

แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด

(ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 3/2557)

**Guidebook of Depressive Disorders
Surveillance and Care : Provincial Level
(Revised Edition III ; 2014)**

สนับสนุนงบประมาณโดย :



กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

โรคซึมเศร้า ภัยเงียบด้านสุขภาพ โรคซึมเศร้า ไม่ใช่อารมณ์เศร้า หดหู่ ท้อแท้ทั่วไป แต่เป็นโรคสมองที่มีความบกพร่องของสารสื่อประสาท ผู้ป่วยจะเศร้าท้อแท้หดหู่สิ้นหวังอย่างรุนแรง เบื่อหน่าย หดความสนใจในการทำงานหรือกิจกรรมที่ทำอย่างมากรวมถึงชีวิตประจำวันจะเกิดขึ้นตลอดวันติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ถ้าไม่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้อง จะคงอยู่นาน เรื้อรังเป็นปี กลับซ้ำได้บ่อย หากไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือทันเวลาก็จะถึงขั้นฆ่าตัวตายสำเร็จ ที่มีมากกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า จากการคาดการณ์ภาวะของโรคที่มีต่อประชากรในทุกภูมิภาคของโลก โดยวัดความสูญเสียเป็นจำนวนปีที่ดำรงชีวิตอย่างมีความสุขดีขององค์การอนามัยโลก, Harvard School of Public Health และธนาคารโลกพบว่า ในปี 2563 โรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพ เป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด สำหรับประเทศไทย พบเป็นอันดับ 4 ในผู้หญิง และอันดับ 10 ในผู้ชาย ซึ่งมีคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคซึมเศร้าถึง 1.5 ล้านคน

ดังนั้น เพื่อลดความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นดังกล่าว กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และทีมผู้เชี่ยวชาญ ได้พัฒนานวัตกรรมการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า ที่ประกอบด้วยเทคโนโลยีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ 1) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) ใช้ในการค้นหาผู้มีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 2) แบบประเมินอาการซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า 3) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ที่วัดระดับความรุนแรงของความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย 4) แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ (CPG-MDD-GP) เน้นการวินิจฉัยโรค การรักษาด้วยยาต้านเศร้า ที่ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น 5) โปรแกรมระบบสารสนเทศการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด เป็นฐานข้อมูลการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าของหน่วยบริการสาธารณสุขทั้งประเทศ และ 6) หลักสูตรการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทั้งแพทย์ และพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อสร้างความมั่นใจและเพิ่มความเชี่ยวชาญในการจัดการเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในพื้นที่

ในปี 2552-2556 ได้มีการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในพื้นที่ทั้งประเทศ โดยบุคลากรสาธารณสุขในสถานบริการทุกระดับ ทำให้การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น จากปี 2549 ที่ยังไม่มีกรณีการตามระบบนี้ อัตราการเข้าถึงรับบริการอยู่ที่ร้อยละ 3.7 ปัจจุบันปี 2556 เพิ่มขึ้นเกือบ 10 เท่าจากเดิม เป็นร้อยละ 33.34 และลดการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในขณะที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้อย่างมาก จากการวิจัยประเมินผลในภาพรวมทั้งประเทศพบว่า ผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ซึ่งหากมีการค้นหาคัดกรอง ประเมินอาการ วินิจฉัยโรคโดยแพทย์ ดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และส่งข้อมูลครบถ้วนถูกต้องทันเวลาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องจนถึงปี 2563 จะส่งผลให้ความสูญเสียด้านสุขภาพจากโรคซึมเศร้าลดลง

ในการปรับปรุงแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด ครั้งที่ 3 นี้ คณะทำงานได้นำแนวทางการดำเนินงานตามนโยบายการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานครอบคลุมประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ ในประเด็นของการบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ให้เข้าถึงบริการตามเป้าหมาย และได้นำข้อมูลที่เป็นข้อเสนอแนะจากผู้ปฏิบัติ เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับการดำเนินงานของหน่วยบริการทุกระดับสถานบริการ และเพื่อให้การดำเนินงานมีประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

สารบัญ

	หน้า	
บทที่ 1	บทนำ	5
บทที่ 2	ระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด	9
	2.1 ระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพ	9
	2.2 ขั้นตอนการวางระบบ	12
	2.3 กิจกรรมการดำเนินงานในระบบ	13
	2.4 เครื่องมือที่ใช้ในระบบ	16
	2.5 เทคโนโลยีที่ใช้ในระบบ	18
บทที่ 3	การค้นหา การคัดกรอง ประเมิน และวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ในระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด	19
	3.1 การคัดกรองผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	19
	3.2 การประเมินอาการโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย	23
	3.3 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า	28
บทที่ 4	การส่งเสริมป้องกันดูแลช่วยเหลือ และบำบัดรักษา ในระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด	31
	4.1 กลุ่มที่มีผลปกติจากการคัดกรอง	31
	4.2 กลุ่มที่มีโอกาสป่วยเป็นโรคซึมเศร้า	32
	4.3 กลุ่มที่มีอาการโรคซึมเศร้าความรุนแรงระดับน้อย	32
	4.4 กลุ่มที่มีอาการโรคซึมเศร้าความรุนแรงระดับปานกลาง	33
	4.5 กลุ่มที่มีอาการโรคซึมเศร้าความรุนแรงระดับรุนแรง	34
	4.6 กลุ่มที่มีอาการโรคซึมเศร้าและมีแนวโน้มฆ่าตัวตาย	35
	4.7 แนวทางการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยยาต้านเศร้า (Antidepressant)	36
บทที่ 5	การส่งต่อผู้ป่วยในระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด	39
บทที่ 6	การติดตามเฝ้าระวังการกลับซ้ำในระบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด	41
บทที่ 7	ระบบสารสนเทศการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า	43
	7.1 แนวคิดการพัฒนาาระบบสารสนเทศการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า	43
	7.2 สารสนเทศระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด	44
	7.3 ข้อมูลในระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า	45
	7.4 รูปแบบการบันทึกข้อมูลในระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า	48
	7.5 การรายงานและแสดงผลของระบบสารสนเทศการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า	49
	7.6 การประเมินประสิทธิผลของระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า	50
	7.7 คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับ	52

ภาคผนวก

ก.	ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า	55
ข.	หลักฐานทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง	61
ค.	แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)	67
ง.	แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)	69
จ.	แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)	71
ฉ.	เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ICD-10	73
ช.	แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในกรณีที่ไม่สามารถบันทึกลงในโปรแกรมรายงานได้ในขณะที่ให้บริการ	81
ซ.	ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยและญาติ	83
ฅ.	เภสัชวิทยาที่สำคัญของยาต้านเศร้า	91
ญ.	เอกสารอ้างอิง	97
ฎ.	รายนามคณะที่ปรึกษาและคณะทำงาน	101

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	เครื่องมือที่ใช้ในระบบดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	16
ตารางที่ 2	เทคโนโลยีที่ใช้ในแต่ละกิจกรรมในระบบดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	18
ตารางที่ 3	Organic causes of a depressive symptoms	28
ตารางที่ 4	Pharmacological causes of depression	29

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1	แสดงการดำเนินโรคซึมเศร้า	11
ภาพที่ 2	แสดงความสัมพันธ์ของการดูแลช่วยเหลือและการดำเนินโรคซึมเศร้า	12
ภาพที่ 3	แสดงผังการไหลแสดงกระบวนการในระบบดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระดับจังหวัด	14

บทที่ 1

บทนำ

การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
เป็นผลงานเชิงประจักษ์ของสถานบริการทุกระดับที่ดำเนินการกันอย่างมีประสิทธิภาพ
หากดำเนินการอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในปัจจุบันและในอนาคต จากการศึกษาภาวะทางสุขภาพจากโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ปี 2547 (สำนักงานพัฒนานโยบายสาธารณสุขระหว่างประเทศ, 2552) พบว่า โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years, DALY) มากเป็นอันดับ 4 ในผู้หญิงไทย และมากเป็นอันดับ 10 ในผู้ชายไทย เมื่อเปรียบเทียบกับความสูญเสียด้านสุขภาพอันเนื่องจากการเจ็บป่วยและบาดเจ็บ 135 ประเภทที่เกิดกับคนไทย ปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้าของไทยที่ผ่านมา คือ 1) ประชาชนส่วนใหญ่ขาดการตระหนักรู้ ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องว่า อาการซึมเศร้าเป็นเรื่องธรรมดาเป็นแล้วก็หายเอง และบางส่วนคิดว่า เป็นบ้าวิกลจริตจึงมีความรังเกียจ เมื่อเจ็บป่วยก็จะปฏิเสธการรักษา 2) แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลทุกระดับไม่มั่นใจในการวินิจฉัยโรคและการรักษาด้วยยาต้านเศร้า 3) ระบบการรักษามีข้อจำกัดของการดูแลรักษาด้วยยา ส่วนการช่วยเหลือทางสังคมจิตใจซึ่งเป็นวิธีรักษาที่สำคัญ เช่น จิตบำบัด ยังมีน้อยมาก เนื่องจากขาดทั้งผู้เชี่ยวชาญและองค์ความรู้ ขาดเทคโนโลยีและแนวทางการส่งเสริมป้องกันโรคซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพ ง่ายและสะดวกใช้ 4) การค้นหาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทำในหลายพื้นที่แต่ไม่เข้มข้น และไม่เชื่อมโยงกับระบบการดูแลรักษาในสถานบริการสาธารณสุข 5) ยังไม่มีระบบติดตามเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำของโรคที่มีประสิทธิภาพ 6) ในการกำหนดนโยบายสาธารณสุขทั้งในระดับประเทศและระดับจังหวัดให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้าเป็นอันดับรองจากโรคทางกายอื่นๆ

จากการสำรวจทางระบาดวิทยาโรคจิตเวชในคนไทย ปี 2551 ประมาณการว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 1,311,797 คน ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง (Major Depressive Episode) และจำนวน 181,809 คนป่วยเป็นโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง (Dysthymia) (ธรรณิษฐ์ กองสุข และคณะ 2551) แต่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการน้อยมากจำนวน 100 คน จะมารับบริการเกือบ 4 คนเท่านั้น ซึ่งถ้าหากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้อง จะมีการเกิดซ้ำและเป็นเรื้อรังอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย ก็จะก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพอย่างมาก เพราะจากการประมาณความสูญเสียปีสุขภาวะของคนไทยในปี 2546 พบว่า โรคซึมเศร้าทำให้คนไทยโดยเฉพาะในผู้หญิงจะเป็นอันดับ 4 เมื่อเปรียบเทียบกับความเจ็บป่วยและโรคที่เกิดขึ้นในคนไทย นั่นหมายถึง ผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ และสังคม ที่จะกลายเป็นปัญหาใหญ่ต่อการพัฒนาประเทศ เพื่อป้องกันและแก้ไขโรคซึมเศร้า กรมสุขภาพจิตได้ดำเนินการ ดังนี้

ปี 2549-2551 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร และผู้เชี่ยวชาญจากมหาวิทยาลัย ได้ทำการวิจัยพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหและป้องกันความสูญเสีย

เนื่องจากโรคซึมเศร้า ทำให้ได้ระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด ประกอบไปด้วย 4 เทคโนโลยี/คู่มือ/องค์ความรู้ในการส่งเสริมป้องกันไม่ให้เป็นโรคซึมเศร้าสำหรับประชาชนทั่วไป 10 เรื่อง และกลุ่มเสี่ยง 6 เรื่อง คู่มือความรู้โรคซึมเศร้ารักษาหายได้ สื่อวีดิทัศน์สำหรับ อสม. และพยาบาล และโปรแกรมระบบสารสนเทศการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า 3 เครื่องมือ; แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) แบบประเมินอาการโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) 1 แนวทางการจัดการตามระดับความรุนแรง การรักษาด้วยยา การติดตามเฝ้าระวังเพื่อป้องกันกลับเป็นซ้ำ และสมุดประจำตัวเพื่อการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า

ผลทำให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับการคัดกรองด้วย 2Q ร้อยละ 80.03 มีแนวโน้มจะป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 6.03 มีอาการโรคซึมเศร้าและมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย ร้อยละ 9.45 ได้รับการรักษาด้วยยา ร้อยละ 72.57 และส่งต่อ ร้อยละ 4.78 กลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 0.96 (ปกติ ร้อยละ 22) ฆ่าตัวตายสำเร็จ ร้อยละ 0.96 (เดิมร้อยละ 7.06) ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ร้อยละ 91.90 แต่ผลงานนี้เป็นเพียงการป้องกันการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าแบบทั่วไปและเฉพาะกลุ่มในระยะเริ่มแรก ผู้ที่มีอาการโรคซึมเศร่ายังไม่เห็นความสำคัญ และไม่ปรับการบำบัดรักษาบ่อยมากมีเพียง ร้อยละ 31.94 ของผู้ที่มีอาการทั้งหมด แต่ยังคงส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการมากขึ้น ร้อยละ 6.05 (เดิม ร้อยละ 1.42) ซึ่งได้มี 4 จังหวัดคือ จังหวัดมุกดาหาร สงขลา นครสวรรค์ และกำแพงเพชร นำระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าไปใช้ในพื้นที่ ผลทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 6.31 (เดิม ร้อยละ 3.7)

ปี 2552-2555 การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้า ยังคงมีเป้าหมายที่การลดความสูญเสีย อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ที่มุ่งเน้นการลดความชุกและภาวะโรค ด้วยการลดอุบัติการณ์ การป้องกันกลับเป็นซ้ำ เพิ่มการหายทุเลาลดระยะเวลาเจ็บป่วย และลดการตายจากฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมีมาตรการค้นหา การคัดกรอง การวินิจฉัยและการดูแลช่วยเหลืออย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการติดตามเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง โดยมีระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าเป็นแนวทางการปฏิบัติงาน ส่วนกลุ่มเป้าหมายมุ่งเน้นใน 7 กลุ่มเสี่ยง ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ไตวายเรื้อรัง มะเร็ง โรคหัวใจ และหลอดเลือดสมอง 2) ผู้ป่วยสูงอายุ 3) ผู้ป่วยตั้งครรรภ์หรือหลังคลอด 4) ผู้ที่มีปัญหาสุรา สารเสพติด 5) กลุ่มที่มาด้วยอาการซึมเศร้าชัดเจน 6) ผู้ป่วยที่มีอาการทางกายเรื้อรังหลายอาการที่หาสาเหตุไม่ได้ 7) กลุ่มที่มีการสูญเสีย (คนที่รักหรือสินทรัพย์จำนวนมาก) เพื่อเป็นแนวทางที่จะทำให้อัตราการเข้ารับบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งประเทศเพิ่มขึ้น จึงได้มีการดำเนินงานและปรับปรุงระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัดที่สอดคล้องกับบริบทผู้ใช้ มีการพัฒนาเทคโนโลยีการส่งเสริมเพื่อป้องกันการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าสำหรับประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง ปรับปรุงและพัฒนาเครื่องมือการค้นหา การประเมินโรคซึมเศร้า การรักษาด้วยยา และการติดตามเฝ้าระวังให้สอดคล้องกับบริบทของคนไทยโดยรวม พัฒนาบุคลากรในการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าทุกระดับของสถานบริการ ปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรมระบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าให้ใช้ได้ทุกพื้นที่ที่มีการดำเนินการ สนับสนุนเอกสาร/สื่อ/คู่มือการดำเนินงาน จัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับเขตและประเทศ และขอรับทุนจากแหล่งทุนต่างๆ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่

ผลงานที่สำคัญที่ได้รับจากการดำเนินงานนี้ คือ ทำให้เกิดการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้าทั้งประเทศต่อเนื่อง จนเกิดผลลัพธ์ดังนี้

- **ระดับบุคคล :** ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการมากขึ้น เมื่อปี 2549 อัตราการเข้าถึงรับบริการอยู่ที่ร้อยละ 3.7 ปัจจุบันปี 2556 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 33.34 คนไทยกว่า 10 ล้านคน ได้รับการคัดกรองและได้รับสุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคซึมเศร้าจนมีความรู้ ความเข้าใจ ตระหนักรู้ และปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรมเกี่ยวกับโรค

ซึมเศร้า ผู้ที่มีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (ผลคัดกรองผิดพลาด) กว่า 5 ล้านคน ได้รับการดูแลช่วยเหลือ ผู้ที่มีอาการของโรคซึมเศร้าจากการประเมินด้วย 9Q จำนวนกว่า 1 ล้านคน และผู้ที่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายกว่า 5 แสนคน ได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นและนำส่งพบแพทย์ และผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากว่า 4 แสนคน ได้รับการรักษา ติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนจนหายกว่า 3 แสนคน มีเกือบ 1 แสนคน ถูกส่งไปรับการดูแล ในสถานบริการที่มีจิตแพทย์เพราะมีอาการรุนแรง และกลับเป็นซ้ำ (กลับมารักษาอีกครั้ง $9Q \geq 7$) จำนวน 705 คน โดยสรุปการดำเนินงานนี้ ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น 10 เท่าจากเดิม ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับสูงถึงร้อยละ 96.5

• **ระดับประเทศ** : การดำเนินงานนี้ทำให้ระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น พื้นที่ที่มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังนี้

1. มีความคุ้มค่า หากมีการคัดกรองด้วย 2Q และประเมินอาการด้วย 9Q จนถึงการได้รับวินิจฉัยและรักษาด้วยยา จะลดต้นทุนค่าใช้จ่ายจาก 14,381 บาท/ราย เป็น 930 บาท/ราย
2. เป็นการดำเนินการที่เป็นความร่วมมือของหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ
3. เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งในและนอกรวมสุขภาพจิต บุคลากรสาธารณสุขมีความพึงพอใจในระดับสูง ร้อยละ 92.3
4. เป็นการเพิ่มและสร้างศักยภาพด้านการวิจัยสุขภาพจิตรุ่นใหม่ และเป็นการบริหารจัดการความรู้ ผลงานวิจัยด้านสุขภาพจิต ให้บังเกิดผลในการนำไปปฏิบัติจริงในระดับพื้นที่ เป็นทรัพยากรที่เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า จากภูมิปัญญาชุมชนท้องถิ่น สู่ภูมิปัญญาระดับประเทศ ด้วยการให้ผู้ใช้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกคน ทุกระดับมีส่วนร่วม ในการพัฒนาและดำเนินการวิจัยไปสู่การใช้ประโยชน์ทั้งระดับท้องถิ่น ภูมิภาค และระดับประเทศ
5. เป็นระบบบริการที่สามารถเสริมความเข้มแข็งให้กับระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่เดิม ตั้งแต่สถานอนามัย จนถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลศูนย์ บุคลากรสาธารณสุขได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการบริการสุขภาพจิต ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับโรคปัญหาทางสุขภาพอื่นๆ ได้
6. ได้นวัตกรรมและองค์ความรู้ใหม่ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้าเป็น 5 องค์ความรู้ 6 แนวทาง/เทคโนโลยี 3 เครื่องมือ และ 2 ระบบ ที่ได้จากการวิจัยและพัฒนา แล้วถูกนำไปใช้ในการดูแลเฝ้าระวัง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งประเทศ ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อยู่ในชุมชนเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นถึง 10 เท่า และทำให้ผลงานนี้ได้รับรางวัลดีเด่นการบริการภาครัฐแห่งชาติ ปี 2555 (Thailand Public Service Awards) ประเภทนวัตกรรมบริการที่เป็นเลิศ ที่สามารถนำไปดำเนินงานเพื่อป้องกันและลดความสูญเสียที่เกิดจากโรคซึมเศร้าทั้งประเทศ จะส่งผลให้การสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years, DALY) จากโรคซึมเศร้าในคนไทยลดลง

• **ระดับโลก** : ระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า เป็นระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทุกมิติของการดูแลช่วยเหลือ และพร้อมไปด้วยเครื่องมือ แนวทางการดูแลช่วยเหลือ และระบบรายงาน สามารถนำไปใช้โดยตรง หรือประยุกต์ใช้กับโรคอื่นๆ ได้ ซึ่งระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้านี้ได้นำเสนอในการประชุมวิชาการของ World Psychiatric Association สหภาพยุโรป และระดับนานาชาติ ได้แก่ Spain, Vienna, Portugal, Communication Control Disease of China ก็ได้รับความสนใจเป็นอย่างยิ่ง และได้รับการคัดเลือกเข้าสู่รอบสุดท้ายในการชิงรางวัลประเภทการบริการของ United Nations Service Public Awards 2013

บทเรียนสำคัญที่สุดที่ทีมงานได้รับคือ สิ่งที่ทำให้การพัฒนาและการนำระบบไปใช้ทั่วประเทศนี้ ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย คือ สร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องทุกคน

ไม่ว่าจะเป็นประชาชน กลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล ผู้บริหารทุกระดับ หน่วยงานที่สนับสนุนงบประมาณ นักการเมืองที่เป็นผู้พิจารณางบประมาณของประเทศชาติ หรือแม้กระทั่งสื่อมวลชนที่ชื่อดังระดับประเทศ โดยการทำให้กลุ่มคนเหล่านี้ได้รับทราบถึงความหมาย อาการ ความรุนแรง อันตราย ความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น หากไม่ได้รับการรักษาที่ทันเวลาแล้วฆ่าตัวตาย ประเทศชาติจะสูญเสียอะไรบ้าง การได้รับเอกสาร/สื่อ/แนวทางการความรู้ และการลงสัมภาษณ์หรือคัดกรองด้วยตนเอง พร้อมทั้งองค์ความรู้ที่สื่อเข้าใจง่าย นำเสนอข้อมูล สารสนเทศ การวิจัย ให้อย่างสม่ำเสมอทั้งทางหนังสือราชการ สื่อ ให้กับผู้บริหารด้านสุขภาพระดับประเทศ และนานาชาติ

บทเรียนที่ได้ที่สำคัญที่สุดของการดำเนินงาน คือ ความยั่งยืนของการดำเนินงานที่สามารถผลักดันให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรคซึมเศร้าระดับจังหวัดได้บูรณาการเข้ากับระบบบริการสาธารณสุขที่เป็นงานประจำกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญต่อการป้องกันแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้า โดยกำหนดให้อัตรากำลังเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็น Key Performance Indicator ของการดำเนินงานด้านสาธารณสุข การที่จะทำให้บุคลากรสาธารณสุข และผู้เกี่ยวข้องสามารถใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตได้อย่างชำนาญและถูกต้อง มีการติดตามให้ความช่วยเหลือหลังการนำไปใช้

แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคซึมเศร้าระดับจังหวัดนี้ มีการปรับปรุงเป็นครั้งที่ 3 เพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินงานตามระบบและขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคซึมเศร้าในพื้นที่ และบริบทของผู้ใช้ที่เป็นทั้งแพทย์ พยาบาล นวก./จพง.สาธารณสุขที่ให้บริการในสถานบริการสุขภาพทุกแห่ง เนื้อหาใน**บทที่ 2 ระบบดูแลผู้ป่วยวัณโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด** ที่ยังคงเนื้อหาของประสิทธิภาพของระบบ ขั้นตอน กระบวนการ กิจกรรม และเครื่องมือ/เทคโนโลยีที่ใช้ในระบบ และเพิ่มเติมปัจจัยที่จะเพิ่มการเข้าถึงบริการ **บทที่ 3 การคัดกรอง ประเมินและวินิจฉัยโรคในระบบดูแลผู้ป่วยวัณโรคซึมเศร้า** ที่นำขั้นตอนหลักจาก CPG MDD GP มาบรรจุในบทนี้ เพื่อเห็นความเชื่อมโยงของการดูแล **บทที่ 4 การส่งเสริมป้องกัน ดูแลช่วยเหลือ และบำบัดรักษาในระบบดูแลผู้ป่วยวัณโรคซึมเศร้า** ที่ปรับปรุงเนื้อหาให้เป็นปัจจุบันมากขึ้น **บทที่ 5 การส่งต่อในระบบดูแลผู้ป่วยวัณโรคซึมเศร้า** เพื่อให้ผู้ที่มีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ($2Q+ve$) ได้รับการส่งเสริมป้องกัน ผู้ที่มีอาการโรคซึมเศร้า ($9Q \geq 7$) และผู้ที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย ($8Q \geq 1$) ถูกส่งต่อไปรับการดูแลช่วยเหลือ วินิจฉัยโรค และให้การรักษาตามระดับความรุนแรงที่สอดคล้องกับ CPG MDD GP **บทที่ 6 การติดตามผู้ป่วยการกลับซ้ำในระบบดูแลผู้ป่วยวัณโรคซึมเศร้า** และ **บทที่ 7 ระบบสารสนเทศการดูแลผู้ป่วยวัณโรคซึมเศร้า** ที่มีการปรับปรุงโปรแกรมการบันทึกและรายงานให้ง่าย ไม่หลายขั้นตอน ใช้ได้ทั้ง Offline และ Online ที่รวมเป็นฐานข้อมูลเดียวกันทั้งประเทศ และทำายบทจะประกอบไปด้วยองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า เครื่องมือในระบบ การวินิจฉัยโรคด้วย ICD10 ตัวอย่างแบบบันทึกต่างๆ ที่ผู้ใช้สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคซึมเศร้าในพื้นที่ที่รับผิดชอบตามบริบทของพื้นที่นั้นๆ

บทที่ 2

ระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด

การแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้า ต้องดำเนินการให้สอดคล้องกับการดำเนินโรคและบริบททางสังคม กิจกรรมการคัดกรอง หรือการรักษา ไม่เพียงพอที่จะแก้ไขปัญหาและลดความสูญเสียจากโรคซึมเศร้าได้ การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพนั้น ยังคงต้องมีการดำเนินการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

2.1 ระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพ

ปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้าของไทยที่ผ่านมา คือ 1) ประชาชนส่วนใหญ่ขาดการตระหนักรู้ ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องว่า อาการซึมเศร้าเป็นเรื่องธรรมดาเป็นแล้วก็หายเอง และบางส่วนคิดว่าเป็นบ้าวิกลจริตจึงมีความรังเกียจ เมื่อเจ็บป่วยก็จะปฏิเสธการรักษา 2) แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลทุกระดับไม่มั่นใจในการวินิจฉัยโรคและการรักษาด้วยยาต้านเศร้า 3) ระบบการรักษามีข้อจำกัดของการดูแลรักษาด้วยยา ส่วนการช่วยเหลือทางสังคมจิตใจซึ่งเป็นวิธีการที่สำคัญ เช่น จิตบำบัด ยังมีน้อยมาก เนื่องจากขาดทั้งผู้เชี่ยวชาญและองค์ความรู้ ขาดเทคโนโลยีและแนวทางการส่งเสริมป้องกันโรคซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพ ง่ายและสะดวกใช้ 4) การค้นหาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทำในหลายพื้นที่แต่ไม่เข้มข้น และไม่เชื่อมโยงกับระบบการดูแลรักษา ในสถานบริการสาธารณสุข 5) ยังไม่มีระบบติดตามเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำของโรคที่มีประสิทธิผล 6) ในการกำหนดนโยบายสาธารณสุขทั้งในระดับประเทศและระดับจังหวัดให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้าเป็นอันดับรองจากโรคทางกายอื่นๆ (อัจฉราภรณ์ สี่หิรัญวงศ์ และคณะ 2549; ธรณินทร์ กองสุข และคณะ 2551)

กรมสุขภาพจิตโดย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคซึมเศร้า จากมหาวิทยาลัยมหิดล ขอนแก่น เชียงใหม่ สงขลานครินทร์ และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร ทำการพัฒนาาระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า ในรูปแบบของการวิจัยและพัฒนา (ดังภาพการพัฒนาระบบฯ) โดยเริ่มในปี 2549 ทำให้ได้ระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด และเทคโนโลยี/คู่มือ/ความรู้ในการส่งเสริมป้องกันไม่ให้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าสำหรับประชาชนทั่วไป และสำหรับกลุ่มเสี่ยง สื่อวีดิทัศน์สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข และพยาบาล โปรแกรมระบบสารสนเทศการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า พัฒนาแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2Q แบบประเมินอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9Q และแบบประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตายด้วย 8Q และแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์ พยาบาล และ อสม. ในทุกพื้นที่ของจังหวัดยโสธร

ในปี 2550 ได้ขยายผลการดำเนินการ 4 จังหวัดคือ จังหวัดมุกดาหาร สงขลา นครสวรรค์ และกำแพงเพชร นำระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าไปใช้ในพื้นที่ มีผลการดำเนินการค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า รายใหม่ ด้วยการคัดกรองโรคซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มที่มาด้วยอาการซึมเศร้าชัดเจน ผู้ป่วยที่มีอาการทางกายเรื้อรังหลายอาการที่หาสาเหตุไม่ได้ ผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ข้อเสื่อม ไตวาย มะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด CVA ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยตั้งครภ์หรือหลังคลอด ผู้ที่มีปัญหาสุรา ยาเสพติด กลุ่มที่มีการสูญเสียคนที่รักหรือสินทรัพย์

ในปี 2551-2552 กรมสุขภาพจิตได้มีนโยบายให้เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากขึ้น จึงได้มีการปรับปรุงระบบดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัดให้สอดคล้องกับบริบทผู้ใช้มากขึ้น มีการพัฒนาเทคโนโลยีการส่งเสริมเพื่อป้องกันการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าสำหรับประชาชนทั่วไป และสำหรับกลุ่มเสี่ยง ปรับปรุงและพัฒนาเครื่องมือการค้นหา การประเมินโรคซึมเศร้า การรักษาด้วยยา และการติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับบริบทของคนไทยโดยรวม มีการอบรมพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกระดับของสถานบริการทั่วประเทศ โดยอบรมแกนนำในการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด ที่มีความสามารถในการเป็นพี่เลี้ยง วิทยากร ติดตาม แนะนำช่วยเหลือ และเป็นพี่ปรึกษาแก่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ และอบรมผู้ปฏิบัติทุกจังหวัดของประเทศไทย รวมทั้งได้ปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรมระบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ใช้ได้ทุกพื้นที่ สนับสนุนเอกสาร/สื่อ/คู่มือการดำเนินงาน จัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับเขตและประเทศ และขอรับทุนจากแหล่งทุนต่างๆ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่

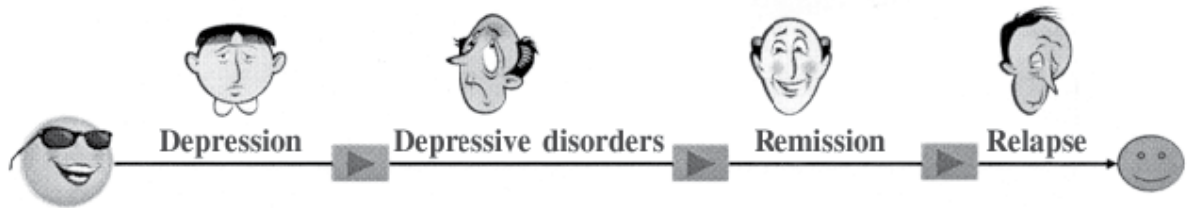
ในปี 2553-2555 มีการขยายการดำเนินงานไปทั่วประเทศ และมุ่งเน้นที่กลุ่มเสี่ยงผู้สูงอายุ มีการปรับปรุงการดำเนินงาน โดยการพัฒนา/ปรับปรุง/จัดทำคู่มือให้ชัดเจนและง่ายสำหรับทุกหน่วยบริการ มีสื่อวีดิทัศน์ภาษาถิ่นทั้ง 4 ภาค จัดทำโปรแกรมสำหรับบันทึกกิจกรรมและรายงานทาง Web application พัฒนาค้นแบบของแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป อบรมพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแก่แพทย์ พยาบาล/นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุขในสถานบริการทุกระดับเป็นการอบรมเพิ่มเติมสำหรับผู้ที่มาปฏิบัติงานใหม่ และติดตามช่วยเหลือเชิงลึกในพื้นที่ที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินงาน

ภาพการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยรูปแบบการวิจัยและพัฒนา



“ระบบดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด” เป็นนวัตกรรมการพัฒนาระบบบริการที่เชื่อมโยงระบบบริการในทุกหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องทั้งประเทศ ที่ประกอบด้วยนวัตกรรมการค้นหา “แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2Q” นวัตกรรมการประเมินอาการโรคซึมเศร้าเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรคและการรักษา คือ “แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q” นวัตกรรมการจัดการโรคซึมเศร้าที่จะทำให้มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น คือ “แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ (CPG-MDD-GP)” มีนวัตกรรมการรายงานและประเมินผล คือ “โปรแกรมระบบสารสนเทศการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด” เป็นนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของคนไทยทั้งประเทศในรูปแบบของ web application

