่ละข้อเท่ากับ 0-3 มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.93 กำหนดจุดตัดตามค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบ่งเป็น ที่จะคัดกรอง PTSD ได้ 4 ระดับ คะแนนต่ำกว่า 13 ถือว่าปกติ ระหว่าง 13-20 หมายถึงทุกขใจเล็กน้อย ระหว่าง 21-27 หมายถึงทุกขใจปานกลาง และมากกว่า 27 ถือว่าทุกขใจรุนแรง แต่ไม่มีการทดสอบเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานหลัก (gold standard) สำหรับการวินิจฉัยโรค PTSD (4) แบบคัดกรอง GHQ 60, 30, 28, 12 ข้อ เป็นของ Goldberg และคณะแล้วแปลโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ²⁰ มีค่า Cronbach's alpha อยู่ระหว่าง 0.86-0.95 ค่าความไวอยู่ระหว่างร้อยละ 78.1-85.3 และความจำเพาะอยู่ระหว่างร้อยละ 84.4-89.7 เป็นแบบคัดกรองที่เคยใช้ในการคัดกรองความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตได้นำไปใช้ในการคัดกรองความผิดปกติทางสุขภาพจิตและจิตเวชในสถานบริการสาธารณสุขและชุมชน แต่ไม่สามารถบอกถึงการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชได้ว่าเป็นชนิดใดและยังมีข้อจำกัดในการใช้ติดตามผลต่อเนื่อง (5) แบบคัดกรอง primary health questionnaire (PHQ-9) เป็นแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเองมี 9 ข้อ ที่ใช้ในการคัดกรองและติดตามภาวะเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าในหลายประเทศ และมีการแปลเป็นภาษาไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะ²¹ มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.79 ใช้จุดตัดที่ 9 ซึ่งมีค่าความไวร้อยละ 84 และความจำเพาะร้อยละ 77 ค่าทำนายโรคเมื่อผลเป็นบวกร้อยละ 21 โอกาสน่าจะเป็นโรค 3.71 เท่า ค่าความถูกต้องร้อยละ 89 นำมาใช้ในสถานบริการระดับปฐมภูมิ แต่

ยังไม่มีรายงานสำหรับใช้คัดกรองภาวะวิตกกังวลและโรค PTSD (6) แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต ชื่อ Kessler psychological distress scale เป็นของ Ronald Kessler นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน ที่ได้พัฒนาเครื่องมือนี้มาตั้งแต่ ปี ค.ศ. 2002 โดยเริ่มพัฒนาแบบคัดกรองที่สามารถวัด non-specific distress 10 ข้อ เรียกว่า Kessler psychological distress questionnaire, K-10 แล้วได้ทำการทดสอบโดยตั้งข้อคำถามออกจนเหลือ 6 ข้อที่วัด non-specific distress เรียกว่า Kessler Psychological Distress Questionnaire, K-6 ทั้ง K-6, K-10 เป็นแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตัวเองจากการศึกษาพบว่าแบบคัดกรองนี้สามารถใช้ในการคัดกรองภาวะเครียดและปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดจากภัยพิบัติในระยะ post-impact phase เกิน 1 เดือน²²⁻²⁸ และมีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย ในแถบอเมริกาและออสเตรเลีย ได้แก่ การคัดกรองในคู่มือ NSW emergency mental health response²⁹ การศึกษาในกลุ่ม helper ช่วงภัยพิบัติสึนามิของญี่ปุ่น และ hurricane Katrina²² เพื่อวัดระดับความเครียดและปัญหาโรคจิตเวช นอกจากนั้นการใช้ K-6 ยังสามารถใช้ได้ดีในชุมชนเพื่อค้นหาประชากรกลุ่มเสี่ยงที่อาจมีสุขภาพจิตได้ดี และสามารถเป็นข้อมูลระดับจิตวิทยาสุขภาพจิตได้อีกด้วย²²⁻²⁵ มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.88 ใช้จุดตัดที่ 5 ซึ่งมีค่าความไวร้อยละ 76 และความจำเพาะร้อยละ 75 ค่าถูกต้องร้อยละ 74 ค่า AUC = 0.82 ซึ่งเหมาะสมในการใช้คัดกรองปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชที่ไม่รุนแรงในกลุ่มเสี่ยงได้ ในกรณีโรคทางจิตเวชรุนแรงมีจุดตัดอยู่ที่ 13 มีค่า area under curve (AUC) = 0.87 แบบคัดกรอง K6 การแปลใช้แล้วหลายภาษาได้แก่ จีน ญี่ปุ่น อินเดีย ยุโรป และอเมริกา

อย่างไรก็ตาม กระบวนการของการทำงานวิกฤติสุขภาพจิตของประเทศไทย มีการใช้แบบประเมินหลากหลายและซับซ้อน แต่ความต้องการของผู้ให้

