

ผลของการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าด้วยตนเองของประชาชนในชุมชน อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

จุไรรัตน์ ทุมนันท์, พ.บ.^a

บทคัดย่อ

การศึกษากึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าด้วยตนเองของประชาชน อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการศึกษากลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง เฝ้าระวังโรคซึมเศร้าเชิงรุกด้วยการส่งแบบประเมินออนไลน์คัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ในแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) ของประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปในชุมชน ให้เฝ้าระวังโรคซึมเศร้าด้วยตนเอง 2 รอบ คือ เมื่อเริ่มต้นศึกษา และเมื่อติดตามผล 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon sign-ranked test และ Pearson chi-squared test ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 61.14 อายุเฉลี่ย 52.40 ± 14.79 ปี ก่อนการทดลองมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 34.29 หลังการทดลองเหลือร้อยละ 13.71 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และพบว่ามีผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า ($9Q \geq 7$) ร้อยละ 13.33 ซึ่งได้ส่งให้พยาบาลจิตเวชประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) พร้อมส่งปรึกษาจิตแพทย์เพื่อให้การดูแลรักษา เมื่อติดตามผลการรักษาพบผู้ป่วยมีแนวโน้มฆ่าตัวตายเล็กน้อย ลดลงเหลือร้อยละ 5.00 ดังนั้น การที่ทุกครัวเรือนมีคนที่สามารถเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าตามแบบประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม ทำให้สามารถคัดกรองผู้ที่มีอาการซึมเศร้า หรือผู้ป่วยรายใหม่เข้าสู่กระบวนการรักษาและสามารถติดตามได้อย่างต่อเนื่องเพื่อลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในชุมชน

คำสำคัญ : การเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าด้วยตนเอง; ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า; เครื่องมือคัดกรองโรคซึมเศร้า

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลตระการพืชผล อุบลราชธานี

^a Corresponding author : จุไรรัตน์ ทุมนันท์ Email : jurairatoomnan@gmail.com

รับบทความ: 3 มิ.ย. 65; รับบทความแก้ไข: 20 มิ.ย. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 20 มิ.ย. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 27 มิ.ย. 65

Effects of Self-Reported Monitoring Depression of People in Community at Trakan Phuet Phon District, Ubon Ratchathani Province

Jurairat Toomnan, MD^{*a}

Abstract

This quasi-experimental study aimed to determine the effects of self-reported monitoring depression of people in community at Trakan Phuet Phon district, Ubon Ratchathani province. A pretest-posttest design was used to collect data from the selected group. Participants self-administered an online two-item Patient Health Questionnaire (PHQ-2) as a measure for screening depression. After 3 months of treatment, additional questionnaire were administered for depression screening; the nine-item Patient Health Questionnaire (PHQ9), and the eight-question Diagnosis for Suicide (8Q) were used. Data analysis was performed by both descriptive statistics and inferential statistics using Wilcoxon sign-ranked test and Pearson chi-squared test. The results showed that 61.14 percent of the sample were female, the mean age was 52.40 ± 14.79 years. It was found that new case depression decreased significantly ($p < 0.001$) from 34.2 percent to 13.71 percent. There were 4.5 percent of depressed patients (PHQ-9 ≥ 7) who were sent to psychiatric nurses for suicide assessments, and consultation with a psychiatrist for treatment. It was found that after 3 months of treatment, the number of suicide patients decreased significantly ($p < 0.001$) to 5.00 percent (3 patients). Therefore, self-reporting and monitoring of depression increase the efficiency of screening and new case depression findings in a community.

Keywords : Self-reported monitoring depression; Depressive disorder; Depression screening tools

^{*} Medical Physician, Senior Professional Level, Trakan Phuet Phon Hospital, Ubon Rachathani

^a Corresponding author : Jurairat Toomnan Email : jurairatoomnan@gmail.com

Received: Jun. 3, 22; Revised: Jun. 20, 22; Accepted: Jun. 20, 22; Published Online: Jun. 27, 22

