

ความเที่ยงตรงและความเชื่อถือได้ของแบบประเมิน Prolonged Grief Disorder-13-Revised ฉบับภาษาไทย (Thai PG-13-R) ในญาติของผู้เสียชีวิต

เกล้าใจ สมจิตต์*, ปณต ผู้กฤตยาคามิ*, ภิญโญ ศรีวิระชัย**, ประถมภรณ์ จันทร์ทอง**, กมลพร วรรณฤทธิ์*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

**ศูนย์บริรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อแปลแบบประเมิน Prolonged Grief Disorder-13-Revised (PG-13-R) เป็นภาษาไทย และประเมินความเที่ยงตรงและความเชื่อถือได้ของแบบประเมิน PG-13-R ฉบับภาษาไทยในการประเมินญาติของผู้เสียชีวิต

วิธีการศึกษา นำแบบประเมิน Prolonged Grief Disorder-13-Revised (PG-13-R) แปลเป็นภาษาไทยโดยวิธีการแปลไปข้างหน้าและย้อนกลับ โดยอาศัยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา จากนั้นนำมาเปรียบเทียบและแก้ไขจนใกล้เคียงกับเครื่องมือต้นฉบับ รวมถึงวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และนำไปศึกษาในญาติของผู้เสียชีวิตไปแล้วนานอย่างน้อย 6 เดือน จำนวน 106 คน จากศูนย์บริรักษ์ และหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลศิริราช เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์โดยตรงหรือทางโทรศัพท์ เพื่อทำการประเมินภาวะ prolonged grief disorder โดยใช้แบบประเมิน PG-13-R, Inventory of Complicated Grief (ICG) และการประเมินภาวะ prolonged grief disorder ตามเกณฑ์ DSM-5-TR จากนั้นจึงวิเคราะห์ความเที่ยงตรงด้านความไวและความจำเพาะ โดยเปรียบเทียบ PG-13-R กับทั้ง ICG และ DSM-5-TR วิเคราะห์ความเที่ยงตรงด้าน convergent validity โดยใช้สถิติ Spearman's rank correlation analysis เปรียบเทียบ PG-13-R กับ ICG และวิเคราะห์ความเชื่อถือได้โดยใช้สถิติ Cronbach's alpha

ผลการศึกษา แบบประเมิน PG-13-R ฉบับภาษาไทยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาสำหรับแต่ละข้อคำถามและทั้งแบบประเมินเท่ากับ 1.0 มีค่าความไว 1.0 ความจำเพาะ 0.98 เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบกับ ICG และมีค่าความไว 0.89 ความจำเพาะ 1.0 เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบกับ DSM-5-TR สำหรับการวิเคราะห์ convergent validity เปรียบเทียบกับ ICG พบค่า Spearman's rho เท่ากับ 0.93 และในการวิเคราะห์ความเชื่อถือได้พบค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.86

สรุป แบบประเมิน Prolonged Grief Disorder-13-Revised ฉบับภาษาไทย มีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นที่ดี สามารถนำไปใช้เพื่อการประเมินภาวะ prolonged grief disorder ในคนไทยได้

คำสำคัญ Prolonged Grief Disorder-13-Revised ความเที่ยงตรง ความเชื่อมั่น

Corresponding author: เกล็ดใจ สมจิตต์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: klaujaismjit@gmail.com

วันรับ : 20 พฤศจิกายน 2565 วันแก้ไข : 26 มกราคม 2566 วันตอบรับ : 30 มกราคม 2566

Validity and Reliability of The Thai Version of The Prolonged Grief Disorder-13-Revised Scale (Thai PG-13-R) in Bereaved Relatives

Klaojai Somjit*, Panate Pukrittayakamee*, Pinyo Sriveerachai**, Pratamaporn Chanthong**, Kamonporn Wannarit*

*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

**Siriraj Palliative Care Center, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

ABSTRACT

Objectives: To translate the Prolonged Grief Disorder-13-Revised (PG-13-R) to Thai and to evaluate the validities and reliability of the Thai version of PG-13-R for evaluating the relatives of the dead persons

Methods: The PG-13-R were translated to Thai through the forward and backward translation by bilingual experts, and then compare and edit until it is close to the original version. The final Thai version was then examined in terms of content validity. Then the 106 relatives of the persons who had died for six months or longer were included into the study in order to test the psychometric properties of the Thai version of PG-13-R. These relatives were included from the Palliative Care Center and the Psychiatric Outpatient Unit of Siriraj Hospital. The data were collected with the direct or telephone interviews in order to evaluate the prolonged grief disorder with the PG-13-R, Inventory of Complicated Grief (ICG) and the prolonged grief disorder according to the DSM-5-TR criteria. Then, the validities regarding the sensitivity and specificity were evaluated by comparing PG-13-R to both ICG and DSM-5-TR. The convergent validity was analyzed by using Spearman's rank correlation analysis as well as comparing PG-13-R and ICG. The reliability was analyzed by using Cronbach's alpha.

Results: The Thai version of PG-13-R had item- and scale- content validity index of 1.0. By analyzing and comparing it to the ICG, it had sensitivity of 1.0 and specificity of 0.98. By comparing it to DSM-5-TR, the sensitivity was 0.89 and the specificity was 1.0. Convergent validity analysis by comparing it to the ICG demonstrated Spearman's rho of 0.93. In the reliability analysis, it was found that Cronbach's alpha coefficient was 0.86.

Conclusion: The Thai version of the PG-13-R has the good validities and reliability. It can be used for evaluating the prolonged grief disorder of Thai people.

