

Screening and identification risk factors of Depression in rural populations, Tumbol Maejadeemai Amphoe Wiang Pa Pao, Chiang Rai province

Abstract

*Sean Boonprasert, M.D.**

Aim of this research is to screening for the incidence of depression and to study for identified the risk factors of depression in Tumbol Maejadeemai, Amphoe Wiang Pa Pao, Chiang Rai province, that bring about to the means in prevention, treatment and concerned for rural people, who have risk factors of depression to reduced the incidence of suicide in the community. This study emphasized the community to understand how depressive problems important and to participated the process of data collection and to know the result after the end of study to establish changing and reducing the risk factors of depression

Research Methodology By the process of Cohort study, collected data from Tumbol Maejadeemai people from 1 October 2018 to 15 February 2019, analysis the data by Chi-Square test combined with Binary logistic regression, accepted p-value less than 0.05 for statistic significant and analyzed for Odds Ratio using 95% confidence interval not include 1 be regarded as statistic significant.

Result: 300 people were obtained from the study. 92 people were found to have depression. The incidence of depression of rural people in Tumbol Mae Jadee Mai, Amphoe Wiang Pa Pao is 30.7%, divided in mild depression 52 patients (17.33%), moderate depression 29 patients (9.67%) and severe depression 11 patients (3.67%). The risk factors of depression are the patients who have diabetes with hypertension and dyslipidemia (OR 6.25), The people who stay with the bed ridden patients (OR 6.63), family history of depression (OR 4.00), alcoholic drinking more than 5 times per week (OR 3.46), be unemployed (OR 3.38), using anxiolytics drugs (OR 2.74), have previous history of divorce (OR 2.17), smoking more than 10 packs year, transliteration (OR 1.78). The management after screening for depression, supportive symptomatic treatment 61 patients (19.7%), give a prescription of antidepressant 25 patients (8.3%), refer for Psychiatrist 32 patients (10.66%). 2 weeks after treatment, 57 patients were markedly improve (evaluated by TGDS scores).

Conclusion: Depression disease seem to be increased in incidence whether rural area or urban area. The most serious sequel is suicide that become negative impact on socioeconomic status of the country. In the end of study, we concluded that risk factors of depression in rural region such as Mae Jadee Mai is multi factorial disease that involved family factors such as

divorce, drugs abused and any addictive substance, common NCD diseases, socioeconomic factor such unemployment, genetic factors as family history, any factors can be prevented when the communities have strongly system to screening problem solution that improved quality of life of community in both organic and mental aspect as the slogan of mental health department “no health without mental health”

Keywords: risk factor of depression, suicide in rural region, screening of depression, community participation, TGDS score, primary secondary and tertiary prevention, no health without mental health.

**Department of preventive medicine, Chiangrai Prachanukroh Hospital, Chiang Rai province.*

การคัดกรองหาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้า ในชุมชน ตำบลแม่เจดีย์ใหม่ อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย

บทคัดย่อ

ซอน บุญประเสริฐ, พ.บ.*

วัตถุประสงค์ของงานวิจัยชิ้นนี้ เพื่อหาอุบัติการณ์ (Incidence) ของการเกิดภาวะซึมเศร้าในชุมชน ตำบลแม่เจดีย์ใหม่ อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย และเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในชุมชนอันจะนำไปสู่การหาแนวทางการป้องกัน รักษา และเฝ้าระวังในประชากร กลุ่มเสี่ยงเพื่อลดอุบัติการณ์ของการฆ่าตัวตายและเน้นให้ชุมชนเห็นความสำคัญของปัญหาโรคซึมเศร้าตลอดจน เข้ามามีส่วนร่วมในการเก็บข้อมูล รับทราบผลเมื่อการศึกษาสิ้นสุด เพื่อจะได้นำไปเปลี่ยนแปลงหรือลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

ระเบียบวิธีการวิจัยเป็นแบบ Cohort study เก็บรวบรวมข้อมูลของประชากรตำบลแม่เจดีย์ใหม่ อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 15 กุมภาพันธ์ 2562 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ Chi-square test ร่วมกับ Binary logistic Regression โดยยอมรับ P-value น้อยกว่า 0.05 วิเคราะห์ Odds-Ratio โดยใช้ 95% confidence interval ไม่ครอบคลุม 1 จึงจะถือว่ามีความสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยจากการเก็บรวบรวมข้อมูลได้จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 300 ราย อุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้า ที่พบในตำบลแม่เจดีย์ใหม่ อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย พบผู้มีภาวะซึมเศร้า 92 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.7 ภาวะซึมเศร้าที่พบแบ่งเป็นซึมเศร้าเล็กน้อย 52 ราย ซึมเศร้าปานกลาง 29 ราย และซึมเศร้ารุนแรง 11 ราย พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในชุมชน ได้แก่ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดัน และไขมัน ในเลือดสูง (OR 6.25) ในบ้านมีผู้ป่วยติดเตียง (OR 6.63) มีประวัติซึมเศร้าในครอบครัว (OR 4.00) ดื่มสุรามากกว่า 5 ครั้ง/ต่อสัปดาห์ (OR 3.46) อยู่ในภาวะตกงาน (OR 3.38) นอกจากนั้นยังพบว่า การใช้จ่ายคลาย กังวล (OR 2.74) มีประวัติการหย่าร้าง (OR 2.17) สูบบุหรี่มากกว่า 10 packs/year (OR 1.78) และเป็นม่าย (OR 1.46) ต่างก็เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าทั้งสิ้น การจัดการกับผู้ป่วยหลังการคัดกรองให้การรักษา ตามอาการ 61 ราย (ร้อยละ 19.7) ให้ยาต้านซึมเศร้า 25 ราย (ร้อยละ 8.3) ส่งพบจิตแพทย์ 32 ราย (ร้อยละ

10.66) การติดตามหลังจากการให้การรักษพบว่า ผู้ป่วยทั้งหมด 57 ราย มีอาการดีขึ้นหลังจากการรักษา 2 สัปดาห์

สรุปผลการวิจัยโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่พบได้บ่อยขึ้นโดยเฉพาะในสังคมชนบทเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายอันจะนำไปสู่ความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นอย่างมาก ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามักกล่าวโดยสรุปเป็นพหุปัจจัย ได้แก่ โรคทางกาย ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว ตลอดจนการใช้ยาและสารเสพติด ซึ่งโดยมากเป็นปัจจัยที่สามารถป้องกันได้หากชุมชนมีระบบการเฝ้าระวังรวมถึงการบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพครอบคลุมและเข้าถึงประชาชนได้อย่างแท้จริงจะสามารถลดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจและสังคมแก่ประเทศได้ ซึ่งการที่จะสัมฤทธิ์ผลดังกล่าวจำเป็นต้องใช้หลักการด้านเวชศาสตร์ป้องกันอันได้แก่ Primary prevention, Secondary prevention และ Tertiary prevention รวมถึงการให้ชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมการแก้ปัญหาอันจะนำไปสู่การทำให้คุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนได้ดีขึ้นทั้งร่างกายและจิตใจดังคำกล่าวของกรมสุขภาพจิตที่ว่า “No Health without Mental Health”

คำสำคัญ: ปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า, การฆ่าตัวตายในชุมชน, การคัดกรองภาวะซึมเศร้า, การมีส่วนร่วมของชุมชน, แบบคัดกรอง TGDS, การป้องกันปฏุนิยม ทุติยภูมิและตติยภูมิ, สุขภาพทางกายจะดีมิได้หากปราศจากสุขภาพดีทางใจ

