

นิพนธ์ต้นฉบับ

การเปรียบเทียบความสอดคล้องกันของการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (PHQ-2) และแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (PHQ-9) ระหว่างการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองกับการตอบแบบสอบถามโดยผู้ดูแลหลัก ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ภายใต้การดูแลสุขภาพที่บ้าน ฝ่ายเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ญาณิศา สมบูรณ์เทอดธนา, พบ. แพทย์ประจำบ้าน, มาณพพ์ เงินวิวัฒน์กุล, พบ.

ฝ่ายเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย กรุงเทพมหานคร

ผู้รับผิดชอบบทความ:

ญาณิศา สมบูรณ์เทอดธนา, พบ.

ฝ่ายเวชศาสตร์ครอบครัว

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สภากาชาดไทย กรุงเทพมหานคร

10330, ประเทศไทย

Email: yani.rain51@gmail.com

Received: December 30, 2021;

Revised: March 7, 2022;

Accepted: March 23, 2022

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: โรคซึมเศร้า เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งพบโรคซึมเศร้าได้บ่อย การวิจัยนี้จึงมีจุดประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสอดคล้องกันของการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (PHQ-2) และ 9 คำถาม (PHQ-9) ระหว่างการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองกับผู้ดูแลหลัก ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ภายใต้การดูแลสุขภาพที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วัสดุและวิธีการ: การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น รวบรวมข้อมูลในเดือนมีนาคม และเมษายน พ.ศ. 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติที่ใช้วัดความสอดคล้องของข้อมูล

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแลหลัก 71 คู่ ค่าเฉลี่ย PHQ-2 และ PHQ-9 โดยตัวผู้ป่วยเองมีค่ามากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.07$ และ $p < 0.001$) วิเคราะห์ความสอดคล้องระหว่าง 2 กลุ่ม พบว่า PHQ-2 มีความสอดคล้องดีมาก (ร้อยละ 98.59, Kappa and Weighted kappa 0.843) ส่วน PHQ-9 มีความสอดคล้องพอใช้ (ร้อยละ 66.20, Kappa and Weighted kappa 0.335)

สรุป: ดังนั้น การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย PHQ-2 โดยผู้ดูแลหลัก อาจจะเป็นอีกทางเลือกในการคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากมีความสอดคล้องกันกับการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง

คำสำคัญ: การคัดกรอง โรคซึมเศร้า โรคเรื้อรัง การดูแลสุขภาพที่บ้าน

ORIGINAL ARTICLE

Discrepancy Between Patient Report and Caregiver Report of PHQ-2 And PHQ-9 for Chronic Illness Patients Enrolled in Home Health Care Service, Family Medicine Department, King Chulalongkorn Memorial Hospital

Yanisa Somboonterdtana, MD, Manop Ngoenwiwatkul, MD

Family Medicine Department, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Bangkok

Corresponding author:

Yanisa Somboonterdtana, MD,
Family Medicine department,
King Chulalongkorn Memorial Hospital, Bangkok 10330,
Thailand

Email: yani.rain51@gmail.com

Received: December 30, 2021;

Revised: March 7, 2022;

Accepted: March 23, 2022

ABSTRACT

Objective: Major depressive disorder (MDD) is an important health problem but most populations lack awareness of the burden of MDD especially in chronic illness patients, a high-risk group for MDD. The objective of this research was to compare the results of the Patient Health Questionnaire (PHQ-2 and PHQ-9) between patient reports and caregiver reports on depression screening in chronic illness patients enrolled in the Home Health Care Service, Family Medicine Department, King Chulalongkorn Memorial Hospital.

Methods: A cross-sectional analytical study was conducted between March and April 2021. The data were analyzed by descriptive statistics and statistical methods to test agreement.

Results: A total of 71 chronic illness patients and 71 caregivers met enrollment and analysis criteria. The average of PHQ-2 and PHQ-9 by the patient report was significantly higher than the caregiver report ($p = 0.07$ and $p < 0.001$). The strength of agreement of PHQ-2 between the two groups was almost perfect (patient-caregiver agreement 98.59%, Kappa and Weighted kappa 0.843). The strength of agreement of PHQ-9 between the two groups was fair (patient-caregiver agreement 66.20%, Kappa and Weighted kappa 0.335).

Conclusion: Caregiver report on PHQ-2 may be the best choice for depression screening in chronic illness patients because of an almost perfect agreement with the self-report.

