Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไปใช้ในโรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร

จักราวุธ จุฑาสงฆ์
โรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว ยโสธร

บทคัดย่อ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ครั้งนี้ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยประกอบด้วยประชาชนผู้มารับบริการ ประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปในเขตพื้นที่ที่มารับบริการ คัดกรองโรคซึมเศร้าโดยใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าเป็นภาษาอีสานแบบ 2 คำถาม (2Q) และ 9 คำถาม (9Q) ในช่วงเดือนมกราคม 2550 - กุมภาพันธ์ 2551 จำนวน 2,800 คน ผู้ให้บริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลคำเขื่อนแก้วและศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลลุมพุก จำนวน 31 คนและ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 80 คน มีขั้นตอนในการวิจัย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 เป็นการศึกษาสภาพปัญหาของการดูแลและเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาข้อสรุปที่ได้นำมาเป็นแนวทางแก้ปัญหาและนำมาวางแผนปฏิบัติการวิจัยขั้นที่ 2 ดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการวิจัย ขั้นที่ 3 เป็นการประเมินผลลัพธ์จากการปฏิบัติการวิจัย และประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ

พบว่า รูปแบบการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า สอดคล้องกับบริบทที่มีอยู่ กระบวนการพัฒนาประกอบด้วย การแสวงหาระบบที่เหมาะสมในการดูแลและเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า การนำระบบที่ได้ทดลองใช้และปรับปรุงให้เหมาะสมตามบริบทที่มีอยู่ โดยพัฒนาศักยภาพในการคัดกรองและการดูแลรักษาของผู้ให้บริการ การค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและเสี่ยงสูง การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าที่ถูกต้องแก่กลุ่มประชาชนทั่วไป การพัฒนาระบบบริการเฉพาะโรคซึมเศร้า และประเมินปัญหาอุปสรรคและแก้ไขปัญหาในการดำเนินงาน ผลลัพธ์จากการนำระบบมาใช้พบว่า สามารถคัดกรองผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้จำนวน 159 คน คิดเป็นร้อยละ 5.68 ของผู้ที่มารับการคัดกรอง ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในภาพรวมผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจในระดับดีมาก ร้อยละ 95.44

คำสำคัญ: **รูปแบบการดูแลผู้ป่วย, โรคซึมเศร้า, การคัดกรอง**

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างรวดเร็วในปัจจุบันก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุขหลายประการ และนับวันจะรุนแรงขึ้นคือ ปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งไม่ใช่เป็นภาระระดับบุคคลแต่เป็นระดับชาติ ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่สำคัญเพราะถือว่าบุคคลที่ป่วยเป็นโรคนี้อยู่ในฐานะผู้ป่วยเรื้อรังที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยเอง เป็นโรคที่พบบ่อยและเสี่ยงต่อการ ฆ่าตัวตายสูง จากสถิติปี

2542 ประเทศไทยได้ศึกษาเกี่ยวกับภาระโรคและการบาดเจ็บ พบว่า โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุหนึ่งของการสูญเสียปีสุขภาวะ พบว่าความสูญเสียที่เกิดในเพศหญิงเป็นอันดับ 1 และอันดับที่ 3 ในเพศชาย เมื่อเปรียบเทียบเฉพาะกลุ่มโรคทางจิตเวชพบว่าโรคซึมเศร้ามีการสูญเสียปีสุขภาวะสูงที่สุด[1]

อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรโรคซึมเศร้า พ.ศ. 2547-2549 เป็น 383.40, 391.25 และ 445.29 ตามลำดับ และใน พ.ศ. 2549 ร้อยละ 68 ของผู้ที่ทำร้ายตนเองสำเร็จและไม่สำเร็จเป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะเห็นได้ว่าประชาชนในพื้นที่ต้องประสบกับปัญหาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และมีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ในประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับระบบการเฝ้าระวังป้องกันโรคซึมเศร้านั้นมีรายงานเฉพาะการให้บริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งมีแนวปฏิบัติสำหรับแพทย์ พยาบาลในการดูแลรักษา และจัดให้มีแนวทางปฏิบัติ และระบบการส่งต่อที่สอดคล้องกับการปฏิบัติ แต่โรงพยาบาลจิตเวชยังเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางซึ่งอยู่ห่างไกลจากประชาชนในพื้นที่ โรงพยาบาลคำเขื่อนแก้วยังไม่มีระบบเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และได้รับการดูแลเหมือนโรคทางกายอื่น ๆ ซึ่งจะเห็นได้จากคำสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า *"เป็นใหม่ ๆ มันคิดหลาย กินบ่ได้ นอนบ่หลับ เวียกบ่เป็นอันเฮ็ด เอายามากินก็บ่เซา ลูกเขาว่าให้ไปโรงบาลมันรักษาทางนี้ดีกว่า มันถึงซิรักษาถูกทางฉันคิด มารักษาอยู่นี้เพิ่นก็เบิ่งทั่วไปซื่อ ๆ"* และในชุมชนนั้นยังมีผู้ป่วยซึมเศร้าที่ยังไม่ได้รับการคัดกรองอยู่ไม่น้อย ดังนั้นโรงพยาบาลคำเขื่อนแก้วจึงจำเป็นต้องวิจัยและพัฒนาเพื่อนำระบบดำเนินงานการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าไปใช้ในโรงพยาบาลชุมชนอย่างสอดคล้องกับบริบทและความต้องการของพื้นที่และสามารถรองรับจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้น และเข้าถึงได้ง่าย จึงศึกษาโดยวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสภาพปัญหาสถานการณ์ ตลอดจนพัฒนาระบบและรูปแบบการดูแลและเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ครั้งนี้ เพื่อศึกษาสภาพปัญหา และสถานการณ์ การดูแลและเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว การนำระบบดูแล และการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าที่เหมาะสมไปใช้ตลอดจนพัฒนารูปแบบของระบบดูแลและเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าให้สอดคล้องกับบริบทและทรัพยากรที่มีอยู่ในสถานบริการ ซึ่งมีการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 ประเมินสถานการณ์ (2 เดือน) การวิเคราะห์สถานการณ์ เป็นการศึกษาสภาพปัญหาของการดูแลและเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว และศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลลุมพุก เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจาก การสนทนากลุ่มใช้เวลา ครั้งละ 1.30-2.00 ชั่วโมง การบันทึกเทป การสังเกต การบันทึกภาคสนาม และการทบทวนข้อมูลเอกสาร ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช พยาบาลจากศูนย์สุขภาพชุมชน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ประชาชนทั่วไป และผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จากนั้นถอดเทปคำต่อคำ ร่วมกับวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยนำประเด็นที่วิเคราะห์ได้มาตรวจสอบความเข้าใจกับผู้ให้ข้อมูล จากนั้นนำข้อสรุปที่ได้ประชุมปรึกษาเพื่อหาแนวทางแก้ปัญหา นำข้อเสนอแนะที่ได้ให้ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ให้ความเห็นซึ่งผู้เชี่ยวชาญประกอบไปด้วย จิตแพทย์ 1 คน พยาบาลจิตเวช 6 คน เพื่อเป็นแนวทางในการจัดทำแผนปฏิบัติการวิจัย

