

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในชุมชนอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์

หทัยกาญจน์ เสียงเพราะ*

*กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลสังขะ

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพจิตและประเมินผลการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในชุมชนอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์

วิธีการศึกษา เป็นการวิจัยและพัฒนา ดำเนินการ 4 ระยะ คือ 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติการ 3) การสังเกตการณ์ และ 4) การสะท้อนกลับ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ให้บริการที่เป็นคณะกรรมการสุขภาพจิตอำเภอ 14 คน แกนนำในชุมชนพื้นที่เสี่ยงที่เคยมีผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ 2 แห่ง จำนวน 100 คน และผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง 40 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย ข้อคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q, 9Q, และ 8Q แบบประเมินความรู้ และแบบประเมินความพึงพอใจที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ McNemar-Bowker test และ Paired t-test

ผลการศึกษา พบว่าระบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าขาดการติดตามคัดกรองอย่างใกล้ชิดและขาดการบริการเชิงรุก และระบบสนับสนุนการดูแลในชุมชนอย่างเป็นระบบ จึงพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายชุมชน การค้นหาผู้มีปัญหาสุขภาพจิต และการติดตามดูแลต่อเนื่อง ภายหลังการพัฒนาแกนนำชุมชนมีความรู้ระดับดี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 32 เป็นร้อยละ 72 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 42.86$, $p\text{-value} < 0.001$) และมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.58 คะแนน (95% CI: 0.49 - 0.67, $p < 0.001$) โดยผู้รับบริการที่เข้าร่วมโครงการเป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.50 มีอายุเฉลี่ย 55.47 ปี (SD = 5.99) มีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 31.24$, $p\text{-value} < 0.001$) โดยร้อยละ 72.50 ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังการพัฒนา และมีคะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลงเฉลี่ย 3.72 คะแนน (95% CI: 3.12 - 4.32, $p\text{-value} < 0.001$) ทั้งแกนนำชุมชนและผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลเพิ่มขึ้นในระดับมาก (3.67 ± 0.61 , 3.63 ± 0.80 ตามลำดับ) โดยคะแนนเพิ่มขึ้น 0.38 คะแนน (95% CI: 0.31 - 0.45, $p\text{-value} = 0.001$) และ 0.44 คะแนน (95% CI: 0.12 - 0.76, $p\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ

สรุป รูปแบบการเฝ้าระวังที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ควรมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในระยะยาว โดยต้องปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

คำสำคัญ ภาวะซึมเศร้า เครือข่ายสุขภาพจิต รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า

Corresponding author: หทัยกาญจน์ เสียงเพราะ

โรงพยาบาลสังขะ

E-mail: Joy394949@gmail.com

วันรับ 5 ธันวาคม 2567 วันแก้ไข 18 กุมภาพันธ์ 2568 วันตอบรับ 25 กุมภาพันธ์ 2568

Development of a Depression Surveillance Model in the Community, Sangkha District, Surin Province

Hataigan Seangpro*

*Medical Division, Sangkha Hospital

ABSTRACT

Objective: To study the situation of depression case and evaluate a Depression Surveillance Model in the Community, Sangkha District, Surin province

Methods: This research and development study was conducted in 4 phases: 1) planning 2) action 3) observation and 4) reflection. The sample consisted of 3 groups: 14 service providers who were members of the district mental health committee, 100 community leaders from 2 high-risk areas with previous successful suicide cases, and 40 patients with mild to moderate depression. Research instruments included focus group discussion questions, depression screening tools (2Q, 9Q, 8Q), knowledge assessment forms, and satisfaction evaluation forms validated by experts. Data were analyzed using the McNemar-Bowker test and Paired t-test.

Results: The depression surveillance system lacked close monitoring and screening, proactive services, and systematic community care support. Therefore, a community depression surveillance model was developed, consisting of 3 main components: community network development, mental health case finding, and continuous care. After development, community leaders' knowledge at a good level significantly increased from 32% to 72% ($\chi^2 = 42.86$, $p\text{-value} < 0.001$), with a mean knowledge score increased by 0.58 points (95% CI: 0.49 to 0.67, $p < 0.001$). Among participating patients who were mostly female (72.50%) with a mean age of 55.47 years (SD = 5.99), depression levels decreased significantly ($\chi^2 = 31.24$, $p\text{-value} < 0.001$), with 72.50% showing no depression after development and mean depression scores decreased by 3.72 points (95% CI: 3.12 to 4.32, $p\text{-value} < 0.001$). Both community leaders and patients reported increased satisfaction to high level (3.67 ± 0.61 , 3.63 ± 0.80 respectively) with mean scores increased by 0.38 points (95% CI: 0.31 to 0.45, $p\text{-value} = 0.001$) and 0.44 points (95% CI: 0.12 to 0.76, $p\text{-value} < 0.001$) respectively.

Conclusion: The developed surveillance model can effectively be used to care for patients with depression in the community. However, long-term continuous monitoring and evaluation should be conducted, with model adaptation to suit each area's context.

Keywords: depression, district mental health committee, depression surveillance model