Keyword: screening, depression, chronic illness/ chronic disease, home health care

บทนำ

โรคซึมเศร้า เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ความชุกของโรคซึมเศร้าทั่วโลก อยู่ที่ 121 ล้านคน เป็นอันดับ 2 รองจากโรคเบาหวาน และเป็นอันดับ 4 ของโรคที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานสูงสุด¹ โดยประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 48.5² แสดงให้เห็นว่าแม้ภาวะซึมเศร้าจะเป็นปัญหาที่สำคัญ แต่การคัดกรองโรคซึมเศร่ายังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน ทำให้มีผู้ป่วยที่ยังไม่เข้าถึงบริการและไม่ได้รับการรักษา

ปี พ.ศ. 2504 เริ่มมีเครื่องมือคัดกรองโรคซึมเศร้า Beck Depression Inventory³ จากนั้นมีการพัฒนาเครื่องมืออีกหลายแบบ สำหรับประเทศไทยมีการพัฒนาแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย⁴ และปัจจุบันกรมสุขภาพจิตได้สนับสนุนให้ใช้ PHQ-9 เพื่อคัดกรองและแบ่งระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า

อย่างไรก็ตาม การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองโดยใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า PHQ-2 และ PHQ-9 อาจมีความคลาดเคลื่อนจากปัจจัยหลายอย่าง เช่น ผู้ป่วยบางคนไม่ตระหนักถึงปัญหาโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยไม่ตอบแบบสอบถามตามความจริงหรือไม่ยอมตอบ ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคำถามหลายข้อและใช้เวลานาน⁵ ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาเปรียบเทียบการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร่าระหว่างตัวผู้ป่วยเองกับผู้ดูแลหลักว่ามีความสอดคล้องและสามารถนำมาแปลผลได้หรือไม่ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาการประเมิน PHQ-2 ในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยคู่สมรสเทียบกับตัวผู้ป่วย⁶ แต่ยังไม่เคยมีการศึกษาความสอดคล้องการประเมิน PHQ-2 และ PHQ-9 โดยผู้ป่วยโรคเรื้อรังเทียบกับผู้ดูแลหลัก และยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทย โดยเชื่อว่าหากการประเมินมีความสอดคล้องกัน การตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยผู้ดูแลหลักอาจเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่จะนำมาใช้ในการคัดกรองโรคซึมเศร้า ซึ่งสามารถประเมินได้ง่าย ประหยัดเวลา และเป็นการสนับสนุนให้ผู้ดูแลหลักมีบทบาทในการดูแลและเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการวินิจฉัยและเข้าถึงบริการมากขึ้น⁷

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก เพื่อเปรียบเทียบความสอดคล้องของผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย PHQ-2 และ PHQ-9 ระหว่างการตอบแบบสอบถามโดยตัวผู้ป่วยเองกับผู้ดูแลหลัก ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ภายใต้การดูแลสุขภาพที่บ้าน ฝ่ายเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วัตถุประสงค์รอง เพื่อหาความชุกของโรคซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ภายใต้การดูแลสุขภาพที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional analytical study) ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 17 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 เลขที่ 890/63

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแลหลัก (ผู้ที่ใช้เวลาในการดูแลคิดเป็นจำนวนชั่วโมงต่อวันสูงที่สุด) ภายใต้การดูแลสุขภาพที่บ้าน ฝ่ายเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในช่วงเดือนมีนาคม และเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก และไม่ได้รับการวินิจฉัยในปัจจุบันว่ามีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมหรือได้รับยาที่มีผลต่อระบบประสาทและอารมณ์ ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยอ้างอิงจากสูตรคำนวณของ Flack และคณะ⁸ และเก็บข้อมูลป้องกันข้อมูลสูญหายอีกร้อยละ 10 ดังนั้นขนาดตัวอย่างที่น้อยที่สุดคือ ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักรวม 71 คู่

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ คือ แบบสอบถาม 2 ชุด สำหรับตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก แบบสอบถามแต่ละชุด มี 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ให้เลือกตอบ (ผู้ป่วย 18 ข้อ ผู้ดูแลหลัก 7 ข้อ) ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ให้เลือกตอบ (ผู้ป่วย 5 ข้อ ผู้ดูแลหลัก 4 ข้อ) ส่วนที่ 3 PHQ-2 และส่วนที่ 4 PHQ-9 โดย

ส่วนที่ 3 และ 4 ของแบบสอบถามทั้ง 2 ชุดเหมือนกันต่างกันเพียงสรรพนามที่ใช้ในคำถาม ซึ่ง PHQ เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินว่ามีภาวะซึมเศร้าหรือไม่ รุนแรงมากน้อยเพียงใด โดยคัดกรองด้วย PHQ-2 ก่อน หากมีความเสี่ยง (> 1) ให้คัดกรองต่อด้วย PHQ-9 โดยใช้คำถามอีก 7 ข้อ แปลผลว่ามีภาวะซึมเศร้าหากผลการประเมิน > 7¹¹ นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ค่า Item-Objective Congruence Index > 0.5 และทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ⁹ อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (Cronbach's alpha 0.79)

ประมวลผลสถิติโดย IBM SPSS statistics 22 บรรยายลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วย Paired t-test หาค่าความไวและความจำเพาะจากการคำนวณ และเปรียบเทียบความสอดคล้องของข้อมูลโดยสถิติ Kappa, Weighted Kappa และ Bland-Altman Plot