Keywords: Prolonged Grief Disorder-13-Revised, validity, reliability

Corresponding author: Klaojai Somjit

E-mail: klaujaisomjit@gmail.com

Received 20 November 2022 Revised 26 January 2023 Accepted 30 January 2023

บทนำ

ภาวะโศกเศร้าเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นได้จากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก¹ มีผู้ให้แนวคิดว่าหลากหลายทฤษฎีเกี่ยวกับปฏิกิริยาเศร้าโศกจากการสูญเสีย โดย Elisabeth Kübler-Ross เป็นผู้หนึ่งที่ได้นำเสนอทฤษฎีเพื่ออธิบายปฏิกิริยาของการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก มักประกอบด้วย 5 ระยะ² เริ่มจากระยะแรกซึ่งเรียกว่า ระยะปฏิเสธและแยกตัว (denial and isolation) ในระยะนี้ผู้สูญเสียจะเกิดความรู้สึกตกใจและปฏิเสธสิ่งที่เกิดขึ้น ระยะนี้ใช้เวลานานหลายชั่วโมงถึงสัปดาห์ ระยะที่สอง คือ ระยะโกรธ (anger) ซึ่งเป็นระยะที่ผู้สูญเสียเกิดความโกรธจากความคิดที่ว่าทำไมเหตุการณ์นี้จึงต้องเกิดขึ้นกับตนเอง ระยะที่สาม คือ ระยะต่อรอง (bargain) ซึ่งเป็นการมองหาสิ่งต่อรองเพื่อปลอบใจในสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ จากนั้นจะเข้าสู่ระยะที่สี่ คือ ระยะซึมเศร้า (depression) ในระยะนี้ผู้สูญเสียจะมีอารมณ์เศร้าโศกคร่ำครวญ ย้ำนึกถึงบุคคลที่เสียชีวิต³ ความอยากอาหารลดลง นอนไม่หลับ⁴ หรืออาจทำให้กิจวัตรประจำวันตามปกติลดลงจากเดิมบ้าง ระยะนี้จะใช้เวลานานเป็นสัปดาห์ ส่วนใหญ่มักดีขึ้นเองภายในระยะเวลา 6 เดือน หลังจากนั้นจะเข้าสู่ระยะที่ห้าซึ่งเรียกว่า ระยะกลับคืนสู่ปกติ (recovery) โดยผู้ที่สูญเสียจะลดการย้ำนึกถึงบุคคลที่เสียชีวิต ยอมรับกับการสูญเสีย และเริ่มกลับเข้าสู่กิจวัตรประจำวันตามปกติของบุคคลนั้น² โดยปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นจากการสูญเสียในแต่ละระยะไม่จำเป็นต้องเรียงลำดับ แต่อาจจะเกิดกลับไปกลับมาได้ หรืออาจเกิดไม่ครบทุกระยะได้ อารมณ์เศร้าโศกที่เป็นปกติต่อการสูญเสียนี้ไม่จัดเป็นความผิดปกติทางจิตเวช อาการจะดีขึ้นเองโดยไม่ต้องได้รับการรักษา⁵

ในขณะเดียวกันจะมีบุคคลกลุ่มหนึ่งที่ไม่สามารถก้าวข้ามผ่านความโศกเศร้าจากการสูญเสียไปได้ นำไปสู่ภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติต่อการสูญเสียซึ่งเรียกว่า complicated grief หรือ Prolonged Grief Disorder (PGD)⁶ ผู้ที่มีภาวะนี้จะมีความรู้สึกโหยหาบุคคลที่เสียชีวิตอย่างรุนแรง มีความเศร้าโศกรุนแรงที่แสดงออกมาเป็นอาการทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมเป็นเวลานานอย่างน้อย 6 เดือนสำหรับเด็ก และ 12 เดือนสำหรับผู้ใหญ่ โดยอาการดังกล่าวส่งผลให้เกิดการสูญเสียหน้าที่การงานและการเข้าสังคม⁷ ก่อนหน้านี้ยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนว่าภาวะ PGD จัดเป็นโรคทางจิตเวชหรือไม่ แต่ในปัจจุบันภาวะ PGD เพิ่งถูกจัดให้เป็นโรคทางจิตเวชที่ได้รับการรักษาตามคู่มือการวินิจฉัยฉบับล่าสุดของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition Text Revision (DSM-5-TR)⁷ และ

Internal Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11) เนื่องจากมีหลักฐานสนับสนุนที่ชัดเจนว่าภาวะ PGD เป็นปฏิกิริยาทางจิตใจที่รุนแรงเกินกว่าความเศร้าโศกเสียใจตามปกติ⁸

ภาวะนี้พบได้มากถึงร้อยละ 9.8 ในบุคคลที่ประสบกับการสูญเสีย¹ และภาวะนี้ยังสัมพันธ์กับการเกิดความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ⁹ การฆ่าตัวตาย¹⁰ และการลดลงของคุณภาพชีวิต⁸ ดังนั้นภาวะนี้จึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการคัดกรองและวินิจฉัย เพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วและเหมาะสม

Prigerson และคณะ ได้พัฒนาแบบประเมินภาวะ Complicated Grief ที่เรียกว่า Inventory of Complicated Grief (ICG) ซึ่งมีข้อคำถาม 19 ข้อ มีค่าความเที่ยงตรง (validity) ที่ดีเมื่อเทียบกับแบบประเมิน Beck Depression Inventory ($r = 0.67$, $p < 0.001$) และมีค่าความเชื่อมั่น (reliability) ชนิดความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ที่ดี (Cronbach's alpha coefficient 0.94) โดยคะแนนที่มีค่ามากกว่า 25 คะแนนหมายถึงมีภาวะ Complicated Grief¹¹ ซึ่งคุณอรสา ไยยง ได้รับอนุญาตในการแปลจากต้นฉบับเป็นภาษาไทยและปรับให้เข้ากับบริบทของคนไทยแบบสอบถามฉบับภาษาไทยนี้ได้ถูกนำไปทดสอบกับอาสาสมัครชาวไทยแล้วพบว่ามีความเที่ยงตรงและค่าความเชื่อมั่นที่ดีเช่นกัน¹² แบบประเมินนี้จึงเป็นแบบประเมินที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในการประเมินภาวะ Complicated Grief ในคนไทย

ต่อมา Prigerson และคณะ ได้พัฒนาแบบประเมินภาวะ PGD ขึ้นมาใหม่ซึ่งเรียกว่า Prolonged Grief Disorder-13 (PG-13) โดยแบบประเมินนี้ได้มีการปรับเนื้อหาให้เข้ากับร่างเกณฑ์การวินิจฉัยใหม่ (proposed criteria) ที่ถูกนำเสนอใน DSM-5¹³ และได้รับการแปลและนำไปใช้อย่างกว้างขวางในหลายภาษาทั่วโลก เช่น ภาษาสวีเดน ภาษาโปรตุเกส และภาษาตุรกี ซึ่งมีค่าความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นที่ดี¹⁴⁻¹⁶ อย่างไรก็ตามข้อจำกัดในการประเมินภาวะ PGD ในช่วงเวลานั้นคือยังไม่มีเกณฑ์การวินิจฉัยที่เป็นมาตรฐานสากล เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนว่าภาวะ PGD ควรถูกจัดเป็นโรคทางจิตเวชหรือไม่และควรมีลักษณะอาการอย่างไร ทำให้แบบประเมินที่ถูกพัฒนาในช่วงเวลานั้นทั้ง ICG และ PG-13 มีข้อจำกัดในด้านการทดสอบความเที่ยงตรงของแบบประเมินจากการที่ไม่มีเกณฑ์การวินิจฉัยที่เป็นมาตรฐานสากลไว้สำหรับเปรียบเทียบ