ขั้นที่ 2 ปฏิบัติการตามแผน นำระบบดูแลและการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าที่เหมาะสมไปใช้ในโรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว และปรับปรุงรูปแบบของระบบดูแลและ เฝ้าระวังโรคซึมเศร้าให้สอดคล้องกับบริบทและทรัพยากรที่มีอยู่ในสถานบริการ ตามแผนปฏิบัติ

การวิจัย (10 เดือน)

ขั้นที่ 3 สรุปและประเมินผลการปฏิบัติการวิจัย (3 เดือน) โดยประเมินผลลัพธ์จากการดำเนินโครงการตามแผนการวิจัย และประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ (output)

ผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัยประกอบด้วย

1. ผู้ให้บริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว และศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลลุมพุกได้แก่ แพทย์ พยาบาล จำนวน 31 คน

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตตำบลลุมพุก จำนวน 80 คน

3. ประชาชนผู้มารับบริการ ประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มเสี่ยงสูง ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นในเขตพื้นที่อำเภอคำเขื่อนแก้วที่มารับบริการคัดกรองโรคซึมเศร้าจากอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ จากศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลลุมพุก และโรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว ในช่วงเดือนมกราคม 2550 - กุมภาพันธ์ 2551 จำนวน 2,800 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) เป็นการสนทนากับแพทย์ กลุ่มพยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และประชาชนทั่วไป โดยมีประเด็นคำถามในเรื่อง การบริการ ศักยภาพของโรงพยาบาลในบริการด้านสุขภาพจิต เครือข่ายบริการสุขภาพ และระบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าตั้งแต่การป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของพื้นที่ที่ศึกษา

2. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม เทปบันทึกเสียง

3. แนวปฏิบัติในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

4. แบบประเมินโรคซึมเศร้า 2 คำถามภาษาอีสาน (2Q) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถามภาษาอีสาน (9Q) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถามภาษาอีสาน (8Q) ซึ่งเป็นแบบประเมินโรคซึมเศร้า[2]

แบบประเมินโรคซึมเศร้า 2 คำถามภาษาอีสาน (2Q) เป็นเครื่องมือในการคัดกรองผู้มีแนวโน้มที่เป็นโรคซึมเศร้ามีความไวในเกณฑ์ดีเยี่ยมร้อยละ97 มีค่าความจำเพาะร้อยละ 44 ให้ผลการประเมินเป็นบวกเมื่อตอบข้อใดข้อหนึ่งใน 2 คำถาม

แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถามภาษาอีสาน (9Q) เป็นเครื่องมือในประเมินความรุนแรง และการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า มีความจำเพาะ 93 คำทำนายความน่าจะเป็นโรค (LR +) 11.4 โดยบอกระดับความรุนแรงของโรคได้ 3 ระดับ คือ ต่ำ (7-12 คะแนน) ปานกลาง (13-18 คะแนน) รุนแรง (19 คะแนน)

แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถามภาษาอีสาน (8Q) เป็นแบบประเมินแนวโน้มฆ่าตัวตาย ในปัจจุบันของผู้มารับบริการ มีการจัดกลุ่มคะแนน 3 ระดับ คือ น้อย (1-8 คะแนน) ปานกลางมีคะแนน 9-16 คะแนน สูง 17 คะแนน

5. แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว

6. แบบสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการในการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า เพื่อสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว ที่ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแบบสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการในการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า[2] จำนวน 8 ข้อ เป็นแบบสอบถามตามมาตราประเมินค่า (rating scale) มาตราวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) 4 ระดับ และตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน และได้ทดลองใช้แบบสอบถามนี้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการจำนวน 30 คน สามารถคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 และมีการจัดกลุ่มระดับดีมาก (3.26-4.00 คะแนน) ดี (2.51-3.25 คะแนน) พอใช้ (1.76-2.50

คะแนน) น้อย (1.00-1.75 คะแนน)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

ผลการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การประเมินสถานการณ์

1. พื้นที่ไม่มีระบบการดูแลและเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องไปเริ่มต้นรักษาที่โรงพยาบาลเฉพาะทางซึ่งห่างไกลจากพื้นที่ ผู้ป่วยจึงถูกค้นพบในโรงพยาบาลจิตเวชแสดงว่าประชาชนทั่วไปมีปัญหาการเข้าถึงการบริการ เนื่องจากไม่มีบริการเฉพาะโรคซึมเศร้าในพื้นที่ แต่อย่างไรก็ตามการสร้างเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มต่าง ๆ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกรมสุขภาพจิตในโครงการหลักประกันสุขภาพ และจากองค์การบริหารส่วนตำบลลุมพุกหรือเทศบาลตำบลคำเขื่อนแก้ว ส่วนการช่วยเหลือในชุมชนอาศัย อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน เป็นผู้ปลอบใจชวนพูดคุยและให้กำลังใจ ดังคำกล่าวที่ว่า

“โรคที่เป็นนี้ฉันเริ่มไปรักษาที่อุบลฯครอบครัวมันวุ่นวายมันนอนบ่หลับ กินบ่ได้ มีแต่เหนื่อย บ้านเฮาไม่มีมันต้องโรงบาลทางนี้โดยตรง เพิ่นจึงซิมีหมอทางนี้พอกินยาได้ 6 เดือน เทียวไปรับยามันไกล เพิ่นให้กลับมาทางนี้ มันไกลนะ เลยขอหมอมาเอายาต่อทางนี้ ยามเพิ่นนัดถึงกลับไป” (PD4)

2. ประชาชนทั่วไปยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

เพราะโรคซึมเศร้าถูกมองว่าเป็นเรื่องธรรมดา ซึ่งมีอาการไม่ต่างจากอารมณ์เศร้า ที่เรียกว่าโรคซึมเศร้าจึงไม่ค่อยได้ยินมากนัก แต่ประชาชนทั่วไปคุ้นเคยกับโรคเครียด โรคจิต โรคประสาท หรือบางคนที่ได้ยินมักไม่ใคร่ได้สนใจหรือใส่ใจเพราะมองว่าคนที่ป่วยด้วยโรคเครียด โรคประสาท ดังคำกล่าวที่ว่า

“ซึมเศร้าเคยเห็นแต่เขาเว้านะ แต่ส่วนตัวอีหลีบ่เคยฮู้ว่าโรคนี้มันเป็นแนวใด๋ บ่ค่อยเห็นฮู้ยินแต่โรคประสาท คือพวกนี้มันซิเป็นนำซุม ถ้าเป็นก็เป็นหมดบ้านมันซิมีปัญหาอยู่ในใจเขา แต่คิดว่าซิบ่เป็นยังหลายซิบ่ถึงขั้นรุนแรงบ่ถึงขั้นซิป๋ัว” (F/1)

3. บุคคลกลุ่มเสี่ยงและเสี่ยงสูงต่อการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าถูกค้นพบได้น้อย

เพราะการค้นพบบุคคลที่มีอาการซึมเศร้าตั้งแต่เริ่มแรกมีน้อยถึงน้อยมาก เนื่องจากบุคคลทั่วไปมองว่า อาการซึมเศร้าเป็นเรื่องปรกติที่สามารถแก้ไขและปรับตัวได้เอง ประชาชนในพื้นที่ยังมองว่าการเจ็บป่วยทางจิตใจนั้นเป็น โรคบ้า โรคประสาท หรือมีสติไม่สมประกอบทำให้ไม่อยากมาขอรับการตรวจเพราะมองว่าการเอาปัญหาส่วนตัวมาพูดให้คนอื่นฟังเป็นเรื่องที่ไม่สมควร และเขินอายเมื่อมารับการตรวจ พยาบาลที่ให้บริการมีภาระงานมากและไม่มีประสบการณ์ในการคัดกรอง มีความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตน้อยมากโดยเฉพาะโรคซึมเศร้า แต่พยาบาลที่มีประสบการณ์มีความสามารถในการสังเกตผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงจากสีหน้าท่าทางและคำบอกเล่าของผู้ป่วยและส่งต่อมายังพยาบาลจิตเวชเพื่อประเมินอาการ และให้การช่วยเหลือเบื้องต้น

ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

“ไม่ค่อยมีเวลาตั้งแต่ 8 โมงถึงเที่ยงรวดเดียวไม่มีเวลาดูเลยไม่ใช่ว่าไม่อยากดูแต่ไม่รู้จะดูอย่างไง ของพวกนี้ชาวบ้านเฮาเขาจะอายที่จะพูด มันต้องมีเวลาคุยอย่างพวกไหนเป็นมาก ๆ เขาจึงจะบอกเองว่าเครียดคิดมาก นอนไม่หลับ กินไม่ได้ เบื่ออาหาร เพลีย มาเป็นชุด ๆ บางรายก็สังเกตเอา บ้างก้อส่งจิตเวชช่วยดูเขาก็จะ counseling” (NO/5)