Corresponding author: Hataigan Seangpro

E-mail: Joy394949@gmail.com

Received: 5 December 2024 Revised: 18 February 2025 Accepted: 25 February 2025

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตคนไทยยังคงเป็นปัญหาที่ใหญ่และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน ในปี 2565 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มสูงขึ้นเป็น 7.97 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย 6.3 ของกรมสุขภาพจิตติดต่อกันเป็นปีที่ 5 และสูงที่สุดในรอบ 22 ปี ท่ามกลางสถานการณ์ที่แย่งต่อเนื่องจากคนไทยกลับยังเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพจิตได้ยาก เนื่องจากระบบในปัจจุบันกำหนดให้ผู้ป่วยทั้งหมดต้องได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์หรือแพทย์ก่อน จึงจะเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา¹ โดยเฉพาะโรคซึมเศร้าเป็นภัยเงียบด้านสุขภาพ² โรคซึมเศร้าไม่ใช่อารมณ์เศร้า หดหู่ ท้อแท้ทั่วไป แต่เป็นโรคสมองที่มีความบกพร่องของสารสื่อประสาท³ ผู้ป่วยจะเศร้า ท้อแท้ หดหู่สิ้นหวังอย่างรุนแรง เบื่อหน่าย หดหู่ความสนใจในการทำงานหรือกิจกรรมที่ทำอย่างมาก จะเกิดขึ้นตลอดวันติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ถ้าไม่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้องจะคงอยู่นานเรื้อรังเป็นปี⁴ กลับซ้ำได้บ่อย หากไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือทันเวลาจะถึงขั้นฆ่าตัวตายสำเร็จที่มีมากกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า⁵ ปัจจุบันนโยบายสุขภาพจิตในระดับโลกให้ความสำคัญไปที่การปรับเปลี่ยนระบบดูแลด้านสุขภาพจิต จากเดิมที่ให้บริการในโรงพยาบาลไปสู่การให้บริการในชุมชน⁶ สอดคล้องกับประเทศไทยที่พยายามสร้างระบบบริการด้านสุขภาพจิตในชุมชน โดยให้ความสำคัญกับทั้งบริการในโรงพยาบาลและบริการในชุมชน โดยการสร้างเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน⁷ การดูแลสุขภาพจิตจึงมีแนวโน้มที่จะขยายพื้นที่ดูแลนอกโรงพยาบาล⁸ เริ่มตั้งแต่กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์และทีมผู้เชี่ยวชาญได้พัฒนาเครื่องมือเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าที่ประกอบด้วย 1) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) ใช้ในการค้นหาผู้มีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 2) แบบประเมินอาการซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า 3) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ที่วัดระดับความรุนแรงของความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย 4) แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ (CPG-MDD-GP) เน้นการวินิจฉัยโรค การรักษาด้วยยาต้านเศร้าที่ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น 5) โปรแกรมระบบสารสนเทศการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัดเป็นฐานข้อมูลการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าของหน่วยบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ และ 6) หลักสูตรการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร

ทั้งแพทย์และพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อสร้างความมั่นใจและเพิ่มความเชี่ยวชาญในการจัดการเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในพื้นที่⁹ นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้ประชาชนดูแลจิตใจตนเองได้¹ การมีภาคีเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชนที่เข้าถึงได้ง่ายและใกล้บ้านเพื่อช่วยดูแลอาการเจ็บป่วยทางใจ¹⁰ ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคลากรสุขภาพที่สำคัญในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน¹¹ ทำให้การไปพบแพทย์เป็นทางเลือกสุดท้ายและสงวนไว้ให้กับคนที่มีอาการรุนแรงเท่านั้น เพราะการมีทีมสหวิชาชีพที่เข้มแข็งและภาคีเครือข่ายสุขภาพจิตเพียงพอ จึงเป็นกุญแจสำคัญของการสร้างตาข่ายรองรับจิตใจของประชาชน ก่อนที่พวกเขาจะกลายเป็นคนใช้จนล้มระบบของโรงพยาบาล¹

โรงพยาบาลสังขะเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 239 เตียง บริการคลินิกจิตตวิทยาทุกวันราชการ ให้บริการประเมินคัดกรองภาวะสุขภาพจิตด้วยเครื่องมือในกลุ่มโรคจิตเภท วิตกกังวล ซึมเศร้า พัฒนาการผิดปกติ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ติดสุรา บุหรี่ และสารเสพติด มีการส่งต่อข้อมูล ประสานงานกับเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีเป้าหมายอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี มากกว่าร้อยละ 85 และร้อยละ 68 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ผลการดำเนินงานปี 2564 - 2566 มีอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ เท่ากับ 3.83, 3.83 และ 9.94 ต่อแสนประชากร (เป้าหมาย ≤ 8 ต่อแสนประชากร) ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี (เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 90) ร้อยละ 100, 97.96 และ 94.64 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต (เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 74) ร้อยละ 55.02, 79.01 และ 87.03 ตามลำดับ ซึ่งจะพบว่าอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จยังไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนั้นเพื่อเป็นการป้องกันปัญหาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายสำเร็จที่เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพจิต ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในชุมชนอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ ในครั้งนี้ เพื่อสร้างเครือข่ายการเฝ้าระวังคัดกรองสุขภาพจิตประชาชน ด้วยเครื่องมือคัดกรองของกรมสุขภาพจิตที่ง่ายสะดวกต่อการใช้และคัดกรองโดยบุคคลที่ใกล้ชิดเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เมื่อพบความผิดปกติ จะได้รับการส่งต่อและรักษาอย่างเหมาะสม และทันเวลา ไม่เกิดปัญหาลุกลามจนกลายเป็นสาเหตุให้เกิดการสูญเสียจากการฆ่าตัวตายสำเร็จอีกต่อไปได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์
2. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในชุมชนอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ดังต่อไปนี้

1. **กลุ่มผู้ให้บริการ** ประกอบด้วย แพทย์สุขภาพจิตชุมชน พยาบาลจิตเวช พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย อายุรกรรม เกษตรกร พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 14 คน กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ เป็นคณะกรรมการสุขภาพจิตอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ อย่างน้อย 1 ปี อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ อย่างน้อย 1 ปี และยินดีเข้าร่วมงานวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ มีแผนย้ายสถานที่ปฏิบัติงานไปอยู่ที่อื่นในช่วงเก็บรวบรวมข้อมูล

2. **กลุ่มแกนนำในชุมชนพื้นที่เสี่ยง** ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำเยาวชน พื้นที่เสี่ยง 2 พื้นที่ ที่เคยมีผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ พื้นที่ละ 50 คน รวมจำนวน 100 คน กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย และอาศัยในพื้นที่ที่เคยมีผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ อย่างน้อย 1 ปี

3. **ผู้รับบริการ** ในพื้นที่เสี่ยง 2 พื้นที่ ที่เคยมีผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก คัดออก ดังนี้

กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก

1. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
2. เป็นกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงสูง 4 กลุ่ม ได้แก่
 - 1) เป็นผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง คือ เบาหวาน ไตวายเรื้อรัง มะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด
 - 2) เป็นหญิงหลังคลอด
 - 3) เป็นผู้มีปัญหาสุรา/ยาเสพติด
 - 4) ผู้สูงอายุ
3. ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมิน 2Q พบ 1 ข้อขึ้นไป และ 9Q พบคะแนน 7 - 18 (ระดับน้อยถึงปานกลาง)
4. เข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก คือ