ต่อมาใน DSM ฉบับล่าสุดซึ่งคือ DSM-5-TR ได้มีการกำหนดชัดเจนเป็นครั้งแรกให้ PGD จัดเป็นโรคทางด้านจิตเวช

และมีการปรับเกณฑ์การวินิจฉัยใหม่ให้เข้ากับหลักฐานการศึกษาที่มีอยู่ในปัจจุบันมากขึ้น ซึ่งเกณฑ์การวินิจฉัยใหม่นี้จัดเป็นเกณฑ์มาตรฐานสากลในปัจจุบัน⁷ ดังนั้น Prigerson และคณะ จึงได้พัฒนาแบบประเมิน PG-13 ฉบับแก้ไขใหม่หรือ Prolonged Grief Disorder-13-Rised (PG-13-R) เพื่อให้มีเกณฑ์การประเมินที่ตรงกับเกณฑ์การวินิจฉัยใน DSM-5-TR มากขึ้น และสามารถประเมินได้ด้วยตัวผู้รับการประเมินเอง (self-report questionnaire) แบบประเมินนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ โดยคะแนนที่มีค่าตั้งแต่ 30 คะแนนขึ้นไปรวมกับมีความบกพร่องต่อหน้าที่จะแปลผลว่ามีภาวะ PGD แบบประเมิน PG-13-R มีความเที่ยงตรงเชิงเหมือน (convergent validity) ที่ดีเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ PGD ตาม DSM-5-TR โดยมีค่า kappa agreement 0.89 และมีความเที่ยงตรงตามสภาพ (concurrent validity) และความเที่ยงตรงเชิงพยากรณ์ (predictive validity) ที่ดีเมื่อเปรียบเทียบกับแบบประเมินของโรคอื่นๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันซึ่งได้แก่ post-traumatic stress disorder, major depressive disorder และ generalized anxiety disorder รวมถึงมีค่าความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในที่ดีโดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient 0.93¹⁷

เนื่องจากแบบประเมิน PG-13-R มีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นที่สูงในการประเมินภาวะ PGD ที่วินิจฉัยตามเกณฑ์มาตรฐานสากล จึงเป็นแบบประเมินที่มีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในประเทศไทย อย่างไรก็ตามแบบประเมิน PG-13-R ยังไม่เคยถูกแปลเป็นภาษาไทยและยังไม่มีเคยมีการทดสอบคุณสมบัติของแบบประเมินในคนไทย ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อแปลแบบประเมิน PG-13-R เป็นภาษาไทยเพื่อให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมและบริบทของคนไทย¹⁸ และประเมินค่าความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมิน PG-13-R ฉบับภาษาไทย

วิธีการศึกษา

วิธีการศึกษาประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ การแปลแบบสอบถาม และการทดสอบคุณสมบัติของแบบประเมิน โดยการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่หนังสือรับรองโครงการวิจัย Si 227/2021

1. การแปลแบบสอบถาม

ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้แบบประเมิน PG-13-R ฉบับ

ภาษาอังกฤษจากผู้พัฒนาแบบสอบถามคือ Holly G. Prigerson หลังจากได้รับการอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบประเมิน PG-13-R ฉบับภาษาอังกฤษมาแปลเป็นภาษาไทย ซึ่งแปลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาที่เป็นแพทย์ 1 ท่าน และนักแปลภาษา 1 ท่าน โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาคือผู้ที่มีความสามารถในการพูด ฟัง อ่าน เขียนได้ดีทั้งภาษาไทยและอังกฤษ และมีประสบการณ์การใช้ทั้งสองภาษาได้ดีในชีวิตจริง จากนั้นนำแบบประเมินที่แปลเป็นภาษาไทยทั้งสองฉบับมาเปรียบเทียบและแก้ไขจนได้ฉบับภาษาไทยที่เหมาะสม โดยผ่านการเห็นชอบจากแพทย์ผู้แปลและทีมผู้วิจัย จากนั้นจึงนำแบบประเมิน PG-13-R ฉบับภาษาไทยมาแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอีก 1 ท่าน และนักแปลภาษาอีก 1 ท่าน โดยผู้แปลในขั้นตอนนี้จะเป็นคนละคนกับผู้แปลในขั้นตอนแรกและเป็นผู้แปลที่ไม่เคยเห็นแบบประเมินฉบับภาษาอังกฤษมาก่อน จากนั้นจึงนำแบบประเมินที่แปลกลับเป็นภาษาอังกฤษทั้งสองฉบับมาเปรียบเทียบกับแบบประเมินภาษาอังกฤษต้นฉบับ หากแบบประเมินที่แปลกลับมีความหมายไม่ตรงกับต้นฉบับแบบประเมินฉบับภาษาไทยจะถูกนำมาแก้ไขจนได้ความหมายและภาษาที่เหมาะสมโดยผ่านการเห็นชอบจากแพทย์ผู้แปลทั้ง 2 คน และทีมผู้วิจัย หลังจากนั้นจึงนำแบบประเมินฉบับภาษาไทยมาใช้ในงานวิจัย

เนื่องจากแบบประเมินฉบับภาษาไทยนี้ได้รับการตรวจสอบแล้วโดยผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งได้แก่ แพทย์เฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และจิตแพทย์ว่ามีเนื้อหาที่เหมาะสมสำหรับการประเมินภาวะ PGD งานวิจัยนี้ จึงไม่มีการนำแบบประเมินฉบับภาษาไทยมาทดสอบนำร่อง (pilot study) กับอาสาสมัครกลุ่มเล็กก่อนที่จะนำมาใช้เก็บข้อมูลจริง

