รายงานเบื้องต้น

การศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน: การศึกษานำร่อง

วันรับ : 21 เมษายน 2562
วันแก้ไข : 12 ธันวาคม 2562
วันตอบรับ : 23 ธันวาคม 2562

วิรีย์อร จูมพระบุตร, พ.บ.[1]
โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พ.บ.[2]
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์[1]
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์[2]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามาใช้ในชุมชนระดับอำเภอ และศึกษาปัจจัยเกี่ยวข้องในการนำไปใช้ในระบบสาธารณสุขของพื้นที่นำร่องอำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร

วิธีการ: เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เลือกพื้นที่การศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง และกลุ่มเป้าหมายยินดีเข้าร่วมการวิจัยดำเนินการอบรมแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกับประชุมระดมสมองบุคลากรกลุ่มเป้าหมายและนำไปใช้เป็นเวลา 6 เดือน เก็บข้อมูลผลการทดลองใช้ด้วยการตอบแบบสอบถาม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและสรุปอุปนัยจากการบันทึกร่วมกับเสนอข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผล: กลุ่มอาสาสมัครทั้งหมด 47 คน เป็นบุคลากรทางการศึกษาของสถานศึกษาในอำเภอ และบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชน ที่ได้ทดลองนำแนวปฏิบัติฯ นี้ไปใช้ตามขั้นตอนการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับโรงเรียนจนถึงโรงพยาบาลชุมชน พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการนำไปขยายผลเชิงระบบคือ บุคลากรที่เกี่ยวข้องเห็นความสำคัญของการคัดกรอง สังเกตเด็ก การทำงานเชื่อมประสานระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ และการประยุกต์ระบบและองค์ความรู้เข้ากับระบบเดิมที่มีอยู่

สรุป: แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า สามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริงในชุมชน แต่อาจต้องมีการปรับเนื้อหาหรือขั้นตอนเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทระบบในแต่ละพื้นที่

คำสำคัญ: ซึมเศร้า แนวปฏิบัติทางคลินิก วัยรุ่น

ติดต่อผู้นิพนธ์: วิรีย์อร จูมพระบุตร; e-mail: wireeon@yahoo.com

Preliminary report

Feasibility study of clinical practice guideline for adolescents with depression in community at district level: a pilot study

Received : 21st April 2019
Revised : 12th December 2019
Accepted : 23rd December 2019

Wireeon Joomprabutra, M.D.[1]
Chosita Pavasutthipaisit, M.D.[2]
Prasrimahabhodi psychiatric hospital[1]
Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute[2]

Abstract

Objectives: To study the feasibility of clinical practice guideline (CPG) for adolescents with depression and related factors affecting its usage at Loeng Nok Tha District, Yasothorn Province.

Methods: This is a qualitative study conducted in the selective community based on community-based participatory research. The participants were trained and brain storm discussion on using the CPG. The qualitative data were collected from both primary and secondary sources after applying the CPG for 6 months. The primary data were obtained through focus-group discussions and in-depth interviews with the participants while the secondary data were gathered from observation, published reports, and governmental documents. The data were analyzed using content analysis, and the socio-demographic data were presented using descriptive statistics.

Results: Overall, the 47 participants consisted of education and health personnel in the district. All applied the CPG to develop steps processes for the at risk or depressed adolescent from schools to hospitals. The related factors affecting the CPG implementation were the awareness of the importance of depression screening in youths, the local collaboration between schools and health services and the practical integration of CPG with the existing students' care system.

Conclusion: The CPG is practical for helping the adolescents with depression and can be applied in community with community participation, however the local context should be considered for the adaptation as appropriate.

Keyword: adolescent, clinical practice guideline, depression

Corresponding author: Wireeon Joomprabutra; e-mail: wireeon@yahoo.com

บทนำ

ภาวะซึมเศร้า[1] เป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญ มีการคาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2563 โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) จะก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะ (disability adjusted life years, DALYs) ของประชากรโลกที่สำคัญเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด[2] ในประเทศไทยพบว่าโรคซึมเศร้าก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับ 4 ในเพศหญิงและเป็นอันดับ 10 ในเพศชาย[3] ความชุกของปัญหาซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นอยู่ที่ร้อยละ 5.0-10.0 และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ บางรายงานพบว่าสูงถึงร้อยละ 15.0-20.0 ได้[4,5] ความชุกชั่วชีวิตของโรคนี้เพิ่มมากขึ้นตามช่วงอายุที่เพิ่มขึ้น โดยพบความชุกร้อยละ 2.0 ในเด็กวัยเรียน และเพิ่มเป็นร้อยละ 4.0-8.0 ในวัยรุ่น[4] นอกจากนี้ยังมีโอกาสในการกลายเป็นโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ได้

จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นในกรุงเทพมหานครของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อปี พ.ศ. 2548 พบวัยรุ่นมีปัญหาซึมเศร้าถึงร้อยละ 19.9 โดยมีแนวโน้มฆ่าตัวตายร้อยละ 12.0 และพยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 8.0 แต่การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตของสาธารณสุขมีเพียงร้อยละ 20.0[6] ในปี พ.ศ. 2559 กรมสุขภาพจิตได้ทำการศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นอายุ 13-15 ปี ระดับประเทศพบความชุกปัจจุบันร้อยละ 2.0 และความชุกชั่วชีวิต ร้อยละ 2.5[7] ผู้ป่วยโรคซึมเศร้านี้มักพบโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย เช่น โรควิตกกังวล (anxiety disorders) โรคพฤติกรรมเกเร (conduct disorder) และภาวะติดสารเสพติด (substance use disorder) ซึ่งส่งผลต่อการสูญเสียความสามารถในการเรียน การทำงาน และการเข้าสังคมหรือนำไปสู่ภาวะฆ่าตัวตายได้[8] นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้ายังเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักในการฆ่าตัวตายซึ่งเป็นสาเหตุอันดับสองของการตายในวัยรุ่นทั่วโลก[9] อย่างไรก็ตามภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมักถูกมองข้ามเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจของประชาชนรวมถึงการตระหนักถึงโรคซึมเศร้าในระบบสุขภาพ ที่ผ่านมากรมสุขภาพจิตได้ดำเนินการระบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าในระดับประเทศ ตั้งแต่การรณรงค์สร้างความรู้ ความเข้าใจในโรคนี้ผ่านสื่อต่างๆ การเฝ้าระวังโรค การค้นหาคัดกรอง และการวินิจฉัยรักษาและการช่วยเหลือทางจิตใจสังคม แต่การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของวัยรุ่นยังอยู่ในระดับต่ำ อีกทั้งด้วยลักษณะของวัยรุ่นเองที่ส่วนใหญ่ไม่คุ้นเคยกับการไปพบบุคลากรทางสุขภาพจิตเพื่อช่วยในการแก้ไขปัญหาของตน ดังนั้นการป้องกันและดูแลเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นโรงเรียนจึงเป็นสถานที่ที่เหมาะที่สุดในการจัดระบบดูแลเฝ้าระวังวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เพราะมีระบบที่เอื้อต่อการเรียนรู้และเป็นสังคมที่วัยรุ่นใช้ชีวิตอยู่ในแต่ละวัน[10-12] อย่างไรก็ตามการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นของประเทศไทย ยังมีการดำเนินการค่อนข้างจำกัดทั้งๆ ที่ประเทศไทยมีระบบดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตแก่นักเรียนในระบบการศึกษามานานแล้ว โดยกำหนดให้ครูใช้ Strength and Difficulty Questionnaire (SDQ) เป็นเครื่องมือคัดกรองปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กนักเรียนทุกปี แต่การดำเนินการยังไม่ครอบคลุม การส่งต่อเด็กและวัยรุ่นมารับบริการสุขภาพจิตยังน้อย อาจเนื่องจากไม่มีบริการจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในบริเวณใกล้เคียง ผู้ปกครองไม่ต้องการนำเด็กเข้ารับบริการจิตเวช รวมถึงครูมีภาระงานมาก

ไม่มั่นใจในเรื่องสุขภาพจิตไม่สามารถดูแลเด็กในห้องเรียนได้

แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า (clinical practice guideline for adolescents with depression: CPG) เป็นแนวทางที่นำข้อแนะนำต่างๆ ที่ได้จากมาจากหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ จัดทำร่วมกันโดยราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย และสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2560[13] ดังนั้นเพื่อการพัฒนาระบบการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกับระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน คณะผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าทดลองใช้ในระดับอำเภอด้วยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชนที่เกี่ยวข้อง รวมถึงศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จของการนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้จริง เพื่อนำมาวางแผนระบบบริการสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น และยกระดับมาตรฐานการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าของประเทศต่อไป