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่พบได้บ่อยมากและสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนเป็นภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หดห้วง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด ไร้ค่า ต่ำหนีดตัวเอง เมื่อมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นจะเป็นอยู่นานโดยไม่มีที่ท่าว่าจะดีขึ้นจนกระทั่งมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ความคิด จิตใจ อารมณ์และสังคมอย่างชัดเจน ซึ่งมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง พันธุกรรม ในครอบครัว ความเครียดในชีวิต บุคลิกภาพส่วนตัว โรคทางกายและยาบางชนิด^(1,2) โดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์ เศร้า ความเพลิดเพลินในกิจกรรมต่างๆ ลดลงอย่างมาก เบื่ออาหารจนน้ำหนักลดลง นอนไม่หลับหรือหลับมากแทบทุกวัน ทำอะไรช้า พุดช้า รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิดมากเกินไป คิดอยากตายไม่อยากมีชีวิตอยู่ คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อย หรือบางรายพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผนฆ่าตัวตาย จะมีอาการอยู่นาน ตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป⁽³⁾ ทั้งนี้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบความชุกผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 6.95 เป็นโรคซึมเศร้าวาระดับรุนแรงร้อยละ 14.29 มีแนวโน้มฆ่าตัวตายเล็กน้อยร้อยละ 10⁽⁴⁾ ซึ่งอาการของโรคซึมเศร้าทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยแย่ลง ดังนั้นเป็นความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องค้นหา คัดกรอง ให้การช่วยเหลือและรักษาที่เหมาะสมต่อไป⁽⁵⁾

การเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในชุมชนเป็นวิธีการเพื่อป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้า โดยพบหลักฐานว่า การคัดกรองโรคซึมเศร้าในชุมชนช่วยเพิ่มอัตราการค้นพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและการคัดกรองที่เชื่อมโยงนำไปสู่การรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง สามารถลดความเสี่ยงของโรคซึมเศร้าได้ อีกทั้งการคัดกรอง จะช่วยให้เกิดการสื่อสารและการส่งต่อไปรับบริการที่เฉพาะเพิ่มมากขึ้น⁽²⁾ จากข้อมูลศูนย์ความรู้โรคซึมเศร้าไทย พบว่ามีประชาชน อายุ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้าต่ำ ปี พ.ศ. 2562-2564 ร้อยละ 2.70, 2.48 และ 2.70 ตามลำดับ แม้ผู้เกี่ยวข้องจะพยายามหาวิธีเพิ่มอัตราส่วนผู้ป่วยซึมเศร้าที่เข้ารับบริการรักษาให้เพิ่มขึ้น⁽⁶⁾ ดังนั้นควรมีแนวทางที่ชัดเจนในการประเมินโรคซึมเศร้า⁽⁷⁾ และส่งเสริมให้ชุมชนหรืออาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย⁽⁸⁾

โรงพยาบาลตระการพืชผล เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 150 เตียง มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคซึมเศร้า 4 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน จิตแพทย์ชุมชน 1 คน พยาบาลจิตเวช 1 คน พยาบาลยาเสพติด 1 คน ปีงบประมาณ 2562 ถึง 2564 มีผู้ประชาชนได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) ร้อยละ 49.21, 52.34 และ 52.42 ประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ร้อยละ 0.16 , 0.22 และ 0.35 ประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ร้อยละ 3.41 , 2.52 และ 4.04 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด (เป้าหมายคือได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้าไม่น้อยกว่าร้อยละ 80) เนื่องจากระบบเดิมให้พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาให้โรงพยาบาล แต่ด้วยปัญหาภาระงานมากและอัตราค่าจ้างไม่เพียงพอ ทำให้การคัดกรองเพื่อส่งต่อผู้ป่วยต่ำกว่าเป้าหมาย

ผู้วิจัยตระหนักถึงสถานการณ์และปัญหาดังกล่าวจึงมุ่งศึกษาผลของการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าด้วยตนเองของประชาชนในชุมชน อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งจะมีการคัดกรองโรคซึมเศร้าเชิงรุกด้วยตนเองโดยแบบประเมินออนไลน์คัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ในแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) ของประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปในชุมชน ให้เฝ้าระวังโรคซึมเศร้าด้วยตนเอง เพราะเป็นเครื่องมือคัดกรองที่ง่าย ประชาชนสามารถประเมินด้วยตนเองและส่งต่อข้อมูลได้รวดเร็ว โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขภาคีเครือข่ายในพื้นที่ส่งต่อแบบประเมินออนไลน์และแนะนำวิธีการใช้งาน เพื่อคัดกรองโรคซึมเศร้าและให้การช่วยเหลือทันทีตั้งแต่เริ่มมีอาการซึมเศร้า เมื่อพบอาการผิดปกติข้อมูลจะถูกส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และประสานโรงพยาบาลเพื่อให้การดูแลตามแนวทางรักษาของโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าด้วยตนเองของประชาชนในชุมชน อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