2. การทดสอบคุณสมบัติของแบบประเมิน

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากอาสาสมัครจำนวน 106 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จาก 2 แหล่งคือ ญาติของผู้ป่วยที่เคยรักษากับศูนย์บริรักษ์ (palliative care unit) โดยปัจจุบันผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว และผู้ป่วยจิตเวชที่มารักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกที่มีประวัติสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก โดยเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครมีดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร (Inclusion criteria)

1. ผู้ที่มีบุคคลอันเป็นที่รักเสียชีวิต โดยบุคคลอันเป็นที่รักเสียชีวิตไปแล้วนานอย่างน้อย 6 เดือน

2. มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้เสียชีวิต เช่น เป็นบุตรบิดา มารดา พี่น้อง สามี หรือ ภรรยา ของผู้เสียชีวิต

3. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออกอาสาศักดิ์ (Exclusion criteria)

1. ผู้ที่ป่วยเป็นโรคในกลุ่ม schizophrenia spectrum and other psychotic disorders, neurocognitive disorders, intellectual disabilities, communication disorders, และ autistic spectrum disorder

2. ผู้ที่มีความทุกข์ทรมานจากอาการโรคเครียดหรือมีอาการทางจิตเวชในระดับสูงจนไม่สามารถให้ความร่วมมือในการตอบคำถามได้

เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ที่หน่วยตรวจหรือสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์โดยผู้วิจัยที่เป็นแพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์ที่ได้รับการฝึกสอนโดยจิตแพทย์แล้ว เป็นผู้ทำการสัมภาษณ์ ซึ่งงานวิจัยนี้จะใช้แพทย์ประจำบ้านคนดังกล่าวเพียงคนเดียวในการสัมภาษณ์อาสาศักดิ์ทุกราย การสัมภาษณ์ประกอบด้วย การเก็บข้อมูลทั่วไป การสัมภาษณ์ตามแบบประเมิน PG-13-R และ ICG ฉบับภาษาไทย และการสัมภาษณ์ทางคลินิกเพื่อวินิจฉัยภาวะ PGD ตามเกณฑ์ DSM-5-TR

แบบประเมิน PG-13-R ฉบับภาษาไทย มีทั้งหมด 13 ข้อ โดยข้อ 1 เป็นการถามว่าเคยสูญเสียบุคคลสำคัญหรือไม่ ข้อ 2 เป็นการถามถึงระยะเวลาของการสูญเสีย ข้อ 3 - 12 เป็นคำถามแบบ Likert scale มีระดับคะแนนตั้งแต่ 1 - 5 ใช้สำหรับประเมินอาการต่างๆ ของ PGD ซึ่งได้แก่ การโหยหาผู้เสียชีวิต การหมกมุ่นคิดถึงผู้เสียชีวิต ความสับสนในบทบาทตนเอง การไม่ยอมรับความจริง การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นเตือนความจริง ความรู้สึกเจ็บปวดปัญหาในการกลับไปใช้ชีวิต ความรู้สึกด้านชา ชีวิตไร้ความหมาย และความรู้สึกโดดเดี่ยว สำหรับคำถามข้อ 13 เป็นการประเมินว่ามีการบกพร่องต่อหน้าที่ต่างๆ หรือไม่ ในการวินิจฉัยภาวะ PGD ผู้ถูกประเมินจะต้องเคยสูญเสียบุคคลสำคัญตามคำถามข้อ 1 และได้คะแนนรวมในข้อ 3 - 12 ตั้งแต่ 30 คะแนนขึ้นไป และมีความบกพร่องต่อหน้าที่ตามคำถามข้อ 13 ส่วนคำถามข้อ 2 ที่ถามถึงระยะเวลาของการสูญเสียจะไม่ถูกนำมาใช้เป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัยตามแบบประเมินนี้ แต่จะถูกนำไปใช้เป็นข้อมูลเพื่อช่วยในการวางแผนการติดตามและดูแลรักษา¹⁷

แบบประเมิน ICG ฉบับภาษาไทยเป็นแบบประเมินภาวะ PGD ที่มีใช้ในประเทศไทยมาแต่เดิม แบบประเมินนี้มีทั้งหมด 19 ข้อ แต่ละข้อให้การประเมินแบบ Likert scale ในระดับคะแนน

ตั้งแต่ 0 - 4 โดยคะแนนรวมที่มีค่ามากกว่า 25 หมายถึงมีภาวะ PGD เนื้อหาของการประเมินมีส่วนที่เหมือนกับ PG-13-R ในด้านการประเมินเกี่ยวกับความคิดถึงโหยหาผู้เสียชีวิต การปฏิเสธความจริง และอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้น แต่มีส่วนที่ต่างจาก PG-13-R คือ ไม่มีการประเมินเกี่ยวกับความสับสนในบทบาทตนเองและการบกพร่องต่อหน้าที่ต่างๆ แต่มีการประเมินอาการอื่นๆ ที่ไม่มีใน PG-13-R และ DSM-5-TR ซึ่งได้แก่ การมีอาการทางกายเหมือนกับผู้เสียชีวิต และการได้ยินหรือมองเห็นผู้เสียชีวิต¹¹

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ PGD ใน DSM-5-TR มีเกณฑ์การประเมินอาการต่างๆ ที่เหมือนกับคำถามในข้อ 3 - 12 ของแบบประเมิน PG-13-R และมีการประเมินความบกพร่องในหน้าที่ต่างๆ เช่นเดียวกับ PG-13-R แต่มีส่วนที่ต่างจาก PG-13-R คือ มีการกำหนดเกณฑ์ระยะเวลาการสูญเสียให้เป็นเวลานานอย่างน้อย 12 เดือนสำหรับผู้ใหญ่ และ 6 เดือนสำหรับเด็กและวัยรุ่น⁷ อย่างไรก็ตามการหาอาสาศักดิ์ผู้ใหญ่ที่ผ่านการสูญเสียอย่างน้อย 12 เดือน เป็นสิ่งที่ทำได้ยาก ซึ่งจะทำให้ไม่สามารถดำเนินงานวิจัยนี้ได้ และในขั้นตอนการพัฒนาเกณฑ์การวินิจฉัยใน DSM-5 และ ICD-11 มีหลักฐานที่สนับสนุนว่าเกณฑ์ระยะเวลาการสูญเสียในการวินิจฉัยภาวะ PGD ในผู้ใหญ่ควรกำหนดให้อยู่ในช่วง 6 - 12 เดือน⁸ ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงใช้เกณฑ์ระยะเวลาการสูญเสียสำหรับผู้ใหญ่เป็น 6 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์หาความเที่ยงตรงชนิดความตรงตามเนื้อหา (content validity) ของแบบประเมิน PG-13-R โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน ซึ่งได้แก่ แพทย์เฉพาะทาง การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 2 ท่าน และจิตแพทย์ 2 ท่าน ประเมินเนื้อหาของแบบประเมิน PG-13-R และคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index)