**ภาควิชาเวชกรรมป้องกัน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย*

หลักการความเป็นมาและเหตุผล

จากการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของประเทศไทยปี 2546 โดยกรมสุขภาพจิตประมาณการว่าประชากรไทยอายุ 15-59 ปี จำนวน 1.2 ล้านคน เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า⁽¹⁾ ในจำนวนนี้ 871,700 คนป่วยเป็นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง (major depressive disorder) และ 321,300 คนป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymic disorder) สำหรับประเทศไทยเมื่อปี 2547 ได้มีการเปรียบเทียบการสูญเสียจากการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บ 135 ประเภทพบว่าโรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year, Daily) ในผู้หญิงไทยเป็นลำดับที่ 4 และลำดับที่ 10 ในชาย⁽¹⁾ การป่วยด้วยโรคซึมเศร้าทำให้เกิดการสูญเสียต่อตนเอง เช่น ปัญหาสุขภาพศักยภาพการทำงานบกพร่องคุณภาพชีวิตลดลงและยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวทางสังคมสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเสียไปเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งทางตรงด้านค่ารักษาพยาบาลและทางอ้อมจากความบกพร่อง

ในหน้าที่การงานและอาชีพเป็นโรคที่มีอัตราการตายสูงและการฆ่าตัวตายสำเร็จถึงร้อยละ 15⁽¹⁾ แม้ว่าหลักฐานในปัจจุบันเชื่อว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเป็นผลจากแนวโน้มทางพันธุกรรมและความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองร่วมกับปัจจัยด้านจิตสังคมและสิ่งแวดล้อม แต่ในประเทศไทยยังขาดการศึกษาองค์ความรู้พื้นฐานโดยเฉพาะด้านพันธุกรรม แม้ปัจจุบันจะมีระบบการเฝ้าระวังป้องกันรวมถึงระบบการบริการที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุมเข้าถึงประชาชนแต่โรคซึมเศร่ายังเป็นโรคที่เป็นภัยเงียบที่สร้างความสูญเสียให้แก่ประเทศทั้งทางด้านเศรษฐกิจสังคมเป็นอย่างมากการคัดกรองภาวะซึมเศร้าให้ได้แต่แรกการรักษาโดยไม่เน้นซ้ำและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังการรักษาถ้ากระทำโดยการวางแผนทางยุทธศาสตร์การบริหารจัดการที่เหมาะสมโดยอาศัยหลักการด้านเวชศาสตร์ป้องกันอันได้แก่ primary prevention, secondary prevention, และ tertiary prevention จะทำให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้นเป็นการช่วยชาติ

ประหยัดงบประมาณในการรักษาพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยอีกทั้งยังทำให้ผู้ที่อยู่ในวัยทำงานสามารถทำงานต่อไปได้โดยไม่สูญเสียหน้าที่อันเป็นการช่วยเหลือประเทศชาติทางอ้อม

ปัจจุบันภาวะซึมเศร้าพบมากขึ้นอาจเป็นจากสภาพแวดล้อมและการแข่งขันทางสังคมสูง⁽²⁾ ทำให้คนไทยมีความเครียดสะสมมากขึ้นอันเนื่องมาจากสภาพสังคมวัฒนธรรมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงอย่างมากในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมาจากการสำรวจอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าเมื่อปี 2548 โดยเน้นอุบัติการณ์ทั้งประเทศ พบว่าอยู่ที่ 17.5%⁽²⁾ สาเหตุของภาวะซึมเศร้าเป็นพหุปัจจัยทั้งทางกายภาพ เช่นจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง ได้แก่ norepinephrine, serotonin (5-HT), และ dopamine (DA)⁽²⁾ ซึ่งยังไม่มีข้อสรุปที่แน่นอน แต่การใช้ยาที่เพิ่มสารเคมีดังกล่าวในสมองทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้าอาการดีขึ้นอีกสมมุติฐานหนึ่งเป็นปัจจัยที่เกิดจากจิตสังคมสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย⁽³⁾ ซึ่งมีผู้ทำการศึกษาไว้มากมายงานวิจัยชิ้นนี้เป็นการศึกษาในชุมชนแห่งหนึ่งเพื่อหาปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมภายใต้หลักความคิดที่ว่าปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมใดบ้างก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยให้ชุมชนเป็นผู้เห็นความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมในการศึกษาและปัจจัยของชุมชนจะแตกต่างหรือคล้ายคลึงกับชุมชนเมืองอย่างไรบ้าง

ตำบลแม่เจดีย์ใหม่ ตั้งอยู่ในเขตปกครองของอำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย มีเนื้อที่ 158 ตารางกิโลเมตรหรือประมาณ 112,500 ไร่ มีภูมิประเทศส่วนใหญ่เป็นภูเขาซึ่งคิดเป็นร้อยละ 78 จำนวนประชากรในเขต อบต. 9,694 คน และจำนวนหลังคาเรือน 3,086 หลังคาเรือน อาชีพหลักส่วนใหญ่ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรมร้อยละ 90 อาชีพรับจ้างร้อยละ 5 อาชีพค้าขายและรับราชการร้อยละ 5 ของประชากรในพื้นที่เป็นชุมชนที่มีความสำคัญในด้านการท่องเที่ยวเกษตรกรรมและอุตสาหกรรมของจังหวัดเชียงราย ประชากร

มีอาชีพหลักคือเกษตรกรรมโดยปลูกพืชเศรษฐกิจ เช่น ลำไย ลิ้นจี่ ถั่วแระญี่ปุ่น เป็นสังคมพหุวัฒนธรรมประกอบด้วยประชากรท้องถิ่นที่เป็นไทยแท้ๆ และประชากรที่มีเชื้อสายชาวเขา เช่น ไทยใหญ่ลื้อ แม้ว เป็นต้น⁽⁵⁾ เป็นพื้นที่ที่มีการฆ่าตัวตายสูงเป็นอันดับต้นๆ ของจังหวัดเชียงรายโดยสถิติในรอบ 5 ปี ที่ผ่านมาตั้งแต่ปี 2556 ถึงปี 2561 มีการฆ่าตัวตายถึง 24 ครั้งประสบความสำเร็จในการฆ่าตัวตาย 14 ครั้งเฉลี่ยปีละ 2 ราย⁽⁶⁾ โดยวิธีการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ใช้วิธีแขวนคอและกินยาฆ่าแมลง เนื่องจากสาเหตุของการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มาจากภาวะซึมเศร้า ผู้นิพนธ์จึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่าเพราะเหตุใดชุมชนนี้จึงมีอัตราการฆ่าตัวตายที่สูงเพื่อที่จะได้แก้ไข ป้องกันและรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าในชุมชนแต่เนิ่นๆ เพื่อลดภาวะการสูญเสียให้น้อยลงซึ่งตรงกับหลักคิดของเวชศาสตร์ป้องกันแขนงสุขภาพจิตชุมชน คือ early detection, early treatment และ rehabilitation⁽⁷⁾ วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อหาอุบัติการณ์ (incidence) ของการเกิดภาวะซึมเศร้าในชุมชนตำบลแม่เจดีย์ใหม่ อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อหาว่าปัจจัยใดบ้างทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าในตำบลแม่เจดีย์ใหม่ อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย เพื่อจะได้หาแนวทางป้องกันรักษาและเฝ้าระวังในประชากรกลุ่มเสี่ยงเพื่อลดอุบัติการณ์ของการฆ่าตัวตาย
3. ให้ชุมชนเห็นความสำคัญของปัญหาและเข้ามามีส่วนร่วมในการเก็บข้อมูลและรับทราบผลการศึกษาเพื่อจะได้นำไปเปลี่ยนแปลงหรือลดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า