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ผ่านเกณฑ์คัดเลือกเข้าร่วมวิจัย 78 คน คัดเลือกออก 7 คน เนื่องจากจิตแพทย์วินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม 5 คน และได้รับยาที่มีผลต่อระบบประสาทและอารมณ์ 2 คน คงเหลือกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 71 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลหลักทั้ง 71 คน ผ่านเกณฑ์คัดเลือกเข้าและไม่ตรงกับเกณฑ์คัดออกแบบสอบถามทุกฉบับสมบูรณ์สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 53.52) อายุ 61-70 ปี (ร้อยละ 38.03) การศึกษาส่วนใหญ่สูงสุดระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 45.07) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 66.20) โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 90.14) ส่วนมากเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 5-10 ปี (ร้อยละ 57.75) และผู้ดูแลหลักคือสามี/ภรรยา (ร้อยละ 46.48) ดังตารางที่ 1

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลหลัก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.46) อายุ 51-60 ปี (ร้อยละ 43.66) การศึกษาส่วนใหญ่สูงสุดระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 46.48) ส่วนใหญ่

ตารางที่ 1. ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล (ตัวผู้ป่วยเอง)

ข้อมูล	จำนวนคน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	38 (53.52)
หญิง	33 (46.48)
อายุ	
น้อยกว่า 50 ปี	1 (1.41)
51-60 ปี	18 (25.35)
61-70 ปี	27 (38.03)
มากกว่า 70 ปี	25 (35.21)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	32 (45.07)
มัธยมศึกษา	18 (25.35)
ปวช./ปวส.	1 (1.41)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	11 (15.49)
ไม่มีวุฒิการศึกษา	9 (12.68)
อาชีพ	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	47 (66.2)
ค้าขาย	9 (12.68)
ข้าราชการ	6 (8.45)
อื่น ๆ	9 (12.68)
โรคประจำตัว	
โรคความดันโลหิตสูง	64 (90.14)
โรคไตวายเรื้อรัง	6 (8.45)
โรคเก๊าท์	4 (5.63)
โรคหลอดเลือดสมอง	12 (16.9)
โรคทางเดินหายใจ	1 (1.41)
โรคต่อหิน/ต่อกระຈก	1 (1.41)
โรคเบาหวาน	46 (64.79)
โรคไขมันในเลือดสูง	32 (45.07)
โรคหัวใจ	19 (26.76)
โรคข้อเข่าเสื่อม	6 (8.45)
โรคอื่น ๆ	3 (4.23)
ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	
น้อยกว่า 5 ปี	3 (4.23)
5-10 ปี	41 (57.75)
มากกว่า 10 ปี	27 (38.03)
บิดามารดา	0 (0.00)
บุตร	30 (42.25)
สามี/ ภรรยา	33 (46.48)
พี่น้อง	4 (5.63)
หลาน	2 (2.82)
ผู้ดูแลที่จ้างมา	1 (1.41)
อื่น ๆ	1 (1.41)

ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 42.25) ส่วนใหญ่เป็นสามี/ภรรยาของผู้ป่วย (ร้อยละ 46.48) และสัมพันธ์มากกับผู้ป่วยดีมาก (ร้อยละ 88.73) ดังตารางที่ 2

แบบสอบถามเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยทุกคนไม่เคยป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่ไม่เคยมีอาการ (ร้อยละ 54.93) เกือบทั้งหมดไม่มีสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 94.37) บางส่วนไม่เคยได้รับความรู้หรือข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 29.58) และส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 77.46) ดังตารางที่ 3 ส่วนผู้ดูแลหลักทุกคนไม่เคยป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 88.73) บางส่วนไม่เคยได้รับความรู้หรือข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 35.21) และส่วนใหญ่ทราบอาการโรคซึมเศร้าเล็กน้อย (ร้อยละ 71.83) ดังตารางที่ 4

คะแนนเฉลี่ย PHQ-2 โดยตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแลหลัก อยู่ที่ 1.06 และ 0.96 (SD 0.734 และ 0.685) ส่วน PHQ-9 อยู่ที่ 7.85 และ 5.83 (SD 6.544 และ 5.310) วิเคราะห์โดย Paired sample t-test พบว่าคะแนน PHQ-2 และ PHQ-9 ที่ประเมินโดยตัวผู้ป่วยเองมีค่าเฉลี่ยมากกว่าการประเมินโดยผู้ดูแลหลักอย่างมีนัยสำคัญ $p = 0.007$ (95% CI: 0.027, 0.169) และ $p < 0.001$ (95% CI: 1.478, 2.550) ดังตารางที่ 5

PHQ-2 และ PHQ-9 ที่ประเมินโดยผู้ดูแลหลัก มีค่าความไวร้อยละ 100 ทั้งคู่ ส่วนค่าความจำเพาะอยู่ที่ร้อยละ 80.95 (95% CI: 0.642, 0.977) และร้อยละ 79.63 (95% CI: 0.689, 0.904) (คำนวณจากตารางที่ 6 และ 7)