4. บุคลากรไม่มีประสบการณ์ในการคัดกรอง การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

แพทย์ให้การวินิจฉัยโรควิตกกังวลมาก อาจ

เนื่องจากแพทย์ส่วนใหญ่มีผู้ป่วยที่ต้องดูแลในแต่ละวันเป็นจำนวนมากไม่สามารถพูดคุยกับผู้ป่วยได้นาน ทำให้ค่อนข้างลำบากในการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วย การรักษาจึงเน้นการรักษาตามอาการ อีกทั้งแพทย์ที่มาประจำเป็นแพทย์จบใหม่ และมีการหมุนเวียนมาประจำที่โรงพยาบาลบ่อยมาก ยังไม่มั่นใจที่จะวินิจฉัยโรคซึมเศร้า การรักษาผู้ป่วยโรคทางจิตเวช การวินิจฉัยต่ำกว่าความเป็นจริง และไม่มีแนวทางปฏิบัติชัดเจนทำให้มองการคัดกรองโรคซึมเศร้าเป็นเรื่องยาก ดังคำกล่าวที่ว่า

"ผู้ป่วยจิตเวชส่วนมากที่เจอ คือ AN คือโรคอื่น ๆ ดูยาก พยาบาลจะซักให้ค่อยมาถามซ้ำ บางที่พยาบาลเขาจะแนบแบบประเมินมา เครียดสูง ซึมเศร้าก็มีก็ให้ยาไปกิน คือมันดูยาก เวลาตรวจรายละเอียดเยอะมาก ไม่มีเวลาพอหรอกค่ะ คนไข้อื่นก็เยอะ" (D/1)

ระยะที่ 2 ปฏิบัติการตามแผน

1. แสวงหาระบบที่เหมาะสมในการดูแลและเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาล

1.1 การส่งบุคลากรศึกษาดูงานการติดตามเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าที่โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 2 คน

1.2 การส่งเจ้าหน้าที่เข้าร่วมการอบรมในโครงการความร่วมมือระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธรกับโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ในการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในเชิงระบบที่จังหวัดยโสธร (รูปที่ 1)

2. นำระบบในการดูแลและเฝ้าระวังโรคซึมเศร้ามาทดลองใช้และปรับปรุง

3. นำรูปแบบที่ได้มาใช้ในการดูแลและเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลโดยดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการวิจัยดังนี้ การพัฒนาศักยภาพในการคัดกรองการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่และเครือข่าย ค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและเสี่ยงสูงต่อการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าที่ถูกต้องแก่กลุ่มประชาชนทั่วไป พัฒนาระบบบริการเฉพาะโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว

4. ติดตามประเมินปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานประชุมติดตามผลการดำเนินงาน