วิธีการ

การศึกษานี้อยู่ภายใต้โครงการศึกษาวิจัยเพื่อดำเนินงานสร้างเสริมศักยภาพและส่งเสริมสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นไทยยุคใหม่ (smart citizen) โดยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชน (community-based participatory research) กลุ่มประชากรที่ศึกษาคือ บุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษาในพื้นที่อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร คัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยให้มีตัวแทนจากทุกตำบลของพื้นที่อำเภอเลิงนกทา ตำบลขนาดใหญ่จะมีตัวแทนจากทางสาธารณสุข 1 คนและตัวแทนจากโรงเรียนจากตำบลนั้นๆ 2 คน และตำบลขนาดเล็กจะมีตัวแทนจากสาธารณสุขและจากโรงเรียนอย่างละ 1 คน รวมทั้งสิ้น 52 คน เป็นบุคลากรทางสาธารณสุข 24 คน และบุคลากรทางการศึกษา 28 คน คุณสมบัติที่กำหนดคือเป็นผู้ปฏิบัติงานกับวัยรุ่นในพื้นที่และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา โดยครั้งแรกจะเข้าอบรมการใช้แนวปฏิบัติฯ และเทคนิคการให้คำปรึกษาเบื้องต้น ก่อนมอบให้แต่ละพื้นที่นำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ แล้วจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อแลกเปลี่ยนผลการดำเนินการในแต่ละพื้นที่ รวมถึงปัญหาอุปสรรคที่พบ ทำสนทนากลุ่ม (focus group discussion) 2 กลุ่ม 1 ครั้งใช้เวลาประมาณ 90 นาที (แยกตามวิชาชีพ) (ประเด็นคำถาม คือ ความคิดเห็นหลังจากอ่านคู่มือแล้วทั้งแง่บวกและแง่ลบ เข้าใจเนื้อหาของคู่มือหรือไม่ ได้นำไปใช้จริงหรือไม่ และมีปัญหาอุปสรรคอย่างไรต่อการนำไปใช้หรือการปฏิบัติงาน สามารถนำไปใช้ได้จริงถึงขั้นตอนไหน โดยกลุ่มบุคลากรทางสาธารณสุข กับ ทางการศึกษาใช้คำถามแนวเดียวกัน) และเลือกมาทำสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) จำนวน 6 คน (กุมารแพทย์ 1 คน พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน พยาบาลจิตเวชโรงพยาบาลเลิงนกทา 1 คน ครูโรงเรียนประถม 1 คน ครูโรงเรียนมัธยม 1 คน และครูระดับอุดมศึกษา 1 คน) ใช้เวลาประมาณ 40-60 นาทีคนละ 1 ครั้ง โดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 2 คน นักจิตวิทยา 1 คนและพยาบาลจิตเวช 1 คน จากโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์และสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

การเก็บข้อมูลเป็นรูปแบบผสม (mixed methods) ตามความสอดคล้องของบริบทพื้นที่นำร่องข้อมูลปฐมภูมิได้จากกรณีศึกษา (case study) ผ่าน

การตอบแบบสอบถาม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการสนทนากลุ่ม ข้อมูลทุติยภูมิได้จากการศึกษาระบบบริการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ขนาดใหญ่ 9 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดเล็ก 10 แห่ง และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา (โรงพยาบาลชุมชน: รพช.) ผ่านการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า[13] 2) แบบสอบถามเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะโรคซึมเศร้าในพื้นที่นำร่อง ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปที่ทีมผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยการทบทวนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลวัยรุ่นของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตำแหน่ง เพศ อายุ ระดับการศึกษา ส่วนที่ 2 เป็นแบบบันทึกความคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่มีต่อเอกสารแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า และส่วนที่ 3 เป็นการประเมินเนื้อหาเอกสารแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า และ 3) แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกแบบไม่มีโครงสร้าง (unstructured in-depth interview) โดยมุ่งเน้นเรื่องความคิดเห็นของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และข้อเสนอแนะการปรับปรุงรวมถึงประเด็นที่ซ้ำซ้อนเชิงระบบข้ามหน่วยงาน ข้อควรปรับปรุง และข้อคิดเห็นเพิ่มเติม และ 4) แนวคำถามในช่วงการสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structure interview) ในรูปแบบคำถามปลายเปิด (open-end question) ให้กลุ่มตัวอย่างได้เล่ามุมมองตนเอง การรับรู้ ประสบการณ์ของการใช้แนวปฏิบัตินี้ โดยครอบคลุมด้านต่างๆ ได้แก่ องค์ความรู้และการใช้ CPG เนื้อหาและรูปแบบของ CPG กลยุทธ์การนำ CPG ไปใช้ ประเด็นต้องการการอบรมเพิ่มเติม และการจัดการระบบบริการวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในพื้นที่ ผลการคัดกรอง การส่งต่อข้ามหน่วยงาน การให้ความช่วยเหลือ ปัจจัยความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรคต่างๆ รวมถึงข้อเสนอแนะที่มีต่อระบบบริการและรักษาภาวะซึมเศร้า