1. เป็นผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรังที่มีอาการรุนแรง เป็นผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง
2. ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง เช่น หลว่ว ประสาทหลอน หวาดระแวง ควบคุมตนเองไม่ได้
3. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารหรือให้ข้อมูลได้

เกณฑ์การถอนผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอด เช่น มีอาการทรุดลง จำหน่ายหรือย้ายก่อนสิ้นสุดการดูแล โดยผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับตามมาตรฐาน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ผู้รับบริการจากการใช้โปรแกรม G* power version 3.1¹² ทดสอบแบบทางเดียว โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ 0.90 และขนาดอิทธิพลของตัวแปร (effect size) เท่ากับ 0.50 ได้ขนาดตัวอย่าง 36 คน แต่เพื่อป้องกันข้อมูลขาดหาย จึงกำหนดขนาดตัวอย่างผู้รับบริการเพิ่มอีก 10% รวมเป็นจำนวน 40 คน เมื่อได้รายชื่อประชากรตามเกณฑ์คัดเลือกและคัดออก หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สร้างตัวเลขสุ่ม (computer-generated random numbers) โดยสุ่มเลือกจากพื้นที่เสี่ยง 2 พื้นที่ พื้นที่ละ 20 คน จนได้ตัวอย่างครบ 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ข้อคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ในผู้ให้บริการและแกนนำชุมชน เกี่ยวกับรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในชุมชนอำเภอสังขะ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่

- 1) ท่านคิดว่าสถานการณ์และปัญหาภาวะซึมเศร้าในชุมชนของท่านเป็นอย่างไร และมีวิธีการค้นหา คัดกรองอย่างไร
- 2) ในการดำเนินงานเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในชุมชน ท่านพบปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง และมีวิธีการแก้ไขอย่างไร
- 3) ท่านคิดว่าควรพัฒนาระบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในชุมชนอย่างไร และควรมีการประสานความร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการและแกนนำชุมชนอย่างไร
- 4) ท่านมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างไร และคิดว่าควรพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลืออย่างไร

2. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) เพื่อคัดกรองโรคซึมเศร้าสำหรับตอบด้วยตนเองในแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) โดยคำตอบมี 2 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่มี ให้ 0 คะแนน, มี ให้ 1 คะแนน ถ้าคำตอบ ไม่มี ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า ถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง “เป็นผู้มีความเสี่ยง” หรือ “มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า”

3. แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) เพื่อช่วยการวินิจฉัยและใช้ประเมินจำแนกความรุนแรงโรคซึมเศร้า เป็นการประเมินเพื่อการบ่งชี้ที่ชัดเจนขึ้นว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่ และอาการรุนแรงมากน้อยเพียงใด จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถามถามเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นจากโรคซึมเศร้าภายใน 2 สัปดาห์ โดยคำตอบมี 4 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่มีเลย ให้ 0 คะแนน, มีเป็นบางวัน ให้ 1 คะแนน, เป็นบ่อย ให้ 2 คะแนน และเป็นทุกวัน ให้ 3 คะแนน เกณฑ์การแปลผล เกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต (2558)¹³ ดังนี้

น้อยกว่า 7 คะแนน หมายถึง ไม่มีโรคซึมเศร้า

7 - 12 คะแนน หมายถึง มีโรคซึมเศร้าระดับน้อย

13 - 18 คะแนน หมายถึง มีโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง

19 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

หมายเหตุ คะแนน 9Q ≥ 7 ให้ประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) และปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคซึมเศร้า

4. แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) คำถามในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา รวมวันนี้ คำตอบมี 2 ตัวเลือก เกณฑ์การแปลผลใช้เกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต (2558)¹³ ดังนี้

0 ไม่มีโรคซึมเศร้า

1 - 8 แนวโน้มฆ่าตัวตายเล็กน้อย

9 - 16 แนวโน้มฆ่าตัวตายระดับปานกลาง

≥ 17 แนวโน้มฆ่าตัวตายรุนแรง

หมายเหตุ มีคะแนน ตั้งแต่ 1 ขึ้นไป ให้รายงานแพทย์ และปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

5. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและจิตเวช เป็นแบบสอบถาม 10 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน โดยกำหนดให้ตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ ดังนั้น คะแนนที่เป็นไปได้ของความรู้ความเข้าใจ คือ 10 คะแนน ผ่านการตรวจสอบหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.66 - 1.00 มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.764 โดยมีเกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 8 - 10 หมายถึง มีความรู้มาก

คะแนน 6 - 7 หมายถึง มีความรู้ปานกลาง

คะแนน 0 - 5 หมายถึง มีความรู้น้อย

6. แบบสอบถามความพึงพอใจ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทั้งโดยรวมและรายด้าน ผ่านการตรวจสอบหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.66 - 1.00 มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.932 โดยการแปลผลได้นำค่าสูงสุดลบด้วยค่าต่ำสุด แล้วหารด้วยจำนวนช่วงที่ตั้งไว้ จึงได้เกณฑ์การแปลผล ดังนี้

คะแนน 4.21 - 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

คะแนน 3.41 - 4.20 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมาก

คะแนน 2.61 - 3.40 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง

คะแนน 1.81 - 2.60 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อย

คะแนน 1.00 - 1.80 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยด้านความตรงของเนื้อหา (content validity) พิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ ภาสกร และพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางจิตเวช ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 0.80

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ผู้วิจัยดำเนินการภายหลังการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยและการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยมีขั้นตอน 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน (planning) เป็นการจัดกิจกรรม สันทนาการกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ เพื่อทบทวนวิเคราะห์สถานการณ์ และสภาพปัญหาการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน โดยแบ่งการสนทนากลุ่มเป็น 2 กลุ่ม

กลุ่มผู้ให้บริการ จำนวน 14 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 7 คน ประกอบด้วย แพทย์สุขภาพจิตชุมชน พยาบาลจิตเวช พยาบาลวิชาชีพ ภาสกร และพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กลุ่มแกนนำในชุมชน จำนวน 100 คน แบ่งเป็น 12 - 13 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 8 - 9 คน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำเยาวชน จากนั้นผู้วิจัยสรุปสถานการณ์และประเด็นปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา 3 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้าง (structure) ด้านกระบวนการ (process) และด้านผลลัพธ์ (output) จากนั้นผู้วิจัยสรุปสถานการณ์และประเด็นปัญหา