บริการในพื้นที่โดยเฉพาะสามจังหวัดชายแดนใต้ คือ แบบคัดกรองที่มีความน่าเชื่อถือและมีการใช้ในระบับนานาชาติ มีข้อคำถามที่สั้น สะดวกในการใช้ สามารถประเมินปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชทั่วไปที่ไม่รุนแรง โดยเฉพาะโรคเครียดภายหลังภัยพิบัติ (PTSD) เพื่อค้นหาผู้ที่เริ่มป่วยทางจิตเวชใหม่ในกลุ่มเสี่ยง และนำมาสู่การรักษาได้รวดเร็ว เพิ่มการเข้าถึงบริการ และอาจนำไปใช้เป็นเครื่องมือติดตามกลุ่มเสี่ยงที่ประสบภัยพิบัติในระยะ post-impact phase เกิน 1 เดือน ได้อีกด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกและแปลแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของ Kessler 6 ข้อเป็นฉบับภาษาไทย และต้องการศึกษาความแม่นยำตรงของเครื่องมือนี้ในการคัดกรองโรคทางจิตเวชทั่วไป รวมถึงโรคเครียดภายหลังประสบภัยพิบัติด้วย

วัตถุประสงค์

เพื่อทดสอบความแม่นยำตรงของแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของ Kessler 6 ข้อฉบับภาษาไทยในการคัดกรองโรคจิตเวชที่ไม่รุนแรง รวมถึงโรคเครียดภายหลังประสบภัยพิบัติ โดยเปรียบเทียบกับแบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อวินิจฉัยโรคจิตเวชชื่อ Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ตามเกณฑ์ DSM-IV-TR หาค่าจุดตัด (cut-off point) ความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) ในการคัดกรองโรคจิตเวชทั่วไป โรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล รวมถึงโรคเครียดภายหลังภัยพิบัติ

เพื่อศึกษาค่าความเที่ยงหรือความสอดคล้องภายในข้อคำถามของเครื่องมือนี้ โดยหาค่า Cronbach's alpha coefficient

เพื่อศึกษาความตรงเชิงโครงสร้างโดยใช้ factor analysis

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยโดยใช้รูปแบบ diagnostic test study design โดยเริ่มจากผู้วิจัยขออนุญาตจากผู้พัฒนาเครื่องมือ Kessler เป็นลายลักษณ์อักษร แล้วแปลแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต Kessler-6 เป็นภาษาไทย โดยจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านภาษาจำนวน 2 คน แล้วทำการแปลย้อนกลับเป็นภาษาอังกฤษ โดยจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญทั้งสองภาษา (bilingual) จากนั้นทำการทดสอบความเข้าใจในความหมายของข้อคำถามในแบบคัดกรองในกลุ่มตัวอย่างคนทั่วไปนักร้อง 10 ราย แล้วปรับปรุงข้อคำถามอีกครั้งจนได้ใจความที่สมบูรณ์ นำแบบคัดกรองไปใช้ทดสอบกับกลุ่มประชากรเป้าหมายคือผู้ที่อาศัยอยู่ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยโครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของกรมสุขภาพจิต ตามรหัสเลขที่ 75/2556 เมื่อวันที่ 14 สิงหาคม 2556

กลุ่มตัวอย่าง มีเกณฑ์การคัดเลือกคือ ต้องเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ไม่จำกัดเพศ มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เคยประสบเหตุการณ์โดยตรงจากภัยคุกคามของการก่อการร้ายและได้ผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม แล้วได้ลงทะเบียนไว้ในระบบฐานข้อมูลการเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ (Violence-related injury surveillance - VIS) ในระหว่างปีพ.ศ. 2550-2555 และเป็นผู้ที่สามารถติดตามมาสัมภาษณ์ตรวจสุขภาพจิต และสมัครใจยินยอมเข้าร่วมโครงการได้ในวันที่นัดหมายกับคณะผู้วิจัยที่ลงไปในพื้นที่

ขนาดตัวอย่าง คำนวณได้จากสูตร การคำนวณหาค่าประมาณแบบสัดส่วนจากกลุ่มประชากรเดียว คือ

$$N = \frac{[Z_{\alpha/2}]^2 pq}{d^2}$$

N = จำนวนอาสาสมัครที่ต้องการ

$p =$ สัดส่วนของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตมีร้อยละ
17.3 (จาก VMS report 2554) $= 0.173$

$q = 1-p = 0.827$

$Z_{\alpha/2} = 1.96$

$d =$ acceptable error $= 0.05$

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 220 คน บวกกับ
โอกาส missing rate ร้อยละ 30

$N = 220 + 66 = 286$ คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ
systematic random sampling โดยสุ่มจากรายชื่อ
ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ชายแดนใต้แล้วลง
ทะเบียนระบบในฐานะข้อมูล (violence-related Injury
surveillance-VIS) ในระหว่างปี พ.ศ. 2550-2555
มีรายชื่อทั้งหมด 3,000 ราย ที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือก
สุ่มเลือกทุกลำดับที่ 10 ของรายชื่อ เพื่อให้ได้กลุ่ม
ตัวอย่าง 300 ราย

เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย

แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของ Kessler
6 ข้อฉบับภาษาไทยที่ปรับปรุงแล้ว

แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อวินิจฉัยโรค
จิตเวช M.I.N.I. (ฉบับภาษาไทย ปรับปรุง พ.ศ. 2550)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาจากคณะ
กรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมสุขภาพจิต
ที่มผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการศึกษา
โครงการนี้ต่อผู้ว่าราชการจังหวัด นายอำเภอ และ
หัวหน้าฝ่ายการทหารและตำรวจ และทำหนังสือ
ติดต่อเพื่อขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวช
สงขลาราชนครินทร์ และหัวหน้าสาธารณสุขจังหวัด
ทั้ง 3 จังหวัด เก็บข้อมูลตามรายชื่อที่สุ่มได้จากศูนย์
VIS และขอนัดวันเข้าสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ
การสุ่มจากรายชื่อ โดยผ่านเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) ติดต่อประสานงานให้
จากนั้นผู้วิจัยได้จัดเตรียมเอกสารโครงการวิจัย ใบชี้แจง
อาสาสมัครเกี่ยวกับรายละเอียดของโครงการและใบลง
นามยินยอมของอาสาสมัคร เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ
ข้อมูลวิจัย รวมถึงงบประมาณค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน
ทำการฝึกอบรมทีมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นจิตแพทย์ 3 คน
และนักจิตวิทยาคลินิกในพื้นที่จำนวน 10 คน เกี่ยวกับ
เทคนิคการสัมภาษณ์โดยใช้เครื่องมือ M.I.N.I. เพื่อให้
เป็นมาตรฐานเดียวกัน ประเมินความสอดคล้องตรงกัน
ของการวินิจฉัยโดยใช้ M.I.N.I. โดยได้ค่า ICC > 0.8
จากนั้นจึงฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ รพสต. เกี่ยวกับขั้นตอน
การเก็บข้อมูล ตั้งแต่การชี้แจงโครงการวิจัยตามใบชี้แจง
อาสาสมัครเกี่ยวกับรายละเอียดของโครงการ การตอบ
ข้อสงสัย การให้อาสาสมัครสมัครใจด้วยตนเองก่อนลง
นามยินยอมในใบยินยอมของอาสาสมัคร การสัมภาษณ์
ตามแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป การสัมภาษณ์ตามแบบ
คัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของ Kessler 6 ข้อ (K-6)
กรณีที่อาสาสมัครอ่านไม่ได้เพราะมีปัญหาสายตา
ถ้าอาสาสมัครสามารถตอบเองได้ก็แจกแบบคัดกรอง
K-6 ให้อาสาสมัครตอบด้วยตนเอง การส่งอาสาสมัคร
เข้าสัมภาษณ์กับจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาคลินิก
การเก็บเอกสารอย่างเป็นระบบหลังจากตรวจสอบความ
ครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบบันทึกข้อมูล การให้คำปรึกษา
แนะนำหลังจากตรวจวินิจฉัยแล้ว เมื่อถึงวันนัดหมาย
ทีมวิจัยลงพื้นที่สำรวจตามรายชื่อที่สุ่มเลือกไว้ ดำเนินการ
เก็บข้อมูลตามขั้นตอนที่วางแผนไว้ ใช้เวลาเก็บรวบรวม
ข้อมูลทั้งหมดไม่เกิน 40 นาทีต่อคน ไม่มีการบันทึกชื่อ-
สกุลของอาสาสมัคร หลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการแล้ว
ผู้ช่วยนักวิจัยมอบของที่ระลึกแก่อาสาสมัครเพื่อแทนคำ
ขอบคุณ หรือให้คำแนะนำไปพบผู้เชี่ยวชาญ กรณีที่พบ
ความผิดปกติทางจิตเวชชัดเจน เมื่อรวบรวมข้อมูล
ทั้งหมดแล้วจึงได้นำข้อมูลที่ส่งให้นักสถิติวิจัยลงบันทึก
ในคอมพิวเตอร์ ด้วยโปรแกรม Omeret ของเครือข่าย

วิจัยคลินิกสหสถาบันและมูลนิธิส่งเสริมวิจัยทางการแพทย์ พร้อมแจ้งปริมาณข้อมูลที่เก็บได้แก่ที่มีวิจัยเป็นระยะเพื่อลดความผิดพลาดหรือซ้ำซ้อนของการเก็บรวบรวมข้อมูลในภาคสนาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ตัวแปรด้านประชากรศาสตร์หน่วยเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความชุกของผู้ป่วยโรคจิตเวชทั่วไป โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า และโรคเครียดภายหลังภัยพิบัติ

ใช้สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ตัวแปรที่เป็นข้อคำถามแต่ละข้อ หาค่าของความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha coefficient) ค่า factor analysis ของแบบคัดกรอง K-6 ค่าความไว ความจำเพาะและ

จุดตัดที่เหมาะสมในการจำแนกโรคจิตเวชทั่วไป โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้าและโรคเครียดภายหลังประสบภัยพิบัติ