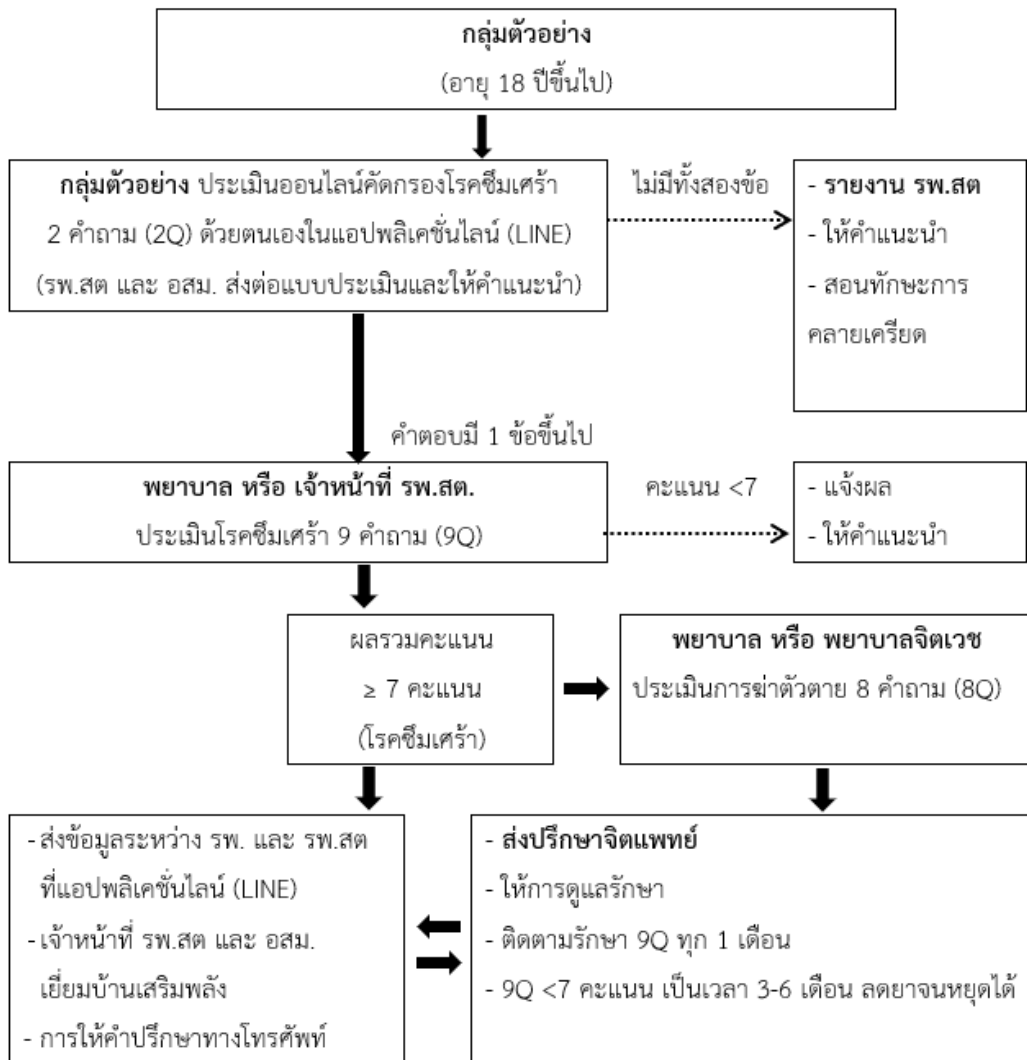
การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One groups pretest-posttest design) เพื่อประเมินผลระบบการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าของประชาชนอำเภอตระการพืชผล ระยะเวลา 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปในชุมชนแห่งหนึ่ง อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 513 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางของเครจซี่และมอร์แกน⁽⁹⁾ ผู้วิจัยทราบขนาดของประชากรเท่ากับ 513 ราย ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจะเท่ากับ 175 คน คัดเลือกตัวอย่างเข้าศึกษาแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเลือกเข้า คือ 1) ประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป หลังคาเรือนละหนึ่งคน 2) มีโทรศัพท์มือถือสมาร์ทโฟน 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย 4) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี และ 5) อยู่ในพื้นที่ตลอดระยะเวลาการวิจัย มีเกณฑ์การคัดออก คือ 1) ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการมองเห็นและการได้ยิน และ 2) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามผลการวิจัยได้

การดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยตามระบบการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าเชิงรุกของประชาชนอำเภอตระการพืชผล (ระบบใหม่) ระยะเวลาดำเนินการระหว่าง พฤศจิกายน 2564 ถึง มกราคม 2565 ดังนี้ (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 ระบบการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าของประชาชนอำเภอตระการพืชผล

1. อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดสติกเกอร์แบบประเมินภาวะซึมเศร้าประจำครอบครัวทุกหลังคาเรือน พร้อมส่งต่อแบบประเมินออนไลน์คัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และแนะนำวิธีการใช้งาน ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) ให้ประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ในชุมชน (ภาพที่ 2)

**แบบประเมินภาวะซึมเศร้าประจำครอบครัว
อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี**

ขอให้ท่านประเมินภาวะซึมเศร้า
โดยการสแกนคิวอาร์โค้ดบนมือถือ




➔

กรุณากำหนดวงประเมินบนมือถือให้ตอบคำถามด้านล่างนี้
และส่งเอกสารให้กับอบ.ประจำครอบครัวของท่าน

ชื่อ-สกุล.....อายุ

ที่อยู่.....

เบอร์โทร.....

เดิมเครื่องหมาย ☒ ไม่ช่องว่าง

ข้อที่ 1 ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมมีเนื้อนี้ **เรามีอาการนี้**

: อุกอ้ง หงอย เช้ง หนพอย บ่เป็นตออยู่ นีแต่อยากไ่

มี ☐ **ไม่มี** ☐

ข้อที่ 2 ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมมีเนื้อนี้ **เรามีอาการนี้**

: บสนใจยัง บ่อยากเช็ดหยัง บ่มานบชิน

☐ ☐

จากคำถาม 2 ข้อ ข้างต้น

หากท่านตอบไม่ข้อใด 2 ข้อ คือ ว่า ปกติ ไม่เป็นโรคนีเศร้า

ถ้าท่านตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง "เป็นผู้มีความเสี่ยง" หรือ "มีแนวโน้ม

ที่จะเป็นโรคนีเศร้า"ให้ประเมินข้อต่อด้วยแบบประเมิน โรคนีเศร้า 9Q

ปกติ ☐ **เสี่ยง** ☐

หากท่านประเมินท่านมีความเสี่ยงต่อการซึมเศร้าให้ติดต่อ อบ.ประจำบ้านของท่านโดยทันที

ภาพที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าประจำครอบครัว

2. ประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปในชุมชนเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าด้วยตนเอง ตามแบบประเมินออนไลน์ คัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ในแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) 2 รอบ คือเมื่อเริ่มต้นศึกษาและเมื่อติดตามผล 3 เดือน

3. เมื่อพบอาการผิดปกติจะส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) หากพบว่าคะแนน 9Q มากกว่าหรือเท่ากับ 7 ให้ส่งต่อโรงพยาบาลเพื่อประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) และปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคซึมเศร้า⁽¹²⁾ พร้อมสอนทักษะการคลายเครียด และออกเยี่ยมบ้านเสริมพลัง การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อยมาระยะเวลาหนึ่ง 3-6 เดือน แพทย์จะค่อยๆ ลดขนาดยา Antidepressant drugs ลงประมาณ ร้อยละ 25-50 ของยาเดิมทุกๆ 2 สัปดาห์ จนกว่าหยุดยาได้ โดยติดตามผลการรักษาด้วยการประเมิน ภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) น้อยกว่า 7 คะแนน ทุก 1 เดือน เป็นเวลา 3-6 เดือน

4. ส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ผู้ป่วย อยู่ระบบการรักษาได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ สำหรับตอบด้วยตนเองในแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล อาชีพ การศึกษาความพอเพียงของรายได้ ภาวะหนี้สิน โรคเรื้อรัง และจำนวนครั้งนอนรักษาในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) เพื่อคัดกรองโรคซึมเศร้าสำหรับตอบด้วยตนเองในแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) โดยคำตอบมี 2 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่มี-ให้ 0 คะแนน มี-ให้ 1 คะแนน ถ้าคำตอบ ไม่มี ทั้ง 2 คำถาม ถือว่าปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า ถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 หมายถึงเป็นผู้มีความเสี่ยง หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า โดยผ่านการทดสอบคุณภาพมีความไวสูงถึงร้อยละ 96.5 ความจำเพาะร้อยละ 44.6 แต่ถ้าทั้งสองข้อตอบว่า มี จะเพิ่มความจำเพาะสูงขึ้นถึงร้อยละ 85.1 สามารถนำไปค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มจะป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในชุมชนได้⁽¹⁰⁾

