

# สถานการณ์โรคซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยงโดยการตรวจคัดกรอง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

สถิตย์ วงศ์สุรประกิต พย.ม.\*  
สมพร สันติประสิทธิ์กุล พย.ม.\*\*

**บทคัดย่อ:** โรคซึมเศร้าเป็นอาการที่พบได้บ่อยในประชากรทั่วไป และพบได้มากในผู้ใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ อาการซึมเศร้าในประชากรเหล่านี้มักไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคและรักษาอย่างถูกต้อง ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองมีอาการของโรคนี้ เพราะอาการซึมเศร้านั้นมีอาการทางกายร่วมด้วย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ของโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เคยรับบริการสุขภาพ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 แห่งในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย และมีอาการนอนหลับไม่ปกติร่วมด้วยนานอย่างน้อย 1 ปี เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพทั่วไป แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า การเก็บข้อมูลใช้วิธีสัมภาษณ์และให้ประเมินอาการตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 38.89 มีอาการของโรคซึมเศร้า เป็นชายร้อยละ 33.58 หญิงร้อยละ 66.42 อายุเฉลี่ย 45 ปี (SD= 9.5) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 68.63 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 69.85 มีการดื่มสุราเป็นประจำร้อยละ 25.7 มีความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 18.6 และมีโรคเรื้อรังทางกายร้อยละ 15.4 ได้รับการส่งต่อไปรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาจากโรงพยาบาลจิตเวช ร้อยละ 4.90 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตที่เกิดจากการดื่มสุราร้อยละ 25.0 โรคซึมเศวาระดับปานกลางร้อยละ 20.0 โรคซึมเศวาระดับรุนแรงที่ไม่มีอาการทางจิตร้อยละ 15.0 โรคซึมเศร้าเรื้อรังร้อยละ 15.0 โรคการปรับตัวผิดปกติร้อยละ 15.0 และโรคซึมเศร้าชนิดอื่น ๆ ร้อยละ 10.0

ผลการวิจัยครั้งนี้ บุคลากรสุขภาพที่ทำงานในชุมชนควรตระหนักถึงการตรวจคัดกรองประเมินอาการของโรคซึมเศร้า และให้ความช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ที่มีอาการได้รับการบำบัดตั้งแต่ระยะเริ่มแรก การส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยและรักษาในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสมรวดเร็ว สามารถป้องกันความรุนแรงจนเป็นโรค หรือป้องกันความเรื้อรังของโรคได้

**วารสารสภากาพยาบาล 2555; 27(3) 91-105**

**คำสำคัญ:** โรคซึมเศร้า กลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า

\*ผู้เขียนหลัก อาจารย์ สำนักพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง Email:sathit.wong@mfu.ac.th

\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ.2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับ 1 ของทั่วโลกและเป็นสาเหตุของการสูญเสียทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจขาดเลือด<sup>1</sup> เพราะเป็นโรคเรื้อรัง ก่อให้เกิดความบกพร่องในการดำเนินชีวิต หน้าที่รับผิดชอบ และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนสูงกว่าโรคอื่น<sup>2</sup> และเมื่อเปรียบเทียบกับโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวชด้วยกันพบว่าโรคนี้เป็นสาเหตุให้เกิดการสูญเสียสุขภาวะสูงที่สุด<sup>3</sup> สำหรับอุบัติการณ์ของโรคพบร้อยละ 1.89 จากทั่วโลก<sup>4</sup> ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบประชากรที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปมีความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 7.8<sup>5</sup> สำหรับประเทศไทยอัตราการป่วยด้วยโรคนี้มีแนวโน้มสูงขึ้นโดยมีอัตราผู้ป่วยที่มาใช้บริการของหน่วยบริการสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระหว่างปี พ.ศ.2549-พ.ศ.2553 เท่ากับ 185.03, 190.21, 233.16, 260.78 และ 241.37 ต่อแสนประชากรตามลำดับ<sup>6</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของกรมสุขภาพจิตที่พบความชุกของโรคซึมเศร้าในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน 5 แห่งในจังหวัดเชียงใหม่และลำพูนพบมีความชุกสูง ส่วนจังหวัดเชียงรายอัตราการป่วยด้วยโรคนี้ก็มีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นเดียวกันโดยมีอัตราการป่วยช่วงปีเดียวกันเท่ากับ 84.08, 112.6, 204.45, 164.41, และ 286 ต่อแสนประชากรตามลำดับ<sup>6</sup>

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้านักมีอาการทั้งทางร่างกาย อารมณ์ พฤติกรรมและการเคลื่อนไหว เช่น นอนไม่หลับ หงุดหงิดง่าย หรือหลับไม่สนิท ท้องอืด เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ปวดเมื่อยตามตัว อ่อนเพลียไม่มีแรง เชื่องช้า ไม่อยากทำงาน อารมณ์หดหู่เศร้าหมอง ไม่สดชื่น หงุดหงิด เบื่อหน่ายและมีความคิดอยากตาย<sup>7</sup> ซึ่งอาการอ่อนเพลีย

ไม่มีแรง ไม่อยากทำงานจะพบได้ถึงร้อยละ 97 อาการเบื่ออาหารและปัญหาการนอนหลับ พบได้ร้อยละ 80<sup>1</sup> ซึ่งการนอนหลับไม่ปกติเป็นตัวทำนายการป่วยด้วยโรคนี้ภายในระยะเวลา 1 ปีถัดไป<sup>8</sup> ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าวัยใหม่มากถึง 39.8 เท่าของผู้ที่นอนหลับปกติ แต่หากแก้ไขการนอนหลับที่ไม่ปกติได้จะทำให้ลดโอกาสที่จะเป็นโรคซึมเศร้าวลงเหลือเพียง 1.6 เท่า<sup>10</sup>