ผลการศึกษา

มีอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ จำนวน 278 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 70.9) อายุเฉลี่ย 44.3 ปี (SD13.1) นับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 58.3) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 45.7) อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 22.7) ไม่เคยป่วยหรือรักษาทางจิตเวช (ร้อยละ 96.8) ไม่เคยประสบเหตุการณ์ฝังใจจากการถูกทำร้ายหรือถูกทารุณกรรมในวัยเด็ก (ร้อยละ 97.5) ไม่เคยประสบกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่คุกคามชีวิตในวัยเด็ก (ร้อยละ 89.2) ไม่เคยสูญเสียพ่อแม่หรือคนที่รักในวัยเด็ก (ร้อยละ 81.3) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	197	70.9
	หญิง	80	28.9
ศาสนา	อิสลาม	162	58.3
	พุทธ	115	41.7
การศึกษา	ไม่ได้เรียนหนังสือ	9	3.2
	ประถมศึกษา	127	45.7
	มัธยมศึกษา	89	32.0
	ปวช./ปวส./อนุปริญญา	25	9.0
	ปริญญาตรี	23	8.3
	ปริญญาโทขึ้นไป	1	0.4
อาชีพ	ข้าราชการ	33	11.9
	เกษตรกรรวม	43	15.5
	ค้าขาย	31	11.2
	รับจ้าง	63	22.7
	นักเรียน/นักศึกษา	7	2.5
	แม่บ้าน	10	3.6
	ไม่มีอาชีพ	32	11.5
	อื่นๆ	57	20.5
	มีประวัติเคยป่วยหรือรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช	9	3.2
	มีประวัติเคยประสบเหตุการณ์ถูกทำร้ายทารุณกรรมวัยเด็ก	7	2.5
มีประวัติเคยประสบกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่คุกคามชีวิตในวัยเด็ก	30	10.8	
ประวัติเคยสูญเสียพ่อแม่หรือคนที่รักในวัยเด็ก	50	18.0	

การทดสอบความเที่ยงหรือความสอดคล้องภายในระหว่างข้อคำถามในแบบคัดกรอง K-6 ฉบับภาษาไทย พบว่า มีความสอดคล้องภายในดีมาก ดูจากค่า Cronbach's alpha coefficient อยู่ที่ 0.86 และเมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่า แต่ละข้อมีค่าเฉลี่ย 1.7 (ต่ำสุด = 1.4, สูงสุด = 2.0) ค่าคะแนนเฉลี่ยของแบบคัดกรองอยู่ที่ 10.3 (SD.=4.0) ข้อ 2 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกสิ้นหวัง (hopeless) เมื่อถูกตัดออกจะมีผลกระทบต่อความเที่ยงมากที่สุด ส่วนข้อ 1 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ

ความรู้สึกขวัญอ่อนประสาทเสียว (nervous) เมื่อถูกตัดออกมีผลกระทบต่อความเที่ยงน้อยที่สุด แต่ทั้ง 6 ข้อมีความสอดคล้องกันทั้งหมด ตัดข้อใดข้อหนึ่งออกไม่ได้ (ตารางที่ 2) เมื่อวิเคราะห์ด้วยองค์ประกอบ (exploratory factor analysis) พบว่าได้เพียงองค์ประกอบเดียวซึ่งเป็นด้านอารมณ์เศร้าเป็นหลัก ครอบคลุมตัวแปรทั้งหมดร้อยละ 58.8 แต่ละข้อมี factor loading >0.7 (ตารางที่ 3) ซึ่งแสดงว่าเครื่องมือนี้สามารถนำไปใช้ในการคัดกรองกลุ่มโรคที่มีภาวะซึมเศร้าร่วม

ตารางที่ 2 แสดงความสอดคล้องภายในของแบบคัดกรอง K-6 ฉบับภาษาไทย

	Scale mean if item deleted	Scale variant if item deleted	Corrected item-total correlation	Squared multiple correlation	Cronbach's alpha
ข้อ 1	8.47	11.61	.602	.382	.842
ข้อ 2	8.57	11.47	.696	.502	.825
ข้อ 3	8.32	11.28	.637	.422	.836
ข้อ 4	8.47	11.32	.631	.404	.837
ข้อ 5	8.69	11.64	.664	.461	.830
ข้อ 6	8.85	12.08	.668	.467	.831

ตารางที่ 3 แสดง principle component จาก factor analysis ของแบบคัดกรอง K-6 ฉบับภาษาไทย

ข้อคำถาม	Factor loading
1. รู้สึกขวัญอ่อน ประสาทเสียว	0.707
2. รู้สึกสิ้นหวัง	0.803
3. กระวนกระวายใจไม่สงบ	0.756
4. พยายามฝืนใจทำ	0.750
5. รู้สึกเศร้ามาก	0.780
6. รู้สึกไร้ค่า	0.784

จากการทดสอบหาความตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของแบบคัดกรอง K-6 เปรียบเทียบกับการสัมภาษณ์ของจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาคลินิกโดยใช้ M.I.N.I. พบว่า มีผู้ป่วยจิตเวชโรคใดโรคหนึ่ง 46 คนจากจำนวนทั้งหมด 278 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.5 แบ่งเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive episode, major depressive episode with melancholic feature,

dysthymia) มีจำนวน 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.7 โรควิตกกังวล (panic disorder, agoraphobia, social phobia, obsessive-compulsive disorder, post-traumatic stress disorder, generalized anxiety disorder) มีจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 12.5 โรคเครียดหลังประสบภัยพิบัติ มีจำนวน 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.0 เมื่อกำหนดจุดตัดตามเกณฑ์ของ