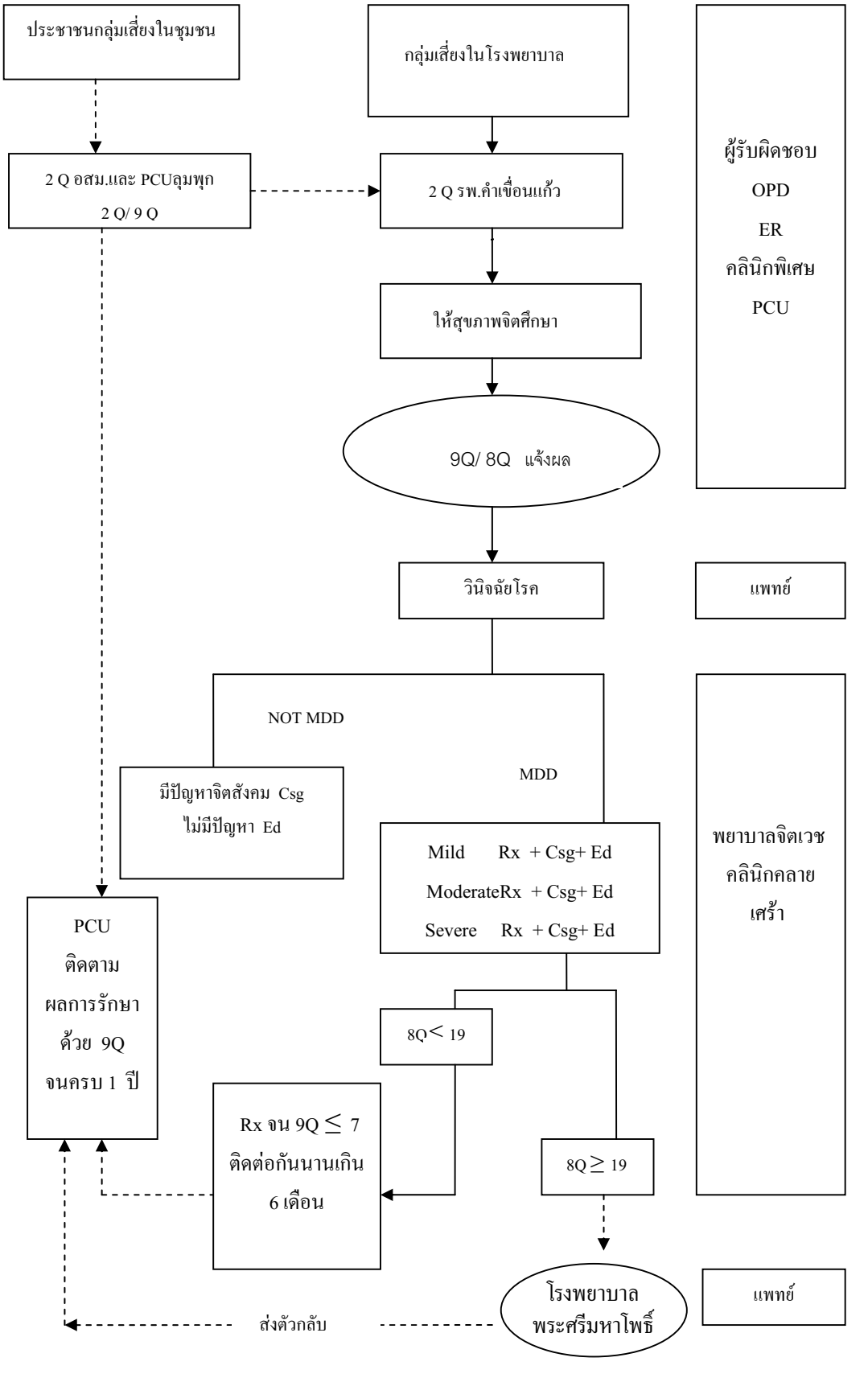
ระยะที่ 3 การประเมินผล

จากข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าในจำนวนผู้ป่วยที่คัดกรองทั้งหมด 2,800 ราย พบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 159 รายร้อยละ 5.68 ของผู้ที่ได้รับการคัดกรองทั้งหมด ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็น เพศหญิงร้อยละ 76.73 มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปีส่วนใหญ่ร้อยละ 28.93 รองมาเป็นช่วงอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 25.56 มีสถานภาพสมรสคู่ส่วนใหญ่ร้อยละ 80.50 มีระดับการศึกษาในชั้นประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 71.69 รองมาคือมัธยมศึกษา และไม่ได้เรียนน้อยที่สุด คือ ระดับปริญญาตรี ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรมคิดเป็นร้อยละ 83.02 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท เป็นส่วนมากร้อยละ 90.57 (ตารางที่ 1)

ผลการคัดกรองด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถามภาษาอีสาน (9Q) แยกตามระดับความรุนแรงและเพศ ส่วนใหญ่มีผลโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 46.54 และระดับรุนแรงร้อยละ 15.10 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ผลการคัดกรองด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถามภาษาอีสาน (8Q) ส่วนใหญ่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายระดับน้อย (7-12 คะแนน) ร้อยละ 86.79 (ตารางที่ 3)

ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว ในภาพรวมผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจในระดับดีมากร้อยละ 95.44 โดยมีความพึงพอใจในระดับสูงสุดในด้านความพึงพอใจในการช่วยเหลือหรือการดูแลรักษาที่ได้รับ ร้อยละ 99.06 รองลงมา คือ ด้านการได้รับการบริการอย่างที่ต้องการ ร้อยละ 97.17 (ตารางที่ 4)



รูปที่ 1 รูปแบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (n=159 ราย)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
เพศ		
ชาย	37	23.27
หญิง	122	76.73
อายุ (ปี)		
< 30	25	15.72
31-40	40	25.56
41-50	46	28.93
51-60	20	12.58
> 61	28	17.61
สถานภาพสมรส		
โสด	11	6.92
คู่	128	80.50
หม้าย	20	12.58
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	20	12.58
ประถมศึกษา	114	71.69
มัธยมศึกษา	22	13.84
ปริญญาตรี	3	1.89
อาชีพ		
นักศึกษา	2	1.26
เกษตรกรรม	132	83.02
ค้าขาย	6	3.77
รับราชการ	3	1.89
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	16	10.06
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
< 5,000	144	90.57
10,000- 15,000	15	9.43

วิจารณ์

1. จากผลการดำเนินงานพบว่าผู้ที่รับการคัดกรองและผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยอื่น พบว่าผู้หญิงเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าได้มากกว่าชายเนื่องจากผู้หญิงมีแนวโน้มการเกิดอาการไม่สบายใจหรือทุกข์ใจ และใฝ่หาการช่วยเหลือเร็วกว่าชาย ผู้หญิงจึงมีโอกาสเกิดหรือพบอุบัติการณ์โรคนี้ได้มากกว่าชายถึง 2 เท่า[3,4] ช่วงอายุที่พบมาก คือ 41-50 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ มีการศึกษาและรายได้ค่อนข้างต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาสุขภาพจิตชีวิตคนเมือง ที่พบว่าประชาชนไทยช่วงอายุ 15-59 ปี ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า จำนวน 1.2 ล้านคน ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า คือ พฤติกรรมของคนในครอบครัว พ่อ แม่ รวมถึงปัจจัยทางสภาพจิตสังคมเป็นปัจจัยที่มีความเป็นไปได้สูงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า[5] จากการศึกษายังพบว่าระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าปานกลางมากที่สุด ถึงอย่างไรก็ตามโรคซึมเศร้าในระดับปานกลางก็อาจก่อให้เกิดความพิการได้เท่ากับโรคหัวใจล้มเหลว[6] โรคประจำตัวในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่พบ คือ โรควิตกกังวล โรคกระเพาะอาหาร โรคเบาหวาน และโรคอื่น ๆ ที่เป็นโรคที่ต้องรักษาอาการทางกายอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวนไม่น้อยเกิดร่วมกับอาการทางกายและโรคจิตเวชอื่น ๆ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในเวชปฏิบัติทั่วไป ตั้งแต่ร้อยละ 50- 70 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเหล่านี้ไม่ได้รับการวินิจฉัยและ