วิเคราะห์หาความเที่ยงตรงเชิงเหมือนโดยการเปรียบเทียบคะแนนรวมของ PG-13-R ข้อ 3 - 12 กับคะแนนรวมของ ICG ว่ามีความสัมพันธ์กันหรือไม่โดยใช้สถิติ Spearman's rank correlation analysis และวิเคราะห์ความเที่ยงตรงชนิดความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) ค่าทำนายการเป็นโรค (positive predictive value) และค่าทำนายการไม่เป็นโรค (negative predictive value) โดยการเปรียบเทียบผลการประเมินโดย PG-13-R (ให้ผลเป็นบวกหรือลบ) กับผลการประเมินโดย ICG และ DSM-5-TR (ให้ผลการประเมินว่าเป็นหรือไม่เป็น PGD)

วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในระหว่างคำถามข้อ 3 - 12 ของแบบประเมิน PG-13-R โดยใช้สถิติวิเคราะห์หาค่า Cronbach's alpha การวิเคราะห์ทางสถิติในงานวิจัยนี้วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม SPSS statistics version 26.0

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.6) มีอายุเฉลี่ย 52.25 ± 15.31 ปี มีสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง/แยกทาง (ร้อยละ 43.4) การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 47.2) ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 83) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.2) ไม่มีประวัติ

โรคทางจิตเวช (ร้อยละ 78.3) มีความสัมพันธ์เป็นบุตร (ร้อยละ 37.7) หรือสามี/ภรรยาของผู้เสียชีวิต (ร้อยละ 34.9) และส่วนใหญ่ผ่านการสูญเสียมานาน 6 - 11 เดือน (ร้อยละ 87.7) ค่าเฉลี่ยคะแนนรวม PG-13-R ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 17.36 คะแนนของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น PGD ตามเกณฑ์ DSM-5-TR เท่ากับ 34.88 คะแนน และของผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็น PGD เท่ากับ 15.93 คะแนน สำหรับข้อมูลของผู้เสียชีวิต ผู้เสียชีวิตมีอายุเฉลี่ย 64.19 ± 17.05 ปี ส่วนใหญ่เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง (ร้อยละ 79.2) และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยก่อนเสียชีวิตน้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 90.6) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

	จำนวน (N=106)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	29	27.4
หญิง	77	72.6
อายุ (ปี)	52.25 ± 15.31	
สถานภาพ		
โสด	34	32.1
สมรส/อยู่ด้วยกัน	26	24.5
หม้าย/หย่าร้าง/แยกทาง	46	43.4
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	43	40.6
ปริญญาตรี	50	47.2
สูงกว่าปริญญาตรี	13	12.2
อาชีพ		
ประกอบอาชีพ	88	83.0
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	18	17.0
ศาสนา		
พุทธ	103	97.2
อิสลาม	1	0.9
คริสต์	2	1.9
โรคประจำตัวทางกาย		
ไม่มี	52	49.1
มี	54	50.9

	จำนวน (N=106)	ร้อยละ
ประวัติโรคทางจิตเวช		
ไม่มี	83	78.3
มี	23	21.7
ความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต		
บิดา/มารดาของผู้เสียชีวิต	7	6.6
พี่น้องของผู้เสียชีวิต	17	16.0
สามี/ภรรยาของผู้เสียชีวิต	37	35.0
บุตรของผู้เสียชีวิต	40	37.7
อื่นๆ	5	4.7
ระยะเวลาที่ผ่านการสูญเสีย		
6 - 11 เดือน	93	87.7
≥ 12 เดือน	13	12.3
ค่าเฉลี่ยคะแนน PG-13-R		
อาสาสมัครทั้งหมด	17.36	
ผู้ที่มีภาวะ PGD	34.88	
ผู้ที่ไม่มีความ PGD	15.93	
อายุของผู้เสียชีวิต (ปี)	64.19 ± 17.05	
สาเหตุของการเสียชีวิต		
มะเร็ง	84	79.2
ติดเชื้อ	11	10.4
อื่นๆ	11	10.4
ระยะเวลาการเจ็บป่วยก่อนที่จะเสียชีวิต		
น้อยกว่า 5 ปี	96	90.6
ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป	10	9.4

คุณสมบัติของแบบประเมิน

การวิเคราะห์ความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของแบบประเมิน PG-13-R พบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาสำหรับแต่ละข้อคำถาม (item-content validity index หรือ I-CVI) เท่ากับ 1.0 ในทุกข้อคำถาม และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาสำหรับทั้งแบบประเมิน (scale-content validity index หรือ S-CVI) เท่ากับ 1.0

การวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงเหมือนโดยเปรียบเทียบคะแนนรวมของ PG-13-R ข้อ 3 - 12 กับคะแนนรวมของ ICG พบว่ามีค่า Spearman's rank correlation เท่ากับ 0.93 ($p < 0.001$) สำหรับการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงโดยการเปรียบเทียบผลการประเมินโดย PG-13-R กับผลการประเมินโดย ICG พบค่าความไวเท่ากับ 1.0 ความจำเพาะเท่ากับ 0.98 ค่าทำนายการเป็นโรคเท่ากับ 0.88 และค่าทำนายการไม่เป็นโรคเท่ากับ 1.0 และเมื่อเปรียบเทียบกับผลการประเมินโดย DSM-5-TR พบค่าความไวเท่ากับ 0.89 ความจำเพาะเท่ากับ 1.0 ค่าทำนายการเป็นโรคเท่ากับ 1.0 และค่าทำนายการไม่เป็นโรคเท่ากับร้อยละ 0.99 ดังแสดงในตารางที่ 2