ระเบียบวิธีการวิจัย (research methodology)
เป็นการวิจัยแบบ Cohort study เก็บรวบรวมข้อมูลของประชากรในตำบลแม่เจดีย์ใหม่

อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย โดยใช้แบบคัดกรองผู้ป่วยซึมเศร้า ที่เหมาะสมเก็บข้อมูล ตั้งแต่ตุลาคม 2561-กุมภาพันธ์ 2562 โดยมีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 300 ราย โดยมีลักษณะของผู้ที่จะเข้าร่วมในการศึกษาดังต่อไปนี้

Inclusion criteria

1. อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป
2. มีภูมิลำเนาตามจริงอยู่ที่ตำบลแม่เจดีย์ใหม่ อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย ในช่วงเวลาเก็บข้อมูล
3. มีความสามารถในการฟังและโต้ตอบ ผู้ให้สัมภาษณ์ได้หรืออ่านออกเขียนไทยได้
4. ได้รับการชี้แจงจากทีมผู้วิจัยจนมีความเข้าใจและเต็มใจร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
5. ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า หรือโรคทางจิตเวชใดๆ มาก่อน

Exclusion criteria

- 1.ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือโรคทางจิตเวชอื่นอยู่แล้ว
 2. อายุน้อยกว่า 15 ปี ซึ่งยังถือว่าไม่มีวุฒิภาวะที่จะตัดสินใจได้
 3. ไม่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้หรือฟังและโต้ตอบผู้ให้สัมภาษณ์ได้
 4. ไม่ได้มีภูมิลำเนาจริงที่ตำบลแม่เจดีย์ใหม่ อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย
 5. ได้รับคำชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูลแล้วปฏิเสธในการร่วมมือตอบแบบสอบถาม
- การเก็บข้อมูลใช้แบบสำรวจข้อมูล TGDS (Thai Geriatric Depressive Score) ที่ออกแบบโดยแพทย์หญิงอรพรรณ ทองแดง⁽⁷⁾ และคณะภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มี sensitivity 82.14 และ specificity 97.56 การเก็บใช้หลักการให้ชุมชนมีส่วนร่วมโดยใช้บุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครในชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ครู นักเรียน เจ้าอาวาส อสม. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จิตอาสาและ

อื่นๆ ใช้เวลาการเก็บข้อมูล 4 เดือน คือ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 15 กุมภาพันธ์ 2562 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ Chi-Square test ร่วมกับ Binary logistic regression โดยยอมรับ p-value ที่น้อยกว่า 0.05, หา Odds Ratio โดยใช้ 95% confidence interval ไม่ครอบคลุม 1 จึงจะถือว่ามีความสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม SPSS version 20

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

$$N = (Z \alpha / d)^2 P(1-P) / d^2$$

เมื่อกำหนดให้

N = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณ

P = ค่าประมาณของ prevalence ของภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย

d = allowable error

Z = ค่ามาตรฐานจากตาราง standard normal distribution ตามลำดับความเชื่อมั่น confidence interval

Prevalence of depression = 17.5% (national)

แทนค่าในสูตรจากสมการ

$$n = (Z \alpha / d)^2 P(1-P) / d^2$$

โดย p = 0.175

$$(Z \alpha)^2 = 1.96 \times 1.96$$

$$1-P = 1-0.175 = 0.825$$

d เป็น allowable error กำหนดให้มีค่าเท่ากับ 5%

$$\begin{aligned} N &= (1.96) \times (1.96) (0.175) (0.825) / \\ &(0.05) (0.05) \\ &= 3.841 \times 0.175 \times 0.825 / 0.0025 \\ &= 221.81 \end{aligned}$$

ดังนั้นต้องใช้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 222 ราย ในการทำวิจัยนี้จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างตามหลักความน่าจะเป็น (equal probability Sampling) โดยวิธีการสุ่มแบบง่ายด้วยวิธีการจับฉลากตามจำนวนหมู่บ้านและสัดส่วนการอาศัยซึ่งตำบลแม่เจดีย์ใหม่ สุ่มเลือกมาได้ 5 หมู่ คือ หมู่ 4 หมู่ 7

หมู่ 6 หมู่ 9 และ หมู่ 13 จากจำนวนหมู่บ้านทั้งหมด 14 หมู่บ้าน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2561 จนถึงกลางเดือนกุมภาพันธ์ 2562

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับ อนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เลขที่ ชร.0032.102/วิจัย/520 ลงวันที่ 22 ตุลาคม 2561

ผลการประเมิน

1. การแปลผลคนปกติคะแนน 0-12 คะแนน
2. ผู้มีความเศร้าเล็กน้อย (mild depression) 13-18 คะแนน
3. ผู้มีความเศร้าปานกลาง (moderate depression) 19-24 คะแนน

ผลการทดลอง

ตาราง 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่ทำการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ	p-value	จำนวนที่พบ ภาวะซึมเศร้า
เพศ			0.34	
ชาย	148	49.33		37
หญิง	150	50		55
เพศที่ 3	2	0.67		0
อายุ			0.03	
15-20 ปี	8	2.67		7
21-30 ปี	48	16		6
31-40 ปี	53	17.67		11
41-50 ปี	64	21.33		27
51-60 ปี	67	22.33		21
มากกว่า 60 ปี	60	20		20

4. ผู้มีความเศร้ารุนแรง (severe depression) 25-30 คะแนน

5. คะแนนไม่เกิน 12 ผู้ถูกคัดกรองจะได้รับการแจ้งผลและแผนพบที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

6. คะแนน 13-18 คะแนนผู้ป่วยจะได้รับการแจ้งผลการประเมินและให้ไปประเมินซ้ำภายในสอง สัปดาห์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่เจดีย์ใหม่ ถ้ายังมีอาการซึมเศร้าจะได้รับการรักษาในเบื้องต้นตามเหตุ ปัจจัยที่เหมาะสม

7. คะแนน 19 คะแนนขึ้นไปผู้ป่วยจะแจ้งผลการประเมินและมอบแบบฟอร์มการประเมินให้ไปพบแพทย์หรือนักจิตวิทยาที่โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสม

ตาราง 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่ทำการศึกษา (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ	p-value	จำนวนที่พบ ภาวะซึมเศร้า
โรคประจำตัว			0.00	
(ตอบได้มากกว่า 1 โรค) n=165				
เบาหวาน	90	54.5		13
ความดันโลหิตสูง	132	80		25
เบาหวานและความดัน	85	51.5		11
เบาหวานร่วมกับความดันและไขมัน	65	39.4		49
ไขมันในเลือดสูง	101	61.2		16
หลอดเลือดสมอง	42	14		9
โรคไตวายเรื้อรัง	11	6.7		2
ติดเชื้อเรื้อรัง	65	39.3		21
อื่นๆ	22	18.6		1
การใช้ยาและสารเสพติด				
สุรา (ดื่มในลักษณะเสพติด)	90	30		0
นานๆ ครั้ง (1 ครั้ง/เดือน)	4	1.33		0
เป็นบางครั้ง (1 ครั้ง/สัปดาห์)	26	8.67		42
เป็นประจำ (5 ครั้ง/สัปดาห์)	48	16		0
บุหรี่ (สูบเป็นประจำ)	69	23		50
สูบน้อยกว่า 10 packs year	18	6		0
สูบมากกว่า 10 packs year	45	15		0
ยารักษาโรคประจำตัว			0.021	
ไม่มียาที่ใช้ประจำ	170	56.67		38
มียาที่ใช้ประจำ 1-3 รายการ	72	24		18
มียาที่ใช้ประจำมากกว่า 3 รายการ	32	10.67		23
ยาคลายกังวล	14	4.67		12
ยานอนหลับ	4	1.33		1
ยาเมทแอมเฟตามีนและยาเสพติดประเภทอื่น เช่น	8	2.66		0
ยาไอซ์ ยาอี กัญชา ใบกระท่อม				

ตาราง 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่ทำการศึกษา (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ	p-value	จำนวนที่พบ ภาวะซึมเศร้า
สถานะภาพสมรส			0.02	
โสด	56	18.67		12
สมรส	188	62.67		34
หม้าย	45	15		31
หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่	11	3.66		15
ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว			0.03	
มี	56	18.67		6
ไม่มี	244	81.33		86
การสูญเสียบุคคลที่รักในครอบครัวภายใน 3 ปี			<0.05	
มี	42	14		6
ไม่มี	258	86		86
การมีบุตร			0.52	
มี	144	48		39
ไม่มี	156	52		53
ในบ้านมีผู้ป่วยติดเตียง			P<0.05	
มี	36	12		19
ไม่มี	264	88		73
การใช้เวลานอนต่อวัน			0.04	
มากกว่า 6-8 ชั่วโมง	267	89		53
น้อยกว่า 6 ชั่วโมง	33	11		39
สถานะการทำงานภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา			P<0.05	
มีงานทำ	281	93.67		45
ไม่มีงานทำ	19	6.33		47
ระดับการศึกษา			0.63	
ต่ำกว่าปริญญาตรี	129	43		29
ปริญญาตรี	96	32		37
สูงกว่าปริญญาตรี	75	25		26
สถานะการเป็นครอบครัว			0.23	
ไม่ได้อยู่กับบิดามารดาแต่เด็ก	17	5.67		16
อยู่กับมารดาบิดาแยกกันอยู่	21	7		20
อยู่กับบิดามารดาแยกกันอยู่	4	1.33		13
อยู่กับบิดามารดา	258	86		43

ตาราง 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่ทำการศึกษา (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ	p-value	จำนวนที่พบ ภาวะซึมเศร้า
คนในครอบครัวมีประวัติโรคสมองเสื่อม			0.34	
มี	18	6		6
ไม่มี	282	94		86

ตาราง 2 ลักษณะของผู้ป่วยภายหลังการศึกษา

ลักษณะของผู้ป่วยหลังการคัดกรอง	จำนวน/คะแนน	ร้อยละ
คะแนนซึมเศร้า		
ชาย	8.63	8.55
หญิง	8.45	(เฉลี่ยใน 2 เพศ)
ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า		
ปกติ (normal)	208	69.33
เล็กน้อย (mild)	52	17.33
ปานกลาง (moderate)	29	9.67
รุนแรง (severe)	11	3.67
การจัดการกับผู้ป่วยหลังการคัดกรอง		
ให้คำแนะนำ (advice)	208	67.1
รักษาตามอาการ (supportive symptomatic)	61	19.7
ให้ยาต้านซึมเศร้า	25	8.3
ส่งพบจิตแพทย์	32	10.66
การได้มาของข้อมูล		
สัมภาษณ์โดยบุคลากรทางการแพทย์	84	28
ผู้ป่วยกรอกข้อมูลเอง	198	66
ญาติ/เพื่อนบ้านช่วยกรอกข้อมูล	18	6

ตาราง 3 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าในชุมชน

Risk factor	Odds Ratio	95% confidence interval	P-value
DM with HT with DLP	6.25	3.65 - 10.72	0.00
ดื่มสุรามากกว่า 5 ครั้ง/สัปดาห์	3.46	2.21 - 5.41	0.00
มีประวัติการหย่าร้าง	2.17	1.54 - 3.04	0.00
มีประวัติซึมเศร้าในครอบครัว	4.00	2.66 - 16.52	0.021
หม้าย	1.46	1.06 - 2.00	0.00
ใช้ยาคลายกังวล	2.74	2.42 - 4.29	0.02
สูบบุหรี่มากกว่า 10 packs year	1.78	1.16 - 2.78	0.002
ในบ้านมีผู้ป่วยติดเตียง	6.63	2.66 - 16.52	0.031
ตกงาน	3.38	2.54 - 6.09	0.03

ผลการศึกษา

จากการศึกษาลักษณะทั่วไปของข้อมูลที่เก็บรวบรวมตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561-กุมภาพันธ์ 2562 ได้ผู้ป่วยทั้งสิ้น 300 ราย อับัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าที่พบในตำบลแม่เจดีย์ใหม่ พบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมด 92 ราย คิดเป็น 30.7% ภาวะซึมเศร้าที่พบแบ่งเป็นซึมเศร้าเล็กน้อย (mild depression) 52 ราย ซึมเศร้าปานกลาง (moderate depression) 29 ราย และซึมเศร้ารุนแรง (severe depression) 11 ราย จากข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยพบกลุ่มประชากรมีจำนวนเพศใกล้เคียงกัน คือ ชาย 148 คน (49.33%) หญิง 150 คน (50%) เพศที่สาม 2 คน (0.67%) ชายและหญิงมีระดับคะแนนซึมเศร้าใกล้เคียงกัน คือ ชาย 8.63, หญิง 8.45 ค่าคะแนนเฉลี่ยของทั้งสองเพศอยู่ที่ 8.55 (จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน) ช่วงอายุที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 41-50 ปี 27 คน (29.3%), 51-60 ปี 21 คน (22.8%) และมากกว่า 60 ปี 20 คน (21.7%) ดังแสดงในตารางที่ 1 เป็นที่น่าสังเกต คือ ภาวะซึมเศร้าจะพบได้ทุกช่วงอายุและจะมีแนวโน้มสูงขึ้นตั้งแต่อายุ 41 ปีขึ้นไป ส่วนโรค NCD ที่ได้จากการเก็บข้อมูลพบโรค 5 อันดับแรก