ตารางที่ 2 ผลการคัดกรองด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถามภาษาอีสาน (9Q) แยกตามระดับความรุนแรง และเพศ (n = 159 ราย)

ผลการประเมินระดับของโรคซึมเศร้า	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
น้อย (7-12 คะแนน)	13	8.18	48	30.18	61	38.36
ปานกลาง (13-18 คะแนน)	16	10.06	58	36.48	74	46.54
รุนแรง (≥ 19 คะแนน)	8	5.04	16	10.06	24	15.10
รวม	**37**	**23.28**	**122**	**76.72**	**159**	**100.00**

ตารางที่ 3 ผลการคัดกรองผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถามภาษาอีสาน (8Q) แยกตามระดับความรุนแรงและเพศ (n=159 ราย)

ผลการประเมินระดับแนวโน้มการฆ่าตัวตาย (คะแนน)	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
น้อย (7-12)	6	3.77	132	83.02	138	86.79
ปานกลาง (13-18)	5	3.14	10	6.29	15	9.43
รุนแรง (> 19)	2	1.26	4	2.52	6	3.78
รวม	**13**	**8.17**	**122**	**91.83**	**159**	**100.00**

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการในการดูแลการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า (n=159 ราย)

รายการ	ระดับความพึงพอใจ		
	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	SD	ร้อยละ (%)
1. ท่านคิดว่าคุณภาพของการให้บริการที่ท่านได้รับจากเราถ้าคิดเป็นคะแนนจะได้เท่าไร	3.81	0.40	95.13
2. ท่านได้รับการบริการอย่างที่ท่านต้องการหรือไม่	3.89	0.32	97.17
3. การให้บริการของเรา ตรงกับความต้องการของท่านมากน้อยแค่ไหน	3.85	0.36	96.23
4. ถ้าเพื่อนของท่านมีปัญหาหรือมีความเจ็บป่วยเหมือนกับท่านท่านจะแนะนำให้มารับบริการหรือไม่	3.84	0.37	95.91
5. ท่านมีความพึงพอใจกับการช่วยเหลือหรือการดูแลรักษาที่ได้รับจากเราอย่างไรบ้าง	3.96	0.19	99.06
6. การบริการที่ท่านได้รับ ช่วยท่านแก้ปัญหาหรือความเจ็บป่วยของท่านได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่	3.76	0.43	94.03
7. ในภาพรวมทั่วไป ท่านรู้สึกพอใจต่อการบริการทั้งหมดที่ท่านได้รับจากเราอย่างไรบ้าง	3.71	0.45	92.77
8. ถ้าท่านต้องการความช่วยเหลืออีกครั้งท่านจะกลับมารับบริการจากเราอีกหรือไม่	3.73	0.49	93.24
รวม	**30.54**	**0.38**	**95.44**

การรักษาที่ถูกต้อง[7] โดยส่วนใหญ่ถูกคัดกรองโดยโรงพยาบาลมากที่สุด สอดคล้องกับรายงานการศึกษาระบาดวิทยาผู้ทำร้ายตนเอง พ.ศ. 2547 ที่พบว่าพฤติกรรมการมารับบริการของผู้มีภาวะซึมเศร้าโดยจำแนกประเภทของสถานบริการ พบว่า ผู้มีภาวะซึมเศร้าเข้ารับบริการโรงพยาบาลชุมชน มากกว่าสถานบริการอื่น ๆ[8]

โดยมีการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ด้วยวิธีการให้สุขภาพจิตศึกษามากที่สุด รองลงมา คือ ให้การรักษาด้วยยาต้านเศร้า และการให้คำปรึกษา ซึ่งจะเห็นได้ว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคใช้เวลาสั้น กระทำได้ง่ายกว่าการให้การปรึกษา และการให้ยาต้านอาการซึมเศร้าซึ่งต้องอาศัยแพทย์ในการวินิจฉัยสั่งยา สอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่พบว่าการทำจิตบำบัดและการให้การช่วยเหลือทางจิตใจอื่น ทำได้เช่นเดียวกับการให้ยาต้านเศร้าแต่ต้องทุ่มเทเวลาในการรักษามากกว่า[9] โดยส่วนใหญ่มีการติดตามการรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินโครงการอยู่ในระยะเริ่มต้นของการคัดกรอง การดูแลรักษาส่วนใหญ่จึงเป็นการรักษาระยะต่อเนื่อง (maintenance) มากกว่าการรักษาระยะอื่น จึงมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวนน้อยที่ได้รับการส่งต่อ หรือได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน และพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ไม่ยอมรักษาแต่ได้ให้คำแนะนำตามแนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสอดคล้องกับ การศึกษาที่ว่าวิธีการรักษาโรคซึมเศร้าที่ไม่ใช่วิธีการทางการแพทย์ปัจจุบันแต่รวมถึงการช่วยเหลือตนเองซึ่งสามารถทำให้อาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เช่น การงดดื่มกาแฟ ลดอาหารหวานจัด การออกกำลังกาย การหยุดดื่มสุรา การนวด การรักษาด้วยแสง และการบำบัดด้วยอโรมา[10-14]