เปรียบเทียบความสอดคล้องของ PHQ-2 และ PHQ-9 ระหว่าง 2 กลุ่ม โดย Kappa และเกณฑ์การพิจารณาความสอดคล้อง (strength of agreement) ของ Landis and Koch (1977) พบว่า PHQ-2 มีความสอดคล้องร้อยละ 98.59 (Kappa 0.843) แสดงว่าความสอดคล้องดีมาก (almost perfect) ดังตารางที่ 8 ส่วน PHQ-9 มีความสอดคล้องร้อยละ 66.20 (Kappa 0.335) แสดงว่าความสอดคล้องพอใช้ (fair) ดังตารางที่ 9 แต่เนื่องจากค่า Kappa เป็นการพิจารณาเฉพาะข้อมูลที่สอดคล้องกันเท่านั้น จึงวิเคราะห์ Weighted Kappa เพื่อพิจารณาความไม่

ตารางที่ 2. ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล (ผู้ดูแลหลัก)

	จำนวนคน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	16 (22.54)
หญิง	55 (77.46)
อายุ	
น้อยกว่า 50 ปี	17 (23.94)
51-60 ปี	31 (43.66)
61-70 ปี	16 (22.54)
มากกว่า 70 ปี	7 (9.86)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	33 (46.48)
มัธยมศึกษา	23 (32.39)
ปวช./ปวส.	1 (1.41)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	14 (19.72)
ไม่มีวุฒิการศึกษา	0 (0.00)
อาชีพ	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	30 (42.25)
ค้าขาย	10 (14.08)
ข้าราชการ	2 (2.82)
อื่น ๆ	29 (40.85)
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	
บิดามารดาของผู้ป่วย	0 (0.00)
สามี/ภรรยาของผู้ป่วย	33 (46.48)
บุตรของผู้ป่วย	30 (42.25)
พี่น้อง	4 (5.63)
อื่น ๆ	4 (5.63)
สัมพันธ์มากกับผู้ป่วย	
ไม่ดี	0 (0.00)
ปานกลาง	8 (11.27)
ดีมาก	63 (88.73)

สอดคล้องร่วมด้วย โดยพบว่า weighted Kappa ของ PHQ-2 และ PHQ-9 เท่ากับ Kappa ดังตารางที่ 10

วิเคราะห์ Bland-Altman Plot พบว่าผลการประเมิน PHQ-2 โดยผู้ดูแลหลัก มีค่าเฉลี่ยความแตกต่าง 0.098 มี limit of agreement (LOA) -0.49 ถึง 0.69 และอยู่ใน LOA ร้อยละ 90.14 ดังแผนภูมิที่ 1 แปลว่าการประเมิน PHQ-2 โดยผู้ดูแลหลักมีความสอดคล้องกับการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง เช่นเดียวกับ PHQ-9 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยความแตกต่าง 2.014 มี LOA -2.42 ถึง 6.45 และอยู่ใน LOA ร้อยละ 91.55 ดังแผนภูมิที่ 2

ตารางที่ 3. แบบสอบถามเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า (ตัวผู้ป่วยเอง)

	จำนวนคน (ร้อยละ)
เคยป่วยเป็นโรคซึมเศร้า	
ไม่เคย	71 (100.00)
เคย	0 (0.00)
เคยมีอาการหดหู่ เศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง เป็น นานมากกว่า 6 เดือน	
ไม่เคยมีอาการดังกล่าว	39 (54.93)
เคยมีอาการดังกล่าว	32 (45.07)
มีสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนป่วยเป็นโรค ซึมเศร้า	
ไม่มี	67 (94.37)
มี	4 (5.63)
เคยได้รับความรู้หรือข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ ภาวะซึมเศร้าจากแหล่งใด	
ไม่เคยได้รับความรู้หรือข้อมูลข่าวสาร	21 (29.58)
แพทย์	2 (2.82)
บุคลากรทางการแพทย์อื่น เช่น พยาบาล เภสัชกร	2 (2.82)
สมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน หรือกลุ่ม เพื่อน	4 (5.63)
สื่อทางโทรทัศน์	29 (40.85)
อินเทอร์เน็ต social media เช่น line, facebook	8 (11.27)
บทความในหนังสือ วารสาร หรือหนังสือพิมพ์ เอกสารใบปลิว	21 (29.58)
0 (0.00)	0 (0.00)
ประวัติการคัดกรองโรคซึมเศร้า	
ไม่เคยได้รับการคัดกรอง	55 (77.46)
เคยได้รับการคัดกรอง	16 (22.54)