ได้แก่ ความดันโลหิตสูง 132 คน (80%), ไขมันในเลือดสูง 101 คน (61.2%), เบาหวาน 90 คน (54.5%), ติดสุราเรื้อรัง 65 ราย (39.3%) หลอดเลือดสมอง 42 ราย (14%) และโรคอื่นๆ ที่พบ เช่น ทืดหอบ พร่องไทรอยด์ฮอร์โมน สะเก็ดเงิน ถุงลมโป่งพอง และอื่นๆ 22 ราย (18.6%) พบว่าผู้ป่วย 61.2% มากกว่า 50% มีโรคตั้งแต่สองโรคร่วมกันขึ้นไป ผู้ป่วย 65 ราย (39.4%) มีโรคร่วมกันถึงสามโรค คือ เบาหวาน ความดันและไขมันในเลือดสูง ในเรื่องของ การใช้ยาและสารเสพติด การดื่มสุรายังเป็นปัญหาที่เจอบ่อยที่สุดมักเป็นการดื่มแบบอันตราย คือ มากกว่า 5 ครั้งต่อสัปดาห์ พบ 48 ราย (16%) พบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ 42 ราย การสูบบุหรี่ยังเป็นปัญหาที่พบมาก แม้ปัจจุบันจะมีมาตรการทางสังคมมาเพื่อจำกัดจำนวนผู้สูบบุหรี่ เช่น ขึ้นราคาบุหรี่ พบว่าการสูบบุหรี่ที่มากกว่า 10 packs year 45 ราย (15%) ซึ่งพบผู้ป่วยซึมเศร้าในคนที่สูบบุหรี่ถึง 50 ราย การใช้ยารักษาโรคประจำตัวพบว่าผู้ป่วยที่ใชยามากกว่าสามตัวขึ้นไปมี 32 ราย (10.67%) พบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้สูงถึง 23 ราย ยาคลายเครียดก็เป็นยาที่พบว่า มีภาวะซึมเศร้าในผู้ที่ใช้ยากลุ่มนี้สูง คือ 12 ราย จาก

ผู้ช้ยา 14 ราย (4.67%) ส่วนยาเสพติดประเภทอื่น เช่น กลุ่มเมทแอมเฟตามีนและยาเสพติดอื่นๆ ข้อมูลมีน้อยเกินกว่าที่จะสรุปได้ จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ทางสถิติโดยใช้ Binary regression พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันและไขมันในเลือดสูงมีความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้า (Odds ratio = 6.25, โดยมี 95% Confidence interval 3.65-10.72, p-value<0.05) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ดื่มสุรามากกว่า 5 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไปมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าคนทั่วไป (Odds Ratio = 3.46, 95% confidence interval 2.21-5.41, p-value<0.05) และการสูบบุหรี่ตั้งแต่ 10 packs year เป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Odds ratio 1.78, 95% confidence interval 1.16-2.78, p-value = 0.02) การใช้ยาคลายกังวลพบว่าผู้ป่วยในชุมชนที่ใช้ยาคลายกังวล 14 ราย มีภาวะซึมเศร้าถึง 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.71 จากการวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงทางสถิติพบว่า เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญ (Odds ratio 2.74, 95% confidence interval 2.42-4.29, p-value=0.02)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัญหาสุขภาพของครอบครัวก็เป็นปัจจัยทางจิตและสังคมที่สำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาโรคทางจิตเวช⁽⁸⁾ เช่น พบว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพโสด⁽⁹⁾ เป็นหม้ายหรือหย่าร้างจะมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ที่อยู่ในสถานภาพสมรส⁽⁹⁾ ผู้ที่มีประวัติซึมเศร้าในครอบครัวหรือมีประวัติโรคสมองเสื่อมใน 3 ช่วงอายุคน⁽⁹⁾ การไม่มีบุตร⁽¹⁰⁾ การที่ต้องดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน นอกจากนั้นพฤติกรรมส่วนบุคคล เช่น การมีลักษณะบุคลิกภาพแบบ personality type A⁽¹⁰⁾ การเป็นคนชอบย้ำคิดย้ำทำ (obsessive compulsive)⁽¹¹⁾ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าคนทั่วไป ในการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าพบว่า ปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น การใช้เวลานอนน้อยกว่า

ปกติเป็นเวลานาน การตกงาน หรือมีการศึกษาต่ำ⁽¹¹⁾ ล้วนอาจเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ทั้งสิ้นจากการสำรวจข้อมูลของตำบลแม่เจดีย์ใหม่ อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย พบว่าสิ่งที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าอื่นๆ ได้แก่ การหย่าร้าง (Odds Ratio 2.17, 95% confidence interval 1.54-3.04, p-value<0.05) การเป็นหม้ายที่เกิดจากการเสียชีวิตของคู่สมรส (Odds Ratio 1.46, 95% confidence interval 1.06-2.00) การมีคนในครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า (Odds Ratio 4.00, 95% confidence interval 2.66-16.52, p-value = 0.021) ในบ้านมีผู้ป่วยนอนติดเตียง (Odds Ratio 6.63, 95% confidence interval 2.66-16.52, p-value = 0.031) ตกงาน (Odds Ratio 3.38, 95% confidence interval 2.54-6.09, p-value = 0.03) เป็นที่น่าสังเกตว่าการสูญเสียบุคคลในครอบครัวภายใน 3 ปี การนอนน้อยกว่า 6 ชั่วโมงระดับของการศึกษา ครอบครัวที่แตกแยกเนื่องจากบิดามารดาแยกทางกันแต่เด็กและความเสี่ยงของการที่คนในครอบครัวเป็นโรคสมองเสื่อม ไม่พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า ในชุมชนที่ศึกษาภายหลังจากการศึกษามีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามอาการ (supportive symptomatic) 61 ราย ได้รับยาต้านซึมเศร้า 25 ราย และส่งพบจิตแพทย์ 32 ราย

อภิปรายผลการทดลอง

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่พบได้มากขึ้นในปัจจุบัน และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในอนาคต เนื่องจากต่อไปประเทศไทยจะเข้าสู่ยุคสังคมของผู้สูงอายุ⁽¹²⁾ ดังนั้นปัจจัยต่างๆ เช่น โรค NCD การใช้ยา การเป็นหม้าย การมีผู้ป่วยติดเตียง ก็จะมีมากขึ้นตามไปด้วย ประโยชน์ที่ได้จากงานวิจัยชิ้นนี้มีดังต่อไปนี้

1. การเลือกเครื่องมือคัดกรองที่เหมาะสมมีความสำคัญในการวิจัยที่ต้องการให้ชุมชนมา

มีส่วนร่วม เครื่องมือที่ใช้ต้องใช้ง่ายมีความชัดเจน ไม่สร้างความสับสนหรือกำกวมในการตีความ เครื่องมือที่ใช้ได้ดีในที่หนึ่งอาจใช้ไม่สะดวก ในอีกที่หนึ่ง การใช้เครื่องมือคัดกรองครั้งแรกผู้นิพนธ์ ใช้แบบคัดกรองแบบสอบถามแบบ 2Q และ 9Q⁽¹³⁾ พบว่ามีความเหมาะสมสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ เช่น อสม. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ แต่ไม่เหมาะสมสำหรับชาวบ้านทั่วไป เนื่องจากใช้ยากมีความคลาดเคลื่อนสูง โดยเฉพาะสองคำถามแรกคือ ในสองสัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้าหรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่ และคำถามที่สอง ในสองสัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ท่านรู้สึก เบื่อทำอะไรไม่เพลิดเพลินหรือไม่ ผู้นิพนธ์คิดว่า เป็นคำถามที่เฉพาะเจาะจงเกินไป คนต่างๆ ไปอาจมีความรู้สึกลำบากใจที่จะยอมรับว่าตนเองมีอาการ หดหู่หรือไม่สบายใจ ประเด็นต่อไป คือ ภาวะ ซึมเศร้าในผู้สูงอายุก็มีอาการที่เรียกว่า Neuro-vegetative⁽¹⁴⁾ ร่วมด้วยเสมอและเกิดได้กับอวัยวะทุกระบบที่พบบ่อย เช่น รับประทานอาหารไม่ค่อยได้นอนไม่หลับ น้ำหนักลด ปากแห้ง ปวดท้อง ท้องอืด ท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก ปวดเมื่อยตามตัว หมดความรู้สึทางเพศ ผู้ป่วยทุกรายจะกังวลอยู่กับอาการ เหล่านี้มาก และคิดว่าเป็นโรคทางกายเวลาตอบแบบสอบถามจะไม่ตอบว่ามีความเศร้าหรือหดหู่เลย ลักษณะดังกล่าวเรียกว่า masked Depression⁽¹⁵⁾ หรือความเศร้าที่ถูกปิดบังและพบบ่อย โรคซึมเศร้า โดยเฉพาะในผู้สูงอายุมีอาการแสดงออกไปในทางกายมากกว่าจิตใจ⁽¹⁶⁾ เช่น อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร แขนงหน้าอก อึดแน่นท้อง เป็นต้น ซึ่งแท้จริงมีสมมุติฐานมาจากการมีภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยบางรายอาจตอบคำถามว่าไม่มีอาการทั้งสองข้อก็ได้ซึ่งเป็นการตอบที่เป็น false negative ทำให้เรา miss diagnosis โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เป็น ผู้สูงอายุหรือชาวบ้านในชุมชนที่มีการศึกษาไม่มากนัก อาจมีปัญหาเกี่ยวกับการทำความเข้าใจหรือไม่เข้าใจ