การวิเคราะห์ความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในระหว่างคำถามข้อ 3 - 12 ของแบบประเมิน PG-13-R พบค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.86

วิจารณ์

งานวิจัยนี้จัดทำขึ้นเพื่อแปลแบบประเมิน PG-13-R เป็นภาษาไทย และทดสอบคุณสมบัติของแบบประเมินเพื่อนำมาใช้ในการประเมินภาวะ PGD ซึ่งเพิ่งได้รับการบัญญัติเป็นโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5-TR และ ICD-11 เมื่อไม่นานมานี้ ซึ่งการศึกษานี้เป็นการศึกษาแรกๆ ที่ทำการทดสอบคุณสมบัติของแบบประเมิน PG-13-R ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยการศึกษาได้วิเคราะห์ความเที่ยงตรงของแบบประเมินในด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ความเที่ยงตรงเชิงเหมือน ความเที่ยงตรงชนิดความไว ความจำเพาะ ค่าทำนายการเป็นโรค และค่าทำนายการไม่เป็นโรค

และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบประเมินในด้านความสอดคล้องภายใน

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าแบบประเมิน PG-13-R มีค่า CVI-I ในทุกข้อคำถามสูงถึง 1 และ CVI-S สูงถึง 1 ซึ่งสนับสนุนว่าทุกข้อคำถามในแบบประเมิน PG-13-R ฉบับภาษาไทยมีเนื้อหาที่เหมาะสมในการประเมินภาวะ PGD ในบริบทของคนไทย¹⁹ การที่แบบประเมินนี้มีค่าความตรงตามเนื้อหาสูงอาจเป็นเพราะว่าในกระบวนการแปลแบบสอบถามมีการใช้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษาทั้งผู้ที่เป็นแพทย์และผู้ที่เป็นประชาชนทั่วไป ทำให้ได้แบบประเมินที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับอาการทางคลินิกและใช้ภาษาที่ประชาชนทั่วไปเข้าใจได้ง่าย¹⁸

การวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงเหมือนแสดงให้เห็นว่าแบบประเมิน PG-13-R ให้ผลการประเมินที่สอดคล้องกับแบบประเมิน ICG ซึ่งเป็นแบบประเมินที่เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางสำหรับการประเมินภาวะ PGD ในคนไทย โดยมีค่า Spearman's rank correlation 0.93 ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันที่สูง²⁰ ผลการศึกษานี้สนับสนุนว่าแบบประเมิน PG-13-R มีคุณสมบัติในการประเมินภาวะ PGD ในบริบทของคนไทยได้เช่นเดียวกับแบบประเมินที่ได้รับการยอมรับในประเทศไทย

เมื่อศึกษาคุณสมบัติของแบบประเมิน PG-13-R ในการประเมินภาวะ PGD ที่วินิจฉัยโดยใช้เกณฑ์ DSM-5-TR ซึ่งเป็นเกณฑ์การวินิจฉัยตามมาตรฐานสากล ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าแบบประเมิน PG-13-R มีค่าความไวที่สูง แบบประเมินนี้จึงเหมาะที่จะใช้ในการคัดกรองภาวะ PGD และการที่แบบประเมินมีความจำเพาะที่สูงทำให้แบบประเมินนี้มีความแม่นยำในการวินิจฉัยภาวะ PGD เช่นกัน นอกจากนี้การที่แบบประเมินมีค่าทำนายการเป็นโรคและค่าทำนายการไม่เป็นโรคที่สูง ทำให้ผู้ที่ได้รับการประเมินว่าได้ผลบวกมีโอกาสสูงที่จะมีภาวะ PGD และผู้ที่ได้รับการประเมินว่าได้ผลลบมีโอกาสสูงที่จะเป็นปกติ²¹

ตารางที่ 2 แสดงค่าการทดสอบคุณสมบัติของแบบประเมิน PG-13-R ฉบับภาษาไทย เมื่อเปรียบเทียบกับแบบประเมิน ICG และ DSM-5-TR

	Sensitivity	Specificity	Positive predictive value	Negative predictive value	Spearman's rank correlation
ICG	1.0	0.98	0.88	1.0	0.93 ($p < 0.001$)
DSM-5-TR	0.89	1.0	1	0.99	-

ในส่วนของการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นในด้านความสอดคล้องภายในของแบบ PG-13-R ฉบับภาษาไทย พบว่ามีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.86 ซึ่งการที่มีค่ามากกว่า 0.7 ถือว่ามีความสอดคล้องภายในที่ดี²² แสดงให้เห็นว่าข้อคำถามทุกข้อในแบบประเมิน PG-13-R ฉบับภาษาไทยมีความสอดคล้องกันและมีคุณสมบัติในการประเมินภาวะเดียวกันซึ่งคือภาวะ PGD²³

เมื่อเปรียบเทียบคุณสมบัติของแบบประเมิน PG-13-R ฉบับภาษาไทยกับต้นฉบับภาษาอังกฤษ ในด้านความเที่ยงตรงพบว่าฉบับภาษาไทยมีความเที่ยงตรงที่สูงเช่นเดียวกับฉบับภาษาอังกฤษเมื่อเปรียบเทียบผลของแบบประเมินกับเกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-5-TR โดยในฉบับภาษาไทยมีค่าความไวความจำเพาะ ค่าทำนายการเป็นโรค และค่าทำนายการไม่เป็นโรคอยู่ในระดับที่สูง เช่นเดียวกับในฉบับภาษาอังกฤษที่มีค่า kappa agreement อยู่ในระดับสูง¹⁷ ซึ่งการที่ทั้งแบบประเมินฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษมีความเที่ยงตรงที่สูงอาจเป็นเพราะว่าข้อคำถามทุกข้อของแบบประเมินมีเนื้อหาเหมือนกับเกณฑ์การวินิจฉัยใน DSM-5-TR ส่วนในด้านความเชื่อมั่นของแบบประเมินพบว่าค่าความสอดคล้องภายในของฉบับภาษาไทย (Cronbach's alpha 0.86) มีค่าสูงเทียบเท่ากับฉบับภาษาอังกฤษ (Cronbach's alpha 0.9)¹⁷ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเมื่อนำแบบประเมินมาใช้ในบริบทของคนไทย ข้อคำถามต่างๆ ของแบบประเมินยังมีความสอดคล้องกันดีและวัดผลในเรื่องเดียวกันเช่นเดียวกับที่ใช้ในต่างประเทศ