ผลการคัดกรองโรคซึมเศร้า พบผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 28 คน (ร้อยละ 39.43) มีอาการซึมเศร้า ทุกคนได้ทำแบบประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8 คำถาม พบว่าทุกคนไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในขณะนี้ ผู้ป่วย 4 คน เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์ DSM-V จึงให้สุขภาพจิตศึกษาและเขียนบันทึกข้อความให้ผู้ป่วยรับการรักษาที่โรงพยาบาลตามสิทธิการรักษา ส่วนผู้ที่ไม่เข้าเกณฑ์วินิจฉัย ได้ให้คำปรึกษาและวางแผนติดตามเฝ้าระวัง

กลุ่มผู้ที่เข้าเกณฑ์วินิจฉัยโรคซึมเศร้า ค่าเฉลี่ย PHQ-2 และ PHQ-9 ระหว่าง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ $p = 0.069$ (95% CI: - 0.252, 3.752) และ $p = 0.391$ (95% CI: - 0.545, 1.046) ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 4. แบบสอบถามเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า (ผู้ดูแลหลัก)

	จำนวนคน (ร้อยละ)
เคยป่วยเป็นโรคซึมเศร้า	
ไม่เคย	71 (100.00)
เคย	0 (0.00)
มีสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนป่วยเป็นโรค ซึมเศร้า	
ไม่มี	63 (88.73)
มี	8 (11.27)
เคยได้รับความรู้หรือข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ ภาวะซึมเศร้าจากแหล่งใด	
ไม่เคยได้รับความรู้หรือข้อมูลข่าวสาร	25 (35.21)
แพทย์	1 (1.41)
บุคลากรทางการแพทย์อื่น เช่น พยาบาล เภสัชกร	11 (15.49)
สมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน หรือกลุ่ม เพื่อน	13 (18.31)
สื่อทางโทรทัศน์	33 (46.48)
อินเทอร์เน็ต social media เช่น line, facebook	13 (18.31)
บทความในหนังสือ วารสาร หรือหนังสือพิมพ์ เอกสารใบปลิว	9 (12.68)
0 (0.00)	0 (0.00)
ทราบเกี่ยวกับอาการของโรคซึมเศร้า	
ไม่ทราบเลย	20 (28.17)
ทราบเล็กน้อย	51 (71.83)
ทราบ	0 (0.00)

โดยมีความสอดคล้องของผลการประเมินทุกคู่ และความสอดคล้องดีมาก

อภิปรายผล

ผลการประเมิน PHQ-2 โดยตัวผู้ป่วยเองมีค่าเฉลี่ยมากกว่าการประเมินโดยผู้ดูแลหลักอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.007$) แต่การประเมินความสอดคล้อง พบว่ามีความสอดคล้องดีมาก (ร้อยละ 98.59, Kappa and weighted Kappa 0.843) และมากกว่าการศึกษาของ Samia และคณะ⁶ ซึ่งพบความสอดคล้องร้อยละ 76 เมื่อพิจารณาความสอดคล้องแต่ละคำถาม พบว่าทั้ง 2 คำถาม มีความสอดคล้องดีมาก (Kappa 0.886 และ 0.914) แสดงว่าสามารถใช้การประเมิน PHQ-2 โดยผู้ดูแลหลักมาช่วยในการคัดกรองได้ แม้ค่าเฉลี่ยคะแนนจะแตกต่างกันอย่างมี

ตารางที่ 5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบประเมินภาวะซึมเศร้าระหว่างแบบประเมินโดยตัวผู้ป่วยเองกับผู้ดูแลหลัก

	Mean score (ประเมินโดยตัว ผู้ป่วยเอง)	Mean score (ประเมินโดย ผู้ดูแลหลัก)	SD	t	p-value	95%CI
แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม	0.76	0.70	0.232	2.044	0.045	(0.001, 0.111)
แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม	7.85	5.83	2.265	7.494	< 0.001	(1.478, 2.550)

ตารางที่ 6. ผลการประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม

ผลการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง	ผลการประเมินโดยผู้ดูแลหลัก	
	มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า	ไม่มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า
มีความเสี่ยง หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า	50	4
ไม่มีความเสี่ยง หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า	0	17

ตารางที่ 7. ผลการประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม

ผลการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง	ผลการประเมินโดยผู้ดูแลหลัก	
	มีภาวะซึมเศร้า	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
มีภาวะซึมเศร้า	17	11
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	0	43

ตารางที่ 8. ผลการประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม

	มีความสอดคล้องกัน		Kappa
	จำนวนคู่	ร้อยละ	
คำถาม			
1. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึกหดหูเศร้า ท้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่	67	94.37	0.886
2. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึกเบื่อทำอะไรก็ ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่	68	95.77	0.914
ผลการประเมิน			
มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า	53	74.65	0.843
ไม่มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า	17	23.94	

นัยสำคัญ เนื่องจากค่าเฉลี่ยเป็นการเฉลี่ยจากคะแนนรวมทั้งหมด จึงเชื่อผลการประเมินความสอดคล้องโดย Kappa มากกว่า เพราะเป็นการพิจารณาความสอดคล้องของข้อมูลแต่ละคู่