2. จากผลการวิเคราะห์สถานการณ์ในการวิจัยระยะที่ 1 ทำให้ได้แนวทางในการดำเนินกิจกรรมการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลในระยะที่ 2 จะสังเกตได้ว่ากิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้ดำเนินการมีความสอดคล้องกับบริบทที่มีอยู่นับตั้งแต่เครื่องมือที่ใช้ที่มีความสอดคล้องกับบริบทของคนอีสาน สะดวก ง่าย ใช้เวลาในการคัดกรองน้อยกว่าแบบประเมินโรคซึมเศร้าอื่น ด้านทรัพยากรที่มีอยู่พบว่าพยาบาลและแพทย์สามารถคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลได้ และประชาชนทั่วไปมีความสะดวกต่อการเข้าถึงบริการ เพราะมีคลินิกโรคซึมเศร้าโดยไม่ต้องเดินทางไปรักษาที่อื่น ซึ่งในระยะปฏิบัติการนั้นมีกิจกรรมป้องกันครอบคลุมทั้งกลุ่มประชาชนทั่วไป เช่น การรณรงค์ให้ความรู้เรื่องโรค การให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพกายสุขภาพจิต ผ่านสื่อทางวิทยุชุมชน ส่วนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเสี่ยงสูงที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยด้านร่างกายได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคแต่เนิ่น ๆ และการดูแลรักษาตามแนวทางที่ถูกต้องพร้อมทั้งมีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีระบบรายงาน ประวัติผู้ป่วยและเวชระเบียนรองรับ มีเครือข่ายการทำงานในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อคัดกรองผู้มีภาวะเสี่ยงในชุมชน เพื่อเข้ารับการรักษา และส่งต่อในรายที่มีความรุนแรงหรือไม่ตอบสนองต่อการรักษา แล้วติดตามผลการทำงานเป็นระยะ ซึ่งเมื่อได้นำระบบมาทดลองใช้จึงเห็นว่ามีรูปแบบที่เหมาะสมกับการทำงานในโรงพยาบาลชุมชน ทั้งการคัดกรอง การดูแลรักษา การติดตามป้องกันการป่วยซ้ำ และระบบส่งต่อที่ชัดเจน

การดำเนินการดังกล่าวสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่คัดกรองให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือ การบำบัดรักษาตามแนวทางที่ถูกต้อง มีการป้องกันการกลับซ้ำของโรค การคัดกรองโรคซึมเศร้าในสถานบริการระดับปฐมภูมิช่วยเพิ่มอัตราการค้นพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้า[15] และยิ่งประสานร่วมกับการรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องจะสามารถลดความเสี่ยงทั้งหลายของโรคซึมเศร้า แต่หากการคัดกรองไม่เชื่อมต่อกับการรักษาติดตามจะได้ผลจำกัด การคัดกรองจะเกิดประโยชน์เต็มที่เมื่อมีระบบการบริการที่ดีรองรับ ซึ่งได้แก่ การรายงานผลให้ผู้ป่วยทราบ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และแนะนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษา มีระบบการจัดการผู้ป่วยพร้อมทั้งติดตามอย่างมีประสิทธิผล[16]

จากการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว ผู้วิจัยเชื่อว่า ระบบดังกล่าวจะสามารถลดปัญหาและความสูญเสียจากโรคซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่ดังกล่าวได้ ถึงแม้ว่าได้พบปัญหาในการดำเนินงาน ได้แก่ ภาระงานที่มากขึ้น การโยกย้ายเจ้าหน้าที่บ่อย ทำให้เจ้าหน้าที่ใหม่ดำเนินการไม่ถูกขั้นตอน ผลบวกจากการคัดกรองด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) มีจำนวนมากไม่สามารถคัด

กรองด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ได้ทันเนื่องจากมีผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกพิเศษ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคเรื้อรังอื่น ๆ จำนวนมากทำให้ต้องรอและข้อจำกัดของเวลาของผู้มารับบริการที่ต้องการตรวจโรคทางกายให้แน่ชัด ทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งปฏิเสธการรักษาจึงบันทึกชื่อไว้ในรายงานและประสานเครือข่ายในชุมชนติดตามเข้ารับการรักษา ปัญหาเรื่องทัศนคติที่ไม่ดีต่อโรค การไม่ตระหนักและไม่ให้ความสำคัญต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้าของเจ้าหน้าที่บางกลุ่ม

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการพัฒนา

1. ทุกจุดบริการในโรงพยาบาลชุมชนสามารถคัดกรองผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ จึงควรหาแนวทางพัฒนาศักยภาพการบริการคลินิกโรคซึมเศร้าเพื่อรองรับจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้น

2. รณรงค์ให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและการดำเนินงานเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องขยายเครือข่ายลงสู่ระดับชุมชน ผู้นำชุมชน และครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

3. จัดโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพและติดตามเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าโดยให้ชุมชนมี ส่วนร่วมเพื่อเตรียมชุมชนให้สามารถรองรับผู้ป่วยระหว่างการฟื้นฟูเพื่อให้หายจากโรคซึมเศร้า