ส่วนที่ 3 แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) เพื่อช่วยการวินิจฉัยและใช้ประเมินจำแนกความรุนแรงโรคซึมเศร้า เป็นการประเมินเพื่อเป็นการบ่งชี้ที่ชัดเจนขึ้น ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่ และอาการรุนแรงมากน้อยเพียงใด จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถาม ถามเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นจากโรคซึมเศร้า ภายใน 2 สัปดาห์ โดยคำตอบมี 4 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่มีเลย-ให้ 0 คะแนน มีเป็นบางวัน-ให้ 1 คะแนน เป็นบ่อย-ให้ 2 คะแนน และเป็นทุกวัน-ให้ 3 คะแนน แปลผลตามเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต⁽²⁾ ดังนี้ น้อยกว่า 7 คะแนน หมายถึง ไม่มีโรคซึมเศร้า, 7-12 คะแนน หมายถึง มีโรคซึมเศร้าระดับน้อย, 13-18 คะแนน หมายถึง มีโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง, และ 19 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง โดยผ่านการทดสอบคุณภาพมีค่าความไวร้อยละ 86.15 ค่าความจำเพาะร้อยละ 83.12 ค่าความถูกต้องร้อยละ 83.29 เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการนำมาใช้ในระบบเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าที่สถานบริการ⁽¹¹⁾

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) คำถามในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คำตอบมี 2 ตัวเลือก เกณฑ์การแปลผลใช้เกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต⁽²⁾ ดังนี้ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีโรคซึมเศร้า, 1-8 คะแนน หมายถึง แนวโน้มฆ่าตัวตายเล็กน้อย, 9-16 คะแนน หมายถึง แนวโน้มฆ่าตัวตายระดับปานกลาง และ มากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน หมายถึง แนวโน้มฆ่าตัวตายรุนแรง หากมีคะแนน ตั้งแต่ 1 ขึ้นไป ให้รายงานแพทย์และปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มไม่อิสระด้วยสถิติ Wilcoxon sign-ranked test และ Pearson chi-squared test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2564-098 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการ วิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย โดยละเอียด และทุกคนมีสิทธิในการบอกยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยดังกล่าวโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ โดยเปิดเผยเฉพาะผลสรุปการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างจำนวน 175 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 61.14 อายุเฉลี่ย 52.40 ± 14.79 ปี ส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 62.86 มีสมาชิกในครอบครัว 3 คนขึ้นไปร้อยละ 65.71 ไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 9.14 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 48.00 มีรายได้เพียงพอร้อยละ 52.57 มีภาวะหนี้สินร้อยละ 54.29 มีโรคประจำตัวร้อยละ 34.29 ส่วนมากจบการศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 54.29 และใน 1 ปี ที่ผ่านมาไม่เคยนอนโรงพยาบาลร้อยละ 84.00 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (n=175)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศหญิง	107	61.14
อายุเฉลี่ย (ปี)	52.40 ± 14.79	Min=18, Max=80
สถานภาพสมรส		
โสด	36	20.57
คู่	110	62.86
หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	29	16.57
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1 คน (อยู่คนเดียว)	5	2.86
2 คน	55	31.43
3 คนขึ้นไป	115	65.71
ไม่มีผู้ดูแล	16	9.14

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (n=175)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่มี	14	8.00
ค้าขาย/รับจ้าง	68	38.86
เกษตรกรกรรม	84	48.00
ข้าราชการ	9	5.14
รายได้ไม่พอเพียง	92	52.57
มีภาวะหนี้สิน	95	54.29
มีโรคเรื้อรัง	60	34.29
การศึกษา		
ประถมศึกษา	95	54.29
มัธยมศึกษา	63	36.00
อนุปริญญา/ปวส.	5	2.86
ปริญญาตรีขึ้นไป	12	6.86
จำนวนครั้งนอนรักษาในโรงพยาบาล		
ไม่มี	147	84.00
1-2 ครั้งต่อปี	19	10.86
3 ครั้งขึ้นไปต่อปี	9	5.14

2. ผลการคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ด้วยตนเองออนไลน์ในแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 34.29 (ตารางที่ 2) และเมื่อติดตาม หลังการทดลองพบผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงโรคซึมเศร้า ($2Q \geq 1$) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมี ภาวะโรคซึมเศร้า ($9Q \geq 7$) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 3) โดยผู้ป่วยที่เป็น โรคซึมเศร้า ($9Q \geq 7$) ร้อยละ 13.33 ได้ส่งให้พยาบาลจิตเวชประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) พร้อมส่ง ปรัชชาจิตแพทย์เพื่อให้การดูแลรักษา พบว่าหลังการทดลองผู้ป่วยมีแนวโน้มฆ่าตัวตายเล็กน้อยลดลง เหลือร้อยละ 5.00 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 2 ผลการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) ด้วยตนเอง (n=175)

โรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า	115	65.71
เป็นผู้มีความเสี่ยง ($2Q \geq 1$)	60	34.29

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงโรคซึมเศร้าและมีภาวะโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง

ผู้ป่วย	ก่อน n(%)	หลัง n(%)	p-value
มีความเสี่ยงโรคซึมเศร้า ($2Q \geq 1$) (n=175)	60 (34.29)	24 (13.71)	<0.001
มีภาวะโรคซึมเศร้า ($9Q \geq 7$) (n=60)	8 (13.33)	3 (5.00)	<0.001

3. ประชาชน 60 รายที่ได้รับการติดตามประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) จากพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะโรคซึมเศร้าตามแบบประเมิน 9 คำถาม หลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จาก 5.016 ± 2.78 คะแนน (มีโรคซึมเศร้าระดับน้อย) เป็น 1.40 ± 2.20 คะแนน (ไม่มีโรคซึมเศร้า) (ตารางที่ 4) และพบคะแนนเฉลี่ยตามแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม หลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.010$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะโรคซึมเศร้าตามแบบประเมิน 9 คำถาม (n=60)

โรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)	ก่อน n(%)	หลัง n(%)	p-value
คะแนนเฉลี่ย 9 คำถาม (9Q)	5.016 ± 2.78	1.40 ± 2.20	<0.001
คะแนน < 7 ไม่มีโรคซึมเศร้า	52 (86.67)	57 (95.00)	
คะแนน 7-12 มีโรคซึมเศร้า ระดับน้อย	5 (8.33)	3 (5.00)	
คะแนน 13-18 มีโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง	3 (5.00)	0 (0.00)	

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยตามแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (n=8)

การฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)	ก่อน n (%)	หลัง n (%)	p-value
คะแนนเฉลี่ย 8 คำถาม (8Q)	3.375 ± 2.44	0.75 ± 1.16	0.010
คะแนน 0 ไม่มีโรคซึมเศร้า	0 (0.00)	5 (62.50)	
คะแนน 1-8 แนวโน้มฆ่าตัวตายเล็กน้อย	8 (100.00)	3 (37.50)	