ส่วน PHQ-9 พบว่าผลการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเองมีค่าเฉลี่ยมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Rebecca และคณะ¹² ที่พบว่า PHQ-9 โดยตัวผู้ป่วยมีคะแนนมากกว่า แต่แตกต่างกับการศึกษา

ตารางที่ 9. ผลการประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม

คำถาม	มีความสอดคล้องกัน		Kappa
	จำนวนคู่	ร้อยละ	
คำถาม			
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	48	67.61	0.500
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	45	63.38	0.392
3. หลับยาก หรือหลับๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากเกินไป	30	42.25	0.196
4. เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง	41	57.75	0.354
5. เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป	58	81.69	0.719
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	32	45.07	0.086
7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	51	71.83	0.384
8. พุดซา ทำอะไรช้าลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	53	74.65	0.587
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	59	83.10	-0.039
ผลการประเมิน			
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	43	60.56	0.335
มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย	1	1.41	
มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	0	0.00	
มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง	3	4.23	

ตารางที่ 10. เปรียบเทียบความสอดคล้องกันของการประเมินแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าระหว่าง 2 กลุ่ม โดยใช้ค่าสถิติ Weighted Kappa

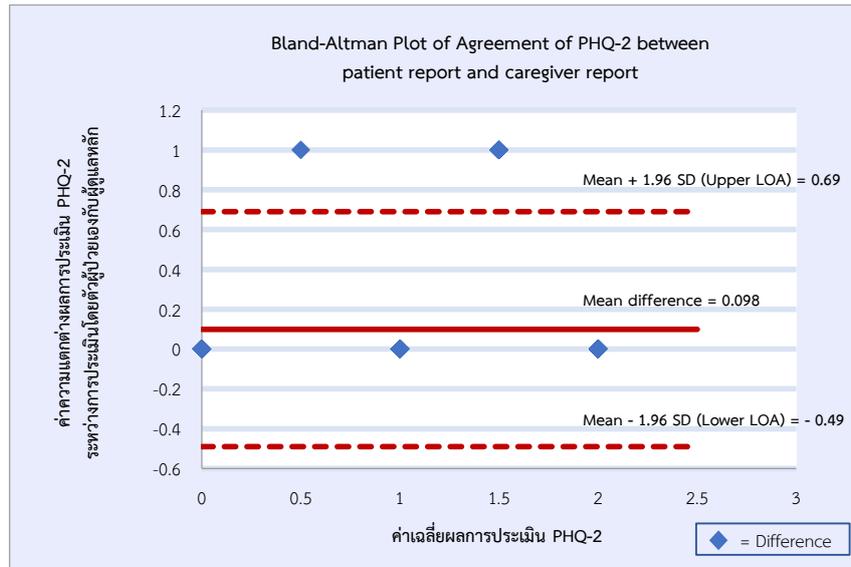
	มีความสอดคล้องกัน		Weighted Kappa
	จำนวนคู่	ร้อยละ	
แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม	70	98.59	0.843
แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม	47	66.20	0.335

ตารางที่ 11. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบประเมินภาวะซึมเศร้าระหว่างแบบประเมินโดยตัวผู้ป่วยเองกับผู้ดูแลหลัก (เฉพาะกลุ่มวินิจฉัย MDD)

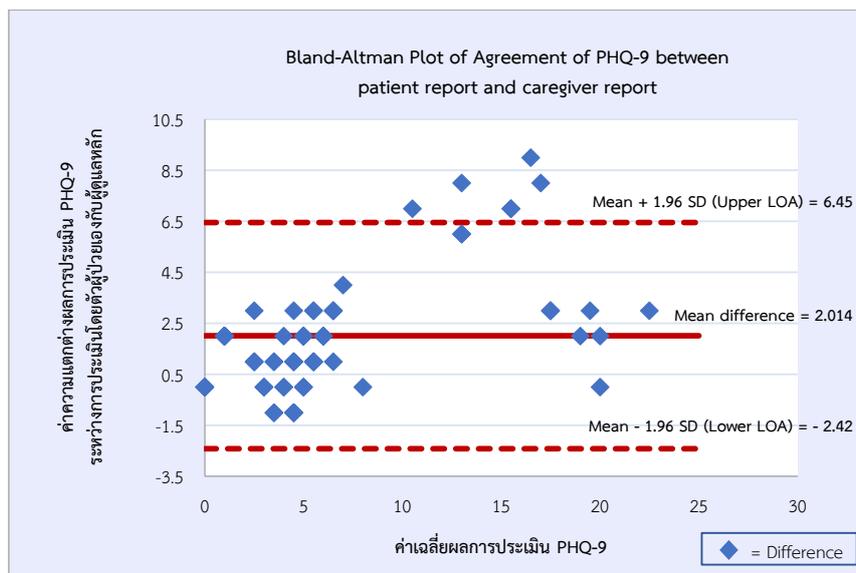
	Mean score (ประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง)	Mean score (ประเมินโดยผู้ดูแลหลัก)	SD	t	p-value	95% CI
แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม	1.75	1.50	1.258	2.782	0.069	(-0.252, 3.752)
แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม	20.00	18.25	0.500	1.000	0.391	(-0.545, 1.046)