ข้อมูลทั่วไปเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) จากการบันทึกพรรณนา ถอดข้อมูลจากการบันทึกเสียงสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม จัดกลุ่มข้อมูล ตีความ ให้ความหมายและนำข้อมูลที่ได้ซ้ำๆ จนมีความอิ่มตัวมาจำแนกเป็นหัวข้อ นำเสนอผลการวิจัยโดยอธิบายในแต่ละประเด็น แล้วใช้กระบวนการสอบทานข้อมูลระหว่างนักวิจัยด้วยกันและป้อนข้อมูลกลับให้อาสาสมัครเพื่อยืนยันความถูกต้อง การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมทางการวิจัย จากสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ เลขที่ CAMRI-IRB-2561/007

ผล

อาสาสมัครทั้งหมด 47 คน เป็นบุคลากรทางสาธารณสุข 23 คน (ร้อยละ 48.9) และบุคลากรทางการศึกษา 24 คน (ซึ่งทั้งหมดเป็นครูแนะแนวและครูฝ่ายปกครอง ไม่มีครูระดับผู้อำนวยการ) เป็นเพศหญิงร้อยละ 78.7 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-50 ปี โดยเกือบครึ่ง (ร้อยละ 44.7) มีประสบการณ์การทำงานกับวัยรุ่นไม่เกิน 5 ปี และมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 61.7) เคยรับทราบเรื่องระบบการดูแลวัยรุ่นในพื้นที่มาก่อน โดยบุคลากรทางสาธารณสุขส่วนมากจะรับทราบถึงระบบบริการสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นในพื้นที่ ในขณะที่บุคลากรทางการศึกษาส่วนมากไม่ทราบถึง

ระบบบริการสุขภาพจิตหรือจิตเวช อาสาสมัครทั้งหมดได้ทดลองนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ในพื้นที่ของตน

ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่มีต่อเอกสารแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่	ข้อคิดเห็นที่พบ		ข้อเสนอแนะ	เหมาะสำหรับ
	ด้านภาษา	ด้านเนื้อหา		
1. การคัดกรอง	เข้าใจภาษาที่ใช้	1. เพิ่มเติมกลุ่มเสี่ยง 2. ไม่มั่นใจในการเลือกใช้แบบคัดกรอง	1. ควรมีข้อมูลชัดเจนถึงแบบคัดกรองที่เหมาะสมกับแต่ละสถานที่ 2. พัฒนา application ในการคัดกรองเพื่อสะดวกต่อการใช้และแปลผล	1. ครูในโรงเรียน 2. อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 3. เจ้าหน้าที่ รพ.สต.
2. การวินิจฉัย	เข้าใจภาษาที่ใช้	ครบตามความต้องการ	-	แพทย์ใน รพช.
3. การรักษา	เข้าใจภาษาที่ใช้	1. ขาดรายละเอียดของการให้สุขภาพจิตศึกษา 2. ขาดรายละเอียดของการให้ยาที่อาจได้ใช้ร่วม เช่น ยาลดอาการวิตกกังวล 3. การรักษาด้วยจิตบำบัดทำได้ยากในพื้นที่จำเป็นต้องส่งไป รพ.จิตเวช ทุกราย	1. ปรับรูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นเอกสารแผ่นพับเพื่อสะดวกในการนำไปแจกจ่าย 2. ควรมีเอกสารส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มที่คัดกรองแล้วปกติ	แพทย์และพยาบาลจิตเวช ใน รพช.
4. การส่งเสริมป้องกัน	เข้าใจภาษาที่ใช้ แต่ค่อนข้างเป็นนามธรรม ควรปรับให้เป็นรูปธรรมมากกว่านี้	1. ควรมีเนื้อหากิจกรรมส่งเสริมป้องกันที่เป็นรูปธรรม 2. เน้นเรื่องของการบูรณาการงานเข้ากับระบบเดิมที่มีอยู่ เช่น เพื่อนใจวัยรุ่น To be No.1, One school-One hospital	1. เพิ่มเติมเอกสารเสริมสร้างพลังใจ/พัฒนา EQ นักเรียนแก่กลุ่มศึกษา 2. ควรติดต่อผู้อำนวยการ/หัวหน้าหน่วยงานเพื่อรับทราบและสนับสนุนการทำกิจกรรม	บุคลากรทุกภาคส่วนในพื้นที่