อย่างลึกซึ้งกับคำว่าท้อแท้สิ้นหวัง ไม่เพลิดเพลิน คำว่าหดหู่ (anhedonia) ในผู้ป่วยซึมเศร้าบางราย อาจมีอาการทาง positive ก็ได้⁽²⁴⁾ เช่น หงุดหงิดง่าย ก้าวร้าวมากกว่าปกติ เป็นต้น ประเด็นต่อมาคือ ในคำถาม 9Q การให้คะแนนมีลักษณะเป็น nominal scale คือ ไม่มีเลย เป็นบางวัน (1-7), เป็นบ่อย (>7 วัน), เป็นทุกวันการนำไปใช้จริงปัญหา คือ ชาวบ้านต้องคิดนาน เพราะจำไม่ได้ ดังนั้นการใช้แบบทดสอบ แบบคำถาม 2Q และ 9Q ในพื้นที่ที่เป็น ชุมชนแบบชนบทจริงๆ อาจทำให้เราประเมินผิดพลาด ทั้งผู้ที่เป็นโรคกับความรุนแรงของโรค ตรงกันข้ามกับการใช้แบบ TGDS หรือ Thai Geriatric Depressive Score ถึงแม้จะมีคำถามถึง 30 ข้อ แต่เป็นคำถามง่ายๆ ที่ตอบโดยไม่ต้องใช้ความคิดมาก อีกทั้งยังเป็นคำถามที่ตอบแค่เพียงว่า ใช่หรือไม่ใช่ เช่น คำถามในข้อที่ 17, 18, 19⁽¹⁷⁾ คุณรู้สึกชีวิตไม่ค่อยมีคุณค่า คุณรู้สึกกังวลมากกับชีวิตที่ผ่านมาหรือคุณรู้สึกว่า ชีวิตนี้ยังมีเรื่องน่าสนุกอีกมาก จะเห็นว่าเมื่อเทียบกับคำถามแบบ 2Q และ 9Q แล้วตอบง่ายกว่ากันมาก ไม่ต้องมาคิดว่าไม่เคยเป็น เป็นบางวัน เป็นบ่อยหรือเป็นทุกวัน ในความเห็นของผู้นิพนธ์แบบคัดกรองแบบ TGDS มีความสะดวกในการใช้ในชุมชนมากกว่า โดยเฉพาะกรณีที่ให้ชุมชนเป็นผู้เก็บข้อมูลเอง

2. อุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าในตำบลแม่เจดีย์ใหม่ มี incidence ถึงร้อยละ 30.7 ถือว่าสูงกว่าปกติมาก แต่ก็สอดคล้องกับข้อมูลที่กล่าวไว้ในเบื้องต้นว่า เป็นพื้นที่ที่มีการฆ่าตัวตายมากที่สุดของจังหวัดเชียงราย อีกทั้งเครื่องมือที่ใช้คัดกรองมี specificity สูงถึง 97.56% ดังนั้นจึงน่าจะพอเชื่อถือได้ในระดับหนึ่ง ผู้นิพนธ์เชื่อว่าถ้าเปลี่ยนเครื่องมือที่ใช้คัดกรองหรือใช้ผู้คัดกรองที่เป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขทั้งหมดตัวเลขของอุบัติการณ์ก็ไม่ต่างจากนี้มากนัก

3. ภาวะซึมเศร้าจากการสำรวจในชุมชนพบได้ทุกกลุ่มอายุ กลุ่มอายุที่พบมาก คือ 41-50 ปี 51-60 ปี และมากกว่า 60 ปีขึ้นไป แต่ที่น่าสนใจ

คือ ช่วงอายุ 21-30 ปี พบถึง 6 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 6.52 ซึ่งเป็นภาวะซึมเศร้าที่พบได้ในคนอายุน้อยจึงน่าจะมีการศึกษาต่อไปว่าเหตุใดในชุมชนแม่เจดีย์ใหม่ จึงเกิดภาวะซึมเศร้าในคนอายุน้อย เพราะการฆ่าตัวตายมักเป็นผู้มีอายุน้อยทั้งสิ้น ส่วนภาวะซึมเศร้าที่พบมากขึ้นในช่วงอายุตั้งแต่ 41 ปีขึ้นไปจนถึง 60 ปีมากน่าจะเพราะปัจจัยด้านสุขภาพของผู้ป่วย เช่น โรคในกลุ่ม NCD ที่พบบ่อยในช่วงอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป เช่น DM, HT จากการสำรวจข้อมูลในประชากรไทยผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีโรค NCD ร้อยละ 33.3⁽¹⁸⁾ หรือหนึ่งในสาม ดังนั้นความรู้ที่ได้จากการศึกษาในชุมชนครั้งนี้เป็นสิ่งที่บอกเราว่าในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ควรได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในทุก visit ที่มาพบแพทย์ ผู้ที่มีโรคตั้งแต่สามโรคขึ้นไปยังมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่าการมี early diagnosis และ early treatment น่าจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นและที่น่ายินดีคือ อาจทำให้โรค NCD ที่ผู้ป่วยเป็นอยู่มีผลการรักษาที่ดีขึ้นก็ได้ เช่น ควบคุมเบาหวาน ความดันหรือไขมัน ได้ดีขึ้น ในประเด็นนี้ยังคงต้องทำการศึกษาต่อไป จนกว่าจะได้ข้อสรุปที่ชัดเจนแต่จะมีประโยชน์มาก

4. ครอบครัวยังเป็นสิ่งสำคัญมาก ๆ ในการมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคซึมเศร้า⁽¹⁸⁾ จะเห็นว่าการปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามีสมมุติฐานมาจากปัญหาในครอบครัวทั้งสิ้น เช่น ในการศึกษาในชุมชนแม่เจดีย์ใหม่ risk factor ที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว ได้แก่ มีประวัติการหย่าร้าง (OR 2.17) มีประวัติซึมเศร้าในครอบครัว (OR 4.00) เป็นหม้าย (OR 1.46) ในบ้านมีผู้ป่วยติดเตียง (OR 6.63) ดังนั้นในการดูแลครอบครัวที่มีลักษณะแบบ multidisciplinary และ holistic care⁽¹⁹⁾ ของทีมเยี่ยมบ้านแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว น่าจะต้องให้ความสนใจในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าให้มากขึ้นในครอบครัวที่มีปัญหาโดยเฉพาะในบ้านที่มีผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งนับวันจะมีผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้นเรื่อยๆ