Kessler 6 ในงานวิจัยต่างประเทศคือตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป พบว่า มีความไวอยู่ระหว่างร้อยละ 71-78 ความจำเพาะอยู่ระหว่าง 69-72 สำหรับคัดกรองโรคจิตเวชโรคใดโรคหนึ่ง โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล และโรคเครียดหลังประสบภัยพิบัติ แต่ถ้ากำหนดจุดตัดต่ำลงไปอีก 1 คะแนนคือจุดตัดที่ 4 จะเพิ่มความไวเป็น

ร้อยละ 80.0 (95%CI=66.0-90.6) ค่าความจำเพาะร้อยละ 60.0 (95%CI=53.3-66.2), ค่าทำนายเมื่อผลทดสอบเป็นบวก (positive predictive value) ร้อยละ 28.0 (95%CI=20.6-36.5) ทำนายโอกาสน่าจะเป็นโรค 2 เท่าเมื่อผลทดสอบเป็นบวก (positive likelihood ratio =1.96, 95%CI=1.59-2.42) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าคะแนนจุดตัดที่ 5 และ 4 ของแบบคัดกรอง K-6 เปรียบเทียบกับ M.I.N.I.

การวินิจฉัย	ความชุก*	จุดตัด	ความไว (ร้อยละ)	ความจำเพาะ (ร้อยละ)	ความน่าจะเป็นโรคเมื่อผลทดสอบเป็นบวก (ร้อยละ)	ความน่าจะเป็นโรคเมื่อผลทดสอบเป็นลบ (ร้อยละ)	โอกาสน่าจะเป็นโรคจากผลทดสอบบวก (เท่า)	พื้นที่ภายใต้เส้นโค้ง (area under curve with 95%CI)
โรคจิตเวช	16.1	5	73.3	72.7	34.0	93.3	2.6	0.79
โรคใดโรคหนึ่ง		4	80.0	60.0	28.0	93.8	2.0	(0.71 - 0.87)
โรคซึมเศร้า	11.9	5	78.1	69.9	26.0	96.0	2.6	0.825
		4	81.3	67.2	20.5	95.9	1.9	(0.74 - 0.91)
โรควิตกกังวล	12.6	5	71.4	69.5	25.3	94.4	2.4	0.76
		4	80.0	67.5	21.4	95.2	1.9	(0.67 - 0.85)
โรคเครียดหลังประสบภัยพิบัติ	11.1	5	74.2	69.2	23.2	95.5	2.4	0.75
		4	77.4	66.5	18.3	95.2	1.8	(0.65-0.85)

*การประมาณค่าความชุกของโรคจิตเวช ในกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคำนวณตามสูตรของ Bayes's theorem คือ

$$PPV = \frac{\text{sensitivity} \times \text{prevalence}}{\text{sensitivity} \times \text{prevalence} + (1-\text{specificity}) \times (1-\text{prevalence})}$$

วิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าเครื่องมือคัดกรองสุขภาพจิต Kessler 6 ข้อฉบับภาษาไทย หรือเรียกสั้นๆ ว่าแบบคัดกรอง K-6 ข้อคำถามทั้ง 6 ข้อมีความสอดคล้องภายในสูง คือค่า Cronbach's alpha coefficient อยู่ที่ .86 ใกล้เคียงกันกับต้นฉบับของต่างประเทศ คือ 0.88²⁵ เมื่อวิเคราะห์เชิงโครงสร้าง พบว่าแบบคัดกรอง 6 คำถามมีองค์ประกอบเช่นเดียวกับต้นฉบับ คือ เป็น unidimensional model²⁶ เมื่อดูความตรงตามเกณฑ์มาตรฐานการวินิจฉัยโรคจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (DSM-IV) พบว่าแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของ Kessler 6 ข้อฉบับภาษาไทยมีจุดตัดที่ค่าคะแนน 4 ขึ้นไป จะมีค่าความไวร้อยละ 80 แต่ค่า

ความจำเพาะต่ำการศึกษาของต่างประเทศที่ใช้จุดตัดที่ 5 ซึ่งมีค่าความไวร้อยละ 76 และความจำเพาะร้อยละ 75 ค่าถูกต้องร้อยละ 74 ค่า AUC = 0.82²⁴ และต่ำกว่าการศึกษาในแคนาดา^{27,28} ที่รายงานผลทดสอบ K6 ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในช่วง 1 เดือน มีค่า AUC 0.926 (95%CI, 0.905 to 0.947) อาจเนื่องจากการแสดงออกและสื่อภาษาทางอารมณ์ของคนไทยต่างจากตะวันตก ส่วนมากอาการคนไทยมักแสดงออกเวลาเครียดคืออาการไม่สบายทางกายมากกว่า เช่น นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง เป็นต้น แต่แบบคัดกรอง K 6 คำถามเป็นการแดงออกของความรู้สึกทั้งหมด อย่างไรก็ตามเมื่อดูความไวจากการคัดกรองโรคจิตเวชทั่วไปที่ไม่รุนแรง เครื่องมือนี้มีความไวและ

ความจำเพาะดี สามารถจะนำไปใช้คัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่เริ่มมีอาการไม่มาก เช่น กลุ่มโรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า รวมถึงโรคเครียดหลังประสพภัยพิบัติใหม่ๆ เข้ามาอยู่ในระบบการดูแลได้มากยิ่งขึ้น