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) โดยค้นหาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (Early detection) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการคัดกรองโรคซึมเศร้าและส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษา⁽¹³⁾ โดยดำเนินการคัดกรองเชิงรุกในชุมชนผ่านแบบประเมินภาวะซึมเศร้าออนไลน์ ประจำครอบครัวที่ติดไว้ทุกหลังคาเรือน สำหรับประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ด้วยตนเอง ในแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) ทำให้ค้นพบประชาชนทั่วไปที่มีภาวะโรคซึมเศร้า ($9Q \geq 7$) ร้อยละ 13.33 ซึ่งผลการค้นหาผู้ป่วยสูงกว่ารูปแบบการค้นหาภาวะซึมเศร้าเชิงรับในโรงพยาบาลของหลายการศึกษา อาทิ ศิริลักษณ์ ผ่องจิตสิริ⁽¹⁴⁾ พบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ($9Q \geq 7$) ร้อยละ 12.3 อารีย์ สงวนชื่อ⁽¹⁵⁾ ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง พบว่าความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 2.5 แต่น้อยกว่าการศึกษาของจุลารักษ์ เทพกลาง⁽¹⁶⁾ พบผู้สูงอายุมีภาวะโรคซึมเศร้าร้อยละ 26.65 ส่วน ปรีดา เจริญโภคทรัพย์⁽¹⁷⁾ ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังเช่นกันพบความชุกโรคซึมเศร้าร้อยละ 76.7 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ ส่วนมากไม่มีโรคเรื้อรังทำให้ผลการศึกษต่างกัน ดังนั้นควรหมั่นสังเกตความผิดปกติทางร่างกายจิตใจ และพฤติกรรมที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าโดยประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง การรับรู้ภาวะซึมเศร้าได้เร็ว จะทำให้แก้ไขสาเหตุของภาวะซึมเศร้าได้ทัน^(2,18) นอกจากนี้จากผลการศึกษายังพบผู้ป่วยมีแนวโน้มฆ่าตัวตายที่ต้องติดตามต่อ รวมถึงมีผู้ป่วยบางรายมีอาการซึมเศร้าซ้ำหลังจากรักษา 2-3 เดือน ควรติดตามดูแลต่อเนื่องเพื่อรักษาและเอาใจใส่ให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว มีความสุขและพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเองให้ดีขึ้น⁽¹⁹⁾ ให้รู้จักปรับใจคือการรู้เท่าทันอารมณ์ของตนเอง รู้จักวิธีการประคับประคองจิตใจของตนในยามที่ประสบกับปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ ความไม่สบายใจหรือความท้อแท้และรู้จักหาความสุขในทางที่เหมาะสม^(20,21) เนื่องจากการรักษาโรคซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดคือการรักษาแบบองค์รวม เพราะว่าสาเหตุของโรคซึมเศร้ามามีจากปัจจัยทั้งทางกายและทางจิตใจ ดังนั้นการรักษาจึงจำเป็นต้องต้องเฝ้าระวังทางด้านร่างกายและสภาวะจิตใจ ซึ่งจะพิจารณาตามสาเหตุที่แตกต่างกันของผู้ป่วยคนนั้นๆ เป็นหลัก⁽²²⁾

จุดเด่นของการศึกษานี้ ทำให้สามารถค้นหาผู้ป่วยภาวะซึมเศร่ายาใหม่ได้เร็วและง่ายขึ้น เนื่องจากมีการติดแบบประเมินภาวะซึมเศร้าประจำครอบครัวทุกหลังคาเรือน สำหรับประเมินออนไลน์คัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ด้วยตนเองและมีอาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คอยติดตามผลการประเมิน หากหลังคาเรือนไหนมีความเสี่ยงเกิดภาวะซึมเศร้าจะประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) หากพบว่าคะแนน 9Q มากกว่าหรือเท่ากับ 7 ให้ส่งต่อโรงพยาบาลเพื่อประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) และปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเข้าสู่การรักษาโรงพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับการประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม ทุกครั้งที่มารับบริการ และยังสามารถประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองซ้ำได้

ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) รวมถึงได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านเสริมพลังจากอาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ทั้งนี้ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการพบว่า การคัดเลือกตัวแทนในการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง หลังคาเรือนละหนึ่งคน บางหลังคาเรือนอาจจะได้ตัวแทนที่ไม่มีความเสี่ยงมีภาวะซึมเศร้า และยังมีผู้ป่วยบางกลุ่มที่ไม่สามารถประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองได้ เช่น เป็นผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียว ไม่มีโทรศัพท์มือถือสื่อสารโทรคมนาคม กลุ่มเหล่านี้ต้องอาศัยความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามเยี่ยมบ้านประเมินภาวะซึมเศร้า

สรุปการวิจัยในครั้งนี้ได้ว่าระบบการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าด้วยตนเองของประชาชน สามารถค้นหาผู้ป่วยภาวะซึมเศร้ารายใหม่ได้เร็วและง่ายขึ้น ทำให้ส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาได้เร็วขึ้นและส่งผลต่อการดำเนินการป้องกันภาวะซึมเศร้าในชุมชนที่มีประสิทธิภาพโดยมีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงโรคซึมเศร้าและมีภาวะโรคซึมเศร้าหลังการทดลองลงลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การศึกษาครั้งต่อไปควรติดตามประเมินความพึงพอใจของประชาชนในการประเมินออนไลน์ คัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยตนเองในแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) เพื่อพัฒนาแบบประเมินให้ง่ายในการปฏิบัติ รวมถึงควรค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาและกระตุ้นให้ปฏิบัติตัวที่ดีเพื่อป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้า
2. การศึกษาที่สามารถขยายไปสู่การประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยมีประวัติรับยาต้านเศร้า (Antidepressant) ให้สามารถประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองได้