เมื่อเปรียบเทียบคุณสมบัติของแบบประเมิน PG-13-R ฉบับภาษาไทยกับ แบบประเมิน PG-13 ที่ถูกแปลเป็นภาษาอื่นๆ ซึ่งได้แก่ สวีเดน และตุรกี พบว่ามีค่าความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นที่ดีในระดับเทียบเท่ากัน^{14,16} ซึ่งแสดงให้เห็นว่าถึงแม้มีการแปลเป็นภาษาต่างๆ แต่แบบสอบถามยังมีเนื้อหาที่เหมือนและมีความสอดคล้องกัน สามารถประเมินไปในทิศทางเดียวกัน

เมื่อเปรียบเทียบแบบประเมิน PG-13-R กับ ICG ทั้งสองแบบประเมินมีข้อดีเหมือนกันตรงที่มีความเที่ยงตรงเชิงเหมือนที่ดี และมีความสอดคล้องภายในที่สูง รวมถึงใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายสำหรับประชาชนทั่วไป อย่างไรก็ตามแบบประเมิน PG-13-R จะมีคุณสมบัติที่โดดเด่นกว่าคือ ข้อคำถามใน PG-13-R มีพื้นฐานมาจาก ICG จึงมีคุณสมบัติในการประเมินภาวะ PGD ได้เช่นเดียวกับ ICG แต่มีความทันสมัยกว่าเพราะมีการเพิ่มเติมข้อคำถามใหม่ให้ตรงกับเกณฑ์ DSM-5-TR ที่เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยใหม่ล่าสุด

โดยเกณฑ์ที่มีการเพิ่มเติมเข้ามาได้แก่ ความสับสนในบทบาทตนเอง ปัญหาในการกลับไปใช้ชีวิต และการบกพร่องต่อหน้าที่ต่างๆ รวมถึงมีการตัดข้อคำถามที่ไม่จำเป็นที่เคยมีอยู่ใน ICG¹⁷ ทำให้ PG-13-R มีจำนวนข้อคำถามน้อยกว่าและใช้เวลาในการประเมินสั้นกว่า

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าแบบประเมิน PG-13-R ฉบับภาษาไทยสามารถนำมาใช้ในการประเมินภาวะ PGD ในคนไทยได้ เพราะมีการใช้ภาษาที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมและบริบทของคนไทย มีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นในระดับสูงเทียบเท่ากับแบบประเมินต้นฉบับภาษาอังกฤษ มีเนื้อหาการประเมินที่เหมือนกับเกณฑ์การวินิจฉัยใน DSM-5-TR ซึ่งเป็นเกณฑ์มาตรฐานในการวินิจฉัยฉบับล่าสุด และเป็นแบบประเมินที่ทำได้ง่ายและใช้เวลาไม่นาน โดย PG-13-R ฉบับภาษาไทยสามารถนำมาใช้ในการคัดกรองภาวะ PGD ในญาติของผู้ป่วยที่เสียชีวิตหรือผู้ที่มีความโศกเศร้าจากการสูญเสียที่มาปรึกษาทางจิตเวช โดยผู้ทำการคัดกรองอาจเป็นพยาบาลหรือแพทย์ทั่วไปที่ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้าน PGD หรืออาจให้ผู้รับการประเมินทำแบบประเมินได้ด้วยตนเอง ซึ่งการมีแบบประเมินสำหรับคัดกรองภาวะ PGD จะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะนี้ได้รับการตรวจวินิจฉัยเร็วขึ้น รวมถึงได้รับการรักษาหรือถูกส่งต่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อเข้ารับการรักษาได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้แบบประเมิน PG-13-R ยังสามารถนำไปใช้ในการประเมินติดตามอาการของผู้เข้ารับการรักษา ซึ่งจะช่วยให้แพทย์ทราบว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้นหรือแย่ลงมากน้อยเพียงใด ส่งผลให้แพทย์สามารถปรับการดูแลรักษาให้เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วยได้มากขึ้น แบบประเมินนี้ยังมีประโยชน์ในด้านการตรวจประเมินคุณภาพการให้บริการ โดยอาจนำไปใช้เป็นตัวชี้วัดคุณภาพการให้บริการว่าช่วยให้ผู้ป่วยภาวะ PGD อาการดีขึ้นมากน้อยเพียงใด²⁴ ในด้านการวิจัยการมีแบบประเมินภาวะ PGD ที่เป็นมาตรฐานจะช่วยกระตุ้นให้เกิดการสร้างงานวิจัยต่อยอดในด้าน PGD ได้มากขึ้น²⁵

ข้อจำกัดในการวินิจฉัยภาวะ PGD ตามเกณฑ์ DSM-5-TR คือต้องรอให้ผ่านการสูญเสียยาวนานเกิน 6 เดือน สำหรับเด็กและวัยรุ่น และ 12 เดือน สำหรับผู้ใหญ่ จึงจะวินิจฉัยภาวะนี้ได้ อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติการรอให้ผ่านการสูญเสียยาวนานถึง 6 - 12 เดือน แล้วค่อยทำการประเมิน อาจทำให้ผู้ที่มีความเสี่ยงจะเกิด PGD ได้รับการประเมินและได้รับการช่วยเหลือที่ล่าช้าเกินไป ดังนั้นในทางปฏิบัติผู้วิจัยจึงเสนอให้มีการใช้แบบประเมิน PG-13-R ในการคัดกรองภาวะ PGD ภายใน 6 เดือนแรกหลังการสูญเสีย

ซึ่งหากคัดกรองได้ผลบวกแสดงว่ามีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะ PGD จึงควรมีการให้การช่วยเหลือเบื้องต้นและควรได้รับการตรวจติดตามต่อ ซึ่งการให้การช่วยเหลือตั้งแต่เนิ่นๆ จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะ PGD ในอนาคตได้²⁶ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลที่สนับสนุนว่าการที่แบบประเมิน PG-13-R ให้ผลทดสอบเป็นบวกภายหลังการสูญเสียยาวนานไม่ถึง 6 เดือน จะสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ PGD ภายหลัง 6 เดือน สำหรับเด็กและวัยรุ่น หรือ 12 เดือน สำหรับผู้ใหญ่ หรือไม่ จึงควรมีการศึกษาในประเด็นนี้เพิ่มเติมในอนาคตซึ่งหากมีข้อมูลที่ยืนยันถึงความสัมพันธ์ดังกล่าวจะช่วยเป็นหลักฐานสนับสนุนในการใช้แบบประเมิน PG-13-R ตั้งแต่ในช่วงที่ผ่านการสูญเสียยังไม่ถึง 6 เดือน