ประมาณการความชุกของการเจ็บป่วยทางจิตเวชในกลุ่มตัวอย่างพบร้อยละ 16.1 ซึ่งสูงกว่าการสำรวจระดับชาติโรคจิตเวชร่วมในคนไทย: การศึกษาระดับชาติ 2551 ของกรมสุขภาพจิต ที่รายงานความชุกของโรคจิตเวชในคนไทยมีร้อยละ 14.3¹¹ อธิบายได้ว่าอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นกลุ่มเสี่ยง เพราะได้รับบาดเจ็บหรือผลกระทบโดยตรงจากการถูกทำร้ายในสถานการณ์ความไม่สงบชายแดนใต้ และอยู่ในสถานการณ์ตึงเครียดอย่างต่อเนื่องในช่วง 5 ปี ย้อนหลัง (พ.ศ. 2551-2555) ซึ่งมีการเลือกอย่างเฉพาะเจาะจงโดยสุ่มจากรายชื่อคนลงทะเบียน VIS แล้วเลือกแบบ systematic random sampling ซึ่งต่างจากกลุ่มตัวอย่างจากการสำรวจระดับชาติโรคจิตเวชระดับชาติเป็นกลุ่มประชากรทั่วไปอายุ 15-59 ปี สุ่มแบบ 3 stages stratified cluster systematic random sampling เมื่อพิจารณารายโรค ยิ่งเห็นชัดว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้ มีประมาณการความชุกโรคซึมเศร้าสูงกว่า 3 เท่า (ร้อยละ 11.1 เทียบกับ 2.5) โรควิตกกังวลมีร้อยละ 12.6 เทียบกับการศึกษาระดับชาติเพียงร้อยละ 1.9 ยิ่งไปกว่านั้นโรคเครียดภายหลังภัยพิบัติ (PTSD) ในพื้นที่สำรวจพบถึง ร้อยละ 11.1 เมื่อเทียบกับร้อยละ 0.3 ในกลุ่มประชากรปกติ ครั้นเปรียบเทียบกับการศึกษาของพิทักษ์พลบุญยมมาลิก และคณะ ที่ติดตามปฏิบัติการทางจิตใจของผู้ประสบภัยพิบัติโคลนถล่ม จังหวัดอุตรดิตถ์เมื่อปีพ.ศ. 2546 โดยใช้แบบคัดกรอง MINI เหมือนกัน พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตสูงสุดในช่วง 3 เดือนแรก ความชุกของโรคจิตเวชร้อยละ 20 และลดลงหลังจาก 12 เดือนเหลือเพียงร้อยละ 13 เท่านั้น¹⁹ ซึ่งใกล้เคียงกับความชุกที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาความชุกของโรคจิตเวชภายหลังเหตุการณ์สึนามิ พบว่า

ในช่วง 3 เดือนแรก พบความชุกของโรค PTSD, โรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้าเป็นร้อยละ 9.5, 33.6, 25.7 และในช่วง 9 เดือนหลังเกิดภัยพิบัติ ลดลงเป็นร้อยละ 4.7, 25.1, 15.1 ตามลำดับ¹³ ซึ่งต่ำกว่าความชุกในการศึกษานี้ และเมื่อเปรียบเทียบกับรายงานระบบฐานข้อมูลเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตผู้ได้รับผลกระทบจังหวัดชายแดนใต้ (VMS) ปี พ.ศ. 2554¹⁶ ที่พบผู้ได้รับผลกระทบเกิดปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 17.3 โดยมีโรค PTSD ร้อยละ 7.3 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 3.7 ซึ่งต่ำกว่าความชุกในการศึกษานี้ และเมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยของต่างประเทศ เช่น การศึกษาระบาดวิทยาสุขภาพจิตในพื้นที่ไม่สงบและมีการก่อการร้ายในประเทศเนปาล ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับพื้นที่ของชายแดนใต้ ทั้งที่การประสพเหตุการณ์นั้นมียุทธศาสตร์สั้นกว่าและการจำแนกอาการเจ็บป่วยเป็นกลุ่มอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าไม่ได้ระบุเป็นโรคทั้งหมด ยกเว้น PTSD ซึ่งพบว่ามีความชุกของโรคเครียดหลังภัยพิบัติ (PTSD) ร้อยละ 9.6²⁹ ซึ่งต่ำกว่าการศึกษารั้งนี้เช่นกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้มีขนาดใหญ่ยิ่งนานวันยิ่งมากขึ้นไม่ได้ลดลงเหมือนการประสพภัยธรรมชาติที่มีวันสิ้นสุด สอดคล้องกับการศึกษาของต่างประเทศว่าภัยพิบัติน้ำมีมนุษยภัยจะมีความซับซ้อนและปัญหาสุขภาพจิตจะเกิดยาวนานกว่า และภัยความไม่สงบในพื้นที่ชายแดนใต้ไม่ทราบว่าจะสิ้นสุดเมื่อไร ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่นั้นจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยทางจิตโดยเฉพาะโรค PTSD ที่มีความชุกสูงใกล้เคียงกับโรคซึมเศร้า แต่รักษายากกว่าเรื้อรังกว่า และการให้บริการก็ยังไม่ครอบคลุม ต้องให้ความสำคัญและให้ความสนใจมากขึ้นทั้งการเข้าถึงบริการ การรักษาและติดตามดูแลระยะยาว โดยเฉพาะโรคเครียดที่เกิดจากภัยพิบัติ โดยเพิ่มเครื่องมือคัดกรองปัญหาสุขภาพของ Kessler 6 ข้อฉบับภาษาไทยที่สั้น ใช้ง่าย มีความไวและแม่นยำตรงในการแยกคนที่มีอาการป่วยเริ่มต้นจากคนปกติ สามารถบอกแนวโน้มของโรคที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งใช้ติดตามความเปลี่ยนแปลงได้