2. ด้านการวิจัย

1. ควรศึกษาระยะยาว เพื่อติดตามกระบวนการหายป่วยและปัจจัยที่มีผลต่อการหายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในพื้นที่ และปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่ยอมรับการรักษา

2. ควรศึกษาประสิทธิภาพและประสิทธิผลของระบบเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายต่อหัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ ขอขอบพระคุณโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร ที่ให้ความอนุเคราะห์วิทยากรและเป็นที่ปรึกษาในการดำเนินงาน และผู้ร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. คณะทำงานศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บ กระทรวงสาธารณสุข. การจัดลำดับปัญหาทางสุขภาพของประชากรไทยในปี 2542 โดยการใช้เครื่องชี้วัดภาระโรค. 2542 [สืบค้นเมื่อ 25 ก.ค. 2550]; แหล่งข้อมูล http:// WWW. thaihealth.or.th
2. ธรณินทร์ กองสุข, สุรพร ลอยหา, ศิริพร จิรวัฒนกุล, สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, อัจฉราพร สี่หิรัญวงค์, และคณะ. แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในพื้นที่นำร่อง: จังหวัดยโสธร. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท; 2549.
3. นันทิกา ทวิชาชาติ. ระบาดวิทยาเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548.
4. รณชัย คงสกนธ์. ปัจจัยเสี่ยงของโรคซึมเศร้าใน การทบทวนองค์ความรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคทางจิตเวช. มปท: บิยอนด์-พับบลิสชิ่ง; 2547.
5. พิเชฐ อุดมรัตน์, สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, มาโนช หล่อตระกูล, ณรงค์ มณีทอน, นันทวัช สิทธิรักษ์, ธรณินทร์ กองสุข, และคณะ. สุขภาพจิตชีวิตชาวเมือง. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 6; วันที่ 1-3 สิงหาคม 2550; โรงแรมปรินซ์พาเลส. กรุงเทพมหานคร; 2550.
6. Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam MA, Roger W, Daniels M. The functioning and well-being of depressed patients: results from the medical outcomes study. JAMA 1989; 262(7):914- 9.
7. Schulberg HC, Block MR, Madonia MJ, Scott CP, Lave JR, Rodriguez E, et al. The “usual care” of major depression in primary care practice. Arch Fam Med 1997; 6(4):334-9.
8. อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, สุพิน พิมพ์เสน, ปัตพงษ์ เกษมสมบูรณ์, นุศราพร เกษมสมบูรณ์, จริยา พิชัยคำ, และคณะ. รายงานการศึกษาระบาดวิทยาผู้ทำร้ายตนเอง พ.ศ. 2547. ขอนแก่น: พระธรรมขันธ์; 2550.
9. Simon GE, Vonkorff M. Recognition, management, and outcomes of depression in primary care. Arch Fam Med 1995; 4:99-105.
10. Kripke DF. Light treatment for no seasonal depression: speed, efficacy, and combined treatment. J Affect Disord 1998; 49:109-17.

11. Field T. Massage therapy effects. Am J Psychiatry 1998; 1(53):1270-81.
12. Komori T, Fujiwara R, Tanida M, Nomura J, Yokoyama MM. Effects of citrus fragrance on immune function and depressive states. Neuroimmunomodulation 1995; 2:174-80.
13. Babyak M, Blumenthal JA, Herman S. Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. Psychosom Med 2000; 62:633-8.
14. Davidson KM. Diagnosis of depression in alcohol dependence: changes in prevalence with drinking status. Br J Psychiatry 1995; 166:199-204.
15. US Preventive Services Task Force. Screening for depression: recommendations and rationale. Ann Intern Med 2002; 136:760-4.
16. Pignone MP, Gayness BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans T, Mulrow CD. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. preventive services task force. Ann Intern Med 2002; 136(10):765-76.

Abstract **Implementing a Model of Caring Depressives at Kham Khuean Kaew Hospital, Changwat Yasothon**
Jakkravut Juthasong
Khum Khuean Kaew Hospital, Yasothon
Journal of Health Science **2008; 17:SVI1662-72.**

In this action research, The research participants consisted of people who received services, people in general, a risk group, and a high-risk group aged 18 years and older in the areas of screening depression disorders. The screening forms on depression service used were a 2-question form and a 9-question form administered from January 2007 to February 2008 with a total of 2,800 people, 31 health service providers at Kham Khuean Kaew Hospital and at Tambon Lum Phuk Community Health Center, and 80 village public health volunteers. The study was conducted in 3 stages. Stage 1 was an assessment of local problems on depression and surveillance at Kham Kuean Khaew Hospital. Data were collected by the use of group discourse. Qualitative data were analyzed using content analysis. The conclusions obtained were used as guidelines for implementation and research action plans. In stage 2 activities were conducting based on the research action plans. Stage 3 was an evaluation of the results from research action and an evaluation of service users on satisfaction.

The results of implementing the model of depression disease care and surveillance in Kham Khuean Kaew Hospital, showed that the surveillance was congruent with the existing context. The development process consisted of identifying an appropriate system of depression care and surveillance by trial and error, capacity building, actual screening of the risk groups, healthy education, and evaluation. It was found that 159 depressives could be screened, (5.68% of the clients), of which 95.44 percent rated their satisfaction with the service at a very good level.

Key words: **health care model, depression, screening**