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้คือการที่มีอาสาสมัครบางส่วนได้รับการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ซึ่งการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์อาจทำให้ประสิทธิภาพในการสื่อสารลดลง ส่งผลให้การสัมภาษณ์ทางคลินิกเพื่อวินิจฉัยภาวะ PGD ตามเกณฑ์ DSM-5-TR อาจมีความคลาดเคลื่อน อย่างไรก็ตามเนื่องจากงานวิจัยนี้ดำเนินการในช่วงที่กำลังมีการระบาดของไวรัสโควิด-19 ทำให้การสัมภาษณ์แบบต่อหน้าทำได้ด้วยความยากลำบาก จึงจำเป็นต้องมีการเก็บข้อมูลจากอาสาสมัครส่วนหนึ่งโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์แทน เพื่อให้งานวิจัยดำเนินการต่อไปได้ ดังนั้นหากมีงานวิจัยในอนาคตที่ทำการสัมภาษณ์อาสาสมัครทุกรายแบบต่อหน้าจะช่วยสนับสนุนความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมิน PG-13-R ได้ชัดเจนขึ้น

สรุป

แบบประเมิน PG-13-R ฉบับภาษาไทยมีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นที่ดีในการประเมินภาวะ PGD และเป็นแบบประเมินที่มีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

1. Lundorff M, Holmgren H, Zachariae R, Farver-Vestergaard I, O'Connor M. Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2017; 212: 138-49.
2. Salah S, Hussain S, Ahmed A, Azam A, Rafique D. Death as transformation: examining grief under the perspective of the Kubler-Ross in the selected movies. *Int J Engl Linguist* 2018; 9: 448.
3. Shear MK. Clinical practice. Complicated grief. *N Engl J Med* 2015; 372(2): 153-60.
4. Szuhany KL, Young A, Mauro C, Garcia de la Garza A, Spandorfer J, Lubin R, et al. Impact of sleep on complicated grief severity and outcomes. *Depress Anxiety* 2020; 37(1): 73-80.
5. Moayedoddin B, Markowitz JC. Abnormal grief: Should we consider a more patient-centered approach? *Am J Psychother* 2015; 69(4): 361-78.
6. Mason TM, Toftthagen CS, Buck HG. Complicated grief: Risk Factors, protective factors, and interventions. *J Soc Work End Life Palliat Care* 2020; 16(2): 151-74.
7. First MB, Yousif LH, Clarke DE, Wang PS, Gogtay N, Appelbaum PS. DSM-5-TR: overview of what's new and what's changed. *World Psychiatry* 2022; 21(2): 218-9.
8. Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes CM, Aslan M, Goodkin K, et al. Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med* 2009; 6(8): e1000121.
9. O'Connor MF. Grief: A brief history of research on how body, mind, and brain adapt. *Psychosom Med* 2019; 81(8): 731-8.
10. Miller MD. Complicated grief in late life. *Dialogues Clin Neurosci* 2012; 14(2): 195-202.
11. Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF 3rd, Bierhals AJ, Newsom JT, Fasiczka A, et al. Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res* 1995; 59(1-2): 65-79.
12. Yaiyong O, Lueboonthavatchai P. Depression and grief of the elderly at the Elderly Associate in Nonthaburi Province. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2011; 56: 117-28.
13. Aoun SM, Breen LJ, Howling DA, Rumbold B, McNamara B, Hegney D. Who needs bereavement support? A population based survey of bereavement risk and support need. *PLoS One* 2015; 10(3): e0121101.
14. Pohlkamp L, Kreicbergs U, Prigerson HG, Sveen J. Psychometric properties of the Prolonged Grief Disorder-13 (PG-13) in bereaved Swedish parents. *Psychiatry Res* 2018; 267: 560-5.
15. Delalibera M, Coelho A, Barbosa A. Validation of prolonged grief disorder instrument for Portuguese population. *Acta Med Port* 2011; 24(6): 935-42.
16. Işıkli S, Keser E, Prigerson HG, Maciejewski PK. Validation of the prolonged grief scale (PG-13) and investigation of the prevalence and risk factors of prolonged grief disorder in Turkish bereaved samples. *Death Stud* 2020; 46: 628-38.
17. Prigerson HG, Boelen PA, Xu J, Smith KV, Maciejewski PK. Validation of the newly proposed DSM criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale. *World Psychiatry* 2021; 20: 1-11.
18. Sousa VD, Rojjanasirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *J Eval Clin Pract* 2011; 17(2): 268-74.
19. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health* 2007; 30(4): 459-67.
20. Swinkels RA, Bouter LM, Oostendorp RA, Swinkels-Meewis IJ, Dijkstra PU, de Vet HC. Construct validity of instruments measuring impairments in body structures and function in



- rheumatic disorders: which constructs are selected for validation? A systematic review. Clin Exp Rheumatol 2006; 24(1): 93-102.
21. Safari S, Baratloo A, Elfil M, Negida A. Evidence Based Emergency Medicine Part 2: Positive and negative predictive values of diagnostic tests. Emerg (Tehran) 2015; 3(3): 87-8.
 22. Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric Theory. 3rd ed. McGraw-Hill; 1994.
 23. Addington-Hall JM, Bruera E, Higginson IJ, Payne S. Research methods in palliative care. New York: Oxford University Press; 2007.
 24. Hearn J, Higginson IJ. Outcome measures in palliative care for advanced cancer patients: a review. J Public Health Med 1997; 19(2): 193-9.
 25. Harding R, Selman L, Powell RA, Namisango E, Downing J, Merriman A, et al. Research into palliative care in sub-Saharan Africa. Lancet Oncol 2013; 14(4): e183-8.
 26. Cherny N, Fallon M, Kaasa S, Portenoy RK, Currow DC. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 5th ed. New York: Oxford University Press; 2015.