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ กลุ่มตัวอย่างมีความเฉพาะและอาศัยอยู่ในพื้นที่เสี่ยงอันตรายทำให้การเข้าถึงลำบาก มีอุปสรรคในการเก็บข้อมูลพอสมควร เพราะช่วงที่เก็บข้อมูลเป็นช่วงถือศีลอด ไม่สะดวกเดินทาง บางช่วงสถานการณ์ก็ไม่ปลอดภัย กลุ่มตัวอย่างรายชื่อที่สุ่มไว้เกือบครึ่งหนึ่งได้โยกย้ายออกจากพื้นที่หรือเสียชีวิตไปก่อนแล้ว จึงต้องสุ่มเลือกใหม่เพื่อให้ครบตามจำนวนที่คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างไว้ เครื่องมือที่ใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐานหลักเปรียบเทียบกับแบบคัดกรองไม่ได้ใช้จิตแพทย์ เนื่องจากความขาดแคลนไม่สามารถให้จิตแพทย์ลงพื้นที่ในคราวเดียวกันได้ การวินิจฉัยโรคจึงอาจมีความคลาดเคลื่อนบ้าง ข้อเสนอแนะสำหรับการทำการศึกษาเครื่องมือคัดกรองสุขภาพจิต Kessler 6 ข้อฉบับภาษาไทย คือการทดสอบว่าเครื่องมือนี้สามารถติดตามแนวโน้มการป่วยทางจิตได้มากน้อยเพียงใด กล่าวคือมี responsiveness สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการได้ดีมากน้อยเพียงใด การนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรังเพื่อคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตเป็นเรื่องที่น่าสนใจอีกประการหนึ่ง

สรุป

ได้ทดสอบความเที่ยงและแม่นยำตรงของแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของ Kessler 6 ข้อหรือ K-6 ข้อฉบับภาษาไทย ในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง พบว่าแบบคัดกรองนี้มีค่าความเที่ยงสูง (Cronbach's alpha = 0.86) ใกล้เคียงกับต้นฉบับ มีความแม่นยำตรงพอสมควรในการคัดกรองโรคทางจิตเวชทั่วไป โรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้า โดยมีจุดตัดที่ค่าคะแนน 5 ขึ้นไป มีค่าความไวร้อยละ 73.3 ค่าความจำเพาะร้อยละ 72.2 ทำนายโอกาสน่าจะเป็นโรค 2.6 เท่าเมื่อผลทดสอบเป็นบวก แต่ถ้าคัดกรองเฉพาะ PTSD จะมีค่าความไวร้อยละ 74.2 ค่าความจำเพาะร้อยละ 69.2 ทำนายโอกาสน่าจะเป็นโรค 2.4 เท่าเมื่อผลทดสอบเป็นบวก จึงเหมาะสำหรับ

นำไปใช้คัดกรองการเจ็บป่วยทางจิตในกลุ่มเสี่ยงสูงในสถานบริการปฐมภูมิ เพราะใช้ได้ง่าย สะดวกรวดเร็วใช้เวลาเพียง 2-3 นาที อาจนำไปใช้ติดตามเฝ้าระวังการป่วยทางจิตในผู้ประสบกับเหตุการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้และได้รับผลกระทบรุนแรง มีอาการตั้งแต่ภาวะเครียดเป็นระยะ จนป่วยด้วยโรคซึมเศร้าหรือโรค PTSD เพื่อนำเขาเหล่านั้นเข้าสู่ระบบบริการได้เร็วขึ้น เพื่อลดอัตราความเจ็บป่วยทางจิตและทุพพลภาพในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ อธิบดีกรมสุขภาพจิต นายแพทย์วชิระ เพ็งจันทร์ รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต นายแพทย์ศิริศักดิ์ ธิติพิภพรัตน์ ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ที่สนับสนุนการดำเนินงานวิจัย รวมทั้งสถาบันที่ให้ทุนหลักในการทำวิจัยครั้งนี้ คือ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ อีกทั้งทีมงานจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ และ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12 ที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บ ข้อมูล และขอบคุณรองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล รวมทั้งคุณแก้วใจ เทพสุธรรมรัตน์ หน่วยระบาดวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้ความช่วยเหลือในเรื่องการวิเคราะห์ข้อมูล จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. The WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA 2004; 291:2581-90. doi:10.1001/jama.291.21.2581.