ระยะที่ 2 ขั้นการปฏิบัติการ (action) การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในชุมชนอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ โดยมีกิจกรรมดังต่อไปนี้

1) ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดทฤษฎี เอกสารตำรางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า การสร้างรูปแบบ และการพัฒนาคุณภาพการดูแล ประมวลข้อมูลทั้งจากแนวคิด ทฤษฎี และจากผลการศึกษา นำมาใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนา

2) กำหนดทีมเกี่ยวข้อง และบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย ทีมเฝ้าระวังในชุมชน ทีมการพยาบาล และแพทย์ที่ปรึกษา

3) กำหนดรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในชุมชน โดยผู้วิจัยจัดประชุมระดมสมองร่วมกับทีมที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ปัญหาและโอกาสพัฒนา ตั้งแต่การคัดกรอง การเข้าถึง การประเมินการดูแล จนจำหน่าย ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 อบรมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายชุมชน (community network) ได้แก่ อาสาสมัครหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และนักเรียนในโรงเรียน ในประเด็นสุขภาพจิตศึกษา ดังนี้ (1) การคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2) เข้าถึงบริการสุขภาพและช่องทางการส่งต่อ (3) สัญญาณเตือนความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (4) โรคจิตเวชและโรคซึมเศร้า และ (5) ฝึกตรวจเช็คสุขภาพจิตในภาวะวิกฤติ ผ่าน Mental health check in โดยการสแกน QR CODE ซึ่งใช้เวลาเรียนไม่เกิน 2 ชั่วโมง สลับกับกิจกรรมสนทนาและตอบคำถาม ใช้เวลา 20 นาที พักเบรก 10 นาที เวลา รวมไม่เกิน 2 ชั่วโมง 30 นาที

กิจกรรมที่ 2 ค้นหาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต (screening) โดยแจกโปสเตอร์ Mental health check in ในชุมชนที่มีปัญหาฆ่าตัวตายสำเร็จทั้ง 2 แห่ง โดยกำหนดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 1 คน รับผิดชอบ 10 ครัวเรือน ค้นหากลุ่มเสี่ยงเพื่อเข้าไปสอบถามประเมินสุขภาพจิตด้วย 2 คำถาม (2Q) ทุก 1 เดือน ส่งต่อข้อมูลผู้ผิดปกติทางกลุ่มไลน์ “กลุ่มรายงานสุขภาพจิตชุมชน” ส่งให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลงพื้นที่ประเมิน 9 คำถาม (9Q) หากมีภาวะซึมเศร้าส่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ผ่านช่องทางด่วนคลินิกจิตเวช

กิจกรรมที่ 3 การติดตามดูแลต่อเนื่อง (continuous care) สำหรับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยกำหนดพี่เลี้ยง 3 คน ดังนี้ พี่เลี้ยงคนที่ 1 ได้แก่ บุคลากรในครอบครัว พี่เลี้ยงคนที่ 2 ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข พี่เลี้ยงคนที่ 3 ได้แก่ ทีมบุคลากรสาธารณสุข ออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยระยะแรกทุก 2 สัปดาห์ จนกระทั่งเห็นว่าอาการในระยะเฉียบพลันเริ่มทุเลาหรือเริ่มตอบสนองต่อการรักษา เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการ

4) ผู้วิจัยดำเนินการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในชุมชนพื้นที่เสี่ยง

ระยะที่ 3 ขั้นการสังเกตการณ์ (observation) ดำเนินการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดได้แก่ ระดับความรู้ของแกนนำชุมชน โดยใช้แบบประเมินความรู้ก่อนและหลังการอบรม ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน 9Q และความพึงพอใจของแกนนำชุมชนและผู้ป่วยต่อรูปแบบการดูแล นอกจากนี้ยังรวบรวมปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากการดำเนินงาน ผ่านการสังเกตและบันทึกระหว่างการติดตามเยี่ยม เพื่อนำมาปรับปรุงการดำเนินกิจกรรมให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในขั้นตอนการสะท้อนกลับ

ระยะที่ 4 ขั้นการสะท้อนกลับ (reflection) การสนทนากลุ่มที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติและกลุ่มแกนนำในชุมชนกลุ่มเสี่ยงเพื่อนำเสนอผลการดำเนินงานในรูปแบบการถอดบทเรียนของกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ และประเมินผลและประสานหน่วยงานภาคีเครือข่าย องค์กรที่เกี่ยวข้อง ส่งต่อข้อมูลสะท้อนกลับผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อติดตามเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ

สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา

1) ตัวแปร Categorical variables วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ได้แก่ เพศ สถานภาพ สมรส อาชีพ การศึกษา รายได้ ภาวะหนี้สิน ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า (น้อย ปานกลาง ดี) และระดับภาวะซึมเศร้า (ไม่มี น้อย ปานกลาง) 2) ตัวแปร Continuous variables วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ได้แก่ อายุ คะแนน ความรู้ คะแนนภาวะซึมเศร้า และคะแนนความพึงพอใจ

2. สถิติเชิงอนุมาน

1) เปรียบเทียบสัดส่วนของตัวแปร Categorical variables ก่อน-หลังการพัฒนา ใช้ McNemar-Bowker test ได้แก่

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการพัฒนา และระดับภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการพัฒนา 2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปร Continuous variables ก่อน-หลังการพัฒนา ใช้ Paired t-test ได้แก่ คะแนนเฉลี่ยความรู้ คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนา โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม โดยการถอดเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ (verbatim transcription) จัดระเบียบข้อมูลโดยการให้รหัส (coding) แยกประเด็นตามวัตถุประสงค์การวิจัย วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยจัดกลุ่มข้อมูลที่มีความหมายคล้ายคลึงกันไว้ในประเด็นเดียวกัน

ข้อพิจารณาจริยธรรม

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เอกสารรับรองเลขที่ 44/2567 กลุ่มตัวอย่างทุกรายยินยอมเข้าร่วมวิจัย และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์และสภาพปัญหาทางการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน

จากการสนทนากลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการเพื่อทบทวนวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาทางการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน สรุปได้ดังนี้

1. บุคลากรส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ มีการรับรู้ศักยภาพตนเองในระดับสูง ในด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินและการส่งต่อ การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การระบุปัญหาสุขภาพจิต การเสริมพลังและสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ส่วนการรับรู้ศักยภาพตนเองในระดับปานกลาง ได้แก่ การประเมินสภาพจิต การคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต การจำแนกโรคทางจิต กลุ่มยาจิตเวช การบริหารยา และการจัดการผลข้างเคียง โดยแนวทางการพัฒนาศักยภาพมาจากการเรียนรู้ระหว่างการให้บริการสุขภาพจิตทางไกล จากการสังเกตและขอคำแนะนำจากจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวช

2. รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน พบว่า (1) ไม่มีแนวทางการดูแลสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยง ไม่มีการติดตามคัดกรองภาวะซึมเศร้าอย่างใกล้ชิด ปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนถูกมองข้าม

และดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง (2) ขาดระบบการติดตามการรักษาเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้ารุนแรง หรือพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ขาดรูปแบบการบริการเชิงรุกในชุมชน ไม่มีระบบการสนับสนุนและการจัดบริการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนอย่างเป็นระบบ และชุมชนยังขาดความรู้การดูแลกลุ่มนี้

3. การพัฒนาศักยภาพและสร้างความมั่นใจในการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การรับการตรวจรักษาจนถึงการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน มีเครือข่ายค้นหาผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ไม่รับประทานยาต่อเนื่อง และไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ต้องการความร่วมมือและการสนับสนุนจาก อสม. และผู้นำชุมชน ร่วมกันสนับสนุนและประสานงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ ด้านการฝึกอาชีพ และการอบรมเพิ่มความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าของแกนนำในชุมชน

วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ McNemar-Bowker test พบว่าแกนนำชุมชนก่อนการพัฒนามีความรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 32 หลังจากการอบรมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายชุมชนพบว่า แกนนำชุมชนส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 72 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 42.86$, $p\text{-value} < 0.001$) (ตารางที่ 1) และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วย Pair t-test พบว่าหลังพัฒนาแกนนำชุมชนมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean diff = 0.58, 95% CI 0.49 - 0.67, $p\text{-value} < 0.001$) (ตารางที่ 2)

3. ผลการทดสอบความเป็นไปได้ของรูปแบบ

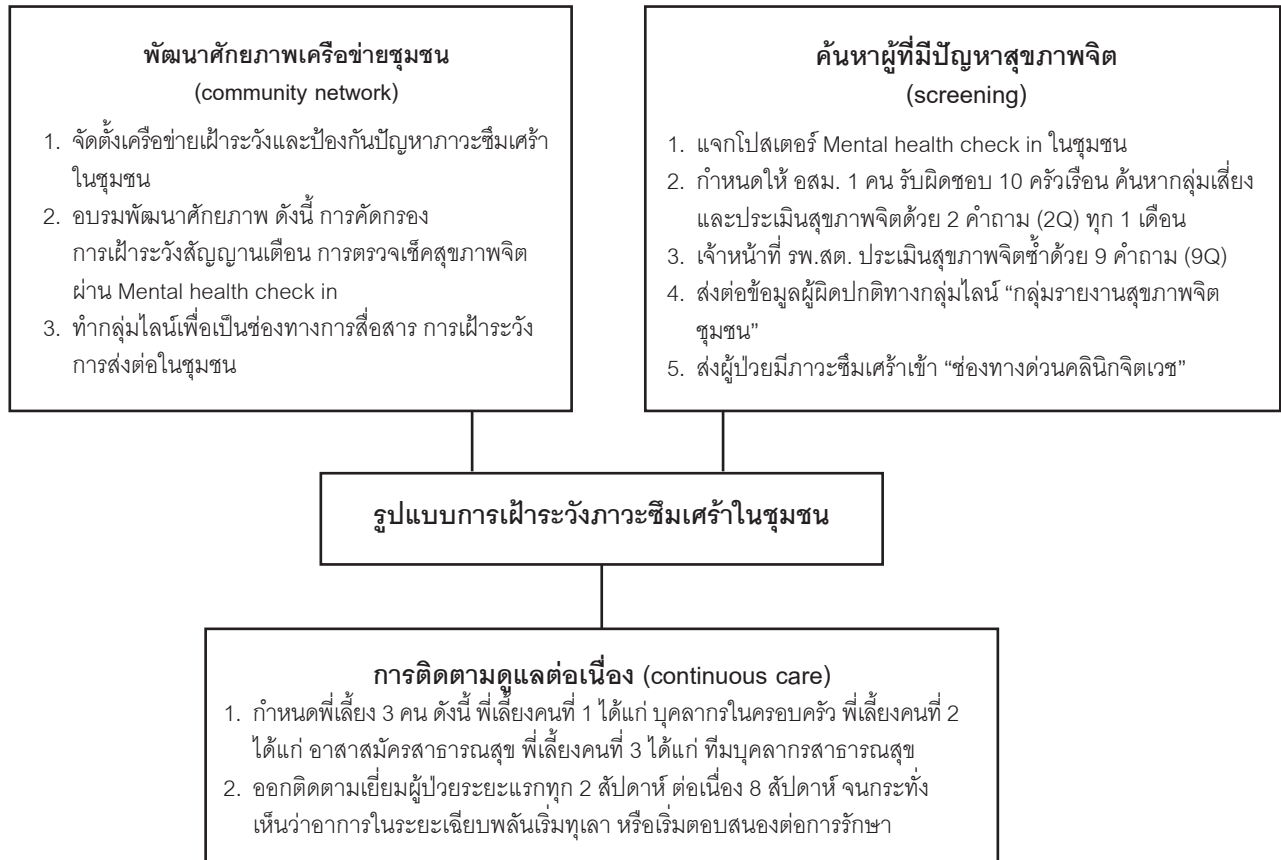
ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลางที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการทดสอบรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในชุมชน จำนวน 40 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.50 และเพศชาย ร้อยละ 27.50 มีอายุเฉลี่ย 55.47 ปี (SD = 5.99) โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 47 - 59 ปี ร้อยละ 80 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 90 มีผู้ดูแล ร้อยละ 75 คำขาย/รับจ้าง ร้อยละ 92.50 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 80 รายได้เพียงพอและไม่เพียงพอในสัดส่วนที่เท่ากันคือ ร้อยละ 50 มีภาวะหนี้สิน ร้อยละ 80