ของ Lesli และคณะ¹³ ซึ่งพบว่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนการประเมินความสอดคล้อง พบว่ามีความสอดคล้องร้อยละ 66.20 ซึ่งมากกว่าการศึกษาของ Brittany และคณะ¹⁴

และ Alasdair และคณะ¹⁵ (ร้อยละ 45 และ 36.6) อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างและบริบทต่างกัน เนื่องจากการศึกษาก่อนหน้าเป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง¹⁴ และผู้ป่วยเนื้องอกสมอง¹⁵ จึงอาจมีความสอดคล้องน้อย



แผนภูมิที่ 1. Bland-Altman Plot แสดงความสอดคล้องของผลการประเมิน PHQ-2 โดยตัวผู้ป่วยเองเทียบกับผู้ดูแลหลัก



แผนภูมิที่ 2. Bland-Altman Plot แสดงความสอดคล้องของของผลการประเมิน PHQ-9 โดยตัวผู้ป่วยเองเทียบกับผู้ดูแลหลัก

กว่าจากการที่สมรรถภาพการรู้คิดของผู้ป่วยบกพร่องและความเครียดจากการเจ็บป่วยเฉียบพลัน¹⁶ ส่วนความสอดคล้องพอใช้ (Kappa และ weighted Kappa 0.335) สอดคล้องกับการศึกษาของ Linda และคณะ¹⁷ ที่มีค่าความสอดคล้องพอใช้ถึงปานกลาง แต่น้อยกว่าการศึกษาของ Alasdair และคณะ¹⁵ (Kappa 0.47) เมื่อพิจารณาความสอดคล้องของแต่ละคำถาม พบว่าคำถามข้อ 9 มีร้อยละความสอดคล้องสูง (ร้อยละ 83.10) แต่ค่า Kappa เป็นลบ (-0.039) ทั้งนี้เกิดจากข้อมูลที่สอดคล้องส่วนใหญ่คือตอบว่าไม่ใช่ ส่วนที่ตอบว่าใช่มีจำนวนน้อย (low

prevalence) กรณีนี้ Kappa เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอในการอธิบายความสอดคล้อง ควรพิจารณาใช้ค่าสถิติทดสอบความสอดคล้องอื่นด้วย เช่น Gwet's AC1 ซึ่งผลทดสอบความสอดคล้องเป็นไปตามร้อยละความสอดคล้อง¹⁸

ผลการคัดกรองโรคซึมเศร้า พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 39.43 มีอาการซึมเศร้า ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Ania และคณะ¹⁹ ซึ่งพบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 33 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังติดบ้าน

วิเคราะห์เฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์วินิจฉัยโรคซึมเศร้า พบว่าค่าเฉลี่ย PHQ-2 และ PHQ-9 ที่ประเมินโดยตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแลหลัก ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ และความสอดคล้องกันของการประเมินดีมาก เช่นเดียวกับการศึกษาของ Augustus และคณะ²⁰ ซึ่งศึกษาเปรียบเทียบการประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้าระหว่างการตอบโดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากับแพทย์ พบว่าแทบไม่มีความแตกต่างกัน

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแรก ๆ ของประเทศไทยที่เปรียบเทียบผลการประเมิน PHQ-2 และ PHQ-9 ระหว่างตัวผู้ป่วยเองกับผู้ดูแลหลัก ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลเฉพาะกลุ่ม อาจไม่สะท้อนข้อมูลประชากรกลุ่มอื่น ๆ จึงควรใช้ข้อมูลที่ได้ด้วยความระมัดระวัง

ผลการศึกษาพบว่า การประเมิน PHQ-2 โดยผู้ดูแลหลักสามารถนำมาใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าได้ แต่ PHQ-9 ยังไม่สามารถนำมาใช้คัดกรองได้ คณะผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะต่อสถานพยาบาลและการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. หากมีข้อจำกัดในการประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า เช่น ผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงปัญหา ผู้ป่วยไม่ตอบแบบสอบถามตามความจริงหรือไม่ยอมตอบแบบสอบถาม อาจใช้การคัดกรองโรคซึมเศร้าโดยผู้ดูแลหลักเป็นการคัดกรองเบื้องต้นก่อนได้
2. ตามปกติ การประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าเป็นการตอบแบบสอบถามโดยตัวผู้ป่วยเองหรือแพทย์เป็นผู้ประเมิน ดังนั้นควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ดูแลหลักกับแพทย์ เพื่อสามารถพิสูจน์ได้ว่าเครื่องมือมีประสิทธิภาพจริง และสอดคล้องกันเพียงใด
3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินที่ทำให้ PHQ-9 โดยผู้ดูแลหลักมีความสอดคล้องน้อยกว่า PHQ-2
4. ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสอดคล้องกันในการประเมิน PHQ-2 และ PHQ-9 ระหว่างตัวผู้ป่วยเองกับผู้ดูแลหลัก