การแก้ปัญหาในอนาคต อาจต้องใช้วิธีแก้ปัญหาคล้ายกับในเมืองใหญ่โดยการจัดตั้ง home nursing care⁽¹⁹⁾ เพื่อดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในชุมชนโดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพ ช่วยดูแลโดยใช้งบประมาณขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น จะช่วยลดภาระของ caregiver ไปได้มากและที่สำคัญคือลดความเสี่ยงต่อการเป็นซึมเศร้า

5. การใช้ยาและสารเสพติด ปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์แบบเป็นอันตรายและการสูบบุหรี่นอกจากจะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงเป็นสารก่อมะเร็งในระบบต่างๆ ของร่างกายเกือบทุกระบบแล้วยังเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าที่สำคัญอีกด้วย (OR 3.46) ในแอลกอฮอล์และ (OR 1.78) ในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มากกว่า 10 packs year การรณรงค์ให้คนในชุมชนเห็นโทษภัยของบุหรี่และแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะคนรุ่นใหม่ มีความสำคัญมาก ปัจจุบันพบว่าการใช้สารเสพติดประเภทบุหรี่และแอลกอฮอล์พบในคนที่มีอายุเฉลี่ยน้อยลง⁽¹⁹⁾ การคัดกรองหาผู้ที่ติดบุหรี่และแอลกอฮอล์ จึงเป็นสิ่งที่ควรกระทำอย่างยิ่ง ยาเสพติดชนิดอื่นๆ เช่น กลุ่ม amphetamine ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ ผู้นิพนธ์คิดว่า ยังเชื่อถือไม่ได้มากนักเนื่องจากเป็นข้อมูลจากคนที่เคยเสพและได้รับการบำบัดจนหายดีแล้ว ดังนั้นข้อมูลที่ได้จึงไม่อาจเป็นตัวแทนของกลุ่มผู้ป่วยที่เสพยาแล้วมีอาการซึมเศร้าได้จริง เนื่องจากข้อจำกัดบางประการ เช่น ผู้ป่วยไม่ต้องการเปิดเผยตนเองว่า ตนเองเคยเสพยาหรือกำลังเสพยา การศึกษาในครั้งต่อไป อาจต้องขอความช่วยเหลือจากผู้ที่มี Authority ในชุมชน เช่น นายก อบต. กำนันผู้ใหญ่บ้าน ให้ได้ข้อมูลที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด

การใช้ยาแก้ปวดประสาท ปัจจุบันการจ่ายยากล่อมประสาทกลุ่ม benzodiazepine พบมากขึ้นในเวชปฏิบัติทั่วไป⁽²⁰⁾ เนื่องจาก trend ในการรักษาโรคต่างๆ ในปัจจุบัน มีลักษณะเป็น empirical

treatment⁽²⁰⁾ เช่น การให้ยาหลายๆ ตัวร่วมกัน เพื่อหวังผล synergistic effect เช่น การใช้ amitriptyline เพื่อรักษาอาการ chronic pain⁽²⁰⁾ ประกอบกับการเข้าถึงยาของบุคลากรทางการแพทย์ ทำได้ง่ายขึ้น การจ่ายยากลุ่มระดับกังวล ด้าน ซึมเศร้า ยานอนหลับ สามารถจ่ายได้โดยแพทย์ทั่วไป ที่มีใบจิตแพทย์ ยาที่พบบ่อย คือ clonazepam, chlordiazepoxide, diazepam, Ativan ผู้ป่วย ที่ไปโรงพยาบาลด้วยเรื่อง multiple complaint ไม่สามารถหาสาเหตุได้ รักษาตามอาการแล้วไม่ดีขึ้น แพทย์ส่วนใหญ่ มักสรุปว่าผู้ป่วยเป็น somatoform disorder หรือ anxiety และจ่ายยากลุ่มนี้ตัวใด ตัวหนึ่งให้ผู้ป่วยจากการสำรวจพบว่า ที่พบมากที่สุด จะเป็นกลุ่ม benzodiazepine⁽²¹⁾ ผู้ป่วยที่ใช้ยากลุ่มนี้พบว่า มีอัตราการเป็นซึมเศร้าสูงกว่าปกติ 2.74 เท่าซึ่งเมื่อเทียบกับคนปกติ อาจไม่มากนักเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีภาวะซึมเศร้าอยู่แล้ว แต่อาการไม่ชัดเจน (masked depression) แพทย์ผู้ทำการรักษาไม่สามารถวินิจฉัยได้ เนื่องจากมาด้วยอาการที่คลุมเครือเป็น multiple complaint ในอนาคต ควรมีการจำกัดการใช้ยาประเภทนี้ให้น้อยลงเน้นการรักษาด้วยวิธีอื่นเช่น การบำบัดกลุ่ม (group therapy) การก่อตั้ง primary care clusters ที่มีนักจิตวิทยา ร่วมอยู่ในสหสาขาวิชาชีพ

6. ระดับของการศึกษาและการว่างงาน การศึกษาและการมีงานทำเป็น สิ่งที่มีความเกี่ยวพันกัน ปัจจุบันพบจำนวนไม่น้อยของผู้ที่สำเร็จ การศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าขึ้นไป อยู่ในสภาพว่างงาน ในขณะที่ผู้ที่มีการศึกษา ไม่สูงมากนัก จากการศึกษาในชุมชนแม่เจดีย์ใหม่ พบว่าการศึกษาที่ไม่ว่าจะต่ำหรือสูงกว่าปริญญาตรี ไม่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ในขณะที่ผู้ไม่มี งานทำกลับมีปัจจัยเสี่ยงของซึมเศร้า 3.38 เท่าของ คนปกติ น่าจะเกิดจากผู้ที่ตกงานจะสูญเสียความรู้สึก มีคุณค่าต่อตัวเอง (loss of self esteems) รู้สึก สิ้นหวัง (hopeless)⁽²²⁾ ความรู้สึกไม่มั่นใจในอนาคต

ของตนเอง ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะหันเข้าสู่ การใช้ยาเสพติดอื่นๆ หรืออาจเป็นโรคทาง organic disease อันเกิดจากความเครียด เช่น ความดัน โลหิตสูง เป็นต้น การช่วยเหลือของชุมชน เช่น มีการลงทะเบียนผู้ที่ไม่มีงานทำ การจัดหา งานที่เหมาะสมในชุมชนให้ ทำการบริหารจัดการให้ ผู้ป่วยเข้าถึงสวัสดิการของรัฐ เช่น บัตรผู้มี รายได้น้อย บัตรสวัสดิการผู้สูงอายุ เป็นต้น จาก สิ่งที่ได้ทำให้เราสามารถแนะนำองค์กรของรัฐ เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบลในการสำรวจผู้ป่วย ที่ว่างงานในชุมชน ควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ด้วย เพื่อมิให้ผู้ป่วยหันเหไปสู่การใช้ยาเสพติด เช่น การสูบบุหรี่หรือดื่มแอลกอฮอล์ต่อไป