ด้านแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดความเครียด ส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ร้อยละ 80 (ตารางที่ 3)

1) ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง

การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าก่อนการพัฒนาผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 85 รองลงมาคือภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 15 หลังการพัฒนาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 72.50 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยลดลงเหลือร้อยละ 17.50 และระดับปานกลางลดลงเหลือร้อยละ 10



ภาพที่ 1 รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในชุมชน

ตารางที่ 1 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าของแกนนำในชุมชนก่อนและหลังการพัฒนา

ระดับความรู้ (n = 100)	ก่อนพัฒนา n (%)	หลังพัฒนา n (%)	McNemar-Bowker test	p-value
ระดับดี (ร้อยละ 80 - 100)	32 (32.00)	72 (72.00)	42.86	< 0.001
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79)	14 (14.00)	17 (17.00)		
ระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60)	32 (54.00)	11 (11.00)		

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าของแกนนำในชุมชน

ระดับความรู้ (n = 100)	Mean ± SD	Mean diff	95% for Mean diff	t	p-value
ก่อนพัฒนา	7.06 ± 1.40	0.58	0.49 - 0.67	-4.32	< 0.001
หลังพัฒนา	7.64 ± 1.29				

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มผู้ป่วย

ข้อมูล	จำนวน (n = 40)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	11	27.50
หญิง	29	72.50
อายุ (Mean ± SD)	55.47 ± 5.99	
47 - 59	32	80.00
≥ 60 ปี	8	20.00
สถานภาพสมรส		
โสด	1	2.50
คู่	36	90.00
หย่า/หม้าย	3	7.50
ผู้ดูแล		
ไม่มี	10	25.00
มี	30	100.00
อาชีพ		
ค้าขาย/รับจ้าง	37	92.50
เกษตรกรรม	3	7.50
การศึกษา		
ประถมศึกษา	32	80.00
มัธยมศึกษา	8	20.00
รายได้		
เพียงพอ	20	50.00
ไม่เพียงพอ	20	50.00
ภาวะหนี้สิน		
ไม่มี	8	20.00
มี	32	80.00
แหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดความเครียด		
ไม่มี	6	15.00
ครอบครัว	32	80.00
เพื่อน	2	5.00

ตารางที่ 4 ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนา

ภาวะซึมเศร้า (n = 40)	ก่อนพัฒนา n (%)	หลังพัฒนา n (%)	McNemar-Bowker test	p-value
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (< 7 คะแนน)	-	29 (72.50)	31.24	< 0.001
ระดับน้อย (7 - 12 คะแนน)	34 (85.00)	7 (17.50)		
ระดับปานกลาง (13 - 18 คะแนน)	6 (15.00)	4 (10.00)		

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบสัดส่วนด้วยสถิติ McNemar-Bowker test พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 31.24$, p-value < 0.001) (ตารางที่ 4) และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าด้วย Paired t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 9.07 ± 2.94 เป็น 5.35 ± 3.74 คะแนน โดยมีคะแนนลดลงเฉลี่ย 3.72 คะแนน (95% CI: 3.12 - 4.32, p-value < 0.001) (ตารางที่ 5)

2) ความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต

การเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าคะแนนความพึงพอใจของแกนนำในชุมชนเพิ่มขึ้นจาก 3.29 ± 0.74 เป็น 3.67 ± 0.60 คะแนน (ระดับปานกลางเป็นระดับมาก) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.38 คะแนน (95% CI: 0.31 - 0.45) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001) สำหรับผู้ป่วยมีคะแนนความพึงพอใจเพิ่มขึ้นจาก 3.19 ± 0.82 เป็น 3.63 ± 0.80 คะแนน (ระดับปานกลางเป็นระดับมาก) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.44 คะแนน (95% CI: 0.12 - 0.76) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) (ตารางที่ 6)

วิจารณ์

1. การพัฒนาด้านศักยภาพเครือข่ายชุมชน (community network)

การอบรมพัฒนาศักยภาพสามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าทำให้แกนนำชุมชนมีความรู้เพิ่มขึ้น โดยเพิ่มจากระดับดีร้อยละ 32 ก่อนการพัฒนา เป็นระดับดีร้อยละ 72 หลังการพัฒนา สอดคล้องกับการศึกษาของ สมบัติ รียาพันธ์ และคณะ ที่พบว่าการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตช่วยเพิ่มความรู้และทักษะที่จำเป็น ทำให้การดูแลสุขภาพจิตในชุมชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศรีไพร ทองนิมิต¹⁴ ที่พบว่าการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนา

ภาวะซึมเศร้า (n = 40)	Mean $\pm$ SD	Mean diff	95% for Mean diff	t	p-value
ก่อนพัฒนา	9.07 $\pm$ 2.94	3.72	3.12 - 4.32	11.78	< 0.001
หลังพัฒนา	5.35 $\pm$ 3.74				

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตก่อนและหลังการพัฒนา

ความพึงพอใจ	Mean $\pm$ SD	Mean diff	95% for Mean diff	t	p-value
แกนนำในชุมชน (n = 100)					
ก่อนพัฒนา	3.29 $\pm$ 0.74	0.38	0.31 - 0.45	-3.56	0.001
หลังพัฒนา	3.67 $\pm$ 0.6				
ผู้ป่วย (n = 40)					
ก่อนพัฒนา	3.19 $\pm$ 0.82	0.44	0.12 - 0.76	-6.33	0.001
หลังพัฒนา	3.63 $\pm$ 0.80				