เมื่อสิ้นสุดกระบวนการถ่ายทอดคู่มือแนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าลงสู่อำเภอเลิงนกทา ในเดือนสิงหาคม 2561 ได้มีการสรุปจำนวนเด็กและวัยรุ่นที่ผ่านกระบวนการของแต่ละขั้นตอน โดยจะนำเสนอเฉพาะข้อมูลจากทางโรงเรียน เนื่องจากข้อมูลมีความสมบูรณ์กว่าการคัดกรองจากทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ในปี พ.ศ. 2560 จำนวนนักเรียนในโรงเรียนของอาสาสมัครในอำเภอเลิงนกทา มีนักเรียนที่เข้าเกณฑ์การคัดกรองตามคู่มือแนวทางนี้ (อายุ 11-21 ปี) รวมทั้งสิ้น 4,855 คน พบว่าจำนวนนักเรียนที่ได้รับการคัดกรองทั้งหมด 1,469 คน (คิดเป็นร้อยละ 30.3) ซึ่งเลือกตามความสะดวกของครูในโรงเรียนนั้นๆ (ส่วนมากจะเป็นห้องที่ครูประจำชั้นอยู่หรือทั้งชั้นเรียนที่ครูดูแลอยู่ หรือเพิ่มเติมกลุ่มที่ครูเห็นว่าเสี่ยงเข้าไป ในกรณีครูแนะแนวจะทำในชั่วโมงแนะแนว) เมื่อผ่านการตอบแบบคัดกรองแล้ว ครูจะแปลผลการคัดกรองว่านักเรียนคนไหนมีคะแนนเข้าเกณฑ์เสี่ยงต่อการเป็นซึมเศร้า ซึ่งในภาพรวมได้ทั้งหมด 220 คนที่คะแนนสูงเข้าเกณฑ์ (คิดเป็นร้อยละ 14.9 ของนักเรียนที่ได้รับการคัดกรอง) โดยครูจะไม่ได้ส่งนักเรียนทั้ง 220 คนที่เข้าเกณฑ์เสี่ยงต่อการเป็นซึมเศร้ามาตรวจทั้งหมด แต่ครูจะประเมินนักเรียนซ้ำอีกครั้ง อาจสอบถามผ่านทางครูประจำชั้น สังเกตอาการ ร่วมกับสอบถามนักเรียนโดยตรงในบางราย ซึ่งหากสอบถามกับครูประจำชั้นแล้วว่านักเรียนก็ดูปกติดี หรือสอบถามกับนักเรียน ซึ่งบอกว่าตนเองตอบเล่นๆ หรือครูสังเกตอาการเองว่าเข้ากับเพื่อนได้ร่าเริงดี ครูก็จะไม่ส่งมาตรวจที่โรงพยาบาลต่อ ดังนั้นจำนวนนักเรียนที่ผ่านการส่งต่อไปยังโรงพยาบาล จึงมีเพียง 32 คน (คิดเป็นร้อยละ 14.6 ของจำนวนนักเรียนที่ผลการคัดกรองเป็นบวกทั้งหมด) เมื่อตรวจสอบถึงเครื่องมือที่ครูใช้ในการคัดกรอง พบว่ามีการเลือกใช้เครื่องมือเพียง 2 ตัว คือ childhood depression inventory (CDI) และ center for epidemiologic studies-depression scale (CES-D) โดยครูให้เหตุผลว่า ช่วงอายุกว้างครอบคลุม สะดวกต่อการเตรียมเอกสาร และเป็นในลักษณะของการให้เด็กนักเรียนตอบเอง สะดวกแก่การเก็บข้อมูล ไม่พบว่ามีการใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) หรือแบบทดสอบภาวะซึมเศร้า (patient health questionnaire: PHQ-9) เนื่องจากมองว่าช่วงอายุไม่ตรงกับกลุ่มที่ครูดูแล หรือไม่สะดวกในการเตรียมเอกสาร แต่ครูเสนอแนะให้มีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ได้ง่าย เช่น แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) สำหรับเด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปี และเครื่องมือที่ใช้สำหรับเด็กที่มีปัญหาด้านการอ่านอีกด้วย

ในจำนวนนักเรียน 32 คนที่ได้รับการส่งต่อมาที่โรงพยาบาลเลิงนกทา พบว่า 7 คนได้รับการวินิจฉัยจากกุมารแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (คิดเป็นร้อยละ 0.5 ของนักเรียนที่ผ่านการคัดกรองทั