ปัญหาสำคัญของผู้เป็นโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ จะไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคและรักษาอย่างถูกต้องรวดเร็วเมื่อเริ่มมีอาการในระยะแรก เพราะอาการส่วนใหญ่จะแสดงออกด้วยการนอนหลับไม่ปกติ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ไม่มีแรง และเหนื่อยง่าย ทำให้ผู้ป่วยคิดว่าตนมีปัญหาโรคทางกายจึงไปขอรับการรักษาที่สถานบริการสุขภาพทางกาย<sup>8</sup> และระบบการจัดการโรคซึมเศร้าในชุมชนก็ยังไม่ชัดเจน ไม่มีการบูรณาการจัดการโรคนี้เข้าสู่ระบบสุขภาพทั่วไป<sup>11</sup> ตลอดจนมีบุคลากรผู้รับผิดชอบน้อย จึงมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพียงร้อยละ 3.7 ที่เข้าถึงบริการ<sup>4</sup> ซึ่งสอดคล้องคลึงกับการศึกษาของ Mayalle, Oathamshaws, Lovellk & Puseyh<sup>12</sup> และวิลเลียม และฮาเกอร์ตี<sup>13</sup> สำหรับประเทศไทย ปัจจุบันนักรักษาโรคซึมเศร้าถูกลดลงมากแต่พบว่าโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งไม่มียาชนิดนี้<sup>14</sup> เมื่อไม่ได้รับการรักษาความรุนแรงของโรคจึงมีมากขึ้นจนอาจเกิดความเรื้อรัง ตามมาเป็นภาระในการดูแลของครอบครัวและสังคม<sup>7</sup> เนื่องจากตลอดชีวิตของผู้ป่วยโรคนี้จะมีโอกาสกำเริบซ้ำประมาณ 5 ครั้ง<sup>15</sup>

ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่สุดของโรคซึมเศร้าคือ ความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 60 และพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยรุนแรงร้อยละ 18 มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ<sup>16</sup> ซึ่งสอดคล้องคลึงกับการศึกษาของ

กรมสุขภาพจิต<sup>17</sup> และสมาคมจิตเวชของออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์<sup>18</sup> และในประเทศไทยพบว่าประชากรในเขตภาคเหนือตอนบนเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุดของประเทศ เนื่องจากมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามาก และส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็ว<sup>17</sup> โดยเฉพาะจังหวัดเชียงรายมีรายงานอัตราการฆ่าตัวตาย 15.63 ต่อประชากรแสนคน เป็นอันดับ 2 ของประเทศ<sup>6</sup> ดังนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการดำเนินการป้องกันโรคซึมเศร้า ซึ่งกรมสุขภาพจิตพบว่า การแก้ปัญหาที่ได้ผลนั้นต้องพัฒนาระบบตั้งแต่การค้นหาผู้ป่วยแล้วนำเข้าสู่ระบบการดูแลรักษา การค้นหาโรคซึมเศร้าในชุมชนจะใช้การตรวจคัดกรองโรคในกลุ่มเสี่ยงทั่วประเทศ โดยเฉพาะผู้ที่มีการนอนหลับไม่ปกติ เบื่ออาหาร และอ่อนเพลียไม่มีแรง เป็นการเฝ้าระวังโรคตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก<sup>3</sup> ลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือลดความรุนแรงของโรคลง<sup>19</sup> ตลอดจนพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสุขภาพในชุมชน ซึ่งกรมสุขภาพจิตจะให้พยาบาลจิตเวชไปปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยงานสุขภาพระดับปฐมภูมิมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการมากขึ้นกว่าเดิมเป็นร้อยละ 54<sup>20</sup>

จากการศึกษานำร่องของ ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์ และคณะ<sup>21</sup> ที่ได้ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ใช้บริการ สุขภาพ 2 ราย ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลในจังหวัดเชียงใหม่ที่มีประวัติการนอนหลับ ไม่ปกติอย่างน้อย 1 ปี และมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย คือ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะเป็นประจำ เบื่ออาหาร โดยได้ตรวจประเมินอาการเป็นระยะพบว่า มีอาการซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค จึงได้ ส่งต่อไปรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคที่โรงพยาบาลจิตเวช พบผู้ใช้บริการทั้ง 2 รายเป็นโรคซึมเศร้า คือโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง และโรคซึมเศร้า

ระดับปานกลาง จากนั้นผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์ และคณะ<sup>21</sup> ได้ศึกษาต่อในผู้ใช้บริการสุขภาพที่มีลักษณะเดียวกันอีก 72 คน พบผู้มีอาการของโรคซึมเศร้า ร้อยละ 56.9 และได้รับการส่งต่อไปรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคจากจิตแพทย์ร้อยละ 36.6 พบว่าเป็นโรคซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 40.0 และโรคซึมเศร้าปานกลางร้อยละ 30.0 นอกนั้นมีภาวะซึมเศร้าทั่วไป ซึ่งในจำนวนนี้มีความคิดฆ่าตัวตายจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 19.5

จากประเด็นข้างต้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงที่มีลักษณะดังกล่าว จึงได้ทำการสำรวจข้อมูลทางสุขภาพของผู้ใช้บริการสุขภาพ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 แห่งในเขต อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ย้อนหลัง 1 ปี พบว่ามีปัญหาการนอนหลับจำนวน 2,914 คน คิดเป็นร้อยละ 7.2 ของผู้ใช้บริการสุขภาพทั้งหมด และผู้มีอาการเหล่านี้มีอายุระหว่าง 15-60 ปี มีจำนวน 1,049 คน<sup>22</sup> ซึ่งปัญหาการนอนหลับที่ปรากฏในเวชระเบียนมีลักษณะนอนหลับยาก หลับ ๆ ตื่น ๆ หลับไม่สนิท ส่วนใหญ่จะมมีอาการติดต่อกัน 3-4 สัปดาห์ บางรายได้รับยากกลุ่ม Benzodiazepine ส่วนใหญ่มีอาการร่วม ได้แก่ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะเป็นประจำ เบื่ออาหาร วิดกกังวลต่อสุขภาพ คิดว่าตนเองมีสุขภาพไม่แข็งแรง บางรายมีอาการเบื่อหน่าย ท้อแท้กับโรคทางกายเรื้อรัง แต่ไม่เคยได้รับการส่งต่อหรือตรวจทางสุขภาพจิตมาก่อน

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการค้นหาโรคซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยงที่มีอาการนอนหลับไม่ปกติมานานอย่างน้อย 1 ปี ดังกล่าว ว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะนำไปใช้ในการวางแผนให้การช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยง และส่งต่อ

เพื่อการวินิจฉัยและรักษาต่อไป เป็นการป้องกันหรือบรรเทาความรุนแรงของโรค ซึ่งเป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญของพยาบาลจิตเวช นอกจากนี้บุคลากรด้านสุขภาพอื่นๆ ในชุมชนก็จะได้ตระหนักถึงความสำคัญของการค้นหาโรคเบื้องต้น และเรียนรู้การใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ของโรคซึมเศร้าในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเฉพาะกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าที่มีการนอนหลับไม่ปกติต่อเนื่องกันอย่างน้อย 1 ปี มีอายุระหว่าง 15-60 ปี ที่ใช้บริการสุขภาพ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 แห่งในเขตอำเภอเมืองได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ข้าวต้ม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางแล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสุดโดยศึกษาตั้งแต่เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2554 ถึง เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2554

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอาการนอนหลับไม่ปกติต่อเนื่องกันอย่างน้อย 1 ปี และอาจมีอาการอื่นร่วม เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะเป็นประจำ เบื่ออาหาร ใช้บริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 แห่งในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 2,914 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้จากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงคือ ผู้ใช้บริการสุขภาพดังกล่าวที่มีอายุระหว่าง 15-60 ปี สามารถอ่านหรือฟังภาษาไทยเข้าใจ และ

ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช จำนวน 1,049 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุด คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป

2. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (Khon Kaen University Depression Inventory) สร้างโดยสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล<sup>23</sup> มีข้อคำถามจำนวน 30 ข้อประกอบด้วยอาการของภาวะซึมเศร้า จำนวน 16 ข้อ อาการทางกาย จำนวน 7 ข้อ พฤติกรรมเชิงช้ำกว่าปกติ จำนวน 3 ข้อ และไม่ยอมรับประทานอาหาร จำนวน 4 ข้อ คำถามเป็นแบบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความรู้สึกของตนมากที่สุด คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เป็นเลยได้ 0 คะแนน เป็นนานๆ ครั้ง ได้ 1 คะแนน เป็นบ่อยครั้ง ได้ 2 คะแนน และเป็นเกือบทุกวัน ได้ 3 คะแนน

การแปลผลคะแนน ถ้าได้คะแนนมากกว่า 20 ขึ้นไปแสดงว่าผู้ตอบมีอาการของโรคซึมเศร้า ถ้าคะแนนเท่ากับ 20 หรือต่ำกว่าถือว่าไม่มีอาการโรคซึมเศร้า

คุณภาพของเครื่องมือ แบบคัดกรองนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 12 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ จำนวน 9 ท่าน นักจิตวิทยา จำนวน 3 ท่าน และผ่านการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างในชุมชนจังหวัดขอนแก่นเพื่อหาความแม่นยำ โดยเปรียบเทียบกับกรวินิจฉัยโรคของจิตแพทย์ โดยใช้เครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจทางระบาดวิทยาของประเทศสหรัฐอเมริกา (CIDI) เป็นเกณฑ์ ได้ค่าความไวและความจำเพาะของแบบคัดกรองร้อยละ 88.7 (95% CI) และได้นำเครื่องมือนี้ทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จ.ขอนแก่น ได้ค่าความไวเท่ากับร้อยละ

89.3 และความจำเพาะของแบบคัดกรองเท่ากับร้อยละ 89.2% ทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.94<sup>23</sup>

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง ที่มาใช้บริการโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 30 ราย คำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.90

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขอความอนุเคราะห์ในการให้ข้อมูล ซึ่งผู้ให้ข้อมูลมีอิสระในการตอบรับหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลโดยไม่มีผลกระทบใดๆ เมื่อผู้ให้ข้อมูลตอบยินยอมผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล และระหว่างให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หัวหน้าโครงการประชุมคณะผู้วิจัยเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นได้ดำเนินการดังนี้

1. ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ข้าวต้ม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางแล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสุดเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. รวบรวมรายชื่อผู้ใช้บริการจากเวชระเบียนปี 2553 เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2554 ได้กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาก่อน 1,049 ราย

3. เข้าพบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลอธิบายวิธีประเมินอาการโดยใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า วิธีการสัมภาษณ์ ให้รายละเอียดในการพิทักษ์สิทธิกับกลุ่มตัวอย่าง การยินยอมและสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงการประสานงานและการนัดหมายกับผู้ให้ข้อมูล

4. พบกลุ่มตัวอย่างตามวันเวลาที่นัดหมายชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขอความอนุเคราะห์ในการให้ข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยและอสม. ทำการตรวจสอบสุขภาพโดยทั่วไป และสัมภาษณ์ตามแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป จากนั้นขอให้กลุ่มตัวอย่างประเมินอาการของตนเองและตอบคำถามในแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า KGU-DI ในข้อที่ตรงกับความรู้สึกของตนมากที่สุด กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาทางสายตาหรืออ่านหนังสือไม่ออกผู้วิจัยและอสม. จะอ่านให้ฟัง และให้กลุ่มตัวอย่างให้คำตอบเมื่อพบผู้ที่มีอาการของโรคซึมเศร้าที่ชัดเจน ได้ให้คำแนะนำหรือประสานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 3 แห่ง เพื่อทำการส่งต่อไปตรวจวินิจฉัยหรือรักษา ณ โรงพยาบาลจิตเวช ต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

### ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด จำนวน 1,049 คน ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 62.44 อายุเฉลี่ย 46 ปี มีช่วงอายุระหว่าง 45-59 ปี ร้อยละ 59.0 พบผู้ที่มีอาการโรค

สถานการณ์โรคซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยงโดยการตรวจคัดกรอง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

ซึมเศร้าร้อยละ 38.89 (ตารางที่ 1) ในส่วนของผู้มี 836) มีอายุอยู่ในช่วง 45-59 ปีร้อยละ 49.0  
 อาการโรคซึมเศร้า ผลการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่เป็น สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 68.63 และมีการศึกษา  
 เพศหญิง ร้อยละ 66.42 อายุเฉลี่ย 45 ปี (SD= ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 69.85 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ และผู้มีอาการโรคซึมเศร้า (n=1,490)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	394	37.56
หญิง	655	62.44
<b>อายุ (ปี)</b>		
15-29	64	6.10
30-44	313	29.80
45-59	619	59.00
60	53	5.10
<b>(<math>\bar{X}</math>=46 SD=8.6)</b>		
<b>ผู้มีอาการโรคซึมเศร้า</b>		
มีอาการ	408	38.89
ไม่มีอาการ	641	61.11

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของผู้มีอาการโรคซึมเศร้า จำแนกตามเพศ อายุ การศึกษา (n=408)

ผู้มีอาการโรคซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	394	37.56
หญิง	655	62.44
<b>อายุ (ปี)</b>		
15-29	64	6.10
30-44	313	29.80
45-59	200	49.0
60	6	1.5
$(\bar{X}=45 \text{ SD}=9.5)$		
<b>สภาพสมรรถ</b>		
โสด	34	8.33
คู่	280	68.63
หม้าย	75	18.38
แยก/หย่าร้าง	19	4.66
<b>การศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	285	69.85
มัธยมศึกษา	90	55.06
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	23	5.64
ปริญญาตรี	8	1.96
สูงกว่าปริญญาตรี	2	0.49

ผลการวิจัย พบว่า ผู้มีอาการโรคซึมเศร้า มีการดื่มสุราเป็นประจำร้อยละ 25.74 ที่สำคัญ มีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 18.63 และมีโรคเรื้อรังทางกาย ร้อยละ 15.44 (ตารางที่ 3) ผู้ที่มีอาการโรคซึมเศร้า มีเพียง ร้อยละ 4.9 ที่ไปรับการตรวจและวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ และการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์พบว่า

เป็นโรคจิตที่เกิดจากการดื่มสุรา ร้อยละ 25.0 รองลงมา เป็นโรคซึมเศร้าระดับปานกลางร้อยละ 20.0 และโรคซึมเศร้าระดับรุนแรงที่ไม่มีอาการทางจิต โรคซึมเศร้าเรื้อรัง และโรคการปรับตัวผิดปกติ ร้อยละ 15.0 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของผู้มีอาการโรคซึมเศร้า ที่มีการดื่มสุราเป็นประจำ มีความคิดฆ่าตัวตาย และมีโรคเรื้อรังทางกาย (n=408)

ประวัติ	จำนวน	ร้อยละ
ดื่มสุรา		
-เป็นประจำ	105	25.73
-ไม่ดื่ม	303	74.27
ความคิดฆ่าตัวตาย		
-มี	76	18.63
-ไม่มี	332	81.37
โรคเรื้อรังทางกาย		
-มี (ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ มะเร็ง ไตวาย)	63	15.44
-ไม่มี	345	84.56

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของผู้มีอาการโรคซึมเศร้า ที่ไปรับการตรวจและวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ (n=20)

การวินิจฉัยโรค	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ไปรับการตรวจและวินิจฉัยโรค	388	95.10
ไปรับการตรวจและวินิจฉัยโรค	20	4.90
-โรคจิตที่เกิดจากการดื่มสุรา	5	25.0
-โรคซึมเศร้ารระดับปานกลาง	4	20.0
-โรคซึมเศร้ารระดับรุนแรงที่ไม่มีอาการทางจิต	3	15.0
-โรคซึมเศร้าเรื้อรัง	3	15.0
-โรคการปรับตัวผิดปกติ	3	15.0
-โรคซึมเศร้าชนิดอื่น ๆ	2	10.0



## การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ พบผู้มีอาการของโรคซึมเศร้า จำนวน 408 คน คิดเป็นร้อยละ 38.89 ของผู้ที่มีการนอนหลับไม่ปกติมาอย่างน้อย 1 ปี (ตารางที่ 1) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของธรรณินทร์ กองสุข<sup>24</sup> ที่ค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้าทั่วประเทศพบร้อยละ 49.83 แต่ต่างจากการศึกษาของ ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์ และคณะ<sup>21</sup> ศึกษาเฉพาะในชุมชนของอำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ เมื่อปี พ.ศ. 2548 ซึ่งพบผู้มีอาการของโรคซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 56.9 อาจเป็นเพราะปัจจัยตัวแปรที่แตกต่างกัน ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาของผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์ และคณะ<sup>21</sup> ศึกษาในผู้ที่มีอาการนอนหลับไม่ปกติและมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ เป็นประจำ และเบื่ออาหาร ประกอบกับช่วงเวลาการศึกษาและบริบทที่แตกต่างกัน

เพศ ผู้มีอาการโรคซึมเศร้าเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือพบร้อยละ 66.42 ซึ่งใกล้เคียงกับหลายการศึกษา เช่น การศึกษาของอภิชัย มงคล<sup>14</sup> ที่ศึกษาประชากรทั่วประเทศ พบเพศหญิงร้อยละ 64.02 เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ และคณะ<sup>25</sup> ที่ศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่ พบร้อยละ 63.10 และหทัยชนนี บุญเจริญ และพันธัญญา กิตติรัตนไพบูลย์<sup>26</sup> ที่ศึกษาในชุมชนของจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดลำพูน พบร้อยละ 68.53

อายุ ผู้มีอาการโรคซึมเศร้ามีอายุเฉลี่ย 45 ปี (SD=8.6) (ตารางที่ 2) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของอภิชัย มงคล<sup>14</sup> ศึกษาประชากรทั่วประเทศพบอายุเฉลี่ย 43 ปี เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ และคณะ<sup>25</sup> ศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่ พบอายุเฉลี่ย 40 ปี จุฑามาศ โกสิยะกุล และอันธิมา สายบุญศรี<sup>27</sup> ศึกษาเฉพาะในโรงพยาบาลสงฆ์ พบอายุเฉลี่ย 49 ปี และหทัยชนนี

บุญเจริญ และพันธัญญา กิตติรัตนไพบูลย์<sup>26</sup> ที่ศึกษาในชุมชนของจังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดลำพูน พบอายุเฉลี่ย 47.9 ปี

สถานภาพสมรส ผู้มีอาการโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 68.63 (ตารางที่ 2) ซึ่งใกล้เคียงกับหลายการศึกษา เช่น การศึกษาของ ทานตะวัน อวิรุทธวีรกุลและมาโนช หล่อตระกูล<sup>28</sup> ศึกษาในกรุงเทพฯ พบร้อยละ 70.87 เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ และคณะ<sup>25</sup> ศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่ พบร้อยละ 62.4 และวิจิตร แผ่นทอง<sup>29</sup> ศึกษาที่จังหวัด อุตรดิตถ์ พบร้อยละ 73.01 แต่ต่างจากการศึกษาของสมพร รุ่งเรืองกลกิจและคณะ<sup>30</sup> ศึกษาที่จังหวัด ขอนแก่น ซึ่งพบร้อยละ 85.31 อาจเป็นเพราะว่าลักษณะกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกัน ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาของสมพร รุ่งเรืองกลกิจและคณะ<sup>30</sup> จะเป็นบุคคลทั่วไปที่ไม่เน้นอาการนอนหลับไม่ปกติเป็นอาการหลัก ประกอบกับช่วงเวลาการศึกษาและบริบทที่ต่างกัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงและมีสถานภาพสมรสคู่ อาจเป็นไปได้ว่าผู้หญิงที่แต่งงานแล้ว อาจประสบปัญหายุ่งยากในครอบครัวหลายอย่าง เช่น การที่ต้องรับผิดชอบต่อครอบครัว การไม่รับผิดชอบของสามี ลูกหลานไม่เชื่อฟัง ภาระหนี้สิน หรือลูกหลานย้ายออกจากบ้าน ซึ่งในหลายการศึกษาข้างต้น พบว่า ผู้มีอาการโรคซึมเศร้าที่มีสถานภาพสมรสคู่อยู่ระหว่างร้อยละ 62.4- 85.31

การศึกษา ส่วนใหญ่ของผู้มีอาการโรคซึมเศร้า มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 69.85 (ตารางที่ 2) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ<sup>30</sup> ที่ศึกษาที่จังหวัดขอนแก่น พบร้อยละ 61.38 แต่ต่างจากการศึกษาของเทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ และคณะ<sup>25</sup> ศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่ ที่พบร้อยละ 36.60 อาจเป็นเพราะว่าปัจจัยส่วนบุคคล

ของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกัน กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาของเทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ และคณะ<sup>25</sup> เป็นกลุ่มผู้สูงอายุและไม่เน้นอาการนอนหลับไม่ปกติเป็นอาการหลัก ประกอบกับช่วงเวลาที่ศึกษาและบริบทแตกต่างกัน จะเห็นได้ว่า ผู้หญิงที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรีจะเสี่ยงต่อการมีอาการของโรคซึมเศร้า อาจเนื่องจาก มีรายได้ต่ำ แต่ต้องรับผิดชอบต่อครอบครัวสูงจึงเกิดความกดดันบีบคั้น ประกอบกับมุมมองการหาทางออกของปัญหาอาจมีความจำกัด

การดื่มสุรา ผู้มีอาการโรคซึมเศร้าจะดื่มสุราเป็นประจำร้อยละ 25.74 (ตารางที่ 3) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของรมชัย คงสกันธ์ และคณะ<sup>31</sup> ที่ศึกษาในจังหวัดสงขลา พบร้อยละ 33.43 เบญจลักษณ์ มณีทอง<sup>32</sup> ที่ศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่ พบร้อยละ 29.50 หทัยชนนี บุญเจริญ และพันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์<sup>26</sup> ที่ศึกษาในชุมชนของจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดลำพูน พบร้อยละ 26.30 และเทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ และคณะ<sup>25</sup> ที่ศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่ พบร้อยละ 33.73 แต่ต่างจากการศึกษาของโอฬาร ยิ่งเสรี และศศิธร ยิ่งเสรี<sup>33</sup> ที่ศึกษาเฉพาะในอำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง พบร้อยละ 62.50 อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาของโอฬาร ยิ่งเสรี และศศิธร ยิ่งเสรี<sup>33</sup> เป็นการศึกษาย้อนหลังเฉพาะ กลุ่มผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จ อย่างไรก็ตาม อาจกล่าวได้ว่าการดื่มสุราเป็นประจำมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าเพราะแอลกอฮอล์จะออกฤทธิ์ต่อสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า<sup>33</sup>

ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า ความคิดฆ่าตัวตาย พบได้ในผู้มีอาการโรคซึมเศร้าร้อยละ 18.63 (ตารางที่ 3) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของกรมสุขภาพจิต<sup>20</sup> ที่ศึกษา

ประชากรทั่วประเทศ พบร้อยละ 13.03 ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์ และคณะ<sup>21</sup> ศึกษาเฉพาะในชุมชนของอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบร้อยละ 23.78 และวิจิตร แผ่นทอง<sup>29</sup> ศึกษาที่จังหวัด อุตรธานี พบร้อยละ 15.68 แต่ต่างจากการศึกษาของ เบญจลักษณ์ มณีทอง<sup>32</sup> ที่ศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่ พบร้อยละ 60.40 อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาของเบญจลักษณ์ มณีทอง<sup>32</sup> เป็นกลุ่มผู้มีอาการโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์แล้ว จะเห็นได้ว่าผู้มีอาการโรคซึมเศร้าอาจจะมีความคิดฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะรายที่มีอาการในระดับรุนแรง มักมีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีโรคทางกายร่วมด้วยร้อยละ 15.4 (ตารางที่ 3) ซึ่งต่างจากผลการวิจัยในหลายการศึกษา เช่น การศึกษาของจุฑามาศ โกสิยะกุล และอันธิมา สายบุญศรี<sup>27</sup> ที่ศึกษาเฉพาะในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ พบร้อยละ 63.80 อาจเป็นเพราะลักษณะกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน โดยเป็นการศึกษาในกลุ่มพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคซึมเศร้า ในขณะที่ เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ และคณะ<sup>25</sup> พบร้อยละ 57.60 ความแตกต่างอยู่ที่กลุ่มตัวอย่างของเทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ และคณะ<sup>25</sup> เป็นกลุ่มผู้สูงอายุโดยเฉพาะและไม่เน้นอาการนอนหลับไม่ปกติเป็นอาการหลัก ส่วนการศึกษาของ ธรณินทร์ กองสุข และคณะ<sup>24</sup> พบร้อยละ 25.12 ส่วน วิจิตร แผ่นทอง<sup>29</sup> พบร้อยละ 61.80 ความแตกต่างนี้เกิดจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็น ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังทางกายร่วมด้วย จะเห็นได้ว่าการมีโรคทางกาย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยเรื้อรังถ้ามีอาการกำเริบแต่ละครั้งมักต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยมีปัญหาค่าใช้จ่าย ทำงานไม่ได้ ส่งผลให้ทุกข์ทรมาน รู้สึกสิ้นหวังท้อแท้ อาจมีภาวะซึมเศร้า คิดฆ่าตัวตาย ดังนั้น

จึงอาจกล่าวได้ว่า ปัจจัยที่อาจจะเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ เพศหญิง สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาน้อย การดื่มสุรา และโรคทางกาย

การไปรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาจากจิตแพทย์ การศึกษาครั้งนี้ พบผู้มีอาการโรคซึมเศร้าเพียงร้อยละ 4.90 ที่ยินยอมไปรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาจากจิตแพทย์ตามระบบส่งต่อของกรมสุขภาพจิต ส่วนใหญ่ให้เหตุผลที่ไม่ไปรับการตรวจว่าไม่มีญาติพาไป ไม่มีเวลา และคิดว่าไม่เป็นอะไรมากและจะหายไปเอง ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของสมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ<sup>30</sup> พบร้อยละ 5.87 และวิจิตร แผ่นทอง<sup>29</sup> พบร้อยละ 4.02 จะเห็นได้ว่ากลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ยังขาดความรู้ความเข้าใจ จึงไม่เกิดความตระหนักว่าต้องรีบไปรับการตรวจรักษา เพราะหากผู้มีอาการโรคซึมเศร้าได้รับการตรวจรักษาโดยเร็วโดยทั่วไปจะสามารถรักษาให้หายได้ ดังนั้นบุคลากรด้านสุขภาพในชุมชนจึงต้องร่วมกันหาวิธีให้ผู้มีอาการโรคซึมเศร้าที่ยังไม่ไปรับการตรวจรักษาได้เกิดความตระหนัก พร้อมทั้งให้มีการส่งต่อข้อมูลของผู้มีอาการเพื่อการรักษา ติดตามเยี่ยม และดูแลอย่างใกล้ชิดต่อไป

การได้รับการตรวจวินิจฉัยโรค จากการติดตามผลของผู้มีอาการโรคซึมเศร้าที่ถูกส่งต่อไปรับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช พบว่าได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ของ ICD-10 ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคในกลุ่มอื่นที่สัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า คือ โรคจิตที่เกิดจากการดื่มสุราร้อยละ 25.0 รองลงมาเป็นโรคซึมเศร้าระดับปานกลางร้อยละ 20.0 และโรคซึมเศร้าระดับรุนแรงที่ไม่มีอาการ

ทางจิต โรคซึมเศร้าเรื้อรัง และโรคการปรับตัวผิดปกติ โรคละร้อยละ 15.0 (ตารางที่ 4) ต่างจากการศึกษาของเบญจลักษณ์ มณีทอง<sup>32</sup> ที่พบโรคการปรับตัวผิดปกติมากที่สุดคือร้อยละ 67.3 และโรคซึมเศร้าระดับรุนแรงร้อยละ 28.0 อาจเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างของเบญจลักษณ์ มณีทอง<sup>32</sup> เป็นกลุ่มผู้มีอาการโรคซึมเศร้าที่ได้รับการตรวจจากโรงพยาบาลฝ่ายกายที่มีแผนกจิตเวช และวิจิตร แผ่นทอง<sup>29</sup> พบโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อยมากที่สุดคือร้อยละ 35.12 แต่โรคซึมเศร้าระดับปานกลางและระดับรุนแรงพบใกล้เคียงกันคือร้อยละ 25.52 และ 23.36 ตามลำดับ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยทางกายเรื้อรังที่ได้รับการตรวจรักษาจากโรงพยาบาลฝ่ายกาย

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าโรคซึมเศร้าสามารถตรวจพบได้ในผู้ใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรมสุขภาพจิต<sup>34</sup> ที่ได้คัดกรองผู้เป็นโรคนี้นทั่วประเทศและทุกคนได้รับการแจ้งผลและส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจิตเวช และอภิชัย มงคล<sup>14</sup> ที่ศึกษาทั่วประเทศ ก็พบคนไทยเป็นโรคซึมเศร้า 3 ล้านคนแต่ไปพบจิตแพทย์ไม่ถึงแสนคน อาจเนื่องจากผู้มีอาการโรคซึมเศร้า หรือโรคซึมเศร้าแล้วคิดว่าโรคนี้เป็นเรื่องที่น่าอายกลัวถูกรังเกียจหรือล้อเลียนว่าเป็นโรคจิตถ้าเพื่อนบ้านรู้ จึงอาจให้ข้อมูลที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ทำให้ไม่ถูกค้นพบ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มเสี่ยงที่ใช้บริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพียง 3 แห่งในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ในปี 2554 เท่านั้น ซึ่งคาดว่าผู้มีอาการโรคซึมเศร้าจำนวนหนึ่งไม่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียน ผู้วิจัยจึงเห็นว่าน่าจะมี ความชุกของโรคในชุมชนมากกว่านี้

## ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. การปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพในระบบบริการปฐมภูมิและพยาบาลจิตเวช ควรให้ความสำคัญกับการค้นหาโรคซึมเศร้าในเบื้องต้น ซึ่งต้องอาศัยการสร้างความสัมพันธ์ให้เกิดความไว้วางใจ เพื่อให้ผู้ใช้บริการสุขภาพที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเกิดความตระหนัก ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลที่ถูกต้องในการประเมินอาการโรคซึมเศร้าตั้งแต่ระยะเริ่มแรก สนใจที่จะไปรับการตรวจรักษาเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรคที่อาจพัฒนาเป็นโรคเรื้อรังได้ และป้องกันการฆ่าตัวตาย เพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิตที่กลุ่มเสี่ยงทุกคนจะได้เข้าสู่ระบบการคัดกรองและเฝ้าระวังโรค มีการติดตามและดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ทำให้อัตราการเข้าถึงบริการของผู้มีอาการโรคซึมเศร้าสูงขึ้น นอกจากนี้ควรมีการบันทึกข้อมูลและเชื่อมโยงระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าทาง web application กับกรมสุขภาพจิตและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องซึ่งจะสามารถนำข้อมูลเหล่านี้ไปใช้ประโยชน์ได้ทั้งในด้านการดูแลช่วยเหลือ บำบัดรักษา ตลอดจนกำหนดนโยบายและพิจารณางบประมาณ ซึ่งจะป้องกันไม่ให้กลุ่มเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า หรือมีอาการทุเลา/หายจากอาการซึมเศร้าในอัตราที่สูงขึ้น ซึ่งผลการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิตที่ผ่านมาทำได้ถึงร้อยละ 66.32

2. บุคคลกรสุขภาพควรร่วมมือกันในการให้ความรู้และสร้างทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าแก่ประชาชน เพื่อให้ผู้ที่มีอาการได้รับการคัดกรองและการวินิจฉัยโรคเพื่อการรักษาและป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

## ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้มีอาการโรคซึมเศร้าไม่ไปรับการตรวจวินิจฉัยและรับรักษาจากจิตแพทย์
2. ศึกษาปัจจัยที่ทำนายการเป็นโรคซึมเศร้าเพื่อหาแนวทางในการป้องกันการเกิดโรคนี้ต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. Kaplan HI, Sadock BJ. synopsis of psychiatry behavioral sciences/clinical psychiatry. (8<sup>th</sup> ed.) .Maryland : Williams & Wilkins; 2008.
2. WHO. suicide prevention : global charts. [4 screens] Retrieved April 16,2011, from : <http://www.who.int/mental-health/prevention/suicide/suicide-rate-chart/en> ; 2010.
3. วชิระ เฟ็งจันทร์ และคณะ.แนวทางการจัดการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ. อุบลราชธานี : โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์; 2554.
4. Sadock BJ, Sadock VA. mood disorders. Kaplan & Sadock, s Pocket handbook of Clinical psychiatry. (5 th ed.). New York : Williams & Wilkins; 2010.
5. Louise Rebraca Shives. mood disorders. Psychiatric – mental health nursing. (7<sup>th</sup> ed.). London : Williams & Wilkins; 2008.
6. Department of mental health. suicide. Retrieved July 4,2011, from <http://www.dmh.go.th/report/suicide>; 2010.
7. American Psychiatric Association. diagnostic statistical manual of mental disorders. (4 th ed) Text revision. Washington DC; 2002.
8. Sugahara H. et al. somatic symptoms most often associated with depression in an urban hospital setting in Japan. Psychiatry Res 2008 ; 126 (2) : 151-8.
9. Weissman MM. et al. the morbidity of insomnia uncomplicated by psychiatric disorders. Gen Hosp Psychiatry 2007 ; 19 (4) : 245-50.

10. Ford DE, Kamerow DB. epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders, an opportunity for prevention. JAMA 2007 ; 262 (11) : 1479-84.
11. สุนทรื ศรีโกไสย และคณะ.สถานการณ์การให้บริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดเชียงใหม่และลำพูน.เชียงใหม่.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2549 : 52(2) : 125-37.
12. Mayalle, Oathamshaws S, Lovellk, Puseyh. national institute for clinical excellence. J Psychiatr Ment Health Nurs 2004 ; 11 : 165-71.
13. Williams DA, Hagerty B. depression research : nursing, s contributions (Guest Editorial). Res and Theory Nnur prac 2004 ; 18 : 117-22.
14. อภิชัย มงคล. รายงานกรมสุขภาพจิตเผยคนไทยป่วยโรคซึมเศร้า 3 ล้านคน แต่มาหาหมอไม่ถึงแสน. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต; 2553.
15. กรมสุขภาพจิต. รายงานการประชุมวิชาการของกรมสุขภาพจิตครั้งที่2/2550. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต; 2550.
16. มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : บริษัท บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; (2550).
17. กรมสุขภาพจิต. รายงานอัตราฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคน. Retrieved Jan 2,2010, from <http://www.dmh.go.th/plan/suicide> ; 2551.
18. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, coping with depression. Australia: Medical Practitioner,s Board of Victoria and the American Psychiatric Association; 2005.
19. Kessler RC. et al. the epidemiologic of major depressive disorders : results from The National Comorbidity Survey Replication. JAMA 2007; 289 (23) : 3095-105.
20. กรมสุขภาพจิต.แผนพัฒนาบุคลากรแผนพัฒนาบุคลากร. Retrieved Jan 2,2010, from <http://www.dmh.go.th/plan/personel>; 2552.
21. ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์ สถิติย์ วงศ์สุรประภิต สายัณห์ ชัยศรีสวัสดิ์.โรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้มีการนอนหลับไม่ปกติ ณ สถานีอนามัยบ้านเมืองวะ อ.สันทราย จ.เชียงใหม่. รายงานการวิจัย. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
22. ระเบียบประวัติโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบลท่าสุด โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบลนางแลและโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบลแม่ข้าวต้ม. สถิติผู้ที่นอนหลับไม่ปกติ เบื่ออาหาร และอ่อนเพลียไม่มีแรง ที่มาใช้บริการด้านสุขภาพ ในเขตอำเภอเมือง จ.เชียงราย.เชียงราย; 2552.
23. Arunpongopaisal, S. Development of Khon Kaen University Depression Inventory (KKU-DI) a depressive measurment for northeastern thai population. Research Thesis. Khon Kaen : Khon Kaen University; 1996.
24. ธรณินทร์ กองสุข และคณะ. ผลของการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังทางกาย ปี 2553. เอกสารเผยแพร่ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 10 : ฝากลิ้นวิฤตด้วยงานสุขภาพจิต.กรุงเทพฯ : กรมสุขภาพจิต; 2554
25. เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ และคณะ.ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่. ขอนแก่น : วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2554 : 56(2) : 103-16.
26. หทัยชนนี บุญเจริญ และพันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. ความชุกของโรคซึมเศร้าในคลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชน 5 แห่ง ในจ.เชียงใหม่และจ.ลำพูน. เชียงใหม่. วารสารสวนปรุง 2551 : 24(3) : 42- 52.
27. จุฑามาศ โกสิยะกุล และอันธิมา สายบุญศรี.ปัจจัยที่มีผลกระทบต่ออาการเกิดโรคซึมเศร้าในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์. ขอนแก่น : วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2554 : 56(3) : 267-76.
28. ทานตะวัน อวิรุทธวรกุล และมาโนช หล่อตระกูล. เหตุการณ์กตตันในชีวิตก่อนการเกิดโรคซึมเศร้าและโรคแพนิค.ขอนแก่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2554 : 56(3) : 277-86.

สถานการณ์โรคซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยงโดยการตรวจคัดกรอง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

29. วิจิตร แผ่นทอง. การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้า : ผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง. ฝาคีลี. วิกฤตด้วยงานสุขภาพจิต. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต; 2554.
30. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. ความแตกต่างทางเพศภาวะ : ปัจจัยประชากรทางสังคมที่เสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า. ขอนแก่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2553 : 55(4) : 337-46.
31. รณชัย คงสกันธ์ วีระเดช วีระพงศ์เศรษฐ์ อัญชลี เตมียะประดิษฐ์. ปัจจัยเสี่ยงของโรคซึมเศร้า. รายงานการวิจัย. สงขลา. ศูนย์วิจัยสุขภาพจิต โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์; 2548.
32. เบญจลักษณ์มณีทอน. การฆ่าตัวตาย. ตำราจิตเวชศาสตร์ในโรงพยาบาลทั่วไป. เชียงใหม่ : คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
33. โอฟาร ยิ่งเสรี และศศิธร ยิ่งเสรี. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จด้วยการสืบค้นหลังเสียชีวิตในอำเภอห้างฉัตร ปี 2551 และการประยุกต์ไปสู่การป้องกันในชุมชน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2553 : 55(4) : 297-304.
34. ธรณินทร์ กองสุข และคณะ. ความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทย : การศึกษาระดับชาติ ปี 2551. เอกสารระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในประเทศไทย. อุบลราชธานี : รพ. ศรีมหาโพธิ์; 2551.

## Situation of Depression in Pre-Screened Risk Groups in Muang District, Chiang Rai Province

*Sathit Wongsuraprakit MNS.\**

*Somporn Santiprasitkul MNS.\*\**

**Abstract:** Depression is a commonly observed condition, especially amongst patients seeking primary healthcare services. In most cases, depression in these patients goes undiagnosed and untreated, leaving most of them unaware of having developed it, as depression is often found along with some physical symptoms.

This research project attempted to investigate the situation of depression in communities. The sampled population included patients who had been suffering from insomnia for at least one year and had received healthcare services at three Subdistrict Health Promotion Hospitals in Chiang Rai Provinces. The instruments used in the research were a personal health and profile recording form and a depression screening form. The data were collected through interviews and self-evaluation, and analysed based on descriptive statistic methods.

The research produced the following results. Out of the 1,049 healthcare service recipients studied, 408 (38.89%), which were divided into 33.58% male and 66.42% female averagely 45 years old (SD=9.50), exhibited symptoms of depression. The majority of these depression-exhibiting patients were married (68.63%), with an elementary school education (69.85%), whilst smaller portions admitted to regular consumption of alcohol (25.70%), suicidal attempts (18.60%), and chronic diseases (15.40%). A very small number of these patients (4.90%) had received further psychiatric treatment in specialised hospitals. Of this small portion, 25% had been diagnosed with alcohol-induced mental disorders, 20% with medium-degree depression, 15% with serious depression without psychological symptoms, 15% with chronic depression, 15% with adjustment abnormalities and 10% with other forms of depression.

Based on the results above, healthcare personnel working in communities are advised to take depression pre-screening seriously, as it could help identify depression symptoms at an early stage, which could lead to prompt and appropriate treatment or transfer of the patients to hospitals. This action could prevent the symptoms from developing into long-term or chronic disorders.

*Thai Journal of Nursing Council 2012; 27(3) 91-105*

**Keywords:** depression; risk groups; pre-screening

---

\*Corresponding author, Lecturer, School of Nursing, Mae Fah Luang University Email: sathit.wong@mfu.ac.th

\*\*Assistant Professor, School of Nursing, Mae Fah Luang University