เครือข่ายผ่านกระบวนการเรียนรู้เทคนิคต่างๆ ช่วยให้การเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้ามีประสิทธิภาพมากขึ้น¹⁵ อย่างไรก็ตาม ควรมีการติดตามประเมินผลการนำความรู้และทักษะไปใช้อย่างต่อเนื่อง และควรจัดตั้งคณะทำงานที่ชัดเจนจากหลายภาคส่วนในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน อสม. กลุ่มจิตอาสา และตัวแทนประชาชน เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมและความรู้สึกเป็นเจ้าของ มีการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานที่เข้าใจง่าย และมีการยกย่องเชิดชูเกียรติผู้ปฏิบัติงานดีเด่น รวมถึงการใช้เทคโนโลยี (กลุ่มไลน์) ช่วยในการสื่อสารและส่งต่อข้อมูลที่รวดเร็ว และช่วยเพิ่มความรู้และทักษะให้แกนนำชุมชนในการดูแลผู้ป่วย แต่ยังมีข้อจำกัดในการใช้เทคโนโลยีของผู้สูงอายุหรือผู้ที่ไม่คุ้นเคยกับสมาร์ตโฟน การนำไปใช้จึงควรมีระบบการสื่อสารสำรองนอกเหนือจากกลุ่มไลน์ รวมถึงมีการอบรมฟื้นฟูความรู้อย่างต่อเนื่อง และมีคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของแกนนำชุมชน

2. การพัฒนาด้านการค้นหาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต (screening)

การศึกษานี้มีการสร้างระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงให้เป็นปัจจุบัน โดยนำเอาข้อมูลประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไป มาเป็นเป้าหมายในการคัดกรอง และจัดลำดับความสำคัญกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง 7 กลุ่ม¹⁶ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง 2) หญิง

ตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด 3) ผู้ที่มีปัญหาสุรา/ยาเสพติด 4) ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุ 5) ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าชัดเจน 6) ผู้ป่วยที่มีอาการทางกายหลายอาการที่หาสาเหตุไม่ได้ 7) ผู้ที่มีการสูญเสียคนรักหรือทรัพย์สินจำนวนมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ พิรสันต์ บั่นก้อง ที่พบว่าการจัดระบบข้อมูลที่เป็นระบบช่วยให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 64.2 เป็นร้อยละ 92.5¹⁷ มีการกำหนดพยาบาลรับผิดชอบ ติดตามการรักษา จัดทำปฏิทินการคัดกรองประจำปี และแผนการออกคัดกรองเชิงรุกในชุมชน มีการประชุมติดตามความก้าวหน้าทุกเดือน และบูรณาการงานเข้ากับงานประจำของ อสม. สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิลา จิรวิธานต์กุล ที่พบว่า การมีระบบเฝ้าระวังและติดตามที่ชัดเจนช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น¹⁸ แต่มีข้อจำกัดคือ อสม. มีการะงานเพิ่มขึ้น และมีปัญหาการเข้าถึงบางครั้งเรือนที่ไม่สะดวกให้เข้าเยี่ยม และมีข้อจำกัดในการส่งต่อผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกล การนำไปใช้จึงควรมีการจัดทำฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยงที่เป็นระบบ มีการประเมินภาระงานของ อสม. อย่างสม่ำเสมอ และควรมีแผนรองรับกรณีพบผู้ป่วยฉุกเฉิน เช่นเดียวกับการศึกษาของ ธนัทพร บัณฑิตพันธ์ และ สุคนธ์ทิพย์ บัวแดง ที่พบว่าควรมีการประเมินความพร้อมและภาระงานของผู้ปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ และควรมีระบบรองรับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและยั่งยืน¹⁹

3. การพัฒนาด้านการติดตามดูแลต่อเนื่อง (continuous care)

การศึกษานี้ติดตามดูแลต่อเนื่องโดยกำหนดพี่เลี้ยง 3 ระดับ ได้แก่ บุคลากรในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข และทีมบุคลากรสาธารณสุข ออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทุก 2 สัปดาห์ต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลง โดยก่อนพัฒนามีผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมดมีระดับน้อย ร้อยละ 85 และระดับปานกลาง ร้อยละ 15 หลังพัฒนาผู้รับบริการไม่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 72.5 มีเพียงร้อยละ 27.5 เท่านั้นที่ยังคงมีภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ เชื้อมทอง และคณะ ที่พบว่าการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและครอบครัว ช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ²⁰ แต่การศึกษานี้ผู้รับบริการเป็นผู้ที่ได้รับการคัดกรอง พบว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยถึงปานกลาง อาจไม่ครอบคลุมถึงผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ซึ่งอาจต้องการการดูแลเฉพาะที่แตกต่างไป และควรมีการติดตามผลลัพธ์ระยะยาว ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับที่รุนแรงขึ้น

การศึกษานี้ยังได้รับการยอมรับและความพึงพอใจต่อรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในชุมชน ทั้งจากแกนนำชุมชนและผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะด้านการให้คำปรึกษา การส่งต่อ และการติดตามดูแลต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนัชพร ปักชาพันธ์ และ สุคนธ์ทิพย์ บัวแดง ที่พบว่าการพัฒนาแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในระดับสูงทั้งจากผู้ให้และผู้รับบริการ¹⁹ แต่การประเมินความพึงพอใจเป็นการประเมินในระยะสั้น อาจไม่สะท้อนความพึงพอใจในระยะยาว ควรมีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว สร้างระบบพี่เลี้ยงที่เข้มแข็งโดยการคัดเลือกผู้ที่มีจิตอาสาและความรับผิดชอบสูง²¹ จัดอบรมให้ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย มีการประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างพี่เลี้ยงอย่างสม่ำเสมอ สร้างขวัญกำลังใจโดยการยกย่องชมเชยและมอบรางวัล¹⁰ และพัฒนาศักยภาพพี่เลี้ยงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน แต่การศึกษานี้มีข้อจำกัดด้านเวลาของพี่เลี้ยงแต่ละระดับ อาจมีปัญหาการประสานงานระหว่างพี่เลี้ยงทั้ง 3 ระดับ และบางครอบครัวอาจไม่มีผู้ดูแลที่พร้อมเป็นพี่เลี้ยง การนำไปใช้จึงควรมีการประชุมพี่เลี้ยงทั้ง 3 ระดับอย่างสม่ำเสมอ มีระบบสำรองกรณี

พี่เลี้ยงไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ และควรมีการประเมินประสิทธิภาพของระบบพี่เลี้ยงเป็นระยะ