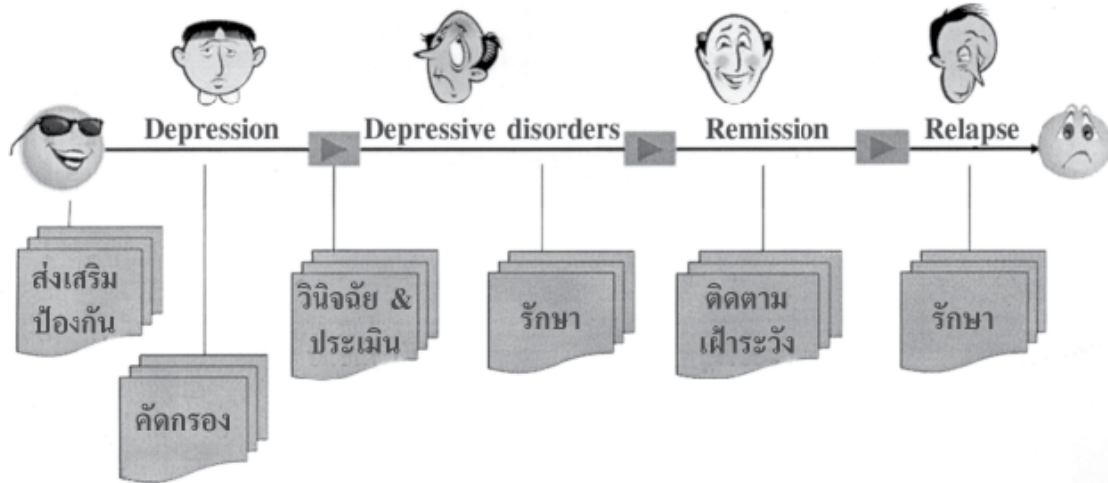
การแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพนั้นจะต้องดำเนินการให้ครอบคลุมอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับลักษณะการดำเนินโรคของโรคซึมเศร้า (แสดงในภาพที่ 1) ซึ่งมักเริ่มจาก มีภาวะซึมเศร้า (Depression) หลังประสบเหตุการณ์ที่ก่อความเครียดในชีวิต ถ้าบุคคลนั้นมีแนวโน้มทางด้านพันธุกรรมหรือขาดทักษะในการแก้ไขปัญหาหรือมีปัจจัยชักนำและปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ร่วมด้วย ก็ทำให้อาการซึมเศร้ารุนแรงและเป็นอยู่นานจนเป็นโรคซึมเศร้า หากไม่ได้รับการรักษาก็จะมีผลกระทบต่อหน้าที่การงานหรือบางรายอาจฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยบางรายอาการซึมเศร้าก็ทุเลาเองได้ ในรายที่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง อาการซึมเศร้าจะทุเลาและลดความรุนแรงลงได้เร็วกว่า แต่อย่างไรก็ตาม โรคซึมเศร้าจะมีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูงและการเกิดซ้ำนั้นอาจจะมีเหตุการณ์ความเครียดมากระตุ้นหรือไม่ก็ได้ ซึ่งจะพบมากในกรณีที่ได้รับการรักษาไม่ถูกต้องและไม่นานพอ



ภาพที่ 1 แสดงการดำเนินโรคซึมเศร้า

ดังนั้น การดำเนินกิจกรรมเพียงอย่างเดียวหนึ่ง เช่น การส่งเสริมป้องกัน หรือการคัดกรอง จึงไม่เพียงพอที่จะแก้ไขปัญหา ซึ่งการแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้าที่ดำเนินกิจกรรมครอบคลุมอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับลักษณะการดำเนินโรค กิจกรรมควรประกอบด้วย (แสดงในภาพที่ 2)

1. การรณรงค์ให้เกิดความตระหนักและสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่สาธารณะ
2. บังคับกลุ่มเสี่ยงเพื่อให้การส่งเสริมป้องกันการเกิดโรค
3. คัดกรองเพื่อค้นหาผู้มีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเพื่อให้การวินิจฉัยและประเมินความรุนแรงของโรค
4. ส่งเสริมให้มีการวินิจฉัยและประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าที่ถูกต้องในโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไป
5. ให้การช่วยเหลือและรักษาที่เหมาะสมตามความรุนแรงของโรค
6. ติดตามผู้ป่วยการกลับซ้ำและการกลับเป็นใหม่



ภาพที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ของการดูแลช่วยเหลือและการดำเนินโรคซึมเศร้า

2.2 ขั้นตอนการวางระบบดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด

1. แต่งตั้งคณะทำงานระดับจังหวัด

คณะทำงานระดับจังหวัดเป็นคณะทำงานที่จะทำหน้าที่วางแผนปฏิบัติงานเพื่อวางระบบ กำกับติดตามการปฏิบัติงานตามแผน และแก้ไขปัญหาอุปสรรค คณะทำงานควรประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลทั่วไป แพทย์/พยาบาลหรือตัวแทนผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลชุมชน ตัวแทนผู้ปฏิบัติงานของสาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของสาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการโดยมีตัวแทนจากโรงพยาบาลจิตเวชและศูนย์สุขภาพจิตที่รับผิดชอบพื้นที่เป็นที่ปรึกษา

2. กำหนดเป้าหมายและวางแผนการดำเนินงาน

คณะทำงานควรประชุมกันเพื่อกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัดผลสำเร็จ วางแผนปฏิบัติ กำหนดระดับของการคัดกรอง (ในชุมชนหรือเฉพาะกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาล) วางระบบ/แนวทางการส่งต่อผู้ป่วย ทบทวน/ปรับปรุงรายการยาต้านเศร้าที่มีใช้ในจังหวัด กำหนดผู้ปฏิบัติที่ต้องเข้าอบรมการใช้เครื่องมือ/เทคโนโลยีที่ใช้ในระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า และวางระบบ/แนวทางการรายงานข้อมูลสารสนเทศ

3. พัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน

จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องกำหนดผู้รับผิดชอบและผู้ปฏิบัติให้ชัดเจนในการดำเนินการคัดกรองการประเมินความรุนแรงของอาการ การรักษาและการติดตามดูแลในระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาล และพัฒนาศักยภาพของบุคคลเหล่านี้โดยการจัดอบรมให้ความเข้าใจและฝึกทักษะในประเด็นสำคัญ ดังต่อไปนี้

1. ความรู้พื้นฐานของโรคซึมเศร้าและความจำเป็นที่ต้องมีการดูแลเฝ้าระวัง
2. ภาพรวมของระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า
3. การใช้เครื่องมือคัดกรองและการแจ้งผลคัดกรอง
4. การใช้เครื่องมือประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าการแจ้งผลและการช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงของโรค

5. การใช้เครื่องมือประเมินการฆ่าตัวตาย การแจ้งผลและการช่วยเหลือตามระดับความรุนแรง
6. การให้สุขภาพจิตศึกษาและการให้การปรึกษา
7. การรักษาด้วยยาต้านเศร้า
8. การบันทึกและการรายงานผล

4. ปฏิบัติตามแผน

ระบบจะเริ่มต้นจากการบ่งชี้กลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มที่มีแนวโน้มจะป่วยและการคัดกรอง ซึ่งการคัดกรองนั้นสามารถทำได้โดยอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานบริการ (ขึ้นกับการตกลงของคณะกรรมการระดับจังหวัด) จากนั้นก็จะนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาและติดตามการกลับเป็นซ้ำต่อไป

5. กำกับติดตาม

เป็นขั้นตอนที่สำคัญเนื่องจากต้องดำเนินการเชื่อมโยงกันอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ชุมชน โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลจิตเวช โดยมีผู้รับผิดชอบและคณะกรรมการนิเทศกำกับติดตามแก้ไขปัญหาอุปสรรคเป็นระยะ

6. ประเมินผลสำเร็จ

เป็นการประเมินผลสำเร็จตามตัวชี้วัดและเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งโดยทั่วไปแล้วตัวชี้วัดผลสำเร็จอาจมีหลายระดับทั้งด้านกระบวนการ ผลลัพธ์ และผลกระทบเช่น

1. อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยในพื้นที่
2. อัตราการหายทุเลาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษา
3. อัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการติดตามการกลับเป็นซ้ำเป็นเวลา 1 ปี หลังทุเลา
4. อัตราการกลับเป็นซ้ำหรือกลับเป็นใหม่
5. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
6. อัตราความพึงพอใจของการได้รับบริการ

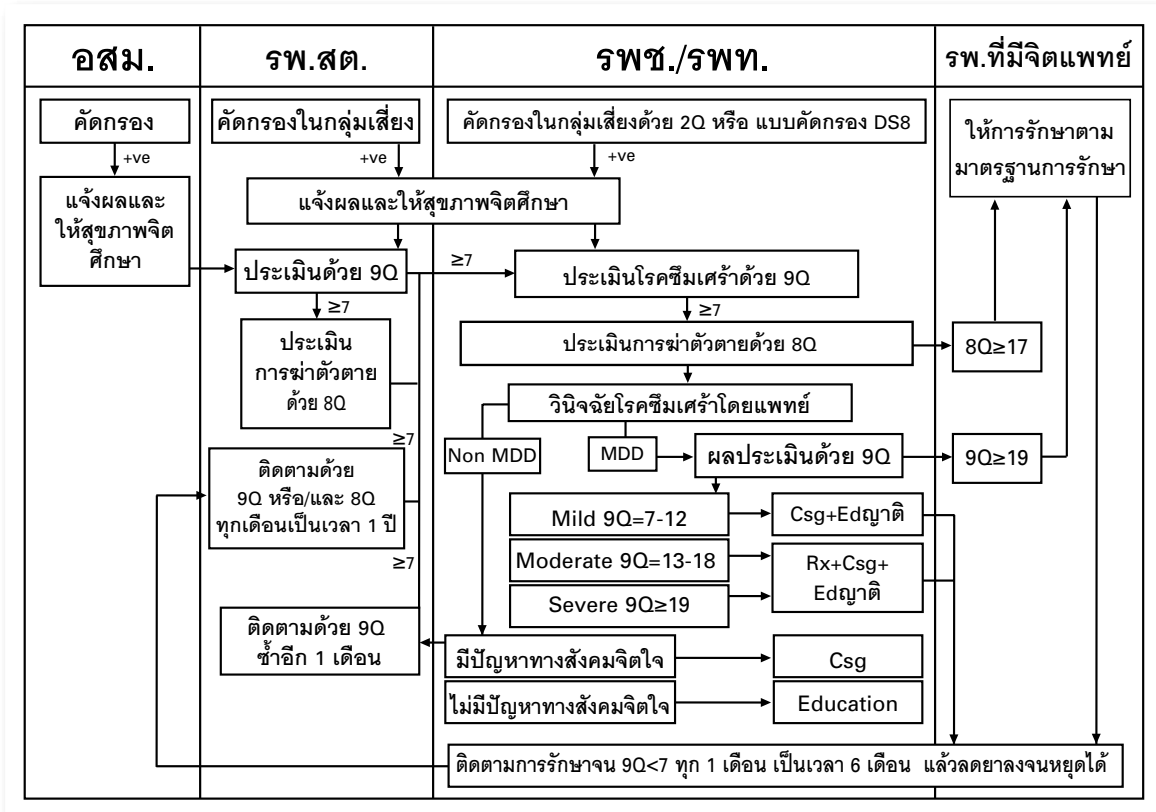
7. ปรับปรุงระบบ

ในแต่ละปีควรมีการทบทวนระบบโดยอาศัยข้อมูลจากการนิเทศกำกับติดตามและการประเมินผลสำเร็จตามตัวชี้วัดเพื่อให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2.3 กิจกรรมการดำเนินงานในระบบดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ระบบดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่แสดงในภาพที่ 3 เป็นภาพรวมของการดำเนินงานทั้งหมดซึ่งปรับปรุงจากระบบดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้ทดลองนำร่องที่จังหวัดยโสธรที่ได้ดำเนินการในปี 2549 ดังนี้

ภาพที่ 3 แสดงผังการไหลแสดงกระบวนการในระบบดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวลในระดับจังหวัด



หมายเหตุ ถ้า รพ.สต. มีแพทย์ให้การวินิจฉัยและรักษา ก็ไม่ต้องทำการส่งต่อขึ้นอยู่กับความเหมาะสมในแต่ละพื้นที่

อธิบายคำย่อในภาพ

- +ve = ผลจากการคัดกรองแล้วพบว่า มีแนวโน้มป่วยเป็นโรควิตกกังวล
- อสม. = อาสาสมัครสาธารณสุข
- รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล
- รพช./รพท. = โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไป
- รพ.จิตเวช = โรงพยาบาลจิตเวช
- 2Q = แบบคัดกรองโรควิตกกังวลด้วย 2 คำถาม
- DS8 = แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม
- 9Q = แบบประเมินโรควิตกกังวลด้วย 9 คำถาม
- 8Q = แบบประเมินการฆ่าตัวตาย ด้วย 8 คำถาม
- MDD = Major Depressive Disorder
- Non MDD = ไม่ป่วยเป็น Major Depressive Disorder
- Rx = รักษาด้วยยา
- Csg = การให้การปรึกษา (Counseling)
- Ed ญาติ = ให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติ

ในระบบดูแลผู้ป่วยวัณโรคจะประกอบด้วยการทำงานดังต่อไปนี้

1. การค้นหาผู้มีแนวโน้มจะป่วยเป็นโรคซึมเศร้า

ระบบจะเริ่มจากการค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มจะป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ด้วยการคัดกรองในประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง การคัดกรองโรคซึมเศร้าในประชาชนทั่วไปนั้น สามารถให้อาสาสมัครสาธารณสุขดำเนินการได้ในหมู่บ้านด้วยเครื่องมือคัดกรองที่ง่าย เช่น แบบคัดกรองด้วย 2Q ส่วนการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงสามารถดำเนินการได้โดยพยาบาลในสถานอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือโรงพยาบาลด้วยเครื่องคัดกรองที่พัฒนามาอย่างถูกต้องแล้ว หลังจากได้ผลคัดกรองแล้วต้องแจ้งผลแก่ผู้ที่ได้รับการคัดกรองทั้งรายที่ได้ผลปกติและผลที่มีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า พร้อมทั้งให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคซึมเศร้าซึ่งการให้สุขภาพจิตศึกษานั้นเป็นการทำให้ผู้รับการคัดกรองมีความรู้ที่ถูกต้องโดยใช้การสื่อสาร 2 ทางและอาศัยทักษะการให้ข้อมูลของการให้การปรึกษา จนเกิดความรู้ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในเรื่องโรคซึมเศร้า (รายละเอียดจะอยู่ในเรื่อง การค้นหาโรคซึมเศร้า)

2. การวินิจฉัยและการประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย

สำหรับในรายที่ได้ผลมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้า จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและการประเมินความรุนแรงของโรคเพื่อให้การดูแลรักษาต่อไป ในบางรายถึงแม้จะได้ผลมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจากการคัดกรอง แต่อาจจะไม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าก็ได้ ซึ่งเราเรียกว่า เป็น “ผลบวกложง” ซึ่งพบได้เสมอจากการคัดกรอง การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในระดับจังหวัดนั้น สามารถดำเนินการโดยแพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาลที่ผ่านการอบรมการวินิจฉัยโรคจิตเวชด้วยเกณฑ์มาตรฐาน ICD-10 หรือ DSM-IV หรือใช้เครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการเปรียบเทียบกับ Gold standard แล้วเช่น แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q ซึ่งจะสามารถจำแนกผู้ป่วยโรคซึมเศร้าออกเป็น 3 กลุ่มตามความรุนแรง แล้วให้การช่วยเหลือหรือรักษาสอดคล้องกับความรุนแรงของโรคตามแนวทางที่กำหนดไว้ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกรายควรได้รับการประเมินการฆ่าตัวตาย ซึ่งแบบประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8Q นั้น เป็นการประเมินแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันของผู้ป่วยที่วัดได้แม่นยำ ทำให้สามารถหาทางป้องกันได้ล่วงหน้าจากแนวทางที่กำหนดไว้นั้น กรณีผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงหรือมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายสูง ควรส่งต่อไปดูแลรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชที่รับผิดชอบในเขตพื้นที่จังหวัดนั้นๆ ในการประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้าและแบบประเมินการฆ่าตัวตายทุกครั้ง ต้องแจ้งผลและให้สุขภาพจิตศึกษา โดยเฉพาะในส่วนข้อมูลที่ยังไม่เข้าใจหรือเข้าใจไม่ถูกต้อง (รายละเอียดอยู่ในเรื่อง การประเมินโรคซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย)

3. การดูแลช่วยเหลือและรักษาโรคซึมเศร้า

การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระดับจังหวัดนั้น จะเน้นการรักษาด้วยยาต้านเศร้าร่วมกับการให้การปรึกษาช่วยแก้ไขปัญหาลักษณะจิตใจเป็นหลัก เนื่องจากการรักษาด้วยจิตบำบัดนั้น ยังไม่สามารถทำได้ทั่วไป เนื่องจากไม่มีนักจิตบำบัดหรือผู้ที่รับการฝึกอบรมที่เชี่ยวชาญพอ การติดตามผลการรักษานั้นจะใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q แพทย์พยาบาลผู้รักษาจะนัดพบผู้ป่วยทุกเดือนเพื่อประเมินอาการ รักษาจนอาการทุเลาแล้ว ก็จะต้องให้การรักษาต่อเนื่องหลังจากทุเลาไปอีก 6 เดือน จึงค่อยๆ ลดยาลงจนหยุดยาได้ ช่วงระยะที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้านี้ จะเป็นการดูแลโดยทีมงานของโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไป

สำหรับในรายที่รุนแรงซึ่งส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชนั้น จิตแพทย์จะประเมินและให้การรักษานานจนกว่าจะเสี่ยงทั้งหลายและลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าลง หลังจากนั้นจิตแพทย์จะส่งผู้ป่วยกลับมารับยาต่อที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ซึ่งแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้านก็จะให้ยาต่อและประเมินอาการด้วยแบบประเมิน 9Q จนผู้ป่วยมีอาการทุเลาครบ 6 เดือน ก็พิจารณาลดยาจนหยุดยาได้

4. การติดตามเฝ้าระวังการกลับซ้ำและการกลับเป็นใหม่

เมื่อผู้ป่วยหยุดยาได้แล้วโรงพยาบาลชุมชนจะส่งต่อให้สถานีนอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นผู้ติดตามเพื่อป้องกันการกลับซ้ำและการกลับเป็นใหม่ โดยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q ทุกเดือนเป็นเวลา 1 ปี หากผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบเกินจุดตัดคะแนน (Cut of point) ในเครื่องมือ 9Q คือ ≥ 7 คะแนน ตลอด 1 ปี ก็สามารถยุติหรือจำหน่ายผู้ป่วยจากระบบได้ แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการกำเริบของโรคซึมเศร้า สถานีนอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชนจะต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรับการประเมินและรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นการนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาใหม่อีกครั้ง

2.4 เครื่องมือที่ใช้ในระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า

การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในระดับจังหวัดก็เช่นเดียวกับการดูแลเฝ้าระวังโรคทางกายอื่นๆ ที่ต้องมีเครื่องมือสำหรับให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานได้ง่ายขึ้น จากการทดลองวิจัยพัฒนาระบบในพื้นที่นำร่องจังหวัดยโสธรนั้นพบว่า เครื่องมือที่จำเป็นได้แก่ เครื่องมือที่ช่วยคัดกรองผู้ที่มีแนวโน้มจะป่วยออกจากกลุ่มปกติ เครื่องมือช่วยในการวินิจฉัยแยกผู้ที่มีผู้ป่วย เครื่องมือที่ช่วยวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าสำหรับติดตามผลการรักษา และเครื่องมือเฝ้าระวังการกลับซ้ำของโรค ซึ่งจากการวิจัยในปี 2549 ได้พัฒนาเครื่องมือที่ตรงกับความต้องการดังกล่าว และได้ทดลองนำไปใช้ในพื้นที่พร้อมทั้งมีการปรับปรุงเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น พอจะสรุปในตารางที่ 3 ส่วนรายละเอียดของแต่ละเครื่องมือจะอยู่ในภาคผนวก

ตารางที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า

เครื่องมือ	คุณสมบัติ	ผู้ใช้	การแปรผล
แบบคัดกรอง 2 คำถาม (2Q)	- ใช้สำหรับคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในประชาชนทั่วไปและในกลุ่มเสี่ยง	อสม. พยาบาล หรือ จนท.สาธารณสุข ใน รพช./รพท.	1) ถ้าคำตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2Q ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า 2) ถ้าคำตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึงเป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า

เครื่องมือ	คุณสมบัติ	ผู้ใช้	การแปลผล
หรือแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (DS8)	- ใช้สำหรับคัดกรองภาวะซึมเศร้าในประชาชนทั่วไป	อสม./พยาบาล/นวก./ จพง.สาธารณสุข ใน รพช./รพท.	1) ถ้าตอบว่า มี = 1 คะแนน ไม่มี = 0 คะแนน 2) คำถามข้อ 1-6 เป็นคำถามของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ถ้าตอบว่า “มี” ตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป หรือ 3 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า 3) คำถามที่ 7-8 เป็นคำถามของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ถ้าตอบว่า “มี” ตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป หรือ 1 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)	- เป็นเครื่องมือประเมินและจำแนกความรุนแรงของโรคซึมเศร้า - เป็นเครื่องมือสำหรับติดตามผลการรักษาและการกลับเป็นซ้ำ	พยาบาล หรือ แพทย์ ที่ รพช./รพท.	คะแนน • <7 = ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือมีน้อยมาก • 7-12 = มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย • 13-18 = มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง • ≥19 = มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง
แบบประเมินฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)	- เครื่องมือประเมินแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตาย	พยาบาล หรือ แพทย์ ที่ รพช./รพท.	คะแนน • 0 = ไม่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน • 1-8 = มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย • 9-16 = มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับปานกลาง • ≥17 = มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับรุนแรง

2.5 เทคโนโลยีที่ใช้ในระบบดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวล

การแก้ไขปัญหาโรควิตกกังวลโดยการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวลในระดับจังหวัดภาคอีสานนั้น เป็นการบูรณาการหลากหลายกิจกรรมกับหลายหน่วยงานให้สอดคล้องกับการดำเนินโรคและบริบทวัฒนธรรม ซึ่งจะต้องสามารถแก้ไขปัญหาเชิงระบบด้วย ดังนั้นเทคโนโลยีที่ใช้จึงต้องมีความหลากหลายพอสรุปได้ตามตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 เทคโนโลยีที่ใช้ในแต่ละกิจกรรมในระบบดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวล

กิจกรรม	เทคโนโลยี	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย
การส่งเสริมสุขภาพจิต	1. หนังสือการ์ตูน “เรื่องของใจ” 2. หนังสือ “โรควิตกกังวล...ไม่ใช่บ้า...รักษาหายได้” เขียนโดย นพ.ธรณินทร์ กองสุข 3. สารคดี - ชีวิตกับธรรมชาติ (ภาคกลาง) - ป้องเอี่ยมฯ (อีสาน)	ให้ความรู้ที่จำเป็นถูกต้อง และเพิ่มทักษะทางสุขภาพจิตประกอบการให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล	ผู้ที่มีผลลบจากการคัดกรอง
การป้องกันโรค	1. หนังสือ “โรควิตกกังวลไม่ใช่บ้า...รักษาหายได้” เขียนโดย นพ.ธรณินทร์ กองสุข 2. ละครวิทยุ “มัจจุราชที่มองไม่เห็น” 3. ภาพยนตร์สั้น “ปรับใจเพิ่มสุข” (ภาคกลาง) “ปรับใจคลายทุกข์” (ภาคอีสาน)	เป็นเอกสารประกอบการให้สุขภาพจิตศึกษาที่ให้ความรู้เรื่องโรควิตกกังวล และแนะนำทักษะที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันแก้ไขภาวะวิตกกังวลด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย	ผู้ที่มีผลลบจากการคัดกรอง และกลุ่มเสี่ยงซึ่งได้แก่ 1. ผู้ที่มาด้วยอาการวิตกกังวลชัดเจน 2. ผู้ป่วยที่มีอาการทางกายเรื้อรังหลายอาการที่หาสาเหตุไม่ได้ 3. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเช่นเบาหวาน ข้อเสื่อม ไตวาย มะเร็ง โรคหัวใจ และหลอดเลือดสมองตีบตัน 4. ผู้ป่วยสูงอายุ 5. หญิงตั้งครรภ์หรือหลังคลอด 6. ผู้ที่มีปัญหาสุรา ยาเสพติด 7. ผู้ที่ประสบกับการสูญเสียที่รุนแรงมาไม่นาน
การรักษาหรือบรรเทาอาการวิตกกังวล	1. หนังสือ “เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับโรควิตกกังวล” เขียนโดย นพ.มานิต หล่อตระกูล	เพื่อให้ความรู้ในการดูแลรักษาโรควิตกกังวล	สำหรับแพทย์ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวล

หมายเหตุ สามารถขอตัวอย่างเทคโนโลยีเหล่านี้ได้ที่ ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรควิตกกังวล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โทรศัพท์ 045-352599 โทรสาร 045-352598 หรือ download ที่ www.thaidepression.com หรือ E-mail : info@thaidepression.com

บทที่ 3

การค้นหา การคัดกรอง ประเมิน และวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ในระบบดูแลผู้ป่วยวัณโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด

การค้นหาโรคซึมเศร้าจะต้องประกอบด้วยการคัดกรองที่มีความไว ง่ายสะดวก
ไม่เป็นภาระร่วมกับการประเมินอาการที่มีความแม่นยำสูง
สามารถบอกถึงระดับความรุนแรงของโรคได้

การค้นหาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ

1. การคัดกรองโรคซึมเศร้า (หาผู้ที่มีแนวโน้มจะป่วยโรคซึมเศร้า)
2. การประเมินโรคซึมเศร้า (ซึ่งจะรวมการประเมินความรุนแรงของอาการและการประเมินการฆ่าตัวตายด้วย)

ในกรณีที่ผลจากการคัดกรองไม่ว่าด้วยเครื่องมือคัดกรองชนิดใดๆ พบว่า มีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ควรได้รับการวินิจฉัยและประเมิน ก่อนให้การรักษาเสมอ

3.1 การคัดกรองผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การคัดกรองหาผู้ที่มีแนวโน้มที่จะป่วยโรคซึมเศร้านั้น มี 2 ระดับ ได้แก่

1. การคัดกรองในประชาชนทั่วไป

เป็นการคัดกรองที่ไม่จำเพาะเจาะจงกลุ่ม มีประชาชนทั่วไปเป็นกลุ่มเป้าหมาย ตัวอย่างเช่น ในการทดลองนำร่องที่จังหวัดยโสธรได้คัดกรองประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปทุกรายที่อาศัยในจังหวัด ในช่วงเวลานั้น ดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้วยแบบคัดกรอง 2Q ซึ่งเป็นเครื่องมือคัดกรองที่ง่ายที่สุด

การคัดกรองในประชาชนทั่วไปมีข้อดีคือ

- จะได้ข้อมูลเริ่มต้นของผู้มีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นภาพรวมของทั้งจังหวัด ถ้าหากทุกรายที่ผลมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจากการคัดกรองได้รับการวินิจฉัยและประเมินความรุนแรง เราก็จะทราบข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งจังหวัดซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวางแผนดูแลรักษาและจัดสรรทรัพยากรงบประมาณในการดำเนินการ

- หากกลุ่มผู้ป่วยทุกรายได้เข้ารับรักษาตามแนวทางที่กำหนดไว้ก็จะสามารถแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้าและป้องกันการฆ่าตัวตายที่เกิดจากโรคซึมเศร้าได้อย่างสมบูรณ์ แต่การดำเนินการเช่นนี้จะต้องได้รับความร่วมมืออย่างสูงจากอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งต้องเข้าอบรมเพื่อให้ใช้เครื่องมือคัดกรองได้อย่างถูกต้องและต้องอาศัย

งบประมาณมากพอสมควร อีกทั้งอาจจะเป็นภาระให้กับสถานีนอนามัยหรือโรงพยาบาลที่ต้องรับประเมินและวินิจฉัย กลุ่มที่ผลมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจากการคัดกรองซึ่งจะมีจำนวนมากในระยะเวลาที่มีการคัดกรองในชุมชน แต่ถ้าหากมีการทยอยคัดกรองก็อาจสามารถลดปริมาณภาระในการประเมินวินิจฉัยได้

2. การคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง

เป็นการคัดกรองเฉพาะในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง ซึ่งเป็นผู้ที่มีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้าสูงกว่าประชาชนทั่วไปในการคัดกรองแบบนี้สามารถดำเนินการโดยแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในสถานบริการ เช่น สถานีนอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป เครื่องมือที่ใช้คัดกรองก็สามารถใช้แบบคัดกรอง 2Q หรือแบบคัดกรอง DSS หรือแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าอื่นๆ ที่ซับซ้อนมากขึ้นได้

กลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับการคัดกรอง ได้แก่

1. ผู้ที่มาด้วยอาการซึมเศร้าชัดเจน
2. ผู้ป่วยที่มีอาการทางกายเรื้อรังหลายอาการที่หาสาเหตุไม่ได้
3. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ข้อเสื่อม ไตวาย มะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน
4. ผู้ป่วยสูงอายุ
5. หญิงตั้งครรภ์หรือหลังคลอด
6. ผู้ที่มีปัญหาสุรา ยาเสพติด
7. ผู้ที่ประสบกับการสูญเสียที่รุนแรงมาไม่นาน

การคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงนี้มีข้อดีคือ ลดภาระการประเมินวินิจฉัยและสามารถทำได้อย่างต่อเนื่อง เมื่อเทียบกับการคัดกรองในประชาชนทั่วไปจะพบว่า มีผู้ที่ได้ผลมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจำนวนมากกว่า ทั้งจากผลบวกจริงและผลบวกлож ซึ่งจะเป็นภาระในการวินิจฉัยและการประเมินมากกว่า

การคัดกรองเฉพาะกลุ่มเสี่ยงในสถานพยาบาลจะมีจุดด้อยที่ต้องพิจารณาคือ ผู้ป่วยที่เริ่มป่วยในชุมชนที่ไม่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงและไม่ได้เข้ารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุขจะไม่มีโอกาสถูกคัดกรองทำให้ไม่ได้รับการรักษาแต่เนิ่นๆ อีกทั้งการคัดกรองเฉพาะกลุ่มเสี่ยงในสถานบริการจะทำให้การมีส่วนร่วมของชุมชนและอาสาสมัครในชุมชนมีน้อย ซึ่งการที่ให้อาสาสมัครช่วยคัดกรองประชาชนในหมู่บ้านจะเป็นการประชาสัมพันธ์สร้างความตื่นตัว ในเรื่องโรคซึมเศร้าแก่คนในชุมชนด้วย

แนวทางการคัดกรองโรคซึมเศร้า (กรณีที่ใช้ 2Q)

เครื่องมือ	: แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q)
วัตถุประสงค์	: ใช้ค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มหรือเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า
กลุ่มเป้าหมาย	: ประชาชนในชุมชนและ/หรือกลุ่มเสี่ยงในสถานบริการ
ผู้ใช้	: อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หรือ บุคลากร (พยาบาล) ใน รพช./รพท.
ขั้นตอนการใช้	

1. ชี้แจงการคัดกรองโรคซึมเศร้าให้กับประชาชนกลุ่มเป้าหมายเพื่อขอความร่วมมือและสร้างความเข้าใจความสำคัญของการคัดกรอง ดังตัวอย่างการชี้แจง

“สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมกับโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ได้เห็นความสำคัญของการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตโดยเฉพาะโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายซึ่งเป็นโรคที่สามารถป้องกันและรักษาให้หายได้ ถ้าหากมีการป้องกัน และดูแลรักษาอย่างถูกต้องแต่เนิ่นๆ

ดังนั้น วันนี้เพื่อเป็นการค้นหาผู้ที่มีโอกาสป่วยเป็นโรคซึมเศร้า หรือเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย...จึงขออนุญาตทำการสัมภาษณ์ท่าน แต่ถ้าหากไม่อนุญาตก็จะมีผลกระทบใดๆ ต่อการให้บริการของเราในการดูแลรักษาสุขภาพของท่าน และถ้าหากอนุญาต เราจะทำการสัมภาษณ์ ต่อไป”

ซึ่งจากตัวอย่างนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้แต่ละพื้นที่ตามความเหมาะสม

2. กรณีที่ผู้ป่วยอนุญาต ให้ใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2Q เน้นการถามถึงอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันที่สอบถาม