2. World Health Organization. The global burden of diseases-2004 update. [Cited date 28 May 2014] Available from http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/
3. Kohn R, Saxena S. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ* 2004; 82:858-66.
4. Wynaden D, Chapman R, Orb A, McGowan S, Zeeman Z, Yeak S. Factors that influence Asian communities' access to mental health care. *Int J Ment Nurse* 2005;14(2):88-95.
5. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52:1048-60.
6. Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ, Byrne CM, Diaz E, Kaniasty K. 60,000 disaster victims speak, Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry* 2002; 65: 207-39. doi: 10.1521/psyc.65.3.207.20173
7. Breslau N, Davis G, Andreski P, Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of the General Psychiatry* 1991; 48: 216-22.
8. Galea S, Nandi A, Vlahov D. The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiologic Reviews*: 2005;27:78-91
9. Smith EM, North CS, Price PC. Response to technological accidents. In: Lystad M. (Ed.), *Mental health response to mass emergencies: Theory and practice*. New York: Brunner/Mazel; 1988: 52-95.
10. Neria Y, Nandi A, Galea S. Post-traumatic stress disorder following disasters: a systematic review. *Psychological Medicine* 2008;38(4):467-80.
11. Kittiratanaphaibul P, Kongsuk T, Pengjuntr W, Leejongpermpoon J, Jutha W, Kenbuppha K. The national epidemiological of Thai comorbidity mental health survey. *Journal of the Department of Mental Health* 2008; 1:1-14.
12. Department of Mental Health. Annual Report 2011. [Cited date on 29 May 2014] Available from <http://www.dmh.go.th/ebook/files/rpt2554.pdf>
13. Van Griensven F, Chakraband S, Thienkrua W, Pengjuntr W, Lopes Cardozo B, Tantipiwatanaskul P, et al. Mental health problems among adults in tsunami-affected areas in southern Thailand. *JAMA* 2006; 296: 537-48.
14. Boonyamalik P, Suksawang S, Swangwongsin S. A one-year cohort study in mental health problems of the flooding victims in Uttaradit, 2005. *Journal of Psychiatric Association of Thailand* 2012; 57: 165-74.
15. DeepSouthWatch. Violence-related Injury Surveillance - VIS report from January 2007 - December 2011. [cited date on 29 May 2014] Available from http://www.share-pdf.com/f500c7b2d7c74895aa007c5737425a78/VIS_Report_Jan07_Dec11.pdf
16. Songklanagarind Psychiatric Hospital. Violence-related Mental Health Surveillance System (VMS) 2554. [Cited date on 29 May 2014]. Available from <http://www.vms.skph.go.th/Login.aspx?NextURL=ReportStat.aspx>

17. Arunpongpaisal S, Piyawatkul N Rongbudsri S, Charatsinghe A, Charatsinghe B, Kongsuk T, Taemeeyapradit U. Concurrent validity testing of Thai screening test for posttraumatic stress disorder. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2007; 52: 339-51.
18. Chawanakrasaesin P, Rukskul I, Ratanawilai A. Validity and reliability of Thai version of the posttraumatic stress disorder checklist. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2011; 56: 395-40.
19. Boonyamalik P, Suksawang S, Swangwongsin S, Chaichanachimplee C, Narakornpijit K. Development of the psychological impact scale for crisis events - 18 (PISCES-18). *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2009; 54: 317-26.
20. Nilchaikovit T, Sukying C, Silpakit C. Reliability and validity of the Thai version of the General Health Questionnaire. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 1996; 41 : 2-17.
21. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry* 2008;8:46 doi:10.1186/1471-244X-8-46 Available from <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/8/46>
22. Kessler RC, Galia S. Mental illness and suicidality after Hurricane Katrina. *Bulletin of the World Health Organization* 2006;84: 930-9.
23. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med* 2002; 32: 959-76.
24. Cornelius B. The performance of the K10, K6 and GHQ-12 to screen for present state DSM-IV disorders among disability claimants. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/128>
25. Prochaska JJ, Sung HY, Max W, Shi Y, Ong M. Validity Study of the K6 Scale as a measure of moderate mental distress based on mental health treatment need and utilization. *Int J Methods Psychiatr Res* 2012 ; 21: 88-97.
26. Furukawa TA, Kessler RC, Slade T, Andrews G. The performance of the K6 and K10 screening scales for psychological distress in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychol Med* 2003;33:357-62.
27. Cairney J, Veldhuizen S, Wade TJ, Kurdyak P, Streiner DL. Evaluation of 2 measures of psychological distress as screeners for depression in the general population. *Can J Psychiatry* 2007; 52:111-20.
28. Veldhuizen S, Cairney J, Kurdyak P, Streiner DL. The sensitivity of the K6 as a screen for any disorder in community mental health surveys: A cautionary note. *Can J Psychiatry* 2007; 52:256-9.
29. Disaster Response & Resilience Research Group, University of Western Sydney. New South Wales: The NSW Health Disaster Mental Health Manual; 2012
30. Rice VH. Theories of Stress and Its Relationship to Health. [Cited date on 30 May 2014] Available from http://www.sagepub.com/upm-data/44175_2.pdf
31. Luitel NP, Jordans MJD, Sapkota RP, Tol WA, Kohrt BA, Thapa SB, Komproe IH, Sharma B. Conflict and mental health: A cross-sectional epidemiological study in Nepal. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013; 489:183-93.