สรุปผลการศึกษา

การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย PHQ-2 โดยผู้ดูแลหลักเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่จะนำมาใช้ในการคัดกรองโรคซึม

เศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากมีความสอดคล้องกับผลการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณทีมดูแลสุขภาพที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และขอขอบคุณผู้แปลแบบคัดกรอง PHQ-2 และ PHQ-9 ที่นำมาใช้ในงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Mortality and global health estimates [Internet] 1990. [cited 10 Sep 2020]. Available from: http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/en/index.html.
2. กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต. รายงานประจำปี 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 30 สิงหาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://mhtech.dmh.moph.go.th/fileupload/20200206284763086.pdf>.
3. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock JE, Erbaugh JK. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry. 1961;4:561-71.
4. ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ศุภชัย จันทร์ทอง, เบญจมาศ พลฤกษ์กานนท์, สุพัตรา สุขาวท, จินตนา ลีจงเพิ่มพูน. ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษากลาง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2561; 63:321-34.
5. สุนทรทิพย์ บุญยัง. การพัฒนาเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยรูปภาพอย่างง่าย. วารสารสวนปรุง. 2557;30:1-14.
6. Toukhsati SR, Yau L, Yates R, Catrice I, Wasser C, Young L, et al. Depression assessment: Spouses are poor proxies for Cardiovascular disease patients. Heart and Mind. 2018;1:102-6.
7. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด [อินเทอร์เน็ต]. 2557. [เข้าถึงเมื่อ 31 สิงหาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaidepression.com/www/58/guidebookdepress.pdf>.
8. Flack VF, Afifi AA, Lachenbruch PA, Schouten HJ. Sample size determinations for the two rater Kappa statistic. Psychometrika. 1988;53:321-5.
9. Tatha O, Laorujisawat P, Greenglass ER. The validity and reliability of the proactive coping inventory (PCI). Chula Med J. 2013;57:765-78.
10. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท; 2553.

11. สฤกษ์ดีพงศ์ แซ่หลี่, ปิยะภัทร เดชพระธรรม. การศึกษาความตรงเชิงเกณฑ์ของแบบสอบถาม PHQ-9 และ PHQ-2 ฉบับภาษาไทย. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร. 2560;27:30-7.
12. Ferrini RL, Gibson RL, Klein JD. Evaluating depression in those who cannot speak for themselves. 2014. [cited 10 Sep 2020]. Available from: <https://www.caltcm.org/assets/ferrinicaltcmphq9.pdf>.
13. Skolarus LE, Sanchez BN, Morgenstern LB, Garcia NM, Smith MA, Brown DL, et al. Validity of Proxies and correction for Proxy use when evaluating social determinants of health in stroke patients. Stroke. 2010;41:510-5.
14. Lapin BR, Thompson NR, Schuster A, Katzan IL. Magnitude and variability of stroke patient-proxy disagreement across multiple health domains. archives of physical medicine and rehabilitation 2020;102:440-7.
15. Rooney AG, McNamara S, Mackinnon M, Fraser M, Rampling R, Carson A, et al. Screening for major depressive disorder in adults with Glioma using the PHQ-9. J Neurooncol. 2013;113:49-55.
16. Wongpakaran N, Wongpakaran T, Wannarit K, Saisavoey N, Pinyopornpanish M, Lueboonthavatchai P, et al. Level of agreement between self-rated and clinician-rated instruments when measuring major depressive disorder in the Thai elderly. Clin Interv Aging. 2014;9:377-82.
17. Williams LS, Bakas T, Brizendine E, Plue L, Tu W, Hendrie H, Kroenke K. How valid are family proxy assessments of stroke patients' Health-related Quality of life. Stroke. 2006;37:2081-5.
18. Wongpakaran N, Wongpakaran T, Wedding D, Gwet KL. A comparison of Cohen's Kappa and Gwet's AC1 when calculating inter-rater reliability coefficients: a study conducted with personality disorder samples. BMC Med Res Methodol. 2013;13:61
19. Wajnberg A, Ornstein K, Zhang M, Smith KL, Soriano T. Symptom burden in chronically ill homebound individuals. J Am Geriatr Soc. 2013;61:126-31.
20. Rush AJ, Carmody TJ, Ibrahim HM, Trivedi MH, Biggs MM, Shores-Wilson K, et al. IDS comparison of self-report and clinician ratings on two inventories of depressive symptomatology. Psychiatr Serv. 2006; 57:829-37.