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจากผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย จิตแพทย์ จิตแพทย์ชุมชน และพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลตรังการพิชผล ที่ให้คำปรึกษาอันเป็นประโยชน์ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ให้ความช่วยเหลือให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี และขอขอบคุณอาสาสมัครในชุมชนที่ให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 3/2557 [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2564 กุมภาพันธ์ 7]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaidepression.com/www/58/guidebookdepress.pdf>

2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2558.
3. World Health Organisation. International classification of diseases, 10th revision (ICD-10). Geneva, Switzerland: World Health Organisation; 1990.
4. พรณพิไล วริยะ, กิตติพร เนาว์สุวรรณ. สถานการณ์โรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ใน อ.คลองหอยโข่ง จ.สงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560;4(พิเศษ):1-16.
5. สุรัชย์ คำภักดี. ความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ. 2555;27(2):108-12.
6. ศูนย์ความรู้โรคซึมเศร้าไทย. รายงานการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 กันยายน 27]. เข้าถึงได้จาก: https://thaidepression.com/www/report/main_report/.
7. ขาววิชัย โพธิ์สุวรรณ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลบุณฑริก. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. 2562;12(1):20-4.
8. พิกุล ทวีวัชร. ผลของโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ตำบลห้วยเตย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. 2563;13(2):590-601.
9. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and psychological measurement. 1970;30(3):607-10.
10. สุวรรณ อรุณไพศาล, ธรณินทร์ กองสุข, ณรงค์ มณีทอง. การพัฒนาและความเที่ยงตรงของแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าชนิด 2 คำถาม ในชุมชนไทยอีสาน: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต [อินเทอร์เน็ต]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มกราคม 24]. เข้าถึงได้จาก: <https://suicide.dmh.go.th/abstract/details.asp?id=4901>
11. ธรณินทร์ กองสุข. คู่มือผู้เข้ารับการอบรมแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ. ศูนย์โรคซึมเศร้าไทย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. อุบลราชธานี: โรงพิมพ์ศิริธรรมออฟเซต; 2553.

12. ศูนย์ความรู้โรคซึมเศร้าไทย. แนวทางการรักษาด้วยยา [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2564 กันยายน 27]. เข้าถึงได้จาก: <https://thaidepression.com/2020/web/index.php?r=news%2Fview&id=231>.
13. อังคณา ช่วยคำชู. ผลของการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีโรคซึมเศร้าร่วม. Thai Journal of Nursing Council. 2555;26(1):70-80.
14. ศิริลักษณ์ ผ่องจิตศิริ. ความชุกและปัจจัยทำนายโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มาใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารกรมการแพทย์. 2561;43(5):81-6.
15. อารีย์ สวงนชื้อ, ปณณทัต ตันธนปัญญากร, รัตนา ภรณ์อาษา. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในอำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา. 2562;14(2):277-87.
16. จุลารักษ์ เทพกลาง. การพัฒนาระบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุในหน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุบลรัตน์จังหวัดขอนแก่น. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2562;16(1):70-7.
17. ปรีดา เจริญโภคทรัพย์. ผลของการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่มีภาวะซึมเศร้าโดยใช้ฉันทวิธีธรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น. 2560;1(1):25-35.
18. สำนักพัฒนาสุขภาพจิตกรมสุขภาพจิต. คู่มือคลายเครียด (ฉบับปรับปรุงใหม่). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2556.
19. สรร กลิ่นวิจิต, พวงทอง อินใจ, พลอยพันธุ์ กลิ่นวิจิต. การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังตามแนวทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ปีที่ 1: ผลการประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี. ชลบุรี: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2557.
20. กรมสุขภาพจิต. คู่มือความรู้สุขภาพจิตชุมชนสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต; 2546.
21. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการดำเนินงานสุขภาพจิตในศูนย์สุขภาพชุมชนนนทบุรี. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต; 2547.
22. นพวัฒน์ เพ็งคำศรี. โรคซึมเศร้า การรักษาด้วยยาและสติบำบัด. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2564 กุมภาพันธ์ 7]. เข้าถึงได้จาก: https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=853.