สรุป

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่แพทย์และบุคคลทั่วไป ให้ความสำคัญกันน้อยในสังคมไทย โดยเฉพาะสังคม ชนบทมีอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ความสำคัญคือเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายมากที่สุดและผู้ทีฆ่าตัวตายนั้น มักเป็นวัย ที่เป็นกำลังสำคัญของชาติ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะซึมเศร้าเป็นเหตุปัจจัยมีสาเหตุจากโรคทางกาย ปัญหาที่เกี่ยวกับครอบครัว การใช้ยาและสารเสพติด ซึ่งโดยมากเป็นปัจจัยที่สามารถป้องกันได้ถ้าชุมชน นั้นๆ มีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็งโดยยึดหลัก ให้ชุมชนตระหนักถึงปัญหาและคิดวางแผน แก้ปัญหาเอง ผลลัพธ์ที่ได้เป็นของชุมชนทำให้ชุมชน มีความภาคภูมิใจในผลสัมฤทธิ์ที่เกิดและเกิดความคิด ที่จะให้กระบวนการมีความยั่งยืนตลอดไปตาม หลักการมีส่วนร่วมของเวชกรรมป้องกัน การศึกษา ครั้งนี้พบผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรง 11 ราย ทั้งหมดได้รับการส่งตัวไปพบจิตแพทย์ ดังนั้นการฆ่า ตัวตายของผู้ป่วยในชุมชนน่าจะลดลงอันเป็นผลดี แก่ประเทศชาติ การใช้บุคลากรในชุมชนเป็น ตัวช่วยในการคัดกรองสามารถทำได้เป็นอย่างดี

ผู้ป่วยมีความเข้าใจและกรอกข้อมูลเอง 198 ราย มีอาสาสมัครช่วยกรอกข้อมูลให้ 18 ราย สัมภาษณ์ โดยบุคลากรทางการแพทย์ของชุมชน 84 ราย โดยผู้นิพนธ์ไม่ได้เป็นคนกรอกแม้แต่รายเดียว อาจสามารถกล่าวได้ว่าเป็นการศึกษาที่ดำเนินการโดยชุมชนเพื่อประโยชน์ของชุมชนและเป็นผลงานของชุมชนเองก็ว่าได้ ส่วนข้อด้อยของงานวิจัยชิ้นนี้คือ เนื่องจากมีเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลไม่มาก ประกอบกับมีกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาไม่มากนักเมื่อเทียบกับประชากรทั้งหมดของตำบลแม่เจดีย์ใหม่ หากเพิ่มปัจจัยสองส่วนนี้อาจพบปัจจัยอื่นๆ ที่เป็น risk factor เพิ่มมากขึ้นอันจะมีประโยชน์

ต่อการป้องกันโรคอันจะทำให้สุขภาพทางกายและจิตใจของประชาชนดีขึ้นตามไปด้วย ดังคำกล่าวของกรมสุขภาพจิตที่ว่า “No health without mental health”

กิติกรรมประกาศ

ผู้นิพนธ์ขอกราบขอบพระคุณคุณครูรัชฎาภรณ์ แสงสุวรรณ คุณครูบุญคุ้ม แสงสุวรรณ และอาจารย์เบญจพร แสงสุวรรณ ที่ได้ให้ความกรุณาติดต่อประสานงานกับภาคส่วนต่างๆ ของตำบลแม่เจดีย์ใหม่ อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย จนทำให้การศึกษาครั้งนี้เป็นไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. เกียรติภูมิ วงศ์รจิต. นโยบายการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน. ใน: เกียรติภูมิ วงศ์รจิต, บรรณาธิการ. สุขภาพจิตชุมชนบทเรียนและประสบการณ์ของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ป๊ายอนด์พับลิชชิ่ง; 2555. หน้า 55-6.
2. สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า. ใน: สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, สรยุทธ วาสิกานานนท์, บรรณาธิการ. ตำราโรคซึมเศร้า. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา; 2558. หน้า 30-43.
3. สุกัญญา ศิรินิพนธ์ศักดิ์, สรยุทธ วาสิกานานนท์. จิตเวชบำบัดรักษาของยารักษาโรคซึมเศร้า. ใน: สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, สรยุทธ วาสิกานานนท์, บรรณาธิการ. ตำราโรคซึมเศร้า. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา; 2558. หน้า 237-241.
4. สุดสบาย จุลกัทัพพะ. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและการป้องกัน. ใน: ประเสริฐ อัสสันตชัย, บรรณาธิการ. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น; 2558. หน้า 161-9.
5. ไกรศิริ แก้วยี่. ภูมิศาสตร์และประวัติศาสตร์ของจังหวัดเชียงราย. ใน: เกียรติจิตร วัจนะสวัสดิ์, บรรณาธิการ. ภูมิศาสตร์ประเทศไทย. สมุทรปราการ: พิมพ์ใหญ่การพิมพ์; 2560. หน้า 122-5.
6. ทีมข่าวคุณภาพชีวิต. โรคซึมเศร้าภัยเงียบที่ไม่อาจมองข้าม. คมชัดลึก. 13 กุมภาพันธ์ 2561; รายงานพิเศษ: คอลัมน์ 3.
7. Yodkul S, Srijakkot J. Predictive factors of depression among older people with chronic disease in Buriram hospital. Journal of Nurse Association of Thailand North-Eastern Division 2012;30:50-7.
8. ชัดเจน จันทรพัฒน์, สุนุตตรา ตะบูนพงศ์, วันดี สุทธิรังสี. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ของไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2547; 12:80-9.

9. สมภพ เรื่องตระกูล. โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2543. หน้า 16-8.
10. จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. สุขภาพคนไทยปี พ.ศ. 2543 : สถานะสุขภาพของคนไทย. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน; 2543.
11. ธรินทร์ กองสุข. รายงานผลการดำเนินงานเชิงระบบในการดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวลซึมเศร้าปี 2551. อุบลราชธานี: ศิริวรรณออฟเซต; 2551.
12. อัมพร โอตระกูล, สุวัฒน์ ศรีสรฉัตร, วราภรณ์ ตั้งตรงไพโรจน์, สายยนต์ เจริญขำ. ความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในเขตเมืองและชนบท. วารสารกรมการแพทย์ 2536;18:503-7.
13. วิไล กุศลวิศิษฐ์กุล, อุมพร อุดมทรัพย์กุล. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2539;26:165-78.
14. Belmaker RH, Agam G. Major depressive disorder. N Engl J Med 2008;358:55-68.
15. Higgins ES, George MS. The neuroscience of clinical psychiatry: The pathophysiology of behavior and mental illness. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2007.
16. Brown ES, Varghese FP, McEwen BS. Association of depression with medical illness : Biol Psychiatry 2004;55:1-9.
17. Sadock BJ, Sadock VA, Ruuz P. Kalphan and Sadock's comprehensive text book of psychiatry 7thed. New York: Lippicott Williams and Wilkins; 2000.
18. Rabinow DR. Somatoform disorder and Psychiatry illness. Biol Psychiatry 1986;21:341-65.
19. Hensley PL. Treatment of bereavement-related depression and traumatic grief. J Affect Discord 2006;92:117-24.
20. Clayton PJ. Bereavement and depression. J Clinton Psychiatry 1990;51 (Suppl.):34-8.
21. Gilbert P, Gilbert J. Entrapment and arrested fight and flight in depression: exploration in focus group. J Psychology and Psychotherapy 2003;76:173-88.
22. Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorder in developing countries. Bull World Health Organ. 2003;81:609-15.