กรณีที่ผู้ถูกถามมีภูมิลำเนาอยู่ภาคอีสานและผู้สัมภาษณ์พูดภาษาอีสานได้ควรใช้แบบคัดกรอง 2 คำถามภาษาอีสาน โดยถามด้วยภาษาอีสานและใช้สำเนียงอีสาน ถ้าผู้ถูกถามมีภูมิลำเนาอยู่ภาคใต้ควรใช้แบบคัดกรอง 2 คำถาม ภาษาใต้ (ภาคผนวก ค)

3. ในขณะที่ถาม หากผู้ถูกถามไม่เข้าใจ ให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายหรือขยายความเพิ่ม ควรถามซ้ำจนกว่าผู้ถูกถามได้ตอบตามความเข้าใจของเขาเอง
4. เมื่อได้คำตอบให้แปลผลดังนี้
 - 4.1 ถ้าคำตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า **ปกติ** ไม่เป็นโรคซึมเศร้า
 - 4.2 ถ้าคำตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2)

หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยง หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ให้แจ้งผลและแนะนำความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าแล้วแนะนำให้รับประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือต่อไป

5. กรณีที่ผู้คัดกรองเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (ในการคัดกรองประชาชนทั่วไป) ถ้าผลคำตอบว่า “มี” ให้บันทึกและส่งรายชื่อ ผู้ที่ได้รับผลการคัดกรองนั้นไปยังบุคลากรสาธารณสุข (พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ที่โรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อประเมินซ้ำอีกครั้งหนึ่ง ถ้าพบว่า ผู้ที่ได้รับผลการคัดกรองว่า “มี” มีแนวโน้มจะไม่ไปรับการประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q ตามที่แนะนำ ให้แจ้งกับบุคลากรสาธารณสุขโดยตรง เพื่อติดตามให้ได้รับการประเมินต่อไป “ควรได้รับการประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q ภายใน 2 สัปดาห์ และไม่นานเกิน 3 เดือน”
6. กรณีที่ผู้คัดกรองเป็นบุคลากรสาธารณสุข คัดกรองกลุ่มเสี่ยงในสถานบริการ ถ้าผลคำตอบว่า “มี” ให้แจ้งผลและให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคซึมเศร้า แล้วแนะนำให้รับการประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือต่อไป (ซึ่งหากผลการประเมินด้วย 9Q มีค่าคะแนนตั้งแต่ 7 ขึ้นไป ให้ส่งพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยและให้การรักษาตามแนวทางที่กำหนดไว้ต่อไป)

ขั้นตอนการแจ้งผลและให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคซึมเศร้าภายหลังการคัดกรองด้วย 2Q

1. ประเมินผู้รับบริการก่อนว่า ปัจจุบันมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคซึมเศร้ามากน้อยเพียงใดโดยการรับฟังอย่างตั้งใจ การถามปลายเปิด การสรุปความ
2. ให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าอย่างถูกต้อง โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย หากมีเอกสารข้อมูลหรือแผ่นพับประกอบการให้ข้อมูลจะช่วยให้ผู้รับบริการมีความชัดเจนมากขึ้น
3. แจ้งผลการประเมินคัดกรอง 2Q อย่างตรงไปตรงมา ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย เช่น

“ผลการคัดกรองพบว่า ท่านมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้า แต่ยังไม่สามารถบอกได้ว่าท่านเป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่และอาการซึมเศร้ามีความรุนแรงระดับใด ต้องประเมินด้วย 9 คำถาม จึงจะรู้ชัดเจน”

4. ตรวจสอบความเข้าใจและแสดงความใส่ใจในความรู้สึกของผู้รับบริการ
5. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินด้วย 9Q (เน้นประโยชน์ที่จะได้จากการประเมิน 9Q)

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

ข้อแนะนำ ถามด้วยภาษาที่สอดคล้องกับท้องถิ่นหรือเหมาะสมกับผู้ถูกสัมภาษณ์ ควรถามให้ได้คำตอบที่ละเอียด ถ้าไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายขยายความเพิ่มเติม และให้ผู้ประเมินกาเครื่องหมาย “✓” ในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้รับบริการ

คำถาม	ภาษากลาง	ภาษาอีสาน	ภาษาท้องถิ่นได้	มี	ไม่มี
1	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้ สิ้นหวัง หรือไม่	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ เจ้ามีอาการมู๋นึบ : อุกอ้ง หงอย เซ็ง หนหววย บ่เป็นตาอยู่ มีแต่อยากไฮ้	ตั้งแต่ 2 อาทิตย์ก่อน จนถึงวันนี้ (สรรพนาม) รู้สึกเศร้า ใจมันหดหู่มา หรือเหม็ดหวัง มั่งมาย		
2	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก เบื่อทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ เจ้ามีอาการมู๋นึบ : บ่สนใจหยั่ง บ่อยากเฮ็ดหยั่ง บ่ม่วนบ่ชื่น	ตั้งแต่ 2 อาทิตย์ก่อน จนถึงวันนี้ (สรรพนาม) รู้สึกเบื่อ ไม่อยากทำอะไร ทำอะไรกะไม่หนุกมั่งมาย		

การแปลผล และดำเนินการต่อไป

- ถ้าคำตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า
- ถ้าคำตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยง หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ให้แจ้งผลและแนะนำความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าแล้วให้ประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือต่อไป

3.2 การประเมินอาการโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย

ผู้ที่มีแนวโน้มจะป่วยเป็นโรคซึมเศร้า จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยและประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า เพื่อให้การดูแลช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตายด้วย เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอัตราการฆ่าตัวตายสูง ในการประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในระบบดูแลผู้ป่วยระดับจังหวัดนั้น จะอาศัยเครื่องมือประเมิน ได้แก่ แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q และแบบประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8Q เพื่อให้มีความถูกต้องและเกิดประสิทธิภาพในการใช้เครื่องมือควรจะดำเนินการประเมินพร้อมๆ กับการให้การดูแลสุขภาพจิตศึกษาที่ถูกต้อง ซึ่งการใช้เครื่องมือให้เกิดประสิทธิภาพอย่างเต็มที่นั้นควรดำเนินการตามแนวทางดังต่อไปนี้

แนวทางการประเมินโรคซึมเศร้า

- เครื่องมือ** : แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)
- วัตถุประสงค์** : ช่วยการวินิจฉัยและใช้ประเมินจำแนกความรุนแรง
- กลุ่มเป้าหมาย** : ประชาชนในชุมชนและในกลุ่มเสี่ยงในสถานบริการที่ผลมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจากการคัดกรองด้วย 2Q
- ผู้ใช้** : พยาบาล หรือ แพทย์ที่ รพช./รพท.

ขั้นตอนการใช้

1. ชี้แจงที่มาและความสำคัญในการค้นหาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้กับประชาชนกลุ่มเป้าหมายเพื่อขอความร่วมมือ ดังตัวอย่างการชี้แจง...

“สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมกับโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้เห็นความสำคัญของการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิต โดยเฉพาะโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้และรักษาหายได้ ถ้าหากมีการป้องกัน และดูแลรักษาอย่างถูกต้อง

และในการคัดกรองโรคซึมเศร้าที่ผ่านมา ท่านเป็นผู้ที่มีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า หรือเสี่ยงต่อการป่วย เป็นโรคซึมเศร้า จึงขออนุญาตทำการประเมินโรคซึมเศร้าอีกครั้งเพื่อเป็นการบ่งชี้ที่ชัดเจนขึ้นว่าท่านป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่และอาการรุนแรงมากน้อยเพียงใด ด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม ถ้าหากอนุญาต เราจะทำการสัมภาษณ์ต่อไป”

2. กรณีที่ได้รับการอนุญาตให้ประเมิน ควรแจ้งผลการคัดกรองโรคซึมเศร้าให้ทราบก่อน และใช้ทักษะการให้ข้อมูล โดยทวนสอบความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้าและเมื่อพบว่า มีส่วนที่ผู้ป่วยไม่รู้หรือเข้าใจไม่ถูกต้องจึงให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพิ่มเติม
3. อธิบายให้ทราบถึงการประเมินด้วย 9Q เช่น แนวคำถาม การตอบเน้นให้ตอบตามความเป็นจริง แนวทางการแปรผลและประโยชน์ที่จะได้รับจากการประเมิน
4. เมื่อเกิดความเข้าใจตรงกันและเห็นประโยชน์แล้ว ให้ถามด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q “9Q เน้นการถามเพื่อค้นหาอาการที่มีในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันนี้ที่สอบถาม”

5. ตามแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถามที่ละข้อไม่ซ้ำหรือเร็วจนเกินไป โดยพยายามให้ได้คำตอบทุกข้อ ในขณะที่ถามหรือประเมินถ้าผู้ถูกถามไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายหรือขยายความเพิ่ม ควรถามซ้ำจนกว่าผู้ถูกถามจะตอบตามความเข้าใจของเขาเอง กรณีที่ผู้ถูกถามมีภูมิลาเนาอยู่ภาคอีสานและผู้สัมภาษณ์พูดภาษาไทยอีสานได้ควรใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถามฉบับภาษาไทยอีสาน โดยถามด้วยภาษาไทยอีสานและใช้สำเนียงอีสาน ถ้าผู้ถูกถามมีภูมิลาเนาอยู่ภาคใต้ควรใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้าฉบับภาษาไทยใต้ (ในภาคผนวก ง)
6. รวมคะแนน แล้วแปลผลตามตารางแปลผล
7. **แจ้งผลการประเมินโรคซึมเศร้า** ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้
 - 7.1 ประเมินความคาดหวังของผู้รับบริการต่อผลการตรวจประเมินด้วย 9Q และความเข้าใจในผลการประเมิน ตัวอย่าง เช่น

*“จากที่เราคุยกัน คุณคิดว่า คุณมีโอกาสที่จะเป็นโรคซึมเศร้ามั๊ย”
“คุณคิดว่า ผลการประเมินจะเป็นอย่างไร”*

- 7.2 แจ้งผลการประเมินอย่างตรงไปตรงมา ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ยึดหลักการสื่อสารทางบวก เพื่อแจ้งข่าวร้าย เช่น

“จากการคัดกรองด้วย 2Q พบว่า คุณมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งเราได้พูดคุยกันเบื้องต้น ซึ่งคุณก็เข้าใจแล้วว่าโรคซึมเศร้ามีอาการอย่างไรและเมื่อมีอาการก็ควรได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง แต่เนิ่นๆ เพื่อป้องกันการป่วยเรื้อรัง เราจึงมีการประเมินต่อด้วย 9Q และผลการประเมินพบว่า คุณมีอาการของโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับ... ซึ่งโรคซึมเศร้าสามารถรักษาได้”

- 7.3 แสดงความใส่ใจในความรู้สึกของผู้รับบริการ และตรวจสอบความเข้าใจพร้อมทั้งให้ข้อมูลที่ถูกต้อง
- 7.4 กรณีที่คะแนนรวม <7 ให้สุขภาพจิตศึกษาโดยการทวนสอบความถูกต้องและพอเพียงในความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าแล้วเพิ่มเติมในส่วนขาดหรือไม่ถูกต้องอาจมอบเอกสารหรือแนะนำเทคโนโลยีสำหรับส่งเสริมสุขภาพจิตและควรประเมินด้วยว่า มีปัญหาด้านสังคมจิตใจหรือไม่ ถ้ามีควรได้รับการให้การปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว
- 7.5 ในรายที่มีคะแนนตั้งแต่ ≥ 7 ขึ้นไป ควรประเมินการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q ทุกราย แล้วจึงส่งพบแพทย์เพื่อให้การวินิจฉัย จากนั้นให้การดูแลรักษาตามแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามความรุนแรงของอาการ อาจมอบหนังสือที่มีความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและการปฏิบัติตัว หรือแนะนำเทคโนโลยีสำหรับลดอาการซึมเศร้าด้วยตนเอง
8. ในรายที่ผลคะแนน ≥ 7 ขึ้นไป และได้รับการประเมินที่สถานีนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชนที่ไม่มีแพทย์ประจำ ต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรับการตรวจประเมินเพิ่มเติมและวินิจฉัยจากแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไป และให้สอบถามวันเวลาที่สะดวกไปรับการรักษาต่อ รพช. หรือ รพท. ใกล้บ้าน ซึ่งไม่ควรเนิ่นนาน หากผู้ป่วยไม่ยอมไปรับการรักษาควรติดตามประเมินของอาการด้วยแบบประเมิน 9Q เป็นระยะ พร้อมทั้งหาทางให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาที่ถูกต้อง

แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

ข้อแนะนำ ถามด้วยภาษาที่สอดคล้องกับท้องถิ่นหรือเหมาะสมกับผู้ถูกสัมภาษณ์ ควรถามให้ได้คำตอบที่ละเอียด ถ้าไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายขยายความเพิ่มเติม พยายามให้ได้คำตอบทุกข้อ จากนั้นรวมคะแนนแล้วแปลผลตามตารางแปลผล ควรแจ้งผลตามแนวทางการแจ้งผลอย่างเหมาะสมพร้อมให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหรือการดูแลรักษาในขั้นตอนต่อไป

หมายเหตุ ให้เน้นการถามเพื่อค้นหาอาการที่มีใน **ระยะเวลา 2 สัปดาห์** ที่ผ่านมา

ลำดับคำถาม	ภาษากลาง ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมถึงมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ภาษาอีสาน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมถึงมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ภาษาท้องถิ่นที่ได้ผ่านมา ตั้งแต่ 2 อาทิตย์ก่อนจนถึงวันนี้ (สรรพนาม) มีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย (ไม่เคยมี/ไม่เคยเป็น)	เป็นบางวัน (1-7 วัน) (เป็นกลาง/เื่อ)	เป็นบ่อย (>7 วัน) (เป็นตุ)	เป็นทุกวัน (เป็นตุมือ)
1	เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	บ่อยากเฮ็ดหญัง บ่สนใจเฮ็ดหญัง	เบื่อไม่ทำอะไร	0	1	2	3
2	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	บ่มันบ่ชื่น เซ็ง หงอย	ไม่สบายใจ เศร้า ท้อ	0	1	2	3
3	หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากไป	นอนบ่หลับ หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือนอนบ่อยากลุก	นอนไม่ใคร่หลับ หลับไม่ตื่น หรือว่าหลับมากเกินไป	0	1	2	3
4	เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	เมื่อย บ่มีแรง	เหนื่อยง่าย หรือ เหน็ดแรง	0	1	2	3
5	เบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป	บ่อยากเช่า บ่อยากน้าม หรือ กินหลายโพด	เบื่อไม่กินอะไร หรือ กินมากเกินไป/กินเหมือนจุกบอก	0	1	2	3
6	รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเอง ล้มเหลวหรือทำให้ตนเอง หรือครอบครัวผิดหวัง	คิดว่าเจ้าของบ่ดี	รู้สึกว่าตัวเองไม่ได้เรื่องทำอะไร ก้าวไม่เข้าทำทำอะไรก้าวไม่ตี ทำให้ตัวเองหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7	สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือ ทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	คิดหญังกะบ่ออก เฮ็ดหญังกะลึม	ใจไม่นิ่ง ใจไม่อยู่กับตัว ใจไม่ทันเช่น แลโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือว่าทำอะไรที่ต้องตั้งใจ	0	1	2	3
8	พูดซ้ำทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่น สังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้ เหมือนที่เคยเป็น	เว้ากะซ้ำ เฮ็ดหญังกะซ้ำ หรือ หนวย บ่เป็นตาอยู่	เฉื่อย แผลงซ้ำ ทำไหรซ้ำ หรือว่าอยู่นิ่ง ชุ่นหว่าเดิม	0	1	2	3
9	คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	คิดอยากตาย บ่อยากอยู่	คิดทำร้ายตัวเอง หรือตายดีหว่า	0	1	2	3

คะแนนรวมทั้งหมด

--

คะแนนรวม	การแปลผล
<7	ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร่าระดับน้อยมาก
7-12	มีอาการของโรคซึมเศร่า ระดับน้อย
13-18	มีอาการของโรคซึมเศร่า ระดับปานกลาง
≥19	มีอาการของโรคซึมเศร่า ระดับรุนแรง

แนวทางการประเมินการฆ่าตัวตาย

- เครื่องมือ : แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)
- วัตถุประสงค์ : ใช้ประเมินเพื่อค้นหาผู้มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย
- กลุ่มเป้าหมาย : ประชาชนในชุมชนและในกลุ่มเสี่ยงในสถานบริการที่มีคะแนนรวม ≥ 7 จากการประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q
- ผู้ใช้ : พยาบาล หรือ แพทย์ที่ รพช./รพท.

ขั้นตอนการใช้

- หลังจากแจ้งผลการประเมินโรคซึมเศร้าให้ทราบแล้ว ให้ขออนุญาตประเมินการฆ่าตัวตาย ตัวอย่างคำพูดในการขออนุญาต

“ผลการประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q ท่านเป็นผู้มีอาการของโรคซึมเศร้า ซึ่งโรคซึมเศร้านั้นส่งผลด้านลบต่อความคิด ความรู้สึก และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ดังนั้น เพื่อประโยชน์ในการป้องกันและดูแลรักษา ผม/ดิฉันจึงขออนุญาตประเมินการฆ่าตัวตาย ด้วยแบบประเมิน 8Q ถ้าหากไม่อนุญาตก็จะมีผลต่อการดูแลรักษาสุขภาพของท่าน ถ้าหากอนุญาต เราจะทำการสัมภาษณ์ต่อไป”
- ประเมินการฆ่าตัวตาย โดยถามตามหัวข้อในแบบประเมินการฆ่าตัวตาย พยายามให้ได้คำตอบทุกข้อในขณะที่ถาม/ประเมิน ถ้าผู้ถูกถามไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายหรือขยายความเพิ่ม ให้ถามซ้ำจนกว่าผู้ถูกถามจะตอบตามความเข้าใจของเขาเอง ต่อจากนั้นรวมคะแนน แล้วแปลผลตามตารางแปลผลการประเมินการฆ่าตัวตาย กรณีที่ผู้ถูกถามมีภูมิลำเนาอยู่ภาคอีสานและผู้สัมภาษณ์พูดภาษาอีสานได้ควรใช้แบบประเมินการฆ่าตัวตายฉบับภาษาอีสาน โดยถามด้วยภาษาอีสานและใช้สำเนียงอีสาน ถ้าผู้ถูกถามมีภูมิลำเนาอยู่ภาคใต้ควรใช้แบบประเมินการฆ่าตัวตายฉบับภาษาใต้
- แจ้งผลการประเมินโดยใช้เทคนิคและวิธีการเดียวกันกับ การแจ้งผลการประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q จากนั้นให้ดำเนินการตามแนวทางการจัดการผู้มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายตามระดับความรุนแรง
- ในรายที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายไม่ว่า จะมีความรุนแรงระดับใด ควรมีการติดตามผลการดูแลแก้ไข ซึ่งในการติดตามผลการรักษาและป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าควรประเมินการฆ่าตัวตายทุกครั้งร่วมกับการประเมินอาการโรคซึมเศร้าซึ่งกำหนดให้ประเมินอาการทุกเดือนจนกว่าคะแนนจะเป็น 0 ซึ่งหมายถึงเป็นผู้ที่ไม่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน (โดยไม่รวมข้อ 8)

แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

ข้อแนะนำ ถามด้วยภาษาที่สอดคล้องกับท้องถิ่นหรือเหมาะสมกับผู้ถูกสัมภาษณ์ ควรถามให้ได้คำตอบที่ละเอียด ถ้าไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายขยายความเพิ่มเติม พยายามให้ได้คำตอบทุกข้อ จากนั้นรวมคะแนนแล้วแปลผลตามตารางแปลผล ควรแจ้งผลตามแนวทางการแจ้งผลอย่างเหมาะสมพร้อมให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหรือการดูแลรักษาในขั้นตอนต่อไป

ลำดับคำถาม	ระยะเวลา	ภาษากลาง	ภาษาอีสาน	ท้องถิ่นภาษาใต้	ไม่มี (บีม)	มี
1		คิดอยากตาย หรือ คิดว่าตายไปจะดีกว่า	คิดอยากตาย หรือ คิดว่าตายไปคือสิดีกว่าอยู่...บ่	คิดอยากตาย หรือว่า คิดว่าตายไปเสียดีหว่า	0	1
2		อยากทำร้ายตัวเอง หรือทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	อยากทำร้ายตัวเอง หรือเฮ็ดให้เจ้าของบาดเจ็บ...บ่	อยากทำร้ายตัวเอง หรือว่าทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
3		คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	คิดเกี่ยวกับการสิฆ่าโตตาย...บ่	คิดฆ่าตัวตายมั่งม่าย	0	6
4	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่	(ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายให้ถามต่อ)...ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่ หรือบอกได้ไหมว่าคงจะไม่ทำตามความคิดนั้นในขณะนี้	(ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายให้ถามต่อ)...คุมเจ้าของบ่ให้คิดได้บ่ หรือบอกได้ว่า สิบ่เฮ็ดตามความคิดสิฆ่าโตตายในตอนนี้	(ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายให้ถามต่อ)...(สรรพนาม) นึกว่า ยัยยังความคิดนั้นได้ม่าย หรือบอกได้ม่ายว่าจะไม่ทำตามที่คิดแล้ว	ได้	ไม่ได้
4		มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	มีแผนการสิฆ่าโตตายบ่	วางแผนจะฆ่าตัวตายมั่งม่าย	0	8
5		ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเอง หรือเตรียมการจะฆ่าตัวตาย โดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริงๆ	ได้เตรียมการสิเฮ็ดทำร้ายโตเจ้าของหรือเตรียมการสิฆ่าโตตาย โดยตั้งใจเฮ็ดเจ้าของตาย อีหลี	เตรียมจะทำร้ายตัวเอง หรือว่าเตรียมจะฆ่าตัวตายให้พันๆ	0	9
6		ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บ แต่ไม่ตั้งใจที่จะให้เสียชีวิต	เคยเฮ็ดเฮ็ดเจ้าของบาดเจ็บ แต่บ่ได้ตั้งใจเฮ็ดเจ้าของตาย	เคยทำให้ตัวเองเจ็บแต่ไม่ตั้งใจจะให้ถึงตาย	0	4
7		ได้พยายามฆ่าตัวตาย โดยคาดหวัง/ตั้งใจจะให้ตาย	พยายามฆ่าโตตาย โดยหวังสิเฮ็ดเจ้าของตายอีหลี	พยายามจะฆ่าตัวตาย ให้หมั้นตายตามที่ตั้งใจช่วยม่าย	0	10
8	ตลอดชีวิตที่ผ่านมา	ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	เคยพยายามฆ่าโตตาย	(สรรพนาม) เคยพยายามฆ่าตัวตายมั่งม่าย	0	4

รวมคะแนน

คะแนนรวม	การแปลผล
0 คะแนน	ไม่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน
1-8 คะแนน	แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย
9-16 คะแนน	แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับปานกลาง
≥17 คะแนน	แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับรุนแรง

ข้อจำกัดในการใช้

ข้อคำถามที่ 1-7 ใช้ประเมินการฆ่าตัวตาย ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมาเท่านั้น

ข้อคำถามที่ 8 ใช้ประเมินการฆ่าตัวตาย ในตลอดชีวิตที่ผ่านมา

3.3 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในระบบดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ผู้ที่มีผลคะแนน ≥ 7 ขึ้นไป จากการประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q ทุกรายควรได้รับการวินิจฉัยและตรวจเพิ่มเติมจากแพทย์ ซึ่งแพทย์จะดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ตรวจหาโรคทางกายและยาที่ใช้อยู่ที่ส่งผลให้มีอาการคล้ายโรคซึมเศร้าโดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกายซึ่งในบางโรคอาจต้องอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โรคทางกายที่มีอาการซึมเศร้าแสดงในตารางที่ 5 และยาที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าแสดงในตารางที่ 6
2. สัมภาษณ์อาการของโรคซึมเศร้าทั้งจากผู้ป่วยและญาติ (ถ้าเป็นไปได้)
3. ประเมินว่าข้อมูลอาการของผู้ป่วยที่ได้มานั้น เข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของ ICD-10 หรือ DSM-IV หรือไม่ (อาจพิจารณาอาการที่ได้จากการประเมินด้วยแบบประเมิน 9Q ร่วมด้วย) รายละเอียดเกณฑ์การวินิจฉัยอยู่ในภาคผนวก ข
4. ให้การวินิจฉัยและบันทึกผลการสัมภาษณ์ตรวจร่างกาย
5. ให้การรักษาตามแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามระดับความรุนแรง กรณีระดับความรุนแรงที่ต้องให้ยารักษา ควรดำเนินการให้ยาตามแนวทางการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยยาต้านเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

ตารางที่ 3 Organic causes of a Depressive symptoms

กลุ่ม	โรค
Endocrine	Disorder of cortisol, thyroxine or parathormone production Eg. Hypopituitarism, Hypoglycemia
Infections	Glandular fever, Syphilis, AIDS, Encephalitis
Neurological	Stroke, Parkinson's disease, Multiple sclerosis, Brain tumors (meningioma), Trauma, Cerebral lupus
Carcinoma	Pancreatic carcinoma, Lung carcinoma
Nutritional	Deficiency of Folate, Nicotinamide (pellagra), Vit B12, B1 (Thiamine), and B6
Other	Cerebral ischemia, Myocardial infarction

ตารางที่ 4 Pharmacological causes of Depression

กลุ่ม	ชื่อยา
Cardiac and antihypertensive drugs	Bethanidine, Clonidine, Guanethidine, Hydralazine, Methyldopa, Propranolol, Reserpine, Digitalis, Prazosin, Procainamide, Veratrum, Lidocaine, Oxprenolol, Methoserpidine
Sedatives and hypnotics	Barbiturates, Chloral hydrate, Ethanol, Benzodiazepines, Chlormethiazole, Chlorazepate
Steroids and hormones	Corticosteroids, Oral contraceptive, Prednisone, Triamcinolone, Norethisterone, Danazol
Stimulants and appetite suppressants	Amphetamine, Fenfluramine, Diethylpropion, Phenmetrazine
Psychotropic drugs	Butyrophenones, Phenothiazines
Neurological agents	Amantadine, Bromocriptine, Levodopa, Tetrabenazine, Baclofen, Carbamazepine, Methsuximide, Phenytoin
Analgesics and anti-inflammatory drugs	Fenoprofen, Ibuprofen, Indomethacin, Opiates, Phenacetin, Phenylbutazone, Pentazocine, Benzydamine
Antibacterial and antifungal drugs	Ampicilline, Sulfamethoxazole, Clotrimazole, Cycloserine, Dapsone, Ethionamide, Tetracycline, Griseofulvin, Metronidazole, Nitrofurantoin, Nalidixic acid, Sulfonamides, Streptomycin, Thiocarbanilide
Antineoplastic drugs	C-Asparaginase, Mithramycin, Vincristine, 6-Azauridine, Bleomycin, Trimethoprim, Zidovudine
Miscellaneous drugs	Acetazolamine, Choline, Cyproheptadine, Disulfiram, Methysergide, Meclizine, Pizotifen
Anticholinesterases	Cimetidine, Diphenoxylate, Lysergide, Mebeverine, Metoclopramide, Salbutamol

Adapted from Cummings JL. *Clinical Neuropsychiatry*. Orlando, FL: Grune & Stratton; 1985 : 187.

บทที่ 4

การส่งเสริมป้องกันดูแลช่วยเหลือ และบำบัดรักษา ในระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด

ในระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด กลุ่มบุคคลที่ควรจะให้การดูแลช่วยเหลือมีดังนี้

1. กลุ่มที่มีผลปกติจากการคัดกรอง
2. กลุ่มที่มีโอกาสหรือมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า
3. กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงระดับน้อย
4. กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงระดับปานกลาง
5. กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงระดับรุนแรง
6. กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย

4.1 การดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีผลปกติจากการคัดกรอง

วัตถุประสงค์ : เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้า

กลุ่มเป้าหมาย : กลุ่มที่มีผลปกติจากการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2Q

ผู้ปฏิบัติ : อาสาสมัครสาธารณสุข หรือบุคลากร (พยาบาล) ใน รพช./รพท.

ขั้นตอน

1. เมื่อแจ้งผลการคัดกรองโรคซึมเศร้าแล้ว ให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่อง โรคซึมเศร้า
2. สามารถแจกแผ่นพับหรือเอกสารความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า
3. แนะนำให้ออกกำลังกาย 30-45 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง
4. แนะนำให้สำรวจ/ประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 2Q ด้วยตนเอง เมื่อพบว่าผลมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ให้มาพบบุคลากรสาธารณสุขเพื่อประเมินโรคซึมเศร้าอีกครั้ง

4.2 การดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีโอกาสหรือมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า

วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าในกลุ่มที่มีโอกาสป่วยเป็นโรคซึมเศร้า

กลุ่มเป้าหมาย : กลุ่มที่ผลมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจากการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2Q

ผู้ปฏิบัติ : บุคลากร พยาบาล ใน รพช./รพท. ที่ดำเนินการประเมินด้วย 9Q
ขั้นตอน

1. เมื่อแจ้งผลการประเมินโรคซึมเศร้าแล้วให้สุขภาพจิตศึกษาโดยการทวนสอบความถูกต้องและพอเพียงในความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าแล้วเพิ่มเติมในส่วนขาดหรือไม่ถูกต้อง อาจมอบเอกสารหรือแนะนำเทคโนโลยีสำหรับส่งเสริมสุขภาพจิต
2. ประเมินว่า มีปัญหาด้านสังคมจิตใจหรือไม่ ถ้ามีควรให้การปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว
3. แนะนำเทคโนโลยีหรือสื่อสุขภาพจิตเรื่องโรคซึมเศร้า เช่น แผ่นพับ หนังสือ ฯลฯ
4. แนะนำให้ออกกำลังกาย 30-45 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง
5. แนะนำทักษะการแก้ไขปัญหาและการพัฒนา EQ
6. แนะนำให้สำรวจ/ประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 2Q ด้วยตนเอง เมื่อพบว่าแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้าให้มาพบบุคลากรสาธารณสุขเพื่อประเมินโรคซึมเศร้าอีกครั้ง

4.3 การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงระดับน้อย

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงระดับน้อยหายหรือทุเลา

กลุ่มเป้าหมาย : *กลุ่มที่มีผลรวมคะแนน = 7-12 คะแนน* จากการประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q

การดำเนินการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล

1. ประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8Q
2. แจ้งผลการประเมินโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย และให้สุขภาพจิตศึกษาโดยการทวนสอบความถูกต้องและพอเพียงในความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าแล้วเพิ่มเติมในส่วนขาดหรือไม่ถูกต้องอาจมอบเอกสาร หรือแนะนำเทคโนโลยีสำหรับส่งเสริมสุขภาพจิต
3. ประเมินว่า มีปัญหาด้านสังคมจิตใจหรือไม่ ถ้ามีควรให้การปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว
4. แนะนำให้ออกกำลังกาย นาน 30-45 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ยกเว้นในผู้ที่มีข้อจำกัดห้ามออกกำลังกาย
5. แนะนำให้/ส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยและตรวจรักษาเพิ่มเติมที่ รพช. หรือ รพท. ใกล้บ้าน

การดำเนินการที่ รพช. หรือ รพท.

1. กรณีที่รับส่งต่อจากสถานีนอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชนให้พยาบาลหรือผู้รับผิดชอบประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q ซ้ำอีกครั้ง ถ้าคะแนน ≥ 7 ให้ขออนุญาตประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8Q
2. แจ้งผลการประเมินโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย แล้วให้สุขภาพจิตศึกษาโดยการทวนสอบความถูกต้องและพอเพียงในความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า จากนั้นจึงเพิ่มเติมในส่วนขาดหรือไม่ถูกต้องอาจมอบเอกสารหรือแนะนำเทคโนโลยีสำหรับส่งเสริมสุขภาพจิต ส่งพบแพทย์
3. แพทย์ R/O โรคทางกายและประเมินยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ให้หยุดหรือลดยาที่สามารถทำให้เกิดอาการคล้ายโรคซึมเศร้า

4. แจ้งผลการวินิจฉัยแก่ผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งแนะนำวิธีการลดอาการซึมเศร้าโดยไม่ใช้ยา เช่น ออกกำลังกาย 30-45 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งและวิธีอื่นๆ ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย (สามารถดูข้อมูลวิธีการได้ในภาคผนวก ข หลักฐานทางวิชาการฯ)
5. ค้นหาและประเมินปัญหาจิตสังคม ถ้ามีควรให้การปรึกษาช่วยผู้ป่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาที่ทุกข์ใจ (โดยส่งให้ผู้ที่ให้การปรึกษาที่ได้รับการฝึกอบรมมาดีแล้วเป็นผู้ดำเนินการ)
6. นัดติดตามประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q

4.4 การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงระดับปานกลาง

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงระดับปานกลาง หาย หรือทุเลา

กลุ่มเป้าหมาย : *กลุ่มที่มีผลรวมคะแนน = 13 - 18 คะแนน* จากการประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q

การดำเนินการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล

1. ประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8Q
2. แจ้งผลการประเมินโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย แล้วให้สุขภาพจิตศึกษาโดยการทวนสอบความถูกต้องและพอเพียงในความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าจากนั้นเพิ่มเติมในส่วนขาดหรือไม่ถูกต้อง อาจมอบเอกสารหรือแนะนำเทคโนโลยีสำหรับส่งเสริมสุขภาพจิต
3. ประเมินว่า มีปัญหาด้านสังคมจิตใจหรือไม่ ถ้ามีควรให้การปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว
4. แนะนำให้ออกกำลังกาย นาน 30-45 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ยกเว้นในผู้ที่มีข้อจำกัดห้ามออกกำลังกาย
5. แนะนำให้/ส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยและตรวจรักษาเพิ่มเติมที่ รพช. หรือ รพท. ใกล้บ้าน

การดำเนินการที่ รพช. หรือ รพท.

1. กรณีที่รับส่งต่อจากสถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชนให้พยาบาลหรือผู้รับผิดชอบประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q ซ้ำอีกครั้ง ถ้าคะแนน ≥ 7 ให้ขออนุญาตประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8Q
2. แจ้งผลการประเมินโรคซึมเศร้า และให้สุขภาพจิตศึกษาโดยการทวนสอบความถูกต้องและพอเพียงในความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าแล้วเพิ่มเติมใน ส่วนขาดหรือไม่ถูกต้อง อาจมอบเอกสารหรือแนะนำเทคโนโลยีส่งเสริมสุขภาพจิต ส่งพบแพทย์
3. แพทย์ R/O โรคทางกายและประเมินยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ให้หยุดหรือลดยาที่สามารถทำให้เกิดอาการคล้ายโรคซึมเศร้า
4. ค้นหาและประเมินปัญหาจิตสังคม ถ้ามีควรให้การปรึกษาช่วยผู้ป่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาที่ทุกข์ใจ (โดยส่งให้ผู้ที่ให้การปรึกษาที่ได้รับการฝึกอบรมมาดีแล้วเป็นผู้ดำเนินการ)
5. ให้ยาต้านเศร้า (Antidepressant) ตามแนวทางการรักษาโรคซึมเศร้าด้วย ยาต้านอารมณ์เศร้า
6. กรณีที่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายสูงตามแบบประเมินการฆ่าตัวตายให้ส่งต่อ โรงพยาบาลจิตเวช เพื่อให้การดูแลรักษาในมาตรฐานระดับตติยภูมิ เช่น จิตบำบัด Psychotherapy และให้ยาต้านอารมณ์เศร้า (Antidepressant) หรือการรักษาด้วยไฟฟ้า

4.5 การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงระดับรุนแรง

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงระดับรุนแรงหายหรือทุเลา

กลุ่มเป้าหมาย : *กลุ่มที่มีผลรวมคะแนน ≥ 19 คะแนน* จากการประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q

การดำเนินการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล

1. ประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8Q
2. แจ้งผลการประเมินโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย และให้สุขภาพจิตศึกษา โดยการทวนสอบความถูกต้องและพอเพียงในความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าแล้วเพิ่มเติมในส่วนขาดหรือไม่ถูกต้องอาจมอบเอกสารหรือแนะนำเทคโนโลยีสำหรับส่งเสริมสุขภาพจิต
3. ประเมินว่า มีปัญหาด้านสังคมจิตใจหรือไม่ ถ้ามีควรให้การปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหา
4. แนะนำให้ออกกำลังกาย นาน 30-45 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ยกเว้นในผู้ที่มีข้อจำกัดห้ามออกกำลังกาย
5. แนะนำให้/ส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยและตรวจรักษาเพิ่มเติมที่ รพช. หรือ รพท. ใกล้บ้าน

การดำเนินการที่ รพช. หรือ รพท.

1. กรณีที่รับส่งต่อจากสถานีนอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชนให้พยาบาลหรือผู้รับผิดชอบประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q ซ้ำอีกครั้ง ถ้าคะแนน ≥ 7 ให้ขออนุญาตประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8Q
2. แจ้งผลการประเมินโรคซึมเศร้า และให้สุขภาพจิตศึกษาโดยการทวนสอบความถูกต้องและพอเพียงในความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าแล้วเพิ่มเติมในส่วนขาดหรือไม่ถูกต้อง อาจมอบเอกสารหรือแนะนำเทคโนโลยีสำหรับส่งเสริมสุขภาพจิต ส่งพบแพทย์
3. แพทย์ R/O โรคทางกายและประเมินยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ให้หยุดหรือลดยาที่สามารถทำให้เกิดอาการคล้ายโรคซึมเศร้า
4. ค้นหาและประเมินปัญหาจิตสังคม ถ้ามีควรให้การปรึกษาช่วยผู้ป่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาที่ทุกข์ใจ (โดยส่งให้ผู้ให้การปรึกษาที่ได้รับการฝึกอบรมมาดีแล้วเป็นผู้ดำเนินการ)
5. ให้ยาด้านเศร้า (Antidepressant) ตามแนวทางการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยยาด้านอารมณ์เศร้า
6. ควรส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช เพื่อให้การดูแลรักษาในมาตรฐานระดับตติยภูมิ เช่นจิตบำบัด Psychotherapy และให้ยาด้านอารมณ์เศร้า (Antidepressant) หรือการรักษาด้วยไฟฟ้า (ยกเว้นในรายที่มีไม่ประสงค์ไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช)
7. กรณีที่ผู้ป่วยไม่ประสงค์ไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช แพทย์ที่ รพช./รพท. ควรนัดติดตามประเมินผล 1-2 สัปดาห์ เพื่อปรับยาให้เร็วขึ้น พร้อมทั้งเฝ้าระวังประเมินการฆ่าตัวตายในแต่ละครั้งที่มาติดตามการรักษา

4.6 การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยง/มีแนวโน้มการฆ่าตัวตาย

วัตถุประสงค์ : เพื่อลดและป้องกันโอกาสการพยายามฆ่าตัวตาย และการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยง/มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตาย

กลุ่มเป้าหมาย : *กลุ่มที่มีผลรวมคะแนน ≥ 7 คะแนน* จากการประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q และมีคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป จากการประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8Q

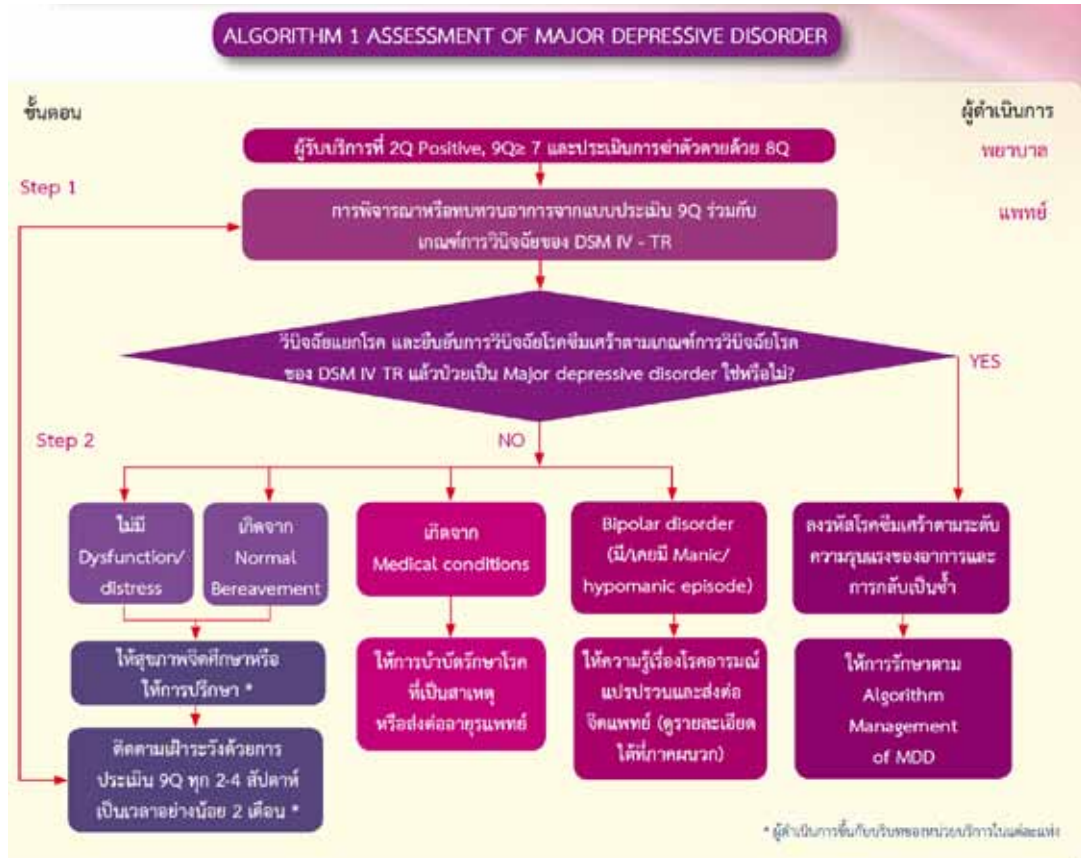
การดำเนินการตามความรุนแรง

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับน้อย (8Q = 1-8 คะแนน)
 - 1.1 ประเมินความเจ็บป่วยทางจิตเวช (ควรนัดติดตามเฝ้าระวัง) ถ้ามีโรคซึมเศร้าให้ดูแลตามแนวทางที่กำหนดไว้
 - 1.2 ควรปรึกษาหรือส่งต่อผู้ชำนาญด้านให้การปรึกษาหรือผู้ทำงานด้านสุขภาพจิตที่ได้รับการฝึกอบรมมาดีแล้ว เพื่อให้การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ
2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับปานกลาง (8Q = 9-16 คะแนน)
 - 2.1 ให้การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ ช่วยแก้ไขปัญหาทุกข้อใจที่เร่งด่วน
 - 2.2 ประเมินโรคจิตเวช หากมีโรคซึมเศร้าให้ดูแลรักษาตามแนวทางที่กำหนดไว้
 - 2.3 ควรมีญาติดูแลอย่างใกล้ชิดและแนะนำญาติให้เข้าใจวิธีการช่วยเหลือเฝ้าระวังที่ถูกต้อง (ถ้าไม่มีญาติควรรับไว้รักษาในโรงพยาบาล)
 - 2.4 นัดติดตามทุกสัปดาห์เพื่อให้การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจอย่างต่อเนื่อง
3. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับสูง (8Q ≥ 17 คะแนน)
 - 3.1 ควรรักษาในโรงพยาบาลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมงหรือส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช
 - 3.2 ให้การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ และช่วยแก้ไขปัญหาทุกข้อใจที่เร่งด่วน
 - 3.3 กรณีที่มีโรคซึมเศร้า ประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q ได้คะแนน ≥ 13 ให้ส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวชทันที

หมายเหตุ : ในรายที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายไม่ว่าจะมีความรุนแรงระดับใด ควรมีการติดตามผลการดูแลช่วยเหลือโดยประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8 คำถาม ร่วมกับ การประเมินอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม **ทุกเดือน** จนกว่าคะแนนแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายเป็น 0 (โดยไม่รวมข้อ 8) จึงยุติการติดตามด้วยแบบประเมินนี้

4.7 แนวทางการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยยาต้านเศร้า (Antidepressant) ในระบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด

แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ



Step 1: การพิจารณาอาการจากแบบประเมิน 9Q ร่วมกับเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM IV-TR

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อย >7 วัน	เป็นทุกวัน
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร **	0	1	2	3
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ห้อแท้ **	0	1	2	3
3. หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากไป	0	1	2	3
4. เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5. เบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป	0	1	2	3
6. รู้สึกไม่ติดกับตัวเอง คิดว่า ตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7. สมาธิไม่ได้เวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุหรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8. พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้หรือ กระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3
** อาการเหล่านี้ต้องเป็นอยู่เกือบทั้งวัน (Most of the day)			รวมคะแนน	<input type="text"/>

Step 2 : การวินิจฉัยแยกโรค ยืนยันการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าและตรวจหาสาเหตุการวินิจฉัย

ตรวจสอบว่า มี dysfunction/distress หรือไม่ ■ ใช่ ■ ไม่ใช่

Dysfunction/distress หมายถึง อาการผิดปกติใน Step 1 ก่อให้เกิดปัญหาในการดำเนินชีวิต ส่งผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมด้านสังคม หน้าที่การงานอย่างเห็นได้ชัด/หรือทุกข์ ทรมานใจ

ภาวะที่ต้องพิจารณาเพิ่มเติม	ใช่	ไม่ใช่
Normal bereavement มีอาการโศกเศร้าเสียใจจากการสูญเสียพลัดพรากสิ่งที่รัก ไม่เกิน 2 เดือนหลังจากเกิดเหตุการณ์ และไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย หรือหมกมุ่นว่า ตนเองไร้ค่า		
Medical condition and related substances ยาสารต่างๆ และโรคทางกายที่เป็นสาเหตุให้เกิดอาการซึมเศร้า เช่น Endocrine, infections, Neurological condition, carcinoma, nutrition, cerebral ischemia และ myocardial infarction		
Mania, hypomania <i>ตลอดชีวิตที่ผ่านมา ผู้ป่วยมีช่วงเวลาที่รู้สึกดีหรือมีความสุขหรือมีเรี่ยวแรงทำอะไรไม่หยุดจนก่อให้เกิดปัญหากับตัวเอง หรือครอบครัวต่างคิดว่า ผู้ป่วยเปลี่ยนไป/ไม่เหมือนเดิม ทั้งนี้ไม่รวมในช่วงที่มาสุราหรือยาเสพติดหรือไม่</i> <i>ตลอดชีวิตที่ผ่านมา ผู้ป่วยรู้สึกหงุดหงิดง่ายมากติดต่อกันเป็นเวลาหลายวัน จนทำให้ไม่มีการได้เตียง ทะเลาะวิวาท หรือควาดไล่คนอื่นที่ไม่ใช่คนในครอบครัวหรือไม่</i>		

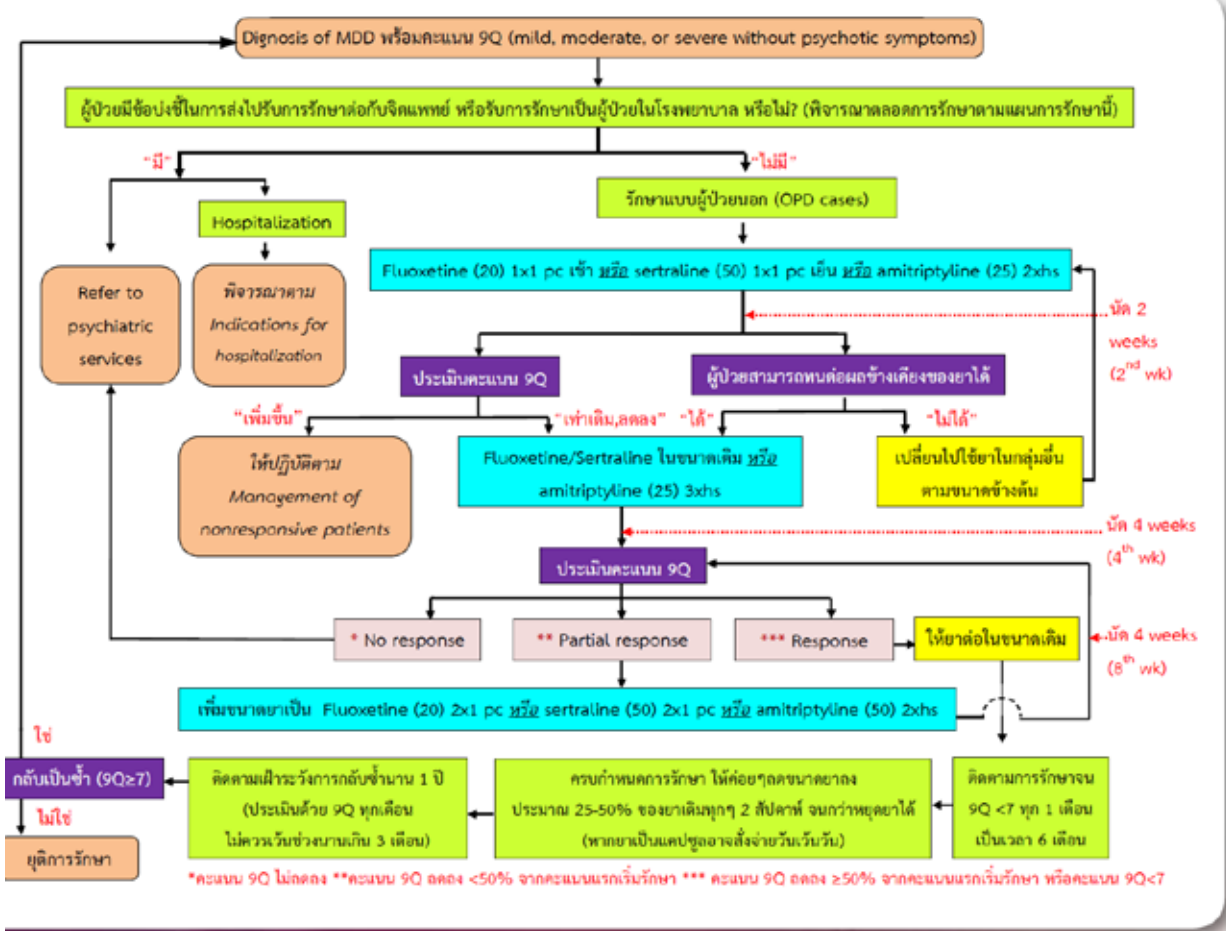
การแปลผลและดำเนินการ

- ถ้าใน Step 1 มีอาการใน ส่วนแรกหรือพื้นที่สีเหลือง ≥ 5 ข้อ และต้องมีอาการในข้อ 1 หรือ 2 อยู่ในพื้นที่แรกหรือสีเหลืองด้วย ร่วมกับมี dysfunction หรือ distress และต้องไม่ใช่ normal bereavement, mania/hypomania และไม่ได้เกิดจาก Medical condition and related substances ให้วินิจฉัยโรคเป็น MDD
- ตรวจสอบว่ามีอาการ recurrent หรือไม่ (Recurrent คืออาการของโรคซึมเศร้าเคยเกิดขึ้นกับผู้ป่วยมาก่อน และมีช่วงเวลาที่หายเป็นปกติ ติดต่อกันอย่างน้อย 2 เดือน)
- ลงรหัสตามตาราง

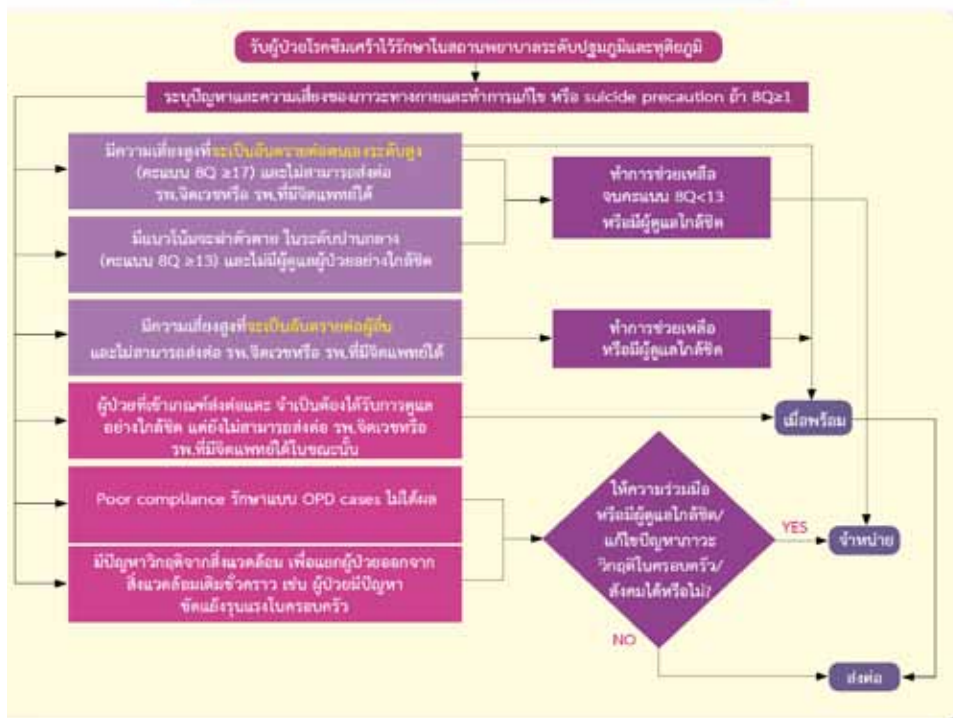
การลงรหัสตาม ICD 10

คะแนน 9Q	รหัสตาม ICD 10	
	Major depressive disorder, single episode (F32)	Recurrent depressive disorder (F33)
7-12	• Mild depressive episode (F32.0)	• Recurrent depressive disorder, current episode mild (F33.0)
13-18	• Moderate depressive episode (F32.1)	• Recurrent depressive disorder, current episode moderate (F33.1)
≥ 19	• ไม่มี psychotic symptoms \rightarrow severe depressive episode without psychotic symptoms (F32.2) • มี psychotic symptoms (มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ต่อไปนี้ ทุแนว ประสาทหลอน: hallucination, หลงผิด: delusion) \rightarrow severe depressive episode with psychotic symptoms (F32.3)	• ไม่มี psychotic symptoms \rightarrow recurrent depressive disorder, current episode severe without psychotic symptoms (F33.2) • มี psychotic symptoms (มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ต่อไปนี้ ทุแนว ประสาทหลอน: hallucination, หลงผิด: delusion) \rightarrow recurrent depressive disorder, current episode severe with psychotic symptoms (F33.3)

ALGORITHM 2 MANAGEMENT OF MAJOR DEPRESSIVE DISORDER



ALGORITHM 3 MANAGEMENT OF HOSPITALIZED PATIENTS



บทที่ 5

การส่งต่อผู้ป่วย

ในระบบดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด

การส่งต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะขึ้นกับผลการคัดกรองการประเมินโรคซึมเศร้า และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย เมื่อทราบผลการประเมินแล้วให้ส่งต่อไปยังสถานบริการสาธารณสุข ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ดังต่อไปนี้

แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ผลการคัดกรอง/ผลการประเมิน	ผู้ส่งต่อ	การดำเนินการของผู้ส่งต่อ	ผู้รับส่งต่อ
<p>ผู้ที่มีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (จากการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2Q)</p>	<p>อสม. หรือแกนนำชุมชน (เฉพาะกรณีที่เกิดการกรองในชุมชน)</p>	<p>แนะนำให้ไปรับการประเมินโรคซึมเศร้าเพิ่มเติมด้วย 9Q ที่ รพ.สต. (กรณีที่เกิดการกรองกลุ่มเสี่ยงใน สอ. หรือ PCU หรือโรงพยาบาล ให้ขออนุญาตประเมินด้วย 9Q ได้เลย)</p>	<p>รพ.สต.</p>
<p>มีอาการของโรคซึมเศร่าระดับน้อย ผลรวมคะแนน 7-12 คะแนน จากการประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q</p> <p>มีอาการของโรคซึมเศร่าระดับปานกลาง ผลรวมคะแนน 13-18 คะแนน จากการประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q</p>	<p>รพ.สต.</p>	<ol style="list-style-type: none"> ส่งต่อและแนะนำให้ไปรับการตรวจวินิจฉัยและประเมินเพิ่มเติมที่ รพช./รพท. ประสานงานกับผู้รับส่งต่อว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร่าส่งต่อไปให้ เขียนหนังสือส่งต่อโดย <ul style="list-style-type: none"> บันทึกคะแนนผลการประเมิน 9Q บันทึกการช่วยเหลือเบื้องต้น 	<p>รพช./รพท.</p>
<p>มีอาการของโรคซึมเศร่าระดับรุนแรง ผลรวมคะแนน ≥ 19 คะแนน และ/หรือ มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับสูง ผลรวมคะแนน ≥ 17 คะแนน จากการประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8Q</p>	<p>รพ.สต.</p> <p>รพช./รพท.</p>	<ol style="list-style-type: none"> ส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวชโดยประสานงานกับ รพ.จิตเวชก่อนส่งต่อ (ถ้าประเมินที่สถานีอนามัยหรือพบว่าผู้ป่วยมีอาการระดับรุนแรง ให้ส่งต่อ รพช. หรือ รพท. ให้ประเมินวินิจฉัยโดยแพทย์ก่อน) เขียนหนังสือส่งต่อโดย <ul style="list-style-type: none"> บันทึกคะแนนการประเมินด้วย 9Q และ 8Q บันทึกการช่วยเหลือเบื้องต้น บันทึกสมุดประจำตัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร่าโดยแพทย์และพยาบาลที่ดูแลแล้วส่งมอบให้ผู้ป่วยถือติดตัว 	<p>รพ.จิตเวช</p>

แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

ผลการคัดกรอง/ผลการประเมิน	ผู้ส่งต่อ	การดำเนินการของผู้ส่งต่อ	ผู้รับส่งต่อ
<p>อาการโรคซึมเศร้าดีขึ้น ผลรวมคะแนน $9Q \leq 13$ คะแนน และ แนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน มีผลรวมคะแนน $8Q \leq 17$ คะแนน (เป็นกรณีที่ส่งต่อไปรับการรักษา ใน รพ.จิตเวชจนดีขึ้นแล้ว)</p>	รพ.จิตเวช	<ol style="list-style-type: none"> แจ้งเหตุผลการส่งต่อกลับ เพื่อรับยา ใกล้บ้านจนกว่าจะทุเลาเต็มที่ (Full remission) เขียนหนังสือส่งต่อ โดย <ul style="list-style-type: none"> บันทึกคะแนนการประเมิน ด้วย 9Q และ 8Q บันทึกผลการรักษาและยาต้านเศร้า ที่ได้ บันทึกผลการรักษาในสมุดประจำตัว เพื่อการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าโดย แพทย์และพยาบาลที่ดูแลแล้วส่งมอบ ให้ผู้ป่วย 	รพช/รพท.
<p>โรคซึมเศร้าดีขึ้น (Full remission) ผลรวมคะแนน $9Q < 7$ ติดต่อกันนาน 6 เดือน และลดยาลงจนหยุดได้แล้ว</p>	รพช/รพท.	<ol style="list-style-type: none"> แจ้งเหตุผลการส่งต่อกลับ เพื่อติดตาม เฝ้าระวังการกลับซ้ำหรือกลับเป็นใหม่ เขียนหนังสือส่งต่อ โดย <ul style="list-style-type: none"> บันทึกคะแนนการประเมิน ด้วย 9Q บันทึกผลการรักษาและยาต้านเศร้า บันทึกผลการรักษาในสมุดประจำ ตัว เพื่อการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า โดยแพทย์และพยาบาลที่ดูแล 	รพ.สต.

บทที่ 6

การติดตามผู้ป่วยระยะวังการกลับซ้ำ

ในระบบการดูแลผู้ป่วยระยะวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด

การกลับเป็นซ้ำ (Relapsed) หมายถึง การที่มีอาการซึมเศร้าเกิดขึ้นอีกครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน หลังจากมีอาการซึมเศร้าทุเลาหายแล้ว (Frank et al. 1991) ซึ่งจากการติดตามผู้ป่วย Major Depression ที่อาการทุเลาหายแล้วของ Keller (1983) พบว่า อัตราการกลับซ้ำมีร้อยละ 22

การกลับเป็นใหม่ (Recurrent) หมายถึง การเกิดอาการครั้งใหม่ ภายหลังจากอาการซึมเศร้าครั้งก่อนหายไปแล้วนานกว่า 6 เดือน จากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งเป็น Naturalistic follow-up study พบอัตราการเกิดเป็นใหม่ของโรคซึมเศร้า ตามระยะเวลาที่ติดตาม ดังนี้

ภายใน 1 ปี พบอัตราการเกิดเป็นใหม่ ร้อยละ 37 (Lin et al. 1998)

ภายใน 2 ปี พบอัตราการเกิดเป็นใหม่ ร้อยละ 25-40 (Keller and Boland 1998)

ดังนั้น เพื่อป้องกันการกลับซ้ำและการกลับเป็นใหม่ของโรคซึมเศร้าจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องติดตามผู้ป่วยระยะวังอาการในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจนอาการทุเลาแล้ว ซึ่งการติดตามผู้ป่วยระยะวังการกลับซ้ำของโรคซึมเศร้าในระบบมีแนวทาง ดังนี้

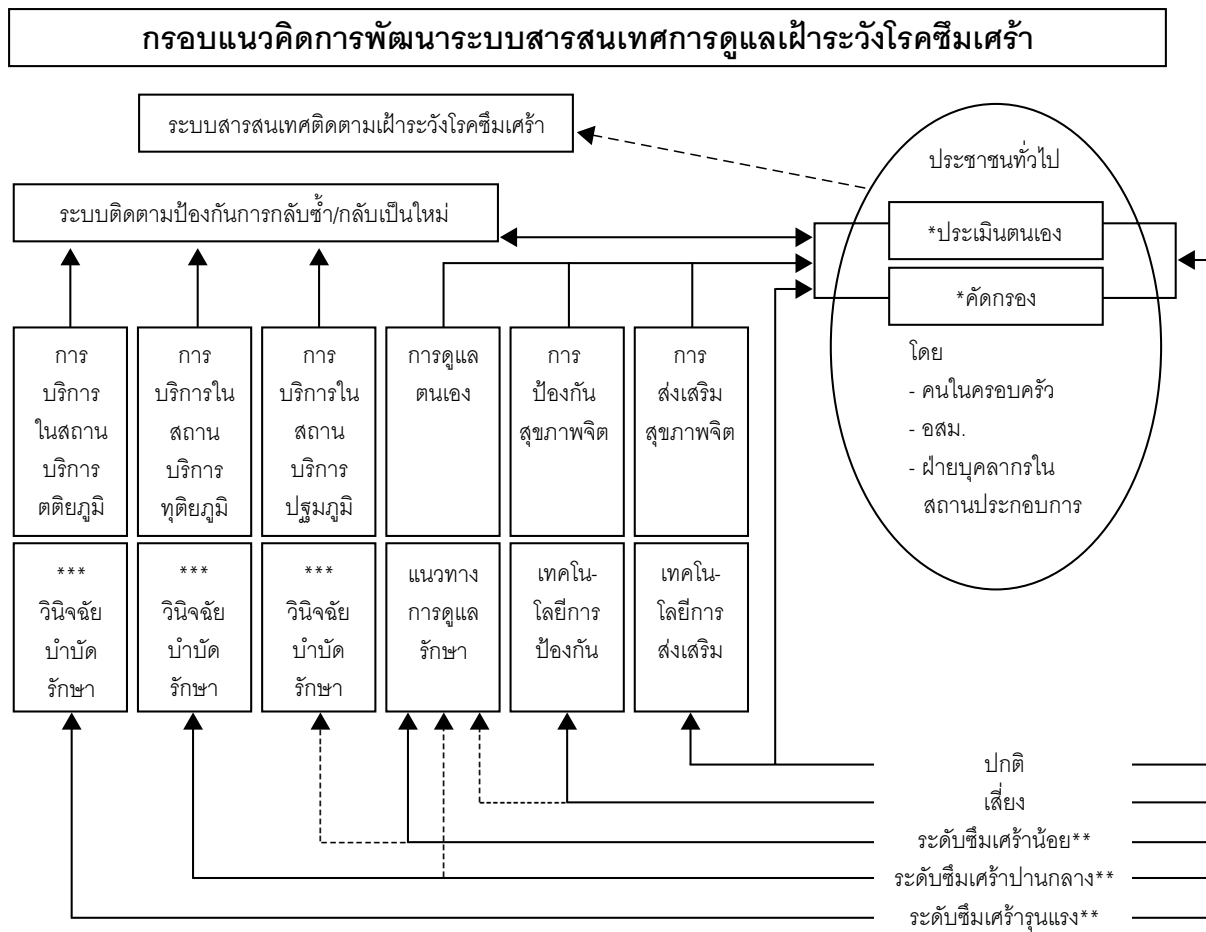
1. หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาจนทุเลาและสามารถหยุดยาได้แล้ว (คะแนนจากการประเมินด้วย 9Q < 7 คะแนน) ให้โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไปที่รักษาผู้ป่วยส่งต่อไปยังโรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อติดตามผู้ป่วยระยะวังการกลับซ้ำของโรค ทั้งนี้ให้ขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ป่วยเป็นสำคัญในผู้ป่วยบางรายการติดตามอาการโดยโรงพยาบาลอาจจะสะดวกกว่า
2. ควรติดตามประเมินการกลับซ้ำของโรคซึมเศร้าทุกเดือน ด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q ต่อเนื่องเป็นเวลา 1 ปี
3. ถ้าคะแนนจากแบบประเมิน < 7 ต่อเนื่อง 1 ปี ก็สามารถหยุดการติดตามประเมินได้
4. ถ้าคะแนนจากแบบประเมิน ≥ 7 ให้ดำเนินการตามแนวทางจัดการตามที่กำหนดไว้ตามความรุนแรงของโรคหรือตามคะแนนที่ได้ โดยให้ศูนย์สุขภาพชุมชนส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไป ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเล็กน้อยและปานกลาง ส่วนรายที่ประเมินแล้วผู้ป่วยกลับซ้ำนั้นมีอาการรุนแรงหรือมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายสูงให้ส่งต่อไปที่โรงพยาบาลจิตเวช (ยกเว้นกรณีที่ผู้ป่วยไม่ขอไปควรรับไว้รักษาและผู้ป่วยวังในโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไป โดยมีญาติหรือเจ้าหน้าที่เฝ้าดูอย่างใกล้ชิด

บทที่ 7

ระบบสารสนเทศการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

7.1 แนวคิดการพัฒนาระบบสารสนเทศการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ในการดำเนินงานได้กำหนดกรอบแนวคิดของการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและดัชนีชี้วัดโรคซึมเศร้า จะต้องมีการบริหารกระบวนการและเครือข่ายพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพจิตและดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตทุกขั้นตอน ดังภาพ



*คัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2Q, **ประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q, ***ICD10, DSM IV-TR

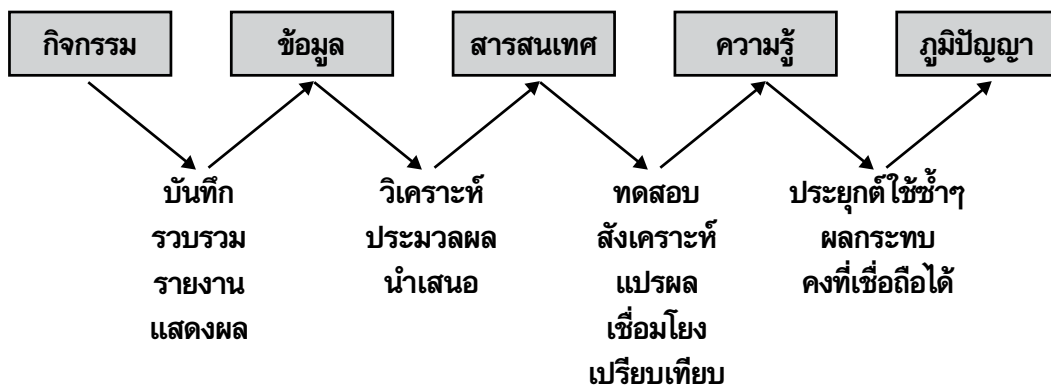
7.2 สารสนเทศระบบดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด

ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health Information System : HIS) หมายถึง ชุดขององค์ประกอบและการปฏิบัติกิจกรรมที่ถูกจัดเป็นระบบ ด้วยวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสารสนเทศสำหรับช่วยให้การตัดสินใจด้านการบริหารจัดการสุขภาพดีขึ้นในทุกระดับของระบบสุขภาพ

ในการดำเนินกิจกรรมของระบบดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัดนั้น การบันทึกและรายงานกิจกรรมมีความสำคัญอย่างมาก เพราะเป็นการรวบรวมข้อมูลสารสนเทศเพื่อกำกับติดตามและประเมินผลสำเร็จของการดำเนินงาน ซึ่งจะประกอบไปด้วยข้อมูลสารสนเทศและองค์ความรู้ที่สำคัญๆ

7.2.1 ข้อมูล สารสนเทศ และองค์ความรู้

Data : Information : Knowledge



1. ข้อมูล (Data) หมายถึง ชุดของข้อเท็จจริง ตัวเลขต่างๆ ที่บรรยายเหตุการณ์ ยังไม่ได้ผ่านการแปรความ ไม่มีความหมายในตัวมันเองในการดำเนินกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะมีข้อมูลในกิจกรรมทุกขั้นตอน หากมีการบันทึกที่ดีพอ ตัวอย่างเช่น รายงานกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในจังหวัดแห่งหนึ่ง มีข้อมูล (Data) ดังนี้

- ประมาณการกลุ่มเสี่ยงในจังหวัด 20,000 ราย
- จำนวนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับคัดกรอง 2,000 ราย
- จำนวนกลุ่มเสี่ยงที่ผลจากการคัดกรอง พบว่ามีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 150 ราย
- จำนวนคัดกรองที่ผลมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้รับการประเมิน 9Q 100 ราย
- ผู้ที่ 9Q \geq 7 จำนวน 80 ราย
- ผู้ที่ 9Q \geq 7 พบแพทย์วินิจฉัย F32 จำนวน 80 ราย
- จำนวนผู้ที่มีอาการปานกลางและรุนแรง 30 ราย
- จำนวนผู้ที่ได้รับยาต้านเศร้า 30 ราย

2. สารสนเทศ (Information) หมายถึง ข้อมูลที่ผ่านการวิเคราะห์ เติมคุณค่า ให้ความหมาย เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการและการตัดสินใจ ตัวอย่างเช่น จาก ข้อมูล (Data) ในข้อ 1 ถ้าผ่านการวิเคราะห์ เติมคุณค่า ให้ความหมายจะกลายเป็นสารสนเทศ ดังนี้

- อัตราความครอบคลุมในการค้นหาผู้ป่วย 10%
- อัตราการพบผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะป่วยในกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรอง 7.5%
- อัตราการป่วยในกลุ่มที่มีผลคัดกรองเป็นบวก 80%
- อัตราการได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ในกลุ่มผู้ที่ $9Q \geq 7$ 100%
- อัตราการป่วยในกลุ่มเสี่ยง 2.5%
- อัตราการได้รับยาต้านเศร้าในผู้ที่มีอาการปานกลางและรุนแรง 100%

3. องค์ความรู้ (Knowledge) หมายถึง สารสนเทศที่ผ่านกระบวนการคิด ทดสอบ เปรียบเทียบ เชื่อมโยงกับความรู้อื่นจนเกิดเป็นความเข้าใจและนำไปใช้ประโยชน์ได้ ตัวอย่างเช่น จากสารสนเทศ (Information) ในข้อที่ 2 นำมาผ่านกระบวนการคิด ทดสอบ เปรียบเทียบ เชื่อมโยงกับความรู้อื่นจะได้องค์ความรู้ ดังนี้

- ระบบดูแลผู้ป่วยที่ดำเนินการในพื้นที่ซึ่งมีความครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงน้อยไป และอัตราการพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยงน้อยกว่าที่พบจากรายงานต่างประเทศซึ่งพบ 10-20% (จากความรู้นี้ควรตรวจสอบความถูกต้องของการคัดกรองในระดับพื้นที่ที่มีความบกพร่องหรือไม่ จึงทำให้อัตราการพบผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงเพียง 7.5%)
- ผู้ที่ได้ผลบวกจากการคัดกรองไม่ได้รับการประเมิน 9Q และตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์ถึง 50 ราย (ควรต้องตรวจสอบสาเหตุและต้องติดตาม และจากข้อสรุปนี้ควรมีการติดตามผู้ที่ได้รับการประเมินด้วย 9Q จำนวน 50 รายดังกล่าว)
- ผู้ที่ $9Q \geq 7$ ทุกรายได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และผู้ป่วยที่มีอาการปานกลางและรุนแรง ได้รับการรักษาตามแนวทางที่กำหนดไว้ทุกราย

7.3 ข้อมูลในระบบดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ในการดำเนินงานตามระบบดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ข้อมูลจะเกิดขึ้นในทุกขั้นตอนของการปฏิบัติกิจกรรม หากมีการบันทึกที่ดี จะได้ข้อมูลครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา โดยมีข้อมูลในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ต้องบันทึก ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เลขที่บัตรประชาชน
2. วัน เดือน ปีเกิด
3. ที่อยู่
4. ข้อมูลสิทธิการรักษาพยาบาล
5. ข้อมูลโรคทางกาย ได้แก่ มะเร็ง เบาหวาน โรคหัวใจ หลอดเลือดสมองและไตวายเรื้อรัง

6. ข้อมูลกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ได้แก่ ผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ไตวาย มะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด CVA ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยตั้งครรถ์หรือหลังคลอด ผู้ที่มีปัญหาสารเสพติดกลุ่มที่มาด้วยอาการซึมเศร้าชัดเจน ผู้ป่วยที่มีอาการทางกายเรื้อรังหลายอาการที่หาสาเหตุไม่ได้ และกลุ่มที่มีการสูญเสีย (คนที่รักหรือสินทรัพย์จำนวนมาก)

การคัดกรองโรคซึมเศร้า

1. จำนวนของผู้ที่ได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้าทั้งหมด
2. จำนวนของผู้ที่ผลการคัดกรองปกติ (2Q-ve)
3. จำนวนของผู้ที่มีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (2Q+ve)

การประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q

1. จำนวนของผู้ที่ได้รับการประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q ทั้งหมด
2. จำนวนของผู้ที่ไม่มีอาการหรือมีอาการระดับน้อยมาก ($9Q < 7$)
3. จำนวนของผู้ที่มีอาการระดับน้อย ($9Q = 7-12$)
4. จำนวนของผู้ที่มีอาการระดับปานกลาง ($9Q = 13-18$)
5. จำนวนของผู้ที่มีอาการระดับรุนแรง ($9Q \geq 19$)

การประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8Q

1. จำนวนของผู้ที่ได้รับการประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8Q ทั้งหมด
2. จำนวนของผู้ที่ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ($8Q = 0$)
3. จำนวนของผู้ที่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับน้อย ($8Q = 1-8$)
4. จำนวนของผู้ที่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับปานกลาง ($8Q = 9-16$)
5. จำนวนของผู้ที่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับรุนแรง ($8Q \geq 17$)

การวินิจฉัยโรคของแพทย์

1. จำนวนของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าจากแพทย์ทั้งหมด
2. จำนวนผู้ป่วย F32 : Depressive episode
3. จำนวนผู้ป่วย F33 : Recurrent depressive disorder
4. จำนวนผู้ป่วย F34. 1 : Dysthymia
5. จำนวนผู้ป่วย F38 : Other single mood (affective) disorders
6. จำนวนผู้ป่วย F39 : Unspecified mood (affective) disorder

การรักษา ดูแลช่วยเหลือ และเฝ้าระวัง

1. จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วได้รับการปรึกษาช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ
2. จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วได้รับยาต้านมะเร็ง
3. จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วได้รับการปรึกษาช่วยเหลือทางสังคมจิตใจและได้รับยาต้านมะเร็ง
4. จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วไม่ได้รับการปรึกษาช่วยเหลือ
5. จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ขาดนัดไม่ได้รับการติดตามประเมินเฝ้าระวังการกลับซ้ำ
6. จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งที่กลับเป็นซ้ำ
7. จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย
8. การให้สุขภาพจิตศึกษาปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม
9. จำนวนผู้ที่ได้รับการติดตามระหว่างรักษาด้วย 9Q, 8Q
10. จำนวนผู้ที่ได้รับการส่งต่อเพื่อเฝ้าระวังการกลับซ้ำ (กรณีที่ยายุติ) หรือไปรับการรักษาที่ รพ.จิตเวช (ไม่หายหรือเป็นรุนแรง)
11. จำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อเมื่อกลับเป็นซ้ำ

สถานะและระยะการดูแลแบ่งออกเป็น 10 ระยะ คือ

1. **Acute phase** : ระยะที่อยู่ในระหว่างรักษาคะแนน 9Q ยัง ≥ 7
2. **Maintenance** : ระยะที่มีอาการทุเลา โดยคะแนน 9Q < 7 แล้ว แต่ยังคงให้การรักษา เพื่อให้ 9Q < 7 ครบ 6 เดือน
3. **Taper off** : กำลังลดยาลงเพื่อหยุดยา หลังจากคะแนน 9Q < 7 ครบ 6 เดือนแล้ว
4. **Follow up** : ติดตามการกลับเป็นซ้ำ หลังหยุดยาแล้ว
5. **Loss** : ผู้ป่วยขาดการรักษาไม่มาตามนัดเกิน 1 เดือน
6. **Relapse** : ผู้ป่วยมีอาการกลับซ้ำขณะ Follow up โดยคะแนน 9Q ≥ 7 ร่วมกับแพทย์วินิจฉัยเป็น MDE
7. **Off case** : จำหน่ายจากระบบดูแลเฝ้าระวัง หลังติดตามประเมินด้วย 9Q ครบ 1 ปี ไม่พบการกลับซ้ำ
8. **Surveillance** : ติดตามเฝ้าระวังผู้ที่ 9Q ≥ 7 แต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือแพทย์ยังไม่วินิจฉัยเป็นโรคมะเร็ง
9. **Suicide dead** : เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย
10. **Dead** : เสียชีวิตจากสาเหตุอื่นๆ ที่ไม่ใช่การฆ่าตัวตาย

7.4 รูปแบบการบันทึกข้อมูลในระบบดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวล

การบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวลมีโครงสร้างข้อมูลเดียวกัน มี 2 รูปแบบ คือ

1. การบันทึกโปรแกรม Depression Offline เป็นการบันทึกข้อมูลหลังจากได้ดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวล ที่ผู้ให้บริการไม่สามารถบันทึกข้อมูลได้ในขณะนั้น หรือไม่สะดวกบันทึกแบบ Online ในขณะให้บริการ หรือไม่สามารถบันทึกโปรแกรม Online เพราะไม่มี internet หรือต้องการบันทึกลงในเอกสาร เป็นต้น โครงสร้างของโปรแกรม Depression Offline (แบบบันทึกในภาคผนวก)

โปรแกรม Depression Offline (Version)

2. โปรแกรม Depression Online/Real time เป็นการบันทึกและรายงานผลการดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวลในขณะให้บริการ หรือนำข้อมูลที่บันทึกในเอกสารมาบันทึกในโปรแกรมที่ทำงานบน Internet โดยเข้าไปใน Web site : thaidepression.com

โปรแกรม Depression Online (Version)

7.5 การรายงานและแสดงผลของระบบสารสนเทศการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

จะแสดงผลตามกิจกรรมของการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง และตัวชี้วัด เช่น

- รายงานผู้ป่วยมะเร็งแยกตามพื้นที่และหน่วยงาน
- รายงานผู้ป่วยมะเร็งจำแนกตามระดับคะแนนประเมิน 9Q
- รายงานผู้ป่วยมะเร็งจำแนกตามระดับคะแนนประเมิน 8Q

- รายงานผู้ป่วยซึมเศร้าจำแนกตามกลุ่มอายุ

7.6 การประเมินประสิทธิผลของระบบดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ประเมินประสิทธิผลของระบบดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังจากที้นำระบบดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไปดำเนินการในพื้นที่แล้วควรวางแผนประเมินประสิทธิผลระบบดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้น สามารถกำหนดตัวชี้วัดผลสำเร็จ (KPI) ในทุกระดับทั้งการวัดกระบวนการ (Process) ผลลัพธ์ (Outcome) และผลกระทบ (Impact) สำหรับตัวอย่าง KPI และสูตรคำนวณสามารถดูได้จากหัวข้อ 7.6.1-3 โดยคณะทำงานในพื้นที่สามารถเลือกใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง

นอกจากจะประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานด้วยตัวชี้วัดผลสำเร็จแล้ว ควรพิจารณาเรื่องความครอบคลุม (Coverage) ในการทำงาน ความทันเวลา (Timeliness) และการปฏิบัติงานตามแนวทางที่กำหนดไว้ (Compliance) จะทำให้การประเมินประสิทธิผลมีความสมบูรณ์ และที่สำคัญคือ การนำเอาผลจากการประเมินไปปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น เพราะตัวชี้วัดต่อไปนี้จะช่วยให้เห็นจุดบกพร่องของการดำเนินงานและสามารถนำไปพัฒนาระบบการดำเนินงานต่อไป

7.6.1 การประเมินประสิทธิผลที่กระบวนการ (Process)

Process	KPI	ตัวตั้ง (Numerator)	ตัวหาร (Denominator)	ค่าที่ควรจะเป็น
การดูแลรักษา	อัตราของความครอบคลุมการค้นหาผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยง	จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรอง	ประมาณการกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด	ยิ่งมากยิ่งดี จนถึง 100%
	อัตราผู้มีแนวโน้มจะป่วยได้รับการประเมินด้วย 9Q	จำนวนผู้ที่คัดกรองผลมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้รับการประเมินด้วย 9Q	จำนวนผู้ที่คัดกรองแล้วผลมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้าทั้งหมด	ยิ่งมากยิ่งดี จนถึง 100%
	อัตราการได้รับวินิจฉัยจากแพทย์สำหรับราย 9Q≥7 คะแนน	จำนวนผู้ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์	จำนวนผู้ที่ 9Q≥7 คะแนนทั้งหมด	ยิ่งมากยิ่งดี จนถึง 100%

Process	KPI	ตัวตั้ง (Numerator)	ตัวหาร (Denominator)	ค่าที่ควรจะเป็น
	อัตราการได้รับ การประเมิน การฆ่าตัวตาย	จำนวนผู้ป่วย โรคซึมเศร้าที่ได้รับ การประเมินด้วย 8Q	จำนวนผู้ที่ 9Q \geq 7 คะแนนทั้งหมด	ยิ่งมากยิ่งดี จนถึง 100%
การติดตาม ผู้ป่วย การกลับซ้ำ ของโรคซึมเศร้า	อัตราการเฝ้าระวัง การกลับซ้ำ	จำนวนผู้ป่วยที่หาย ทุเลาแล้ว (9Q<7 คะแนน ติดต่อกัน 6 เดือน) ได้รับติดตาม ประเมินด้วย 9Q	จำนวนผู้ป่วย ที่หายทุเลาแล้วทั้งหมด	ยิ่งมากยิ่งดี จนถึง 100%
การติดตาม ผู้ป่วย การฆ่าตัวตาย	อัตราการเฝ้าระวัง การฆ่าตัวตาย	จำนวนผู้ป่วยที่มีแนวโน้ม ฆ่าตัวตาย (8Q>0 คะแนน ได้รับติดตาม ประเมินซ้ำด้วย 8Q)	จำนวนผู้ป่วยที่ 8Q>0 คะแนนทั้งหมด	ยิ่งมากยิ่งดี จนถึง 100%

7.6.2 การประเมินประสิทธิผลที่ผลลัพธ์ (Outcome)

Outcome	KPI	ตัวตั้ง (Numerator)	ตัวหาร (Denominator)	ค่าที่ควรจะเป็น
การเข้าถึง บริการ	อัตราการเข้าถึงบริการ เพิ่มจากปีที่ผ่านมา	จำนวนผู้ป่วย โรคซึมเศร้าที่ได้รับ การวินิจฉัยดูแลรักษา ปีปัจจุบัน-ปีที่ผ่านมา	จำนวนผู้ป่วย โรคซึมเศร้าที่ได้รับ การวินิจฉัยดูแลรักษา ปีที่ผ่านมา	ยิ่งมากยิ่งดี อย่างน้อย ควร >5%
	อัตราการเข้าถึงบริการ	จำนวนผู้ป่วย โรคซึมเศร้าที่ได้รับ การวินิจฉัยดูแลรักษา	จำนวนผู้ป่วย โรคซึมเศร้าทั้งหมด ในพื้นที่ (มักจะเป็น ค่าประมาณการ)	ยิ่งมากยิ่งดี จนถึง 100%
ประสิทธิผล ของการดูแล รักษา	อัตราการหายทุเลา ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ 9Q<7 คะแนน ติดต่อกันนาน 6 เดือน	จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทั้งหมดที่ได้รับการดูแล รักษา	ยิ่งมากยิ่งดี จนถึง 100%
ประสิทธิผล ของการติดตาม การกลับซ้ำ	อัตราการกลับซ้ำ ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	จำนวนผู้ป่วยที่หาย ทุเลา แล้วกลับมี คะแนน 9Q \geq 7 และ แพทย์วินิจฉัย Major depressive episode	จำนวนผู้ป่วย โรคซึมเศร้าที่หายทุเลา ทั้งหมด	ยิ่งน้อยยิ่งดี หรือ 0%

7.6.3 การประเมินประสิทธิผลที่ผลลัพธ์ (Impact)

Impact	KPI	ตัวตั้ง (Numerator)	ตัวหาร (Denominator)	ค่าที่ควรจะเป็น
ลดผลแทรกซ้อน	อัตราการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ฆ่าตัวตาย	จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมดที่แพทย์วินิจฉัย	ยิ่งน้อยยิ่งดี หรือ 0%
ลดอุบัติการณ์ของโรค	Incidence rate	จำนวนผู้ป่วยรายใหม่	จำนวนประชากรในพื้นที่	ยิ่งน้อยยิ่งดี
ลดความชุกของโรค	Prevalence rate	จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมด	จำนวนประชากรในพื้นที่	ยิ่งน้อยยิ่งดี

7.7 คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับ

- ได้ระบบสารสนเทศการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าของคนไทยทั้งประเทศ ที่เป็นนวัตกรรมการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าที่ประกอบด้วย ระบบข้อมูล สารสนเทศ และองค์ความรู้ เทคโนโลยีและเครื่องมือ เช่น เครื่องมือและเทคโนโลยีการค้นหา การประเมินวินิจฉัยโรค การติดตามดูแลเฝ้าระวัง ที่มีตั้งแต่การค้นหาผู้มีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้าด้วยการคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) การส่งเสริมสุขภาพจิต การประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) การประเมินฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) แนวทางการจัดการตามระดับความรุนแรง การให้สุขภาพจิตศึกษา การให้คำปรึกษา การดูแลช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ การวินิจฉัยโรค บำบัดรักษาด้วยยา การส่งต่อ และการติดตามเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อป้องกันการกลับซ้ำที่สามารถดำเนินการได้ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ หรือแม้แต่สถานบริการสุขภาพของเอกชน

- ได้ระบบสารสนเทศการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าที่เชื่อมโยงเข้ากับระบบฐานข้อมูลของพื้นที่ที่ดำเนินการทุกพื้นที่ทั้งโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย และสถานบริการสุขภาพทั่วประเทศไทย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งระดับปฏิบัติและระดับบริหารสามารถนำข้อมูลสารสนเทศนี้ไปใช้ประโยชน์ได้ ซึ่งที่ผ่านมาได้นำไปใช้ในการประกอบการกำหนดนโยบาย การพิจารณางบประมาณของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ และการกำหนดเป็นตัวชี้วัดการดำเนินงานของสำนักผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น

- เป็นระบบสารสนเทศที่เป็นตัวช่วยสนับสนุนการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในคนไทยดังนี้
 - ก. ประกอบการพิจารณาให้การเสริมสร้างสุขภาพประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้รับการส่งเสริมเพื่อป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้า และดูแลช่วยเหลือได้รวดเร็วขึ้น
 - ข. ข้อมูลในการติดตามคนไทยที่มีภาวะซึมเศร้ายกระดับน้อย ให้ได้รับการประเมินด้วยเครื่องมือที่สอดคล้องกับปัญหา อาการ พฤติกรรมโรคซึมเศร้าที่เหมาะสม
 - ค. ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อยู่ในชุมชน หรือที่ยังไม่ได้รับการประเมินวินิจฉัยโรคสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและได้รับการดูแลช่วยเหลือตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า

- ง. ในรายผู้ที่มีอาการโรควิตกกังวลจะถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไปและถูกส่งต่อไปรับการรักษาถ้าพบว่า มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูง จะได้รับการติดตามทางระบบสารสนเทศนี้ได้
- จ. เป็นข้อมูลในการดูแลช่วยเหลือและเฝ้าระวังโรควิตกกังวลให้ครบ 1 ปี และเฝ้าระวังการกลับซ้ำนาน 2 ปี
 - เป็นระบบที่เกิดจากความร่วมมือของแพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข อสม. แกนนำ องค์กรเอกชนทั้งประเทศที่ได้เป็นเจ้าของ หรือมีส่วนร่วมในการพัฒนาและบันทึกข้อมูลการค้นหาผู้ป่วย การป้องกัน บำบัดรักษา ดูแลช่วยเหลือ เฝ้าระวัง และป้องกันการกลับซ้ำอย่างต่อเนื่องถึงครอบครัวในชุมชน

ผู้สนใจสามารถค้นหาข้อมูลและสารสนเทศเพิ่มเติม ได้ที่

www.thaidepression.com,

หรือติดต่อเราที่ E-mail : info@thaidepression.com

ກາດພູນວກ

ก

ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่เกิดจากหลายปัจจัย อาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อความคิด ความรู้สึก การปฏิบัติหน้าที่การทำงานและชีวิตประจำวัน

1. อาการซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า

อารมณ์เศร้า เป็นอารมณ์ด้านลบซึ่งทางจิตวิทยาถือว่าเป็นสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวกับบุคคลทั่วไปทุกเพศทุกวัยเมื่อเผชิญกับการสูญเสีย การถูกปฏิเสธ การพลาดในสิ่งที่หวังมักเกิดขึ้นร่วมกับความรู้สึกสูญเสีย ผิดหวัง หรือความรู้สึกอึดอัดทรมาน คำที่ใช้บรรยายอารมณ์ลักษณะนี้แตกต่างกันไปตามท้องถิ่นและวัฒนธรรมเช่น ในภาษาอังกฤษจะใช้คำว่า Sad, Blue, Upset, Disappointment, Downness, Despair สำหรับคนไทยมีการวิจัยเชิงคุณภาพในเรื่องนี้มากที่ภาคอีสาน โดยคณะวิจัยจากมหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า ในท้องถิ่นอีสานคำว่า “ซึมเศร้า” หรือ “อารมณ์เศร้า” เป็นคำที่ไม่คุ้นเคย โดยทั่วไปจะสื่อว่า “เบื่อ จิตใจท้อ ใจถอย เซ็ง จิตใจไม่สว่างขึ้น โดยมีอาการแสดง นั่งซึม คิดลึ้ม บ่นใจฟูโต” เป็นข้อสังเกตของผู้มีอาการซึมเศร้าของคนอีสาน (ศิริพร จิรวัดนกุล และคณะ, 2549) สำหรับท้องถิ่นอื่นยังไม่มีการศึกษาในประเด็นนี้

หลายคนมีความรู้สึกเศร้าหมองหรือทุกข์ใจเมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้ผิดหวัง เช่น สูญเสียเพื่อน ตกงาน สูญเสียคนที่รัก ซึ่งความรู้สึกเศร้าเป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน ความรู้สึกเศร้านี้มักจะหายไปอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะเมื่อเราได้รับสิ่งอื่นที่ดีๆ เข้ามาในชีวิตเรา แต่มีบางคนที่อารมณ์หรือความรู้สึกเศร้านี้ยังคงเป็นอยู่นาน แม้จะไม่มีเหตุผลให้ต้องเศร้านานขนาดนั้น เพื่อนๆ หรือคนในครอบครัวพยายามช่วยเหลือหรือแม้มีสิ่งดีๆ เกิดขึ้นแต่ก็ไม่สามารถช่วยให้หลุดพ้นจากความเศร้ามาเบิกบานสนุกสนานเหมือนเดิมได้ คนเหล่านี้ในระยะแรกอาจจะรู้สึกเศร้า เหงา หงอย เซ็ง และรู้สึกชีวิตที่ผ่านไปแต่ละวันมีแต่ความน่าเบื่อไม่มีความสุข หากอาการแย่งลงจะสูญเสียแรงจูงใจหรือไม่มีกำลังใจที่จะทำสิ่งต่างๆ จนไม่อยากทำอะไร ไม่อยากพูดคุยกับใคร บางครั้งอาจถึงกับไม่อยากลุกขึ้นมาล้างหน้าแปรงฟันแต่งตัวในตอนเช้า ความรู้สึกและอาการทั้งหมดที่กล่าวมานี้เรียกว่า “อาการซึมเศร้า” ซึ่งจะมีข้อสังเกตที่แยกจากความรู้สึกเศร้าธรรมดา คือ จะรุนแรงกว่า เป็นอยู่นานกว่าและทำให้สูญเสียหน้าที่การทำงานชีวิตประจำวันมากกว่า ถ้าหากอาการซึมเศร้าเป็นต่อเนื่องและมีอาการอื่นร่วมด้วย จะเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยเป็น “โรคซึมเศร้า”

2. ลักษณะของโรคซึมเศร้า

คำว่า “โรคซึมเศร้า” ในประเทศไทยมักจะหมายถึง Depressive disorders ซึ่งจะต้องอาศัยเกณฑ์มาตรฐานในการวินิจฉัย ในปัจจุบันจะใช้ 2 เกณฑ์หรือ 2 ระบบในการวินิจฉัย คือ ICD (International Classification of Diseases and health-related problems) ซึ่งพัฒนาโดย องค์การอนามัยโลก และ DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders) พัฒนาขึ้นโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association 2000) เกณฑ์การวินิจฉัยทั้งสองระบบในปัจจุบันพัฒนาใกล้เคียงกันมาก

โรคซึมเศร้าที่จิตแพทย์และแพทย์ทั้งหลายให้การวินิจฉัยผู้ป่วยจะมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. มีอารมณ์เศร้า ซึ่งอารมณ์เศร้านี้จะมีอยู่เกือบตลอดเวลาทั้งวันและเป็นทุกวัน บางวันอาจเป็นมาก บางวันอาจเป็นน้อย
2. ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำแทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก
3. เบื่ออาหารจนน้ำหนักลดลงหรือบางรายอาจมีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น กินมากจนน้ำหนักเพิ่ม (เช่น 2-3 กก. ต่อเดือน)
4. นอนไม่หลับ หรือหลับมากแทบทุกวัน ส่วนใหญ่จะนอนไม่หลับ กระสับกระส่าย หลับตึกแต่จะตื่นเช้า 1-2 ชั่วโมงก่อนเวลาปกติที่เคยตื่นและไม่สดชื่น
5. ทำอะไรช้า พูดช้า เดินเหิน เคลื่อนไหวช้าลง แต่มีบางรายก็มีหงุดหงิด กระสับกระส่าย ทำอะไรเหมือนรีบเร่ง
6. อ่อนเพลียหรือไร้เรี่ยวแรง ทั้งวันและแทบทุกวัน
7. รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิดมากเกินไป (หลายรายที่มองตน มองโลก มองอนาคตในด้านลบไปหมด เช่น ตนไม่หล่อไม่สวยไม่เก่งไม่ดี โลกสังคมก็แย่เสื่อมโทรมทุกอย่างแก้ไขไม่ได้แล้ว อนาคตต้องยิ่งทุกข์ยากลำบาก มีดมน)
8. สมาธิหรือความคิดอ่านช้าลดลง
9. คิดอยากตายไม่อย่างมีชีวิตอยู่ คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อยๆ หรือบางรายพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผนฆ่าตัวตาย

ในบางรายที่อาการรุนแรงมากจะมีอาการประสาทหลอน เป็นหูแว่วได้ยินเสียงคนพูดตำหนิติเตียนหรือหลงผิดว่า ทุกคนรอบข้างมองตนเองไม่ดีเกลียดทำให้ตนล้มเหลว

ถ้ามีอาการดังข้างต้น อย่างน้อย 5 อาการ อยู่ยาวนานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป และมีอารมณ์เศร้า (ข้อ 1) หรือเบื่อหน่าย ไม่มีความสุข (ข้อ 2) ก็จะเรียกได้ว่าป่วยเป็น “โรคซึมเศร้า” แล้ว และต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องต่อไป

3. สาเหตุของโรคซึมเศร้าและอาการซึมเศร้า

■ ความผิดปกติของสารสื่อประสาท

ในปัจจุบันอยู่ในระหว่างการศึกษาวิจัย ยังไม่ทราบแน่ชัดว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากอะไรแน่ แต่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองบริเวณส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์และการแสดงออกของอารมณ์ ซึ่งสารสื่อประสาทดังกล่าวจะเสียความสมดุล ทำให้การทำงานของสมองผิดปกติไป และยาด้านเศร้าส่วนใหญ่จะออกฤทธิ์ต่อสารสื่อประสาทเหล่านี้มีผลทำให้ระดับของสารสื่อประสาทในสมองเกิดความสมดุลสามารถลดอาการซึมเศร้าได้ดี

■ พันธุกรรม

พันธุกรรมก็เป็นปัจจัยหนึ่งในการเกิดโรคซึมเศร้าเพราะพบว่า ในครอบครัวที่เป็นโรคซึมเศร้าคนอื่นๆ ในครอบครัวมีโอกาสป่วยได้มากกว่าคนทั่วไป 2.8 เท่า แต่อย่างไรก็ตามการถ่ายทอดทางพันธุกรรมมีประมาณ 31-42% ดังนั้น ถึงแม้มีพ่อแม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าลูกก็ไม่ได้เป็นกันทุกคน ยังคงมีสาเหตุและปัจจัยอื่นร่วมทำให้เกิดอาการของโรคนี้ขึ้น

■ เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด

เหตุการณ์ที่ก่อความเครียดในชีวิตก็เป็นสาเหตุสำคัญกระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้าครั้งแรก (First onset) และยังเป็นตัวกระตุ้นการกลับเป็นซ้ำ (Relapse) เหตุการณ์ที่ก่อความเครียดดังกล่าวได้แก่ การประสบปัญหาการเงิน ตกงาน ถูกให้ออกจากงาน คลอดบุตร หย่าร้าง การสูญเสียของรักหรือคนที่รัก ชัดแย้งหรือทะเลาะเบาะแว้งกับคนอื่น ฯลฯ ซึ่งในคนที่มีแนวโน้มจะป่วยอยู่แล้วเมื่อประสบเหตุการณ์เหล่านี้ ก็อาจเกิดอาการซึมเศร้าได้ทันที แต่ก็มีบางรายอาการซึมเศร้าจะเกิดขึ้นหลังจากนั้น 2-3 เดือน

■ บุคลิกภาพส่วนตัว

ลักษณะบุคลิกภาพส่วนตัวบางอย่างก็เป็นปัจจัยที่ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า เช่น เป็นคนมองโลกในแง่ร้ายอยู่เสมอ สนใจแต่ในด้านไม่ดีหรือด้านลบของสิ่งต่างๆ มากกว่าด้านบวก เมื่อประสบปัญหาที่ใช้วิธีหลีกเลี่ยงหรือหนีปัญหา เป็นคนเก็บกดอารมณ์ไม่แสดงออกแม้ในสถานการณ์ที่ควร บุคคลที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบนี้มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอาการซึมเศร้าหรือเป็นโรคซึมเศร้า

■ โรคทางกายและยา

สาเหตุอื่นนอกจากที่กล่าวมาแล้ว ยังมีโรคทางกายหลายโรคและยาบางชนิดสามารถทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ เช่น โรคไข้หวัดใหญ่ ตับอักเสบ โรคไทรอยด์ โรคเลือดจาง โรคเบาหวาน ยาคุมกำเนิดบางชนิด การดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์ ยาโรคหัวใจและยาลดความดันโลหิตบางประเภท เป็นต้น

ถึงแม้ว่าในขณะนี้ยังไม่สรุปชัดเจนว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากสาเหตุใด แต่ก็พอบอกได้ว่า โรคซึมเศร้าเป็นโรคของสารในสมองผิดปกติและพันธุกรรม โดยมีผลกระทบจากบุคลิกภาพและความเครียดในชีวิตจึงทำให้เกิดอาการป่วยขึ้น

4. คนไทยเป็นโรคซึมเศร้ากันมากเท่าไร

จากการสำรวจพบคนไทยร้อยละ 2.7 ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า และประมาณการว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ประมาณการจำนวน 1,311,797 คน ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าประเภทรุนแรง (Major Depressive Disorder) เป็นครั้งๆ และอีกประมาณ 181,809 คน เป็นโรคซึมเศร้าประเภทเรื้อรัง (Dysthymia)

5. การรักษาโรคซึมเศร้า

เนื่องจากอาการซึมเศร้าเกิดได้จากการมีปัญหาด้านจิตสังคมและเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง ดังนั้น *การรักษาโรคซึมเศร้าที่ดีที่สุดคือ การรักษาทางการแพทย์ร่วมกับการรักษาทางจิตใจ*

การรักษาทางการแพทย์ ประกอบด้วย การให้ยาต้านเศร้า การรักษาด้วยไฟฟ้า (ในรายที่มีอาการรุนแรง) การให้ยาต้านโรคจิต (กรณีมีประสาทหลอน หลงผิดร่วมด้วย) ส่วนการรักษาทางจิตใจได้แก่ จิตบำบัด การให้การปรึกษาแก้ไขปัญหาสังคมจิตใจ และการเรียนรู้ทักษะจัดการความเครียด

สำหรับอาการซึมเศร้าระดับน้อย การออกกำลังกาย 30-45 นาที (เป็นแบบแอโรบิกก็ยิ่งดี) อย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จะสามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ดี จากการวิจัยพบว่า การออกกำลังกายได้ผลดีพอๆ กับการใช้ยาถ้าออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นเวลานานพอ

ยาด้านเศร้า

ยาด้านเศร้านอกจากมีฤทธิ์ระงับอาการซึมเศร้าแล้ว ยังสามารถช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ด้วย โดยการที่ยาจะไปช่วยปรับความสมดุลของสารสื่อประสาทในสมองซึ่งในการออกฤทธิ์ต้องใช้เวลาพอสมควรกว่าที่จะทำให้อารมณ์เศร้าหายไปจนกลับมาเป็นปกติ โดยทั่วไปหลังรับประทานยาจะพบว่า 2-3 วันแรกจะทำให้หลับได้ดีขึ้น จิตใจสงบลง ลดความหงุดหงิด ลดความกระวนกระวายใจ บางคนอาจยังรู้สึกเพลีย ไม่มีแรง หลังจากนั้น 1-2 สัปดาห์อารมณ์ก็จะดีขึ้นจิตใจสดชื่นแจ่มใสขึ้น สำหรับบางคนอาจต้องใช้เวลาราว 8 สัปดาห์กว่ายาจะออกฤทธิ์เต็มที่ ดังนั้น ในการรักษาอาการซึมเศร้าไม่ควรคาดหวังเห็นผลในทันทีทันใด และหลังจากอาการซึมเศร้าหายดีแล้วก็ยังคงต้องรับประทานยาต่อไปอีกระยะหนึ่งเพื่อป้องกันการกลับซ้ำของโรค โดยทั่วไปจะต้องรับประทานยาต่อเนื่องอีกเป็นเวลาประมาณ 6 เดือนถึง 1 ปี แล้วแพทย์จึงจะลดยาลงเรื่อยๆ จนในที่สุดหยุดยาได้

ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยรู้สึกว่าการซึมเศร้าดีขึ้นแล้วก็ไม่ควรหยุดยาเอง เพราะจะทำให้อาการกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำ และการหยุดยาทันทีอาจจะทำให้เกิดอาการข้างเคียงได้ ดังนั้น จึงควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด

จิตบำบัด

จิตบำบัดเป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลดีสำหรับลดอาการซึมเศร้าวิธีหนึ่ง จิตบำบัดมีหลายรูปแบบ แล้วแต่ความเหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วย

■ จิตบำบัดแบบมุ่งเน้นการปรับความคิดความเข้าใจ

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าน่าจะมีความรู้สึกที่ว่า ชีวิตล้มเหลวสิ้นหวัง หากมีสิ่งไม่ดีเกิดขึ้นก็จะโทษตำหนิตนเอง แต่เมื่อมีสิ่งดีเกิดขึ้นกลับบอกกับตนเองว่า เพียงแต่โชคดีเท่านั้น หรือผู้ป่วยบางคนก็เชื่อเลยว่าสิ่งต่างๆ ในชีวิตไม่มีทางดีขึ้นอีกแล้ว จิตบำบัดแบบมุ่งเน้นการปรับความคิดความเข้าใจนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เห็นกระบวนการคิดทางลบของตนเองและผู้ป่วยจะสอนวิธีคิดในทางที่เป็นบวกและเกิดประโยชน์มากขึ้น อีกทั้งจะทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ว่าตนเองสามารถควบคุมสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต เรียนรู้ที่จะพ้นจากความล้มเหลวและได้คิดและเชื่อมั่นในสิ่งดีๆ ในชีวิต

■ จิตบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัด

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าน่าจะมีปัญหาในการสร้างแรงจูงใจเพื่อกระตุ้นตนเอง พบบ่อยว่า จะนั่งเฉยๆ ไม่ทำอะไรได้เป็นชั่วโมง คิดหมกมุ่นเกี่ยวกับปัญหาของตนจนพลาดโอกาสที่ดีๆ จิตบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัดจะช่วยค้นหาและปรับพฤติกรรมที่อาจจะเป็นสาเหตุให้อาการซึมเศร้าหายช้าหรือเป็นอยู่นาน พฤติกรรมที่อาจมีการปรับเปลี่ยนในกระบวนการบำบัด เช่น การวางแผนปฏิบัติกิจกรรมสำหรับตนเอง การแก้ไขปัญหา การวางแผนเป้าหมาย และการฝึกทักษะทางสังคม เป็นต้น

■ จิตบำบัดแบบมุ่งเน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

จิตบำบัดแบบนี้มีเป้าหมายที่ช่วยผู้ป่วยแก้ไขปัญหาคือความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เป็นเหตุให้อาการซึมเศร้าคงอยู่นานไม่หาย เช่น ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ปัญหาในคู่สมรส ปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนในที่ทำงาน

การบำบัดจะช่วยให้เกิดการปรับตัวที่ดีขึ้นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในชีวิต เช่น การเป็นพ่อแม่ หย่าร้าง หรือสูญเสียคนรัก

■ การให้การปรึกษา

เป็นกระบวนการช่วยเหลือทางจิตใจ มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยให้เรียนรู้เข้าใจปัญหาที่แท้จริงของตนเอง ผู้ให้การปรึกษาจะช่วยให้ผู้ป่วยได้หาแนวทางแก้ไขปัญหาเหล่านั้นอย่างเหมาะสม ขณะให้การปรึกษา ผู้ป่วยก็จะได้เรียนรู้เข้าใจตนเองมากขึ้น การให้การปรึกษานั้นไม่ได้ลดอาการซึมเศร้าโดยตรง แต่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลดปัญหาที่ก่อความทุกข์ใจ ซึ่งจะเป็นการช่วยลดอาการซึมเศร้าทางอ้อม

6. การป้องกันโรคซึมเศร้า

ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการใดที่เห็นผลชัดเจนว่า สามารถป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าได้ วิธีการที่ดีที่สุดขณะนี้คือ รู้ให้เร็วตั้งแต่เริ่มมีอาการแล้วเข้ารับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องทันที

สรุป

1. โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่สารเคมีในสมองเสียความสมดุลและความเครียดในชีวิตทำให้เป็นมากขึ้น
2. โรคซึมเศร้ามีอาการที่ส่งผลกระทบต่อความคิด ความรู้สึก การปฏิบัติหน้าที่การงานและชีวิตประจำวัน
3. ยาต้านเศร้าช่วยระงับอาการซึมเศร้าได้ดีแต่ต้องใช้เวลา และต้องทานยาอย่างต่อเนื่องให้นานพอเพื่อป้องกันการกลับซ้ำอีก

ท่านที่ต้องการความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าเพิ่มเติมมากกว่านี้สามารถศึกษาได้
 ในหนังสือ องค์ความรู้โรคซึมเศร้า : ผลการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ
 โดย นายแพทย์ธรณินทร์ กองสุข และคณะ

๒

หลักฐานทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง

หลักฐานทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง

การแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างได้ผลนั้นต้องอาศัยข้อมูลและหลักฐานทางวิชาการที่ถูกต้องนำเชื่อถือมาวางแผนหรือวางระบบในการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมของพื้นที่เป้าหมาย

1. ความชุกและความรุนแรง

■ โรคซึมเศร้าพบได้ทั่วไป จากการสำรวจทางระบาดวิทยาโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตของประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2551 พบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ป่วยเป็น Major depressive disorder 2.4% และ Dysthymia 0.3% พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย และพบมากที่สุด คือ กรุงเทพมหานคร รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ธรรณิทร์ กองสุข, 2551)

■ โรคซึมเศร้าถึงแม้ไม่ทำให้เสียชีวิตโดยตรง แต่การป่วยด้วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการปานกลางถึงรุนแรง ก่อให้เกิดความพิการได้เท่าๆ กับการป่วยด้วยโรคหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure) (Well, 1989) และจากการประมาณภาระโรคโดยวัดจากการสูญเสียปีสุขภาวะพบว่า โรคซึมเศร้าก่อให้เกิดความสูญเสียเป็นอันดับ 4 และคาดการณ์ว่า จะเลื่อนขึ้นเป็นอันดับ 2 ในปี ค.ศ. 2020 (Murrey, 1996)

■ แม้ว่าในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในเวชปฏิบัติทั่วไปจำนวนไม่น้อยที่มีโรคซึมเศร้าเกิดร่วมกับโรคทางกายและโรคจิตเวชอื่นๆ แต่ 50%-70% ของผู้ป่วยที่มีโรคซึมเศร้าเหล่านี้ไม่ได้รับการวินิจฉัยและไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง (Coyne, 1995 ; Schulberg, 1997)

2. การดำเนินโรคและการทำนายโรค

■ อายุที่เริ่มป่วยเป็นโรคซึมเศร้าอยู่ในช่วง 20-25 ปี (Median age of onset) (Andrade et al, 2003; Burke et al, 1991) จากการศึกษาลักษณะการดำเนินโรคของโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะการศึกษาธรรมชาติของโรคระยะยาว (Long-term naturalistic studies) ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา มีข้อมูลสนับสนุนชัดเจนว่าโรคซึมเศร้า เป็นความเจ็บป่วยที่เรื้อรังยาวนานตลอดชีวิต (Life long illness) (Keller, 1992 : Mulle, 1996 : Keller, 1998 : Brodaty, 2001) มีอาการเกิดขึ้นเป็นช่วงๆ เมื่อได้รับการรักษาอาการก็ทุเลา และสามารถกลับเป็นซ้ำได้อีกและประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีอาการอยู่ตลอดเวลาไม่ทุเลา (No remission) (Thornicroft, 1993) ในชั่วชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะเกิดอาการซึมเศร้าประมาณ 4 ครั้งโดยเฉลี่ย (Judd, 1997)

■ การเกิดอาการซึมเศร้าในครั้งแรก (First episode) นั้น มักจะเกิดหลังการประสบเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต (Kessler, 1997) และจะไม่เกิดรุนแรงทันทีทันใด โดยทั่วไปอาการซึมเศร้านั้นจะค่อยๆ เพิ่มความรุนแรง

■ Melatin et al. (2004) ได้ศึกษาธรรมชาติของโรคซึมเศร้า (Naturalistic cohort study) พบว่า ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการซึมเศร้าจนถึงมีอาการครบเกณฑ์วินิจฉัย Major depressive disorder คือ 1.5 เดือน (95%CI 1.3-1.7) ดังนั้นหากมีการค้นหาและรีบให้การดูแลทันทีตั้งแต่ต้นที่เริ่มมีภาวะซึมเศร้า ก็จะสามารถป้องกันการเกิดโรคและผลกระทบที่รุนแรงต่อมาได้

■ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีอาการเกิดขึ้นเป็นช่วงๆ แต่ช่วงที่มีอาการซึมเศร้าจะยาวนานแตกต่างกันไป จากการศึกษาของ Spijker et al. (2002) ซึ่งเป็น Cohort study ในผู้ป่วย Major Depressive Disorder รายใหม่จำนวน 273 ราย เป็นระยะเวลา 2 ปี และวิเคราะห์ระยะเวลาป่วยด้วย Survival-analysis ผลการศึกษาพบว่า “Median time of duration” คือ 3 เดือน (95%CI 2.2-3.8)

■ หลังจากมีอาการซึมเศร้าทุเลาหายไปแล้ว หากภายในระยะเวลา 6 เดือน มีอาการซึมเศร้าเกิดขึ้นอีกครั้ง จะเรียกว่า **การกลับซ้ำ (Relapse)** (Frank et al. 1991) ซึ่งจากการติดตามผู้ป่วย Major Depression ที่อาการทุเลาหายแล้วของ Keller (1983) พบว่า อัตราการกลับซ้ำมีร้อยละ 22

■ **การกลับเป็นใหม่ (Recurrent)** หมายถึง การเกิดอาการครั้งใหม่ ภายหลังจากอาการซึมเศร้าครั้งก่อนหายไปแล้วนานกว่า 6 เดือน จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมซึ่งเป็น Naturalistic follow-up study พบอัตราการเกิดเป็นใหม่ของโรคซึมเศร้า ตามระยะเวลาที่ติดตาม ดังนี้

ณ 1 ปี พบอัตราการเกิดเป็นใหม่ ร้อยละ 37 (Lin et al, 1998)

ณ 2 ปี พบอัตราการเกิดเป็นใหม่ ร้อยละ 25-40 (Keller and Boland, 1998)

3. การคัดกรองและการวินิจฉัย

■ จากผล Systematic review ของ The US task force พบหลักฐานที่แสดงให้เห็นชัดเจนว่าการคัดกรองโรคซึมเศร้าในสถานบริการระดับปฐมภูมิ ช่วยเพิ่มอัตราการค้นพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และยังเมื่อการคัดกรองนั้นเชื่อมโยงนำไปสู่การรักษาและการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องจะสามารถลดความเสี่ยงทั้งหลายของโรคซึมเศร้าได้ แต่ถ้าหากมีเพียงดำเนินการคัดกรองโดยไม่พัฒนาระบบการรักษาและการติดตามที่เชื่อมโยงกัน จะได้ประโยชน์น้อยมากในการแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้า (Pignone, 2002)

■ ในทางเวชปฏิบัตินั้น การคัดกรองโรคซึมเศร้าควรมีระบบรองรับที่มั่นใจว่า ผู้ที่ได้ผลบวกจากการคัดกรองจะได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง ได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ และการติดตามดูแลรักษาอย่างดี ประโยชน์จากการคัดกรองจะไม่เกิดเลยหากระบบดังกล่าวไม่ดีพอ (USPSTF, 2002)

■ เครื่องมือคัดกรองโรคซึมเศร้าที่สามารถใช้ในเวชปฏิบัติทั่วไปหรือสถานบริการปฐมภูมินั้นมีอยู่มากมาย การถามด้วย 2 คำถาม “Over the past 2 weeks, have you felt down, depressed, hopeless?” and “Over the past 2 weeks, have you felt little interest or pleasure in doing things?” มีประสิทธิภาพไม่แตกต่างจากแบบประเมินที่มีจำนวนข้อมากกว่า (USPSTF, 2002. ; Whooley, 1997)

■ **แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q)** ได้พัฒนาขึ้นภายใต้แนวคิดที่ว่า ภาษาและวัฒนธรรมท้องถิ่นที่เฉพาะจะมีอิทธิพลต่อการสื่อและแสดงออกของอาการซึมเศร้า ซึ่งพบว่า มีความไว (Sensitivity) อยู่ในเกณฑ์ดีเยี่ยม 97% และมีค่าความจำเพาะ (Specificity) 44% (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ, 2550) การใช้แบบคัดกรองนี้จะได้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ที่มีความเสี่ยง แต่จะมีผลบวกหลงอยู่จำนวนหนึ่ง จึงจำเป็นต้องประเมินอีกครั้งด้วยแบบประเมินที่มีความจำเพาะสูง ได้แก่ **แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)** ซึ่งมีความจำเพาะ 93% และการทำนายโรคผลเป็นบวก (Likelihood ratio positive) 11.4 (ธรรณิทธิ์, in-press)

แต่อย่างไรก็ตามในระบบดูแลรักษาโรคซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพนั้น ผู้ป่วยก็ควรได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ (USPSTF, 2002) ซึ่งการวินิจฉัยนั้นสามารถใช้ได้ทั้ง ICD10 หรือ DSM-IV

4. การช่วยเหลือตนเองเมื่อมีอาการซึมเศร้า

จากการทบทวนการศึกษาวินิจฉัยวิธีการรักษาภาวะซึมเศร้าที่ไม่ใช่วิธีการหลักของการแพทย์ปัจจุบัน และรวมถึงวิธีการช่วยเหลือตนเองเพื่อลดอาการซึมเศร้าที่ได้พึ่งพาแพทย์ (Jorm, 2002) พอสรุปได้ตามตาราง ดังนี้

วิธีการ	สมมุติฐานและคำอธิบาย	ข้อสรุปจากการทบทวนทางวิชาการ
การรักษาด้วยแสงสว่าง	แสงสว่างในฤดูหนาวของซีกโลกตะวันตกที่น้อยไปส่งผลต่อ Circadian rhythm ทำให้บางคนเกิดอาการซึมเศร้า การได้รับแสงสว่างที่จ้าในตอนเช้าจะช่วยปรับ Circadian rhythm ทำให้อาการซึมเศร้าทุเลา	สำหรับโรคซึมเศร้าตามฤดูกาล (Seasonal affective disorder) จากการทบทวนวิเคราะห์ (Meta-analysis) พบว่าการรักษาด้วยแสงสว่างได้ดี (Lee, 1999) แต่สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วไปที่ไม่ได้เป็นตามฤดูกาลยังมีข้อมูลทางวิชาการ จำกัด (Kripke, 1998)
การนอน	การนอนจะทำให้เกิดการเปลี่ยนการกระตุ้นกระแสประสาทจากสมองส่วนหน้าด้านขวา (ซึ่งเกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้า) ไปเป็นจากสมองส่วนหน้าด้านซ้ายหรือมีการกระตุ้นจากทั้งสองซีกเท่ากัน (ซึ่งเกี่ยวข้องกับอารมณ์ที่เป็นสุข) และการนอนจะเพิ่มการทำงานของเส้นประสาทเวกัสและกระตุ้นการแสดงออกทางสีหน้าซึ่งจะช่วยลดอารมณ์เศร้า (Field, 1996 and 1998)	การนอนส่งผลดีลดอาการซึมเศร้าได้ในช่วงระยะเวลาสั้นๆ แต่ผลในระยะยาวยังไม่สามารถประเมินผลได้
บำบัดด้วยอโรมา	ยังไม่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาอธิบายว่า น้ำมันหอม อโรมา ที่ใช้ในสปาทั้งหลายช่วยลดอาการซึมเศร้าอย่างไร	ปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานสนับสนุนประโยชน์ของการใช้อโรมาในโรคซึมเศร้ามีงานวิจัยชิ้นเดียว เป็นรายงานผู้ป่วยที่ไม่มีกลุ่มควบคุม (Komori, 1995) แต่ส่วนใหญ่ อโรมามักใช้ร่วมกับการนอนเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยอาจดีขึ้นจากการนอน

วิธีการ	สมมุติฐานและคำอธิบาย	ข้อสรุปจากการทบทวนทางวิชาการ
การออกกำลังกาย (Jogging, Running, Walking, Progressive resistance training, Bicycling)	จะเพิ่มการทำงานของสารสื่อประสาทที่ลด ความเครียดและอารมณ์เศร้าและการออก กำลังกายสม่ำเสมอจะกระตุ้นการหลั่งสาร เอนโดรฟินซึ่งเป็นสารสร้างสุขในการอธิบาย ทางจิตวิทยา การออกกำลังกายจะช่วยหยุด หรือเบี่ยงเบนความคิดทางจิตวิทยา การ ออกกำลังกายจะช่วยหยุดหรือเบี่ยงเบน ความคิดด้านลบของผู้ป่วยซึมเศร้าและ ถ้าออกกำลังกายเป็นกลุ่มก็จะได้สังคม เพื่อนฝูง	ยังมีปัญหาด้านคุณภาพในงานวิจัยที่ เกี่ยวข้องอยู่บ้าง แต่ผลการศึกษามากมาย ก็สนับสนุนว่า การออกกำลังกาย ช่วยลด อาการซึมเศร้าได้ และผลในการลดอาการ ซึมเศร้านั้นก็คงอยู่ได้นาน (Babyak, 2000 : Singh, 2001)
การหยุดดื่มสุรา	การดื่มสุราในปริมาณมากๆ จะส่งผลโดยตรง ให้เกิดอาการซึมเศร้าและการหยุดดื่ม ก็จะส่งผลดีทางอ้อมต่อโรคซึมเศร้า เช่น ลดรายจ่าย ลดปัญหาทะเลาะเบาะแว้ง ลดปัญหาสุขภาพ	ผลจากการวิจัยพบว่า การหยุดดื่มสุรา ทำให้อาการซึมเศร้ามลดลงอย่างชัดเจน ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาติดสุราหรือดื่มสุรา หนักร่วมด้วย (Davidson, 1995)
การงดดื่มกาแฟและ การลดน้ำตาลหรือ อาหารหวานจัด	<ul style="list-style-type: none"> • บางคนดื่มกาแฟแล้วเกิดอาการซึมเศร้า และกาแฟยังกระตุ้นให้เกิดอาการวิตกกังวล • บางรายมีอาการไวต่อน้ำตาลซูโครส ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า มีเหนื่อยง่าย หงุดหงิด ซึมเศร้า ปวดศีรษะ ง่วงนอน 	จากผลการทดลอง (Christensen, 1990) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่งดดื่มกาแฟและน้ำตาล อาการซึมเศร้าดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น การงดกาแฟและน้ำตาลอาจส่งผลดีต่อ อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยบางราย

5. การบำบัดรักษา

■ ยาต้านอารมณ์เศร้า ที่ใช้รักษาโรคซึมเศร้าทั้งหลาย ได้แก่ Tricyclic antidepressants (Amitriptyline, Nortriptyline) และ selective serotonin reuptake inhibitors (Fluoxetine, Fluvoxamine) พบชัดเจนว่ามีประสิทธิภาพมากกว่ายาหลอก ทั้งในการทดลองที่เลือกกลุ่มทดลองอย่างจำเพาะเจาะจงและการทดลองเปรียบเทียบในสถานบริการจริงทั่วไป (Schulberg, 1997 ; Murrow, 2000) และยาด้านเศร่ากลุ่มใหม่ๆ ก็ไม่ได้ผลดีแตกต่างจากยากลุ่มเก่า (Geddes, 2003)

■ จิตบำบัดหรือการช่วยเหลือทางสังคมจิตใจอื่นๆ มีประสิทธิภาพเช่นเดียวกับการรักษาด้วยยาด้านเศร่า แต่ต้องทุ่มเทเวลาในการรักษามากกว่า (Simone, 1995)

■ จากงานวิจัย สืบค้นอย่างเป็นระบบ (Systematic review) พบว่า การให้ยาด้านอารมณ์เศร่าต่อเนื่องให้นานพอ (2-3 ปี) หลังจากที่ยาอาการของโรคสงบลงแล้วจะช่วยลดความเสี่ยงสัมพัทธ์ (Relative risk) ของการกลับซ้ำถึง 2 ใน 3 และลด Absolute risk ของการกลับซ้ำได้ถึง 50% (Geddes & Carney, 2003)

ค

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

ข้อแนะนำ ถามด้วยภาษาที่สอดคล้องกับท้องถิ่นหรือเหมาะสมกับผู้ถูกสัมภาษณ์ ควรถามให้ได้คำตอบที่ละเอียด ถ้าไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายขยายความเพิ่มเติม และให้ผู้ประเมินกาเครื่องหมาย “✓” ในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้รับบริการ

คำถาม	ภาษากลาง	ภาษาอีสาน	ภาษาท้องถิ่นใต้	มี	ไม่มี
1	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้ สิ้นหวัง หรือไม่	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ เจ้ามืออาการมูนี้บ : อุกอ้ง หงอย เซ็ง หนทวย บ่เป็นตาอยู่ มีแต่อยากไฮ่	ตั้งแต่ 2 อาทิตย์ก่อน จนถึงวันนี้ (สรรพนาม) รู้สึกเศร้า ใจมันหดหู่ม่าย หรือเหม็ดหวัง มั่งม่าย		
2	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก เบื่อทำอะไร ก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ เจ้ามืออาการมูนี้บ : บ่สนใจหยั่ง บ่อยากเฮ็ดหยั่ง บ่่วนบ่ซิ่น	ตั้งแต่ 2 อาทิตย์ก่อน จนถึงวันนี้ (สรรพนาม) รู้สึกเบื่อ ไม่อยากทำไหร ทำไหรกะไม่หนุกมั่งม่าย		

การแปลผล และดำเนินการต่อไป

- ถ้าคำตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า **ปกติ** ไม่เป็นโรคซึมเศร้า
- ถ้าคำตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยง หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ให้แจ้งผลและแนะนำความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าแล้วให้ประเมินด้วย แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือต่อไป

ง

แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

ข้อแนะนำ ถามด้วยภาษาที่สอดคล้องกับท้องถิ่นหรือเหมาะสมกับผู้ถูกสัมภาษณ์ ควรถามให้ได้คำตอบทีละข้อ ถ้าไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายขยายความเพิ่มเติม พยายามให้ได้คำตอบทุกข้อ จากนั้นรวมคะแนนแล้วแปลผลตามตารางแปลผล ควรแจ้งผลตามแนวทางการแจ้งผลอย่างเหมาะสมพร้อมให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหรือการดูแลรักษาในขั้นตอนต่อไป

หมายเหตุ ให้เน้นการถามเพื่อค้นหาอาการที่มีใน **ระยะเวลา 2 สัปดาห์** ที่ผ่านมา

ลำดับคำถาม	ภาษากลาง ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมถึงมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ภาษาอีสาน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมถึงมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ภาษาท้องถิ่นที่ได้ผ่านมา ตั้งแต่ 2 อาทิตย์ก่อนจนถึงวันนี้ (สรรพนาม) มีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย (ไม่เคยมี/ไม่เคยเป็น)	เป็นบางวัน (1-7 วัน) (เป็นกลางเพื่อ)	เป็นบ่อย (>7 วัน) (เป็นดู)	เป็นทุกวัน (เป็นซึมเศร้า)
1	เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	บ่อยากเฮ็ดหยัง บ่สนใจเฮ็ดหยัง	เบื่อไม่ยอมทำอะไร	0	1	2	3
2	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	บ่มีความสุข ซึ้ง หงอย	ไม่สบายใจ เศร้า ท้อ	0	1	2	3
3	หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากเกินไป	นอนบ่หลับ หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือนอนบ่อยากลุก	นอนไม่ใคร่หลับ หลับไม่ตื่น หรือว่าหลับมากเกินไป	0	1	2	3
4	เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	เมื่อย บ่มีแรง	เหนื่อยง่าย หรือ เหน็ดแรง	0	1	2	3
5	เบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป	บ่อยากเช่า บ่อยากนำมา หรือ กินหลายทอด	เบื่อไม่ยอมกินไหน หรือ กินมากเกินไป/กินเหมือนจุกบอก	0	1	2	3
6	รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเอง ล้มเหลวหรือทำให้ตนเอง หรือครอบครัวผิดหวัง	คิดว่าเจ้าของบ่ดี	รู้สึกว่าตัวเองไม่ได้เรื่องทำอะไร ก้าวไม่เข้าทำทำไรก้าวไม่ดี ทำให้ตัวเองหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7	สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือ ทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	คิดหยังกะบ่ออก เฮ็ดหยังกะลืม	ใจไม่นิ่ง ใจไม่อยู่กับตัว ใจไม่ทันเช่นแลโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือว่าทำไรที่ต้องตั้งใจ	0	1	2	3
8	พูดซ้ำทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่น สังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้ เหมือนที่เคยเป็น	เว้ากะซ่า เฮ็ดหยังกะซ่า หรือ หนวอย บ่เป็นตาอยู่	เฉื่อย แหลงซ่า ทำไรซ้ำ หรือว่าอยู่นิ่ง ชุ่นหว่าเดิม	0	1	2	3
9	คิดทำร้ายตนเอง หรือ คิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	คิดอยากตาย บ่อยากอยู่	คิดทำร้ายตัวเอง หรือ ตายดีหว่า	0	1	2	3

คะแนนรวมทั้งหมด

คะแนนรวม	การแปลผล
<7	ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก
7-12	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย
13-18	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง
≥19	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

จ

แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

ข้อแนะนำ ถามด้วยภาษาที่สอดคล้องกับท้องถิ่นหรือเหมาะสมกับผู้ถูกสัมภาษณ์ ควรถามให้ได้คำตอบทีละข้อ ถ้าไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายขยายความเพิ่มเติม พยายามให้ได้คำตอบทุกข้อ จากนั้นรวมคะแนนแล้วแปลผลตามตารางแปลผล ควรแจ้งผลตามแนวทางการแจ้งผลอย่างเหมาะสมพร้อมให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหรือการดูแลรักษาในขั้นตอนต่อไป

ลำดับคำถาม	ระยะเวลา	ภาษากลาง	ภาษาอีสาน	ท้องถิ่นภาษาใต้	ไม่มี (บมี)	มี
1		คิดอยากตาย หรือ คิดว่าตายไปจะดีกว่า	คิดอยากตาย หรือ คิดว่าตายไปคือสิดีกว่าอยู่...บ	คิดอยากตาย หรือว่า คิดว่าตายไปเสียดีหว่า	0	1
2		อยากทำร้ายตัวเอง หรือทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	อยากทำร้ายตนเอง หรือเฮ็ดให้เจ้าของบาดเจ็บ...บ	อยากทำร้ายตัวเอง หรือว่าทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
3		คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	คิดเกี่ยวกับสิฆ่าโตตาย...บ	คิดฆ่าตัวตายมั่งม่าย	0	6
4	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่	(ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายให้ถามต่อ)...ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่ หรือบอกได้ไหมว่าคงจะไม่ทำตามความคิดนั้นในขณะนี้	(ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายให้ถามต่อ)...คุมเจ้าของบให้คิดได้บ หรือบอกได้ว่า สิบเฮ็ดตามความคิดสิฆ่าโตตายในตอนนี้	(ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายให้ถามต่อ)...(สรรพนาม) นึกว่า ยับยังความคิดนั้นได้ม่าย หรือบอกได้ม่ายว่าจะไม่ทำตามที่คิดแล้ว	ได้ 0	ไม่ได้ 8
4		มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	มีแผนการสิฆ่าโตตายบ	วางแผนจะฆ่าตัวตายมั่งม่าย	0	8
5		ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเอง หรือเตรียมการจะฆ่าตัวตาย โดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริงๆ	ได้เตรียมการสิเฮ็ดทำร้ายโตเจ้าของหรือเตรียมการสิฆ่าโตตาย โดยตั้งใจสิเฮ็ดเจ้าของตาย อีหลี	เตรียมจะทำร้ายตัวเอง หรือว่า เตรียมจะฆ่าตัวตายให้พันๆ	0	9
6		ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บ แต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต	เคยเฮ็ดเฮ็ดเจ้าของบาดเจ็บ แต่บได้ตั้งใจเฮ็ดเจ้าของตาย	เคยทำให้ตัวเองเจ็บแต่ไม่ตั้งใจจะให้ถึงตาย	0	4
7		ได้พยายามฆ่าตัวตาย โดยคาดหวัง/ตั้งใจที่จะให้ตาย	พยายามฆ่าโตตาย โดยหวังสิเฮ็ดเจ้าของตายอีหลี	พยายามจะฆ่าตัวตาย ให้หมั้นตายตามที่ตั้งใจข้ายม่าย	0	10
8	ตลอดชีวิตที่ผ่านมา	ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	เคยพยายามฆ่าโตตาย	(สรรพนาม) เคยพยายามฆ่าตัวตายมั่งม่าย	0	4

รวมคะแนน

คะแนนรวม	การแปลผล
0 คะแนน	ไม่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน
1-8 คะแนน	แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย
9-16 คะแนน	แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับปานกลาง
≥17 คะแนน	แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับรุนแรง

ข้อจำกัดในการใช้

ข้อคำถามที่ 1-7 ใช้ประเมินการฆ่าตัวตาย ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมาเท่านั้น

ข้อคำถามที่ 8 ใช้ประเมินการฆ่าตัวตาย ในตลอดชีวิตที่ผ่านมา

จ

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ICD-10

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าด้วย ICD-10

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้านั้นต้องอาศัยข้อมูลทั้งจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การตรวจร่างกาย การประเมินสภาพจิต และบางรายอาจต้องตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อแยกโรคทางกายที่ก่ออาการซึมเศร้า ในปัจจุบันเกณฑ์ที่ใช้สำหรับวินิจฉัยโรคซึมเศร้านั้นมี 2 ระบบ คือ ICD-10 ซึ่งพัฒนาโดย องค์การอนามัยโลก และ DSM-IV ซึ่งพัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน

ในระบบดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัดจะใช้เกณฑ์ของ ICD-10 เป็นหลัก โดยมีรายละเอียดของเกณฑ์วินิจฉัย ตามรหัสโรคมิตดังต่อไปนี้

F32 Depressive episode

ใน Typical depressive episode อาการหลัก (Most typical symptoms) ที่จะต้องมีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่ว่าจะอาการน้อย ปานกลาง หรือรุนแรง คือ

1. อารมณ์เศร้า
2. สูญเสียความสนุกสนานเพลิดเพลินและความสนใจ
3. เรี่ยวแรงถดถอย เหนื่อยเพลียง่ายขึ้นและมีกิจกรรมน้อยลง

และมีอาการอื่น (Other symptoms) ร่วม ดังนี้

1. สมาธิและความสนใจลดลง
2. ความมั่นใจและความภาคภูมิใจในตนเองลดลง
3. รู้สึกผิดและไร้ค่า (แม้ว่าจะซึมเศร้าระดับน้อย)
4. มองอนาคตในทางลบ
5. มีความคิดหรือการกระทำที่ทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตาย
6. การนอนผิดปกติ
7. ความอยากอาหารลดลง

อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีการเปลี่ยนแปลงบ้างเล็กน้อยในวันต่อวัน และมักจะไม่ตอบสนองกับสิ่งรอบข้าง ระยะเวลาที่เกิดอาการอย่างน้อย 2 สัปดาห์ แต่อาจสั้นกว่านี้ได้หากอาการรุนแรงและเกิดขึ้นกว่าปกติ ผู้ป่วยอาจมี Somatic symptoms ดังต่อไปนี้

1. สูญเสียความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมที่ปกติเคยสนุกสนาน
2. ขาดปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่อเหตุการณ์หรือสิ่งรอบข้างที่ปกติเคยทำให้เพลิดเพลินใจ
3. ตื่นเช้ากว่าปกติ 2 ชั่วโมงหรือมากกว่า
4. อารมณ์เศร้าจะมีมากในตอนเช้า
5. ผู้อื่นสังเกตเห็นว่ามีการเคลื่อนไหวที่เชื่องช้าลงหรือกระวนกระวายมากขึ้น
6. เบื่ออาหารอย่างมาก
7. น้ำหนักลด (ร้อยละ 5 ภายใน 1 เดือน)
8. ความต้องการทางเพศลดลงอย่างมาก

F32.0 Mild depressive episode

เกณฑ์การวินิจฉัย ผู้ป่วยต้องมีอาการหลัก (Most typical symptoms) อย่างน้อย 2 อาการ ร่วมกับมีอาการอื่น (Other symptoms) อย่างน้อย 2 อาการและไม่มีอาการใดที่รุนแรง ระยะเวลาที่เกิดอาการทั้งหมดไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์ และโดยปกติผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าระดับน้อยจะมีความทุกข์จากอาการและมีความลำบากในการดำเนินงานให้ต่อเนื่องทั้งในงานประจำและกิจกรรมสังคม แต่ก็ยังสามารถไม่หยุดจนหมดสิ้น

การลงรหัสให้ครบ 5 หลัก ควรพิจารณาว่ามี Somatic symptoms ร่วมด้วยหรือไม่ ดังนี้

F 32.00 Mild depressive episode without somatic symptoms

ผู้ป่วยครบเกณฑ์วินิจฉัย Mild depressive episode และมีอาการ Somatic symptoms น้อยกว่า 4 อาการ

F 32.01 Mild depressive episode with somatic symptoms

ผู้ป่วยครบเกณฑ์วินิจฉัย Mild depressive episode และมีอาการ Somatic symptoms ตั้งแต่ 4 อาการขึ้นไป (ถ้ามีสองหรือสามอาการแต่มีความรุนแรงมากกว่าปกติก็สามารถตัดสินเข้าเกณฑ์วินิจฉัยนี้ได้)

F32.1 Moderate depressive episode

เกณฑ์การวินิจฉัย ผู้ป่วยต้องมี 2 ใน 3 ของอาการหลัก (Most typical symptoms) ร่วมกับมีอาการอื่น (Other symptoms) อย่างน้อย 3 อาการ ในอาการทั้งหลายมีสองสามอาการที่มีระดับเห็นชัดเจนแต่ก็ไม่สำคัญนักโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีอาการหลากหลายแสดงให้เห็นโดยรวม ระยะเวลาที่เกิดอาการทั้งหมดไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์ และโดยปกติผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง จะมีความลำบากอย่างมากในการดำเนินงานให้ต่อเนื่องทั้งในงานสังคม งานประจำและงานบ้าน จะมีความลำบากอย่างมากในการดำเนินงานให้ต่อเนื่องทั้งในงานสังคม งานประจำและงานบ้าน

การลงรหัสให้ครบ 5 อาการหลัก ควรพิจารณาว่ามี somatic symptoms ร่วมด้วยหรือไม่ ดังนี้

F 32.10 Moderate depressive episode without somatic symptoms

ผู้ป่วยครบเกณฑ์วินิจฉัย Moderate depressive episode และมีอาการ Somatic symptoms น้อยกว่า 4 อาการ

F 32.11 Moderate depressive episode with somatic symptoms

ผู้ป่วยครบเกณฑ์วินิจฉัย Moderate depressive episode และมีอาการ Somatic symptoms ตั้งแต่ 4 อาการขึ้นไป (ถ้ามีสองหรือสามอาการแต่มีความรุนแรงมากกว่าปกติ ก็สามารถตัดสินเข้าเกณฑ์วินิจฉัยนี้ได้)

F32.2 Severe depressive episode without Psychotic symptoms

เกณฑ์การวินิจฉัย ผู้ป่วยมีครบ 3 อาการหลัก (Most typical symptoms) ร่วมกับมีอาการอื่น (Other symptoms) อย่างน้อย 4 อาการ บางอาการควรมีระดับรุนแรง แต่อย่างไรก็ตามถ้ามีอาการสำคัญเช่น กระวนกระวาย หรือการเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ ผู้ป่วยอาจจะไม่เต็มใจหรือไม่สามารถบรรยาย

อาการจำนวนมากในรายละเอียดได้ โดยภาพรวมอาการที่เกิดขึ้นรุนแรง ระยะเวลาที่เกิดอาการทั้งหมด ไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์ แต่ถ้าอาการเกิดขึ้นรวดเร็วและรุนแรง ก็อาจตัดสินให้การวินิจฉัยได้ไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์

ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงมักจะไม่สามารถดำเนินกิจกรรมให้ต่อเนื่องทั้งในงานสังคม งานประจำและงานบ้าน

F32.3 Severe depressive episode with Psychotic symptoms

ผู้ป่วยมีครบเกณฑ์วินิจฉัยของ Severe depressive episode without Psychotic symptoms (F32.2) และมีอาการหลงผิด (Delusion), ประสาทหลอน (Hallucination) หรือ Depressive stupor อาการหลงผิดมักจะเป็นเรื่องการทำบาป การทำผิดหลักศีลธรรม ความยากจนหรือภัยพิบัติ ความรับผิดชอบในสิ่งเหล่านี้ถูกสรุปโดยผู้ป่วยว่าตนเองเกี่ยวข้อง อาการหูแว่วของผู้ป่วยมักเป็นเสียงพูดใส่ร้ายป้ายสี กล่าวหา กลั่นแกล้ง และอาจมีอาการเคลื่อนไหวแข็งช้าลงจนแน่นิ่งไม่เคลื่อนไหว (Stupor) ซึ่งต้องแยกโรคจาก Organic stupor หรือ Catatonic schizophrenia

F32.8 Other depressive episode

Atypical depression

Single episode of masked depression NOS

F32.9 Depressive episode, unspecified

Depressive disorder NOS

F33 Recurrent Depressive disorder

ผู้ป่วยจะเกิด Depressive episode ซ้ำๆ (อาจเป็น Mild, Moderate, or Severe) โดยไม่มีประวัติของอาการแมเนียหรือ Hypomania โดยทั่วไปจะเกิดอาการแต่ละครั้งนานประมาณ 6-12 เดือน (Median duration about 6 months) ปกติเมื่อหายทุกเลาจะไม่มีอาการในระหว่าง Episode มีน้อยรายที่อาการซึมเศร้าคงอยู่ระหว่าง Episode ส่วนใหญ่พบในวัยสูงอายุ การเกิดอาการซึมเศร้าพบบ่อยว่าถูกกระตุ้นโดยเหตุการณ์ที่ก่อความเครียดในชีวิต

F33.0 Recurrent depressive disorder, current episode mild

ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าเกิดขึ้นหลายครั้ง และในครั้งนี้มีอาการระดับน้อย เหมือนใน F32.0 และไม่มีประวัติของแมเนีย

F33.1 Recurrent depressive disorder, current episode moderate

ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าเกิดขึ้นหลายครั้ง และในครั้งนี้มีอาการระดับปานกลาง เหมือนใน F32.1 และไม่มีประวัติของแมนี

F33.2 Recurrent depressive disorder, current episode severe without psychotic symptoms

ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าเกิดขึ้นหลายครั้ง และในครั้งนี้มีอาการระดับรุนแรงแต่ไม่มีอาการของโรคจิต เช่น หลงผิดหรือประสาทหลอน คล้ายเกณฑ์วินิจฉัย F32.2 และไม่มีประวัติของแมนี

F33.3 Recurrent depressive disorder, current episode severe with psychotic symptoms

ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าเกิดขึ้นหลายครั้ง และในครั้งนี้มีอาการระดับรุนแรงแต่มีอาการโรคจิต เช่น มีหลงผิด หรือประสาทหลอน คล้ายเกณฑ์วินิจฉัย F32.3 และไม่มีประวัติของแมนี

F33.4 Recurrent depressive disorder, currently in remission

ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าเกิดขึ้นมากกว่า 2 ครั้ง ดังเกณฑ์วินิจฉัย F33.0-F33.3 และในครั้งนี้ไม่มีอาการซึมเศร้ามาหลายเดือน

F33.8 Other recurrent depressive disorders

อารมณ์ซึมเศร้าเกิดขึ้นซ้ำ แบบอื่นๆ

F33.9 Recurrent depressive disorder, unspecified

อารมณ์ซึมเศร้าเกิดขึ้นซ้ำ จากสาเหตุที่มีได้ระบุรายละเอียด
ความผิดปกติที่มีอาการเศร้าอย่างเดียว NOS

F34 Persistent mood [affective] disorders

ความผิดปกติ และความเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ชนิดถาวร แต่ไม่รุนแรงแค่คลั่ง หรือ อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราวไม่รุนแรง แต่จะมีอาการเป็นปีๆ หรือยาวนานในชีวิต ทำให้เกิดความไม่สบาย และไม่สามารถทำอะไรได้ตามควร บางครั้งจะกลับเป็นอีกหรืออาจเป็นการคลั่งหรือ อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว อาจพบกับโรคอารมณ์แกว่งไกวชนิดถาวร

F34.0 Cyclothymia

อารมณ์ไม่คงที่ชนิดถาวร อารมณ์เศร้าหลายๆ หน และเบิกบานบ้าง แต่ไม่รุนแรงหรืออยู่นานพอที่จะวินิจฉัยว่าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นซ้ำ และมีทั้งซึมเศร้าหรือตื่นเต้น (F31.-) หรืออาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำ (F33.-) พบอาการเหล่านี้ในญาติของผู้ป่วย ความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นซ้ำ และมีทั้งซึมเศร้าหรือตื่นเต้น ผู้ป่วยโรคนี้อาจจะเปลี่ยนเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นซ้ำ และมีทั้งซึมเศร้าหรือตื่นเต้น

บุคลิกภาพผิดปกติชนิดอารมณ์เปลี่ยนแปลง

บุคลิกภาพแบบหดหู่

บุคลิกภาพแบบตื่นเต้นสลับหดหู่

F34.1 Dysthymia

อาการซึมเศร้าเรื้อรังหลายปี แต่ไม่รุนแรงมาก หรือการเกิดโรคแต่ละครั้งไม่ยาวนานพอที่จะจัดเป็นอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำ แบบรุนแรง ปานกลางหรือไม่รุนแรง (F33.-)

ไม่รวม : การซึมเศร้าจากความกังวล (เล็กน้อยหรือไม่ถาวร) (F41.2)

F34.8 Other persistent mood [affective] disorders

โรคอารมณ์แกว่งไกว ชนิดถาวรอื่นๆ

F34.9 Persistent mood [affective] disorders, unspecified

โรคอารมณ์แกว่งไกว ชนิดถาวร ที่มิได้ระบุรายละเอียด

F38 Other mood [affective] disorders

ความผิดปกติทางอารมณ์อื่นๆ ที่ไม่เข้ากับกลุ่ม F30-F34 เพราะอาการไม่รุนแรงและระยะเวลาป่วยไม่นาน

F38.0 Other single mood [affective] disorders

ความผิดปกติทางอารมณ์หลายอย่างรวมกัน

F38.1 Other recurrent mood [affective] disorders

อารมณ์กลับเป็นซ้ำของโรคทางอารมณ์ระยะสั้น

F38.8 Other specified mood [affective] disorders

โรคอารมณ์แกว่งไกวที่ระบุเฉพาะอื่น

F39 Unspecified mood [affective] disorders

โรคจิตทางอารมณ์ NOS

ข้อแนะนำในการลงรหัสโรค

ในการวินิจฉัยนั้นให้ลงเป็นรหัส 4 ตัว ที่สอดคล้องกับอาการเจ็บป่วยที่มีอยู่ในปัจจุบันมากที่สุด ตัวอย่างเช่น ถ้าผู้ป่วยเกิดอาการซึมเศร้าเป็นครั้งแรก และมีอาการเพียงสองสามอย่าง และผู้ป่วยยังดำเนินกิจกรรมทำการงานส่วนใหญ่ได้เป็นปกติ การวินิจฉัยในรายนี้ก็คือ F32.0 และถ้าผู้ป่วยมี Somatic symptoms 4 อาการ การวินิจฉัยรายนี้จะ เป็น F32.01

๗

แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยระยะวังโรคซึมเศร้า
ในกรณีที่ไม่สามารถบันทึกลงในโปรแกรมรายงานได้
ในขณะที่ให้บริการ

SMDD 4 form

แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยวัณโรคซึมเศร้าหน่วยบริการ.....รหัสสถานบริการ.....
 ประจำเดือน

วันที่ให้บริการ*	คำนำหน้า*	ชื่อ*	นามสกุล*	หมายเลขบัตรประชาชน*	อายุ*	คะแนน 9Q	คะแนน 8Q	รหัสกลุ่มเสี่ยง	รหัสโรคซึมเศร้า*	จังหวัดตามทะเบียนบ้านผู้ป่วย*

หมายเหตุ

การบันทึก ในกรณีที่เป็นตัวเลขรหัส เป็นการกำหนดตัวเลขเพื่อสะดวกในการลงเินแบบบันทึกในโปรแกรม โปรดตรวจสอบความตรงของเนื้อหาอีกครั้ง
 * ข้อมูลจำเป็น ที่จะต้องมีเพื่อใช้ประมวลผลอัตราเข้าถึงการบริการ ส่วนข้อมูลในช่องอื่นๆ ถ้ามีข้อมูลครบถ้วนก็เติมให้สมบูรณ์ทุกช่อง

- *วันที่ให้บริการ บันทึกเป็นตัวเลขตามรูปแบบ yyyy-mm-dd เช่น 2013-09-07 : ตัวเลข 2013 คือ ปี ค.ศ. - 09 คือ เดือน กันยายน - 07 คือ วันที่ 7)
- *คำนำหน้าชื่อ บันทึกมาเป็น นาย, นาง, นางสาว, น.ส., พระ
- *หมายเลขบัตรประชาชน บันทึกเลข 13 หลักของบัตรประชาชน
- *อายุ บันทึกเป็นตัวเลข
- ผล 9Q, 8Q ให้ลงตามคะแนนที่ประเมินได้
- รหัสกลุ่มเสี่ยง บันทึกเป็นตัวเลข 1 = ผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง (เบาหวาน ไตวายเรื้อรัง มะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด)
 2 = หญิงตั้งครรภ์/หญิงหลังคลอด 3 = ผู้มีปัญหายุทธยาเสพติด 4 = ผู้สูงอายุ 5 = ผู้ที่มาด้วยอาการซึมเศร้าชัดเจน
 6 = ผู้ป่วยที่มีอาการทางกายหลายอาการที่หลากหลายไม่ได้ 7 = ผู้ที่มีการสูญเสีย (คนรักหรือทรัพย์สินจำนวนมาก) 8 = อื่นๆ
- *รหัสโรคซึมเศร้า บันทึกตามรหัส ICD 10 เช่น F32, F33, F34.1, F38, F39 เป็นต้น และไม่ควยได้รับการวินิจฉัยโรคให้ลง 0
- *จังหวัดตามทะเบียนบ้านผู้ป่วย บันทึกเป็นจังหวัดของผู้ป่วยหรือรหัสจังหวัด

ผู้รายงาน.....
 โทรศัพท์.....
 E-mail.....
 วันที่เดือน.....พ.ศ.....

๕

ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและการปฏิบัติ
สำหรับผู้ป่วยและญาติ

ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและการปฏิบัติ สำหรับผู้ป่วยและญาติ

สิ่งที่จะนำเสนอต่อไปนี้เป็นสิ่งจำเป็นที่ท่านควรทราบ จะช่วยให้ท่านเข้าใจโรคซึมเศร้าได้ดี
ยิ่งขึ้น และสามารถจัดการกับอาการซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อะไรคือ อาการซึมเศร้า

หลายคนมีความรู้สึกเศร้าหรือทุกข์ใจเมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้ผิดหวัง เช่น เสียเพื่อน ตกลงงาน สูญเสียคนที่รัก ซึ่งความรู้สึกเศร้าเป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน ความรู้สึกเศร้าหมองนี้มักจะหายไปอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะเมื่อเราได้รับสิ่งที่ดีๆ เข้ามาในชีวิตเรา แต่มีบางคนที่มีอารมณ์หรือความรู้สึกเศร้านี้ยังคงเป็นอยู่นานแม้จะไม่มีเหตุผลให้ต้องเศร้านานขนาดนั้น เพื่อนๆ หรือคนในครอบครัวพยายามช่วยเหลือ หรือแม้มีสิ่งดีๆ เกิดขึ้นแต่ก็ไม่สามารถช่วยให้เขาหลุดพ้นจากความเศร้ามาเบิกบานสนุกสนานเหมือนเดิมได้ คนเหล่านี้ในระยะแรกอาจจะรู้สึกเศร้า เหนงหงอย เซ็ง และรู้สึกชีวิตที่ผ่านมาไปแต่ละวันมีแต่ความน่าเบื่อไม่มีความสุข หากอาการแยลงก็อาจสูญเสียแรงจูงใจหรือไม่มีกำลังใจที่จะทำสิ่งต่างๆ ไม่อยากทำอะไร ไม่อยากพูดคุยกับใคร บางครั้งอาจถึงกับไม่อยากลุกขึ้นมาล้างหน้าแปรงฟัน แต่งตัวในตอนเช้า ความรู้สึกและอาการทั้งหมดที่กล่าวมาเรียกว่า “**อาการซึมเศร้า**” ซึ่งจะมีข้อสังเกตที่แยกจากความรู้สึกเศร้าธรรมดา คือจะรุนแรงกว่า เป็นอยู่นานกว่าและทำให้สูญเสียหน้าที่การงานและชีวิตประจำวันมากกว่า ถ้าหากอาการซึมเศร้าเป็นต่อเนื่องและมีอาการอื่นร่วมด้วย จะเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยเป็น “โรคซึมเศร้า”

ลักษณะโรคซึมเศร้า มีอะไรบ้าง

1. มีอารมณ์เศร้า ซึ่งอารมณ์เศร้านี้จะมีอยู่เกือบตลอดเวลาทั้งวันและเป็นทุกวัน บางวันอาจเป็นมาก บางวันอาจเป็นน้อย
2. ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำ แทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก
3. เบื่ออาหารจนน้ำหนักลดลงหรือบางรายอาจมีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น กินมากจนน้ำหนักเพิ่ม (เช่น 2-3 กก. ต่อเดือน)
4. นอนไม่หลับ หรือหลับมากแทบทุกวัน ส่วนใหญ่จะนอนไม่หลับกระสับกระส่าย หลับตึกแต่จะตื่นเช้า 1-2 ชั่วโมงก่อนเวลาปกติที่เคยตื่นและไม่สดชื่น
5. ทำอะไรช้า พูดช้า เดินเหิน เคลื่อนไหวช้าลง แต่มีบางรายก็มีหงุดหงิด กระสับกระส่าย ทำอะไรเหมือนรีบเร่ง
6. อ่อนเพลียหรือไร้เรี่ยวแรงทั้งวันและแทบทุกวัน

7. **รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิดมากเกินไป** (หลายรายที่มองตน มองโลก มองอนาคตในด้านลบไปหมด เช่น ตนไม่หล่อ ไม่สวย ไม่เก่ง ไม่ดี โลก สังคมก็แย่เสื่อมโทรมทุกอย่างแก้ไขไม่ได้แล้ว อนาคตต้องยิ่งทุกข์ยากลำบากมีดมน)

8. **สมาธิหรือความคิดอ่านซาลดลง**

9. **คิดอยากตายไม่อย่างมีชีวิตอยู่** คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อยๆ หรือบางรายพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผนฆ่าตัวตาย ในบางรายที่อาการรุนแรงมากจะมีอาการประสาทหลอน เป็นหูแว่ว ได้ยินเสียงคนพูดตำหนิติเตียน หรือหลงผิดว่าทุกคนรอบข้างมองตนเองไม่ดี แกล้งทำให้ตนล้มเหลว

ถ้ามีอาการดังข้างต้น อย่างน้อย 5 อาการ อยู่ยาวนานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป และมีอารมณ์เศร้า (1) เบื่อหน่ายไม่มีความสุข (2) ก็จะเรียกได้ว่าป่วยเป็น “โรคซึมเศร้า” แล้ว และต้องได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง

โรคซึมเศร้าและอาการซึมเศร้า เกิดจากอะไร

ในปัจจุบันอยู่ในระหว่างการศึกษาวิจัย ยังไม่มีใครรู้อย่างแน่ชัดว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากอะไรแน่ แต่พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง บริเวณส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมและการแสดงออกของอารมณ์ คือ สารสื่อประสาทดังกล่าวจะเสียความสมดุลทำให้การทำงานผิดปกติไป ยาต้านเศร้าส่วนใหญ่จะออกฤทธิ์ต่อสารสื่อประสาทเหล่านี้ มีผลทำให้ระดับของสารสื่อประสาทในสมองเกิดสมดุลสามารถลดอาการซึมเศร้าได้ดี

พันธุกรรมก็เป็นปัจจัยหนึ่งในการเกิดโรคซึมเศร้าเพราะพบว่าในครอบครัวที่เป็นโรคซึมเศร้าคนอื่นๆ ในครอบครัวมีโอกาสป่วยได้มากกว่าคนทั่วไป 2.8 เท่า แต่อย่างไรก็ตามการถ่ายทอดทางพันธุกรรมมีประมาณ 31-42% ดังนั้น ถึงแม้มีพ่อแม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าลูกก็ไม่ได้เป็นกันทุกคนยังมีสาเหตุและปัจจัยอื่นที่ทำให้เกิด

เหตุการณ์ที่ก่อความเครียดในชีวิต จะเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดอาการซึมเศร้า ทั้งในการเริ่มต้นเกิดโรค และการกลับเป็นซ้ำหลังหายดีแล้ว เหตุการณ์ที่ก่อความเครียดเหล่านั้นได้แก่ มีปัญหาการเงิน ตกงาน ออกจากงาน คลอดบุตร หย่าร้าง ต้องอยู่คนเดียว การสูญเสียของรักหรือคนที่รัก ชัดแย้งหรือทะเลาะเบาะแว้งกับคนอื่น เมื่อประสบเหตุการณ์เหล่านี้แล้วคนที่มีความไวจะป่วยอยู่แล้วก็อาจเกิดอาการซึมเศร้าได้ทันที แต่ก็มีบางรายอาการซึมเศร้าจะเกิดช้าหลังจากนั้นสองสามเดือน

ลักษณะบุคลิกภาพส่วนตัวบางอย่างก็เป็นปัจจัยที่ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า เช่น เป็นคนมองโลกในแง่ร้ายอยู่เสมอ สนใจแต่ในด้านไม่ดีหรือด้านลบของสิ่งต่างๆ มากกว่าด้านบวก เมื่อประสบปัญหาที่ใช้วิธีหลีกเลี่ยงหรือหนีปัญหา เก็บกดอารมณ์ไม่แสดงออกแม้ในสถานการณ์ที่ควร บุคคลที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบนี้มีความเสี่ยงสูงที่จะมีอาการซึมเศร้าหรือเป็นโรคซึมเศร้า

สาเหตุอื่นนอกจากที่กล่าวมาแล้วได้แก่การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายและยาต่างๆ มีโรคทางกายหลายโรคและยาบางอย่างที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า เช่น โรคไข้หวัดใหญ่ ตับอักเสบ โรคไทรอยด์ โรคเลือดจาง โรคเบาหวาน ยาคุมกำเนิดบางชนิด การดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์ ยาโรคหัวใจและยาลดความดันโลหิตบางประเภท เป็นต้น

ถึงแม้ว่า ในขณะนี้ยังไม่สรุปชัดเจนว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากสาเหตุใด แต่ก็พอบอกได้ว่า โรคซึมเศร้าเป็นโรคของสารในสมองผิดปกติและพันธุกรรมโดยมีผลกระทบจากบุคลิกภาพและความเครียดในชีวิตจึงทำให้เกิดอาการป่วยขึ้น

คนไทยเป็นโรคซึมเศร้ากันมากเท่าไร

จากการสำรวจพบคนไทยร้อยละ 3 ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ประเมินการว่าคนไทยอายุระหว่าง 15-59 ปี ไม่น้อยกว่า 800,000 คน ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นเป็นครั้งๆ และอีกประมาณ 300,000 คน เป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรัง

โรคซึมเศร้า รักษาอย่างไร

เนื่องจากอาการซึมเศร้าเกิดได้จากทั้งมีปัญหาด้านจิตสังคมและเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง ดังนั้น **การรักษาโรคซึมเศร้าที่ดีที่สุดคือการรักษาทางการแพทย์ร่วมกับการรักษาทางจิตใจ** การรักษาทางการแพทย์ ประกอบด้วย การให้ยาด้านเศร้า การรักษาด้วยไฟฟ้า (ในรายที่มีอาการรุนแรง) การให้ยาด้านโรคจิต (กรณีมีประสาทหลอน หลงผิดร่วมด้วย) ส่วนการรักษาทางจิตใจ ได้แก่ จิตบำบัด การให้การปรึกษาแก้ไขปัญหาสังคมจิตใจ และการเรียนรู้ทักษะจัดการความเครียด

สำหรับอาการซึมเศร้ารระดับน้อย การออกกำลังกาย 30-45 นาที (เป็นแบบแอโรบิกก็ยิ่งดี) อย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จะช่วยให้ดีขึ้นได้ จากการวิจัยพบว่าได้ผลดีพอๆ กับการใช้ยา ถ้าออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นเวลานานพอ

ยาต้านเศร้า

ยาด้านเศร้าโดยทั่วไปมีฤทธิ์ระงับอาการซึมเศร้า แต่ก็สามารถช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ด้วย โดยการที่ยาจะไปช่วยปรับความสมดุลของสารสื่อประสาทในสมองซึ่งต้องใช้เวลาพอสมควรกว่าที่จะทำให้อาการเศร้าหายไป กลับมาเป็นปกติ หลังรับประทานยาไป 2-3 วันแรก จะทำให้หลับได้ดีขึ้นและจิตใจสงบลง ลดความหงุดหงิด กระวนกระวายใจ บางคนอาจยังรู้สึกเพลียอ่อนแรง หลังจากนั้น 1-2 สัปดาห์ อาการก็จะดีขึ้นจิตใจสดชื่นแจ่มใสขึ้น บางคนอาจต้องใช้เวลาถึง 8 สัปดาห์กว่ายาจะออกฤทธิ์เต็มที่ ดังนั้นในการรักษาอาการซึมเศร้าไม่ควรคาดหวังเห็นผลในทันทีหลังจากอาการซึมเศร้าหายดีแล้วก็ยังต้องรับประทานต่อไปอีกระยะหนึ่ง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค โดยทั่วไปจะต้องรับประทานยาต่อไปอีกเป็นเวลาประมาณ 6 เดือนถึง 1 ปี แล้วแพทย์จึงจะลดยาลงเรื่อยๆ จนในที่สุดหยุดยาได้

เมื่อรู้สึกว่าการซึมเศร้าดีขึ้นแล้วไม่ควรหยุดยาเอง เพราะจะทำให้อาการกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำ การหยุดยาทันทีจะทำให้เกิดอาการข้างเคียงได้ ดังนั้นจึงควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด

จิตบำบัด

จิตบำบัดเป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลดีในการลดอาการซึมเศร้าวิธีหนึ่ง จิตบำบัดมีหลายรูปแบบ แล้วแต่ความเหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วย

จิตบำบัดแบบมุ่งเน้นการปรับความคิดความเข้าใจ

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง เมื่อมีสิ่งไม่ดีเกิดขึ้นก็จะโทษตำหนิตนเอง แต่เมื่อมีสิ่งดีเกิดขึ้นกลับบอกกับตนเองเพียงแต่โชคดีเท่านั้น หรือมากกว่านั้นก็เชื่อเลยว่าสิ่งต่างๆ ไม่มีทางดีขึ้น

อีกแล้ว จิตบำบัดแบบมุ่งเน้นการปรับความคิดความเข้าใจนี้ จะช่วยผู้ป่วยได้เห็นการคิดทางลบของตนเองและจะสอนวิธีคิดในทางที่เป็นบวกและเกิดประโยชน์มากขึ้น อีกทั้งจะทำให้ได้เรียนรู้ว่าสามารถควบคุมสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต เรียนรู้ที่จะพ้นจากความล้มเหลวและได้คิด และเชื่อมั่นในสิ่งดีๆ ในชีวิต

จิตบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัด

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้านักจะมีปัญหาในการสร้างแรงจูงใจเพื่อกระตุ้นตนเอง พบบ่อยว่าจะนั่งเฉยๆ ไม่ทำอะไรได้เป็นชั่วโมง คิดหมกมุ่นเกี่ยวกับปัญหาของตนจนพลาดโอกาสที่ดีๆ จิตบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัดจะช่วยค้นหาและปรับพฤติกรรมที่อาจจะเป็นสาเหตุให้อาการซึมเศร้าหายช้าหรือคงอยู่นาน พฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยน ได้แก่ การวางแผนปฏิบัติกิจกรรม การแก้ไขปัญหา การวางแผนเป้าหมาย และการฝึกทักษะทางสังคม เป็นต้น

จิตบำบัดแบบมุ่งเน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

จิตบำบัดแบบนี้มีเป้าหมายที่ช่วยผู้ป่วยแก้ไขปัญหาคือความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เป็นสาเหตุให้อาการซึมเศร้าคงอยู่นานไม่หาย เช่น ปัญหาในครอบครัว ปัญหาในคู่สมรส ปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนในที่ทำงาน หรือช่วยให้เกิดการปรับตัวที่ดีขณะมีการเปลี่ยนแปลงในชีวิต เช่น การเป็นพ่อแม่ หย่าร้าง หรือสูญเสียคนรัก

การให้การปรึกษา

เป็นกระบวนการช่วยเหลือทางจิตใจ มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เข้าใจปัญหาที่แท้จริงของตนเอง ผู้ให้การปรึกษาจะช่วยให้ผู้ป่วยได้หาแนวทางแก้ไขปัญหานั้นอย่างเหมาะสม ขณะให้การปรึกษาผู้ป่วยก็จะเรียนรู้เข้าใจตนเองมากขึ้น การให้การปรึกษาจะไม่ได้ลดอาการซึมเศร้าโดยตรง แต่จะช่วยให้ปัญหาที่ก่อความทุกข์ใจแก่ผู้ป่วยได้รับการแก้ไข เป็นการลดอาการซึมเศร้าทางอ้อม

ข้อแนะนำการจัดการกับอาการของโรคซึมเศร้า

แนวทางที่กล่าวถึงต่อไปนี้จะช่วยให้ท่านจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

อาการเบื่อเซ็ง ทำอะไรไม่เพลิดเพลิน คิดซ้ำทำซ้ำ

1. ตั้งเป้าหมายสำหรับกิจกรรมแต่ละวัน กำหนดกิจกรรมที่จะทำทั้งวันโดยจัดรายการกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละช่วงเวลา แล้วพยายามปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดตามที่กำหนดไว้เท่าที่จะทำได้
2. กิจกรรมอะไรที่เคยทำแล้วเพลิดเพลิน พยายามเพิ่มเวลาสำหรับกิจกรรมเหล่านั้น
3. หลีกเลียงการเปรียบเทียบกระทำหรือความรู้สึกในปัจจุบัน ขณะที่ท่านมีอาการซึมเศร้ากับเมื่อก่อนที่ยังปกติดีไม่มีอาการ
4. ให้รางวัลกับความพยายาม และความสำเร็จเล็กๆ ที่ทำได้ตามเป้าหมาย การหายจากอาการซึมเศร้าต้องค่อยเป็นค่อยไปเหมือนการหัดเดินใหม่หลังประสบอุบัติเหตุขาหัก
5. ถ้ารู้สึกว่าการทำกิจกรรมเหล่านั้นยากเกินไป ไม่ต้องผิดหวัง ให้แตกกิจกรรมใหญ่เป็นกิจกรรมย่อยๆ แล้วค่อยเริ่มใหม่อย่างช้าๆ ทีละกิจกรรม

เพื่ออาหาร

ควรรับประทานอาหารที่ละน้อย ให้อิ่มขึ้น โดยเฉพาะอาหารที่ชอบรับประทาน ผลไม้หรือน้ำผลไม้ให้มากขึ้น ไม่ควรเร่งรีบในการรับประทานอาหาร ควรมีเวลากับการรับประทานอาหารอย่างสบาย

ปัญหาในการนอน

1. พยายามตื่นนอนตอนเช้าเวลาเดิมทุกวัน
2. หลีกเลี่ยงการงีบหลับกลางวัน
3. ลดคาเฟอีนให้เหลือน้อยที่สุดและไม่ควรดื่มหลังเที่ยงวันหรือดื่มน้ำชาได้ยิ่งดี
4. ตื่นนอนตอนเช้าให้ลุกขึ้นจากที่นอนไปทำกิจกรรมที่ผ่อนคลาย ไม่ควรนอนต่อขณะที่ตื่นแล้ว
5. ออกกำลังกาย 30-45 นาที อย่างน้อยสามครั้งต่อสัปดาห์ (ออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น การเดินเร็ว วิ่ง หรือเต้นแอโรบิกได้ยิ่งดี)

ความคิดทางลบ

ความคิดด้านลบจะดึงความสนใจของท่านที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าไปในสิ่งที่ไม่ชอบตัวเอง ไม่ชอบสภาพชีวิตปัจจุบันของตนเอง ทำให้มองปัญหาแย่กว่าความเป็นจริง และประเมินความสามารถตนเองต่ำ กลวิธีต่อไปนี้อาจช่วยให้ท่านปรับการคิดใหม่ที่สมดุลกว่าเดิม

1. นึกอย่างรอบคอบหาส่วนดีที่สุดของท่าน อย่างน้อย 3 อย่าง ถ้าคิดไม่ออกหรือหาไม่ได้ ลองให้เพื่อนสนิทหรือญาติใกล้ชิดช่วยหา แล้วเขียนบันทึกไว้และนำติดตัวตลอดเวลา หยิบขึ้นมาอ่านทุกครั้งที่ท่านมีความคิดทางลบกับตัวเอง
2. มีสมุดบันทึกประจำวันเล็กๆ สำหรับบันทึกสิ่งดีงามที่เกิดขึ้นหรือสิ่งที่ทำให้ท่านสุขใจ และพูดคุยสิ่งเหล่านี้กับเพื่อนหรือญาติสนิท
3. นึกย้อนอดีต เหตุการณ์ที่มีความประทับใจ สุขใจ และวางแผนจัดให้มีโอกาสหรือเหตุการณ์ดีๆ เช่นนั้นอีกในอนาคต
4. หลีกเลี่ยงการพูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึกที่ไม่ดีหรือความคิดทางลบ เพราะไม่ก่อประโยชน์ การพูดคุยเพื่อแก้ปัญหาที่มีอยู่จะมีประโยชน์มากกว่า
5. สำหรับเหตุการณ์หรือความคิดไม่ดีที่เกิดขึ้น ควรพยายามหาคำอธิบายอื่นๆ นอกเหนือจากการโทษตนเองหรือมองว่าเป็นความผิดของตนเอง โดยคิดหาข้อสรุปใหม่ คิดถึงความเป็นไปได้อื่นๆ ที่สามารถอธิบายเหตุการณ์หรือความคิดเหล่านั้น
6. อย่าอยู่ว่างเกินไป จัดกิจกรรมให้ยุ่งๆ เข้าไว้ หลีกเลี่ยงการนั่งๆ นอนๆ โดยไม่ทำอะไร

คิดไม่ตก กังวลกับปัญหา

ควรทำความเข้าใจกับความกังวลที่มีให้เกิดเป้าหมายที่มีประโยชน์ อย่าปล่อยให้ตนเองกังวลไปเรื่อยโดยไม่มีจุดหมาย จงหยิบยกเอาปัญหาที่คิดว่าสำคัญที่สุดมา 1-2 ปัญหา เพื่อเอามาตัดสินใจ แก้ไขอย่างจริงจัง ท่านอาจนำมาพูดคุยปรึกษากับแพทย์พยาบาล หรือผู้ให้การปรึกษาที่ดูแลท่าน หรือเพื่อน ญาติสนิท

นั่งลงในที่สงบพร้อมกระดาษดินสอ/ปากกา และดำเนินการตามขั้นตอนการแก้ไขปัญหานั้นที่จะแนะนำดังต่อไปนี้

1. เขียนประโยคที่อ่านแล้วให้เข้าใจได้ว่า ปัญหาจริงๆ คืออะไร หรือกำหนดเป้าหมายที่อยากทำให้สำเร็จ
2. นึกวิธีแก้ไขปัญหานั้นที่จะเป็นไปได้ 5-6 วิธี (ไม่จำเป็นว่าจะต้องเป็นทางที่ดีที่สุด) แล้วเขียนลงไป
3. พิจารณาจุดดีจุดด้อยของแต่ละวิธี
4. เลือกวิธีแก้ไขปัญหานั้นที่ดีที่สุด (คือ มีจุดดีมากกว่าและจุดด้อยนั้นแก้ไขได้) และเหมาะสมกับท่าน
5. กำหนดขั้นตอนที่จะปฏิบัติจริงๆ ตามวิธีแก้ไขปัญหานั้นที่ท่านเลือก
6. ปฏิบัติตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ (ควรใช้ความพยายามอย่างเต็มที่)

อย่าลืมหททวนว่าปฏิบัติตามนั้นแล้วได้ผลหรือไม่ ถ้าไม่ได้ผลก็อย่าท้อใจเริ่มใหม่อีกครั้ง

การจัดการกับความเครียด

อาการซึมเศร้าพบได้บ่อยในผู้ที่ประสบกับเหตุการณ์ที่ทำให้เครียดหรือเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงที่ต้องปรับตัวในปีที่ผ่านมา เช่น สูญเสียคนที่รัก หย่าร้าง ตกงาน ย้ายที่อยู่/ที่ทำงาน/ย้ายโรงเรียน การคลอดบุตร มีปัญหาหนี้สิน ฯลฯ เหตุการณ์เหล่านี้จะทำให้เกิดความเครียดต่อเนื่องและมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการซึมเศร้าได้ ดังนั้น เพื่อที่จะรักษาอาการซึมเศร้าให้หายขาดและป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำอีก จึงจำเป็นอย่างยิ่งต้องแก้ไขเหตุการณ์ที่ก่อความเครียดเหล่านั้น

การแก้ไขสามารถใช้ขั้นตอนการแก้ไขปัญหาดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น การดำเนินการตามขั้นตอนดังกล่าวจะทำให้ท่านทราบว่าที่จริงแล้ว อะไรคือสิ่งที่ก่อความเครียด จากนั้นท่านจึงค่อยคิดกำหนดวิธีการแก้ไขและช่วยเหลือตนเอง

ไม่ใช่ว่าความเครียดทุกอย่างจะแก้ไขได้จนหมดสิ้น ถ้าท่านรู้สึกว่าจะไม่สามารถจัดการได้ด้วยตัวท่านเอง ก็ควรปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับการฝึกอบรมในเรื่องนี้ อย่างดีแล้ว ซึ่งเขาเหล่านี้จะสามารถให้คำแนะนำวิธีการหรือเทคนิคอื่นๆ แก่ท่าน รวมถึงให้การปรึกษาเพื่อช่วยท่านแก้ไขปัญหาดังกล่าวทางสังคมจิตใจที่มี

สรุป

1. โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่สารเคมีในสมองเสียความสมดุล ความเครียดในชีวิตทำให้เป็นมากขึ้น
2. โรคซึมเศร้ามีอาการที่ส่งผลกระทบต่อความคิด ความรู้สึก การปฏิบัติหน้าที่การงานและชีวิตประจำวัน
3. ยาต้านเศร้าช่วยระงับอาการซึมเศร้าได้ดีแต่ต้องใช้เวลาและต้องรับประทานอยู่นานเพื่อป้องกันการกลับซ้ำอีก
4. ท่านและครอบครัวสามารถช่วยกัน ร่วมมือกันเอาชนะโรคซึมเศร้าได้ โดยไม่ทำตัวให้ว่างมากเกินไป หลีกเลี่ยงการคิดทางลบ ช่วยกันแก้ไขปัญหาและลดเหตุการณ์ที่ก่อความเครียด

ณ

เภสัชวิทยาที่สำคัญของยาต้านเศร้า

เภสัชวิทยาที่สำคัญของยาต้านเศร้า

Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs)

SSRIs เป็นกลุ่มยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดกลับสารสื่อประสาทซีโรโทนินของเซลล์ประสาท ซึ่งมีผลเพิ่มความเข้มข้นของซีโรโทนินในช่องว่างระหว่างเซลล์ประสาทที่อยู่ในระบบประสาทส่วนกลาง (CNS Synapses)

SSRI ที่มีใช้ในประเทศไทยปัจจุบัน ได้แก่

1. Fluoxetine
2. Fluvoxamine
3. Paroxetine
4. Sertraline
5. Escitaloprum

ข้อบ่งชี้ในการใช้

1. Depression
2. Panic disorder
3. Social phobia
4. Bulimia nervosa
5. Obsessive compulsive disorder
6. Post-traumatic stress disorder
7. Generalized anxiety disorder
8. Pre-menstrual disorder

ข้อควรระวังในการใช้

1. ควรหลีกเลี่ยงการใช้ SSRIs ในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการ Mania และถ้าใช้ไปแล้วก็ต้องรีบหยุดยา
2. ควรหลีกเลี่ยงการใช้ SSRI ในผู้ป่วยลมชัก ถ้าไม่สามารถติดตามการดูแลผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิดสม่ำเสมอหรือรีบหยุดยากล้าอาการลมชักแย่งลง และปรึกษาจิตแพทย์ ถ้าจำเป็นต้องให้ยากลุ่มนี้
3. Acute angle-closer glaucoma
4. Diabetes mellitus (หลังการใช้ยาควรติดตามระดับน้ำตาลในเลือด)
5. Pregnancy and breast-feeding
6. ผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

Withdrawal Symptoms

- อาจเกิดขึ้นได้หลังหยุด SSRI, อาการได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน จุกเสียดแน่นท้อง กระสับกระส่าย

ผลข้างเคียงของ SSRIs

1. ระบบทางเดินอาหาร

- คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย พบได้มากกว่ากลุ่ม TCA
- ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นนี้ จะขึ้นกับปริมาณยาที่ให้และจะหายไปใน 2-3 สัปดาห์แรก

2. นอนไม่หลับ

- พบได้ในผู้ป่วยบางราย จะมีอาการอยู่ไม่สุข กระสับกระส่ายและนอนไม่หลับ
- วิธีการแก้ไขอาจเพิ่มยากกลุ่ม Benzodiazepine เช่น Diazepam, Clonazepam, Lorazepam

3. Sexual effect

- พบได้ในกลุ่มยาต้านเศร้าทุกกลุ่ม แต่จะพบมากกว่าในกลุ่ม SSRI เช่น Erectile dysfunction, Loss of Libido, anorgasmia, delay ejaculation
- ถ้าพบอาการเหล่านี้ ให้พิจารณาว่า เมื่อเวลาผ่านไป อาการลดลงหรือหายไปหรือไม่ ถ้ายังมีอาการอาจลดยา หรือถ้าลดยาแล้วอาการยังคงมีอยู่ก็เปลี่ยนกลุ่มยา และสามารถให้ยาที่แก้ไข arousal or erectile dysfunction ร่วมด้วยก็ได้ เช่น Sildenafil Yohimbin Neostigmine

4. Neurological effect

- SSRI สามารถกระตุ้นให้เกิดอาการทั้ง Migraine และ Tension headaches แต่อาการจะเป็นชั่วคราว มักจะดีขึ้นและหายไปโดยอัตโนมัติ แต่อย่างไรก็ตามมีหลักฐานทางวิชาการ ถ้าให้ SSRI นานอย่างต่อเนื่องจะช่วยป้องกันและรักษา Migraine
- SSRI มีรายงานพบว่าสัมพันธ์กับการเกิด Extra pyramidal reactions เช่น akathisia dystonia parkinsonism และ tardive dyskinesia แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยสูงอายุ โดยเฉพาะที่เป็นโรคพาร์คินสันอยู่แล้ว

5. ผลต่อน้ำหนักตัว

- Fluoxetine ทำให้น้ำหนักลดในช่วงแรกๆ ของการให้ยา และน้ำหนักจะเพิ่มขึ้นเองในภายหลัง

6. Serotonin Syndrome

- SSRI ทำให้เกิดอาการ Serotonin Syndrome ซึ่งเป็นภาวะที่มีการทำงานของ serotonin มากเกินไป อาการที่พบได้แก่ ปวดท้อง ท้องเสีย ร้อนวูบวาบตามตัว เหงื่อออก Hypothermia, Lethargy myoclonus มักพบบ่อยในรายที่ได้ยาที่ออกฤทธิ์ต่อ serotonin หลายๆ ตัว เช่น ได้ยาด้านเศร้ากลุ่ม SSRI ร่วมกับ fenfluramine, dexfenfluramine

Tricyclic antidepressants (TCAs)

TCA ออกฤทธิ์ ที่ระบบประสาทส่วนกลาง ยับยั้งการดูดกลับของสารสื่อประสาท norepinephrine และ serotonin และมีฤทธิ์ competitive antagonist ที่ muscarinic acetylcholine receptors รวมทั้ง histamine H₁ และ α -adrenergic receptors

ยาในกลุ่มนี้ที่มีใช้ในประเทศไทย ได้แก่

1. Amitriptyline
2. Imipramine
3. Nortriptyline
4. Clomipramine
5. Doxepin
6. Desipramine

ข้อบ่งชี้ในการรักษา

1. โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) เป็นข้อบ่งชี้หลักในการใช้ยาในกลุ่ม TCA
2. ภาวะซึมเศร้าจากโรคทางกาย
3. Panic disorder
4. Generalized anxiety disorder
5. Obsessive compulsive disorder โดยเฉพาะยา Clomipramine ได้ผลพอๆ กับ SSRI
6. Eating disorder ทั้ง anorexia nervosa และ bulimia nervosa ตอบสนองดีต่อ Imipramine และ desipramine และ TCA ตัวอื่นๆ ก็ได้ผลเช่นกัน
7. Pain disorder
 - Chronic pain disorder รวมทั้ง Migraine

ผลข้างเคียง

1. Cardiomuscular effects

- TCAs มีผลข้างเคียงต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดจากการออกฤทธิ์ยับยั้ง alpha-adrenergic receptor ซึ่งจะเกิดอาการใจสั่น ใจเต้นเร็วและ orthostatic hypotension
- ยา Norettriptyline ออกฤทธิ์ต่อ alpha-adrenergic น้อย ทำให้มีผลข้างเคียงด้านนี้น้อยกว่า TCAs ตัวอื่นๆ
- TCAs อาจกระตุ้นให้เกิด arrhythmias ในผู้ป่วยที่มี subclinical sinus node dysfunction เช่น ผู้ป่วยที่มี Tachyarrhythmias

- TCAs ทำให้ ECG ผิดปกติ เช่น flattened T waves, prolong QT interval และ depressed ST segments
- ดังนั้นในการใช้ยา TCAs ควรเริ่มในขนาดต่ำและค่อยเพิ่มขึ้นพร้อมกับติดตามดู cardiac function
- ควรหยุดยา TCAs 2-3 วันก่อนการผ่าตัดเนื่องจากอาจเกิด Hypertensive episode ระหว่างการผ่าตัดได้

2. Anticholinergic effect

- Amitriptyline, Imipramine, doxepin จะมี Anticholinergic effect ค่อนข้างมาก ส่วน Nortriptyline มีน้อยกว่าและ desipramine มีน้อยที่สุด
- อาการที่พบ คือ ปากแห้ง ท้องผูก ตาพร่ามัว ปัสสาวะคั่ง ใจเต้นเร็ว
- การแก้ไข ควรแนะนำให้ผู้ป่วยเคี้ยวหมากฝรั่ง หรืออมลูกอม ถ้ามีอาการปากแห้ง และให้ยา Bethanechol (Urecholine) 25-50 mg. bid or tid กรณีที่มีภาวะปัสสาวะคั่งหรือปัสสาวะลำบาก
- จากผลข้างเคียงนี้จึงควรเลี่ยงการให้ TCAs ในผู้ป่วย prostatic hypertrophy และ narrow-angle glaucoma

3. Sedation

- อาการง่วง เป็นผลข้างเคียงที่พบได้บ่อย ซึ่งจะมีผลดีถ้าผู้ป่วยมีปัญหาอนไม่หลับ
- Amitriptyline, Trimipramine, Doxepin มีฤทธิ์ทำให้ง่วงที่สุด Imipramine, Nortriptyline มีฤทธิ์ทำให้ง่วงน้อยกว่า

4. Autonomic effect

- อาการที่เกิดขึ้นเนื่องจาก α -adrenegic blockade ได้แก่ orthostatic hypotension ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเวียนศีรษะ มึนงง เป็นลม ล้ม บาดเจ็บได้ อาการอื่นๆ เช่น ใจสั่น เหงื่อออกมาก หรือในบางรายทำให้ความดันสูงได้
- Nortriptyline เป็นยาตัวที่มีผลข้างเคียงด้านนี้น้อยที่สุด

5. Neurological effect

- ในผู้ป่วยที่ได้รับ TCAs พบบ่อยมีอาการ myoclonus twitches และ tremors ที่มือและลิ้น
- Clomipramine ทำให้ผู้ป่วยโรคลมชัก เกิดอาการชักได้ง่ายขึ้นจึงควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยที่เป็นลมชัก

ข้อควรระวัง

1. ไม่ควรให้ TCAs ในระหว่างตั้งครรภ์ หรือให้นมบุตร
2. ควรให้อย่างระมัดระวังในผู้ป่วยโรคตับและไต
3. ในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงไม่ควรให้ยาในปริมาณมากเกินไป 1 สัปดาห์ ถ้าได้รับยาเกินขนาด ผู้ป่วยจะมีอาการสับสน กระวนกระวาย ชัก hyperactive deep tendon reflect bowel and bladder paralysis, dysregulation of blood pressure and temperature, respiratory depression and coma และเนื่องจาก TCAs มี half life ที่ยาว ผู้ป่วยที่ทานยาเกินขนาด จะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิด cardiac arrhythmias ในระยะ 3-4 วัน ดังนั้น จึงควรดูแลอย่างใกล้ชิดในโรงพยาบาลหลังทานยาเกินขนาด

ตารางสรุปผลข้างเคียงของยาต้านเศร้า และการแก้ไข

Side effect	กลุ่มยาที่เกี่ยวข้อง	การแก้ไข
Cardio vascular <ul style="list-style-type: none"> • Orthostatic hypotension • arrhythmia 	TCA TCA	<ul style="list-style-type: none"> • ลดขนาดยาหรือหยุดยา และเติมเกลือในอาหาร • หยุดยา
Anticholenergic <ul style="list-style-type: none"> • ปากแห้ง • ท้องผูก • กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ • ตาพร่า • ง่วง • น้ำหนักเพิ่ม • คลื่นไส้, อาเจียน • นอนไม่หลับ 	TCA TCA TCA TCA TCA TCA SSRIs SSRIs	<ul style="list-style-type: none"> • เคี้ยวหมากฝรั่ง, ลูกอม • ดื่มน้ำให้เพียงพอ, ให้อาหารย่อย • Bethanechol • Pilocarpine eye drops • ปรับให้ยาเฉพาะก่อนนอน • ลดขนาดยา, เปลี่ยนยาเป็นกลุ่ม SSRI หรือหยุดยา • ลดขนาดยา หรือหยุดยา • ปรับยาให้เฉพาะตอนเช้า ถ้าไม่ดีขึ้น ลดขนาดยาหรือหยุดยา
Neurological <ul style="list-style-type: none"> • Myoclonus • Extrapyrimal symptoms • ปวดศีรษะ 	TCA SSRIs SSRIs	<ul style="list-style-type: none"> • ให้อาหาร Clonazepam หรือลดขนาดยา หรือหยุดยา • ลดขนาดยา หรือหยุดยา • ใช้ Paracetamol ถ้าไม่ดีขึ้นให้ลดยา หรือหยุดยา

ญ

เอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิง

1. ธรณินทร์ กองสุข, พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, สุพัตรา สุขาวท, ศิริจันทร์ สุขใจ, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. ความชุกของโรคซึมเศร้า : การสำรวจระดับชาติ ปี 2551.
2. ศิริพร จิรวัดน์กุลและคณะ. 2542. การแสดงออกทางอารมณ์และความรู้สึกของคนอีสาน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 44(1):38-45.
3. ศิริพร จิรวัดน์กุลและคณะ. 2549. การพัฒนาวิถีและเทคโนโลยีส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง. ศิริธรรมออฟเซ็ท.
4. สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ธรณินทร์ กองสุข, ณรงค์ มณีทอง, เบญจลักษณ์ มณีทอง, กมลเนตร วรรณเสวก, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, สิริธร บุตรวงศ์. 2550. การพัฒนาและความเที่ยงตรงของแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าชนิด 2 คำถาม ในชุมชนไทยอีสาน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 52(2):138-148.
5. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, De Graaf R, Vollebergh W, Dragomirecka E, Kohn R, Keller M, Kessler RC, Kawakami N, Kilic C, Offord D, Ustun TB, Wittchen HU. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric epidemiology (ICPE) Surveys. International journal of Methods Psychiatric Research. 2003, 12(1): 165-175.
6. Babyak M, Blumenthal JA, Herman S, et al. Exercise treatment for major depression : maintenance of therapeutic benefit at 10 months. Psychosom Med 2000; 62:633-638.
7. Brodaty H, Luscombe G, Peisah C, Anstey K, Andrews G. A 25-year longitudinal, comparison study of the outcome of depression. Psychol Med. 2001, 31(8):1347-59.
8. Burke KC, Burke JD, Rae DS. Comparing age onset of major depression and other psychiatric disorders by birth cohort in five US community population. Archives of General Psychiatry. 1991. 48:789-795.
9. Coyne JC, Schwenk TL, Fechner-Bates S. Nondetection of depression by primary care physicians reconsidered. *Gen Hosp Psychiatry*. 1995;17(1):3-12.
10. Christensen L, Burrows R. Dietary treatment of depression. Behav Ther 1990; 21: 183-193.
11. Davidson KM. Diagnosis of depression in alcohol dependence: changes in prevalence with drinking status. Br J Psychiatry 1995; 166: 199-204.
12. Field T. Massage therapy effects. Am Psychol 1998; 53: 1270-1281.
13. Field T, Grizzle N, Scafidi F, Schanberg S. Massage and relaxation therapies' effects on depressed adolescent mothers. Adolescence 1996; 31: 903-911.

14. Frank E, Prien RF, Jarrett RB, Keller MB, Kupfer DJ, Lavori PW, Rush AJ, Weissman MM. Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder. Remission, recovery, relapse, and recurrence. *Archives of General Psychiatry*. 1991;48, 851-855.
15. Geddes JR, Freemantle N, Mason J, et al: Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for depression (Cochrane Review). *The Cochrane Library* 2003(1). Oxford: Update Software.
16. Geddes JR, Carney SM, Davies C, Furukawa TA, Kupfer DJ, et al: Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *Lancet*. 2003;361:653-61.
17. Judd, LJ. The clinical course of unipolar major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*. 1997, 54, 989-991.
18. Kripke DF. Light treatment for nonseasonal depression: speed, efficacy and combined treatment *J Affect Disord* 1998; 49: 109-117.
19. Komori T, Fujiwara R, Tanida M, et al. Effects of citrus fragrance on immune function and depressive states. *Neuroimmunomodulation* 1995; 2: 174-180.
20. Keller MB, Boland RJ. Implication of failing to achieve successful long-term maintenance treatment of recurrent unipolar major depression. *Biological psychiatry*. 1998, 44: 348-360.
21. Keller MB, Lavori PW, Edicott j, Muller T, Coryell W, Hirschfield RM, Shee T. Time to recovery, Chronicity and levels of psychopathology in Major depression : A 5 years prospective follow up of 431 subjects. *Archive of general psychiatry*. 1992, 49:809-816.
22. Keller MB, Lavori PW, Lewis CE, Klerman GL. Predictors of relapse in major depressive disorder. *JAMA*. 1983;250: 3299-3304.
23. Kessler RC. The effect of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology*. 1997, 48:191-214.
24. Lee TMC, Chan CCH. Dose-response relationship of phototherapy for seasonal affective disorder: a meta analysis. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99: 315-323.
25. Melatin TK, Rytsala HJ, Leskela US, Lestela-Mielonen PS, Sokero TP, Isometsa ET. Severity and comorbidity predict episode duration and recurrence of DSM-IV major depressive disorder. *Journal of clinical Psychiatry*. 2004, 65(6):810-819.
26. Muller TI, Keller MB, Leon A, Solomon DA, Shee MT, Coryell W, Edicott J. Recovery after five years of unremitting major depressive disorder. *Archive of general psychiatry*. 1996, 53:794-799.

27. Mulrow CD, Williams JW Jr, Chiquette E, Aguilar C, Hitchcock-Noel P, Lee S, et al. Efficacy of newer medications for treating depression in primary care patients. *Am J Med*. 2000;108:54-64.
28. Murrey CJL, Lopez AD (editors). The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge MA: Harvard University Press. 1996.
29. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Mulrow CD, et al. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002;136:765-76.
30. Schulberg HC, Block MR, Madonia MJ, Scott CP, Lave JR, Rodriguez E, Coulehan JL. The “usual care” of major depression in primary care practice. *Arch Fam Med*. 1997;6(4):334-9.
31. Simon GE, VonKorff M. Recognition, management, and outcomes of depression in primary care. *Arch Fam Med*. 1995;4:99-105.
32. Singh NA, Clements KM, Singh MA. The efficacy of exercise as a long-term antidepressant in elderly subjects: a randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56A: M497-M504.
33. Spijker J, de Graaf R, Bijl RV, Beekman AT, Ormel J, Nolen WA. Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *British journal of Psychiatry*. 2002;181:208-213.
34. Thornicroft G, Sartorius N. The course and outcome of depression in different culture: 10-year follow up of the WHO collaborative study on the assessment of the depressive disorders. *Psychological medicine*. 1993, 23:1023-1032.
35. US Preventive Services Task Force. Screening for depression: recommendations and rationale. *Ann Intern Med* 2002;136:760-4.
36. Wells K, Stewart A, Hay RD. The functioning and well-being of depressed patients: results from the medical outcome study. *Journal of the American medical association*. 1989;262:914-919.
37. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med* 1997;12:439-45.

๓

รายนามคณะที่ปรึกษาและคณะทำงาน

คณะกรรมการปรับปรุงแนวทางการดูแล ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 ปี 2557

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 1. นายแพทย์จรณินทร์ กองสุข | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ |
| 2. นายแพทย์หวาน ศรีเรือนทอง | รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ |
| 3. นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ | รองผู้อำนวยการสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ |
| 4. นางวาสนา เหล่าคงธรรม | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ |
| 5. นางจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ |
| 6. นางสาวสุปราณี พิมพ์ตรา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ |
| 7. นางสาวพลับปลิง หาสุข | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ |
| 8. นายันทวัฒน์ โคตรเจริญ | นักวิชาการสถิติ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ |
| 9. นายวาที วันเพ็ญ | นักวิชาการสาธารณสุข (พกส.) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ |
| 10. นายอรรถกร วงศ์อนันต์ | นักวิชาการคอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ |
| 11. นายสมเกียรติ โพธิ์งาม | นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ |
| 12. นายสินชัย เจริญศรี | นักจัดการงานทั่วไป (พกส.) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ |
| 13. นางสาววงเดือน คนกล้า | นักวิชาการสาธารณสุข (พกส.) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ |
| 14. นายสมควร ประดา | นักจัดการงานทั่วไป (พกส.) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ |
| 15. นางสาวแก้วเฉลียว แพทย์เพียร | นักจัดการงานทั่วไป (พกส.) |