สรุป

การดูแลสุขภาพจิตในชุมชนยังขาดการเฝ้าระวังและติดตามคัดกรองภาวะซึมเศร้าอย่างใกล้ชิด รวมถึงขาดการบริการเชิงรุกและระบบสนับสนุนการดูแลในชุมชนอย่างเป็นระบบ รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในชุมชนที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายชุมชน การค้นหาผู้มีปัญหาสุขภาพจิต และการติดตามดูแลต่อเนื่อง มีประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน ทั้งการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน การค้นหาผู้มีปัญหาสุขภาพจิต และการติดตามดูแลต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลง และได้รับความพึงพอใจจากทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ อย่างไรก็ตาม ควรมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในระยะยาว และอาจต้องปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลชุมชน ควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลกลาง เพื่อการติดตามและส่งต่อข้อมูลระหว่างชุมชน รพ.สต. และโรงพยาบาล รวมทั้งจัดอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะให้แกนนำชุมชนอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง และประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
2. ส่งเสริมสนับสนุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่าย ให้มีการจัดตั้งเครือข่ายการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนที่ประกอบด้วยพี่เลี้ยง 3 ระดับ ได้แก่ บุคลากรในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข และทีมบุคลากรสาธารณสุข โดยพัฒนาช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เช่น กลุ่มไลน์ (LINE) หอกระจายข่าว หรือการประชุมประจำเดือน และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ เพื่อถอดบทเรียนความสำเร็จและปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่
3. หน่วยงานเครือข่ายระดับอำเภอ ทั้งหน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ผู้นำชุมชน มีส่วนร่วมในการขยายรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในชุมชนให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ในเขตรับผิดชอบ โดยจัดทำแผนปฏิบัติการและจัดสรรงบประมาณ สนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานที่ชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังขะ ทีมสหวิชาชีพ แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ป่วยทุกท่าน หวังว่าผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนต่อไป ซึ่งการวิจัยนี้ไม่ได้ได้รับทุนสนับสนุนจากแหล่งทุนใดๆ

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ผู้วิจัยขอรับรองว่าไม่มีผลประโยชน์ขัดกันใดๆ

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (author's contributions)

นางสาวหทัยกาญจน์ เสี่ยงเพราะ ดำเนินการออกแบบการวิจัย รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์และตีความผลการวิจัย เขียนต้นฉบับ และตรวจทานเนื้อหาฉบับสุดท้าย รวมถึงรับผิดชอบต่อความถูกต้องและความสมบูรณ์ของเนื้อหาทั้งหมด

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Mental Health. Report on suicide statistics of Thailand 2022 [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2023 [cited 2024 Jul 20]. Available from: <https://www.dmh.go.th/report/suicide/stat/>.
2. Department of Mental Health. Guidelines for depression surveillance at provincial level, 4th revised edition [Internet]: Ministry of public health; 2017 [cited 20 July 2024]. Available from: <https://www.thaidepression.com/2020/web/index.php?r=news%2Fview&id=209>.
3. Shorey S, Ng ED, Wong CH. Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. Br J Clin Psychol 2022;61(2):287-305.
4. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital. Manual for community care of high-risk chronic psychiatric patients for primary care service unit personnel. Bangkok: Saengchan Printing Limited Partnership; 2017.
5. Department of Mental Health. Depression screening form [Internet]: Ministry of Public Health; [cited 20 July 2024]. Available from: [https://www.dmh.go.th/test/download/files/2Q 9Q 8Q \(1\).pdf](https://www.dmh.go.th/test/download/files/2Q 9Q 8Q (1).pdf).
6. Costantini L, Pasquarella C, Odone A, Colucci ME, Costanza A, Serafini G, et al. Screening for depression in primary care with Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9): A systematic review. J Affect. Disord 2021;279:473-83.
7. Ukosachan C. Imbalance mental health care system and social exclusion. J Soc Work & Soc Adm 2023;31(1):156-81.
8. Pongnantakunkij P, Moolsart S, Thomyangkoon P. The development of a suicide prevention model in depression risk groups in the community, Chanthaburi province. J Nurs Educ 2022;38(2):189-97.
9. Tangseree T. A study on the accuracy of depression screening form. Khon Kaen: Phradhammakhun Printing; 2003.
10. Suntaphun P, Bussahong S, Srisoem C and Vongtree A. The effects of using self-help group on the mental health self-care behavior of schizophrenia patients, caregivers in community. UMT Poly Journal 2020;17(2):50-61.
11. Chansuvarn S, Khachat S, Photong P, Sripho S, Monchaemchoi S. Factors predicting the operational efficiency of village health volunteers in promoting mental health and prevention mental health problems in Suphanburi province. Journal of Health and Nursing Education 2021;27(2):112-22.
12. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang A-G. Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods 2009;41(4):1149-60.
13. Department of Mental Health. Guidelines for mental health tools for public health personnel in community hospitals (Chronic disease clinic). Nonthaburi: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand Printing; 2015.
14. Riyaphun S, Bhooanasasn N, Prakongyos Y. The competency development of community leaders in mental health promotion of the elderly people at Bangsue district, Bangkok. Vajira Med J 2021;65(2):144-52.
15. Thongnimit S. The development of a depression surveillance and care model for high school students, Phrai Bueng district, Sisaket province in 2022. Journal of Environmental Education Medical and Health 2023;8(1):220-31.
16. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Program for developing access to psychiatric patient care services. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2008.
17. Pankong P. The mental health promotion development of the elderly in the community, Tron district, Uttaradit province. Journal of Environmental Education Medical and Health 2024;9(2):551-61.
18. Jirawikrantakul S. Surveillance model development screening for mental health in the community Buriram province. Journal of Environmental Education Medical and Health 2024;9(2):1-9.
19. Pugsapun T, Buadang S. Community-based participatory approach to developing a depression prevention model for older adults in Nathal sub-district, Nathal district, Ubon Ratchathani province. Sisaket Journal of Research and Health Development 2024;3(2):24-38.
20. Choumthong T, Chamnongpol A, Thongchoi K. The development of a care model for patients with depression in chronic disease Chonburi hospital. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2022;32(2):159-73.
21. Wisanumahimai S. Developing excellence in proactive service. Payap University Journal 2008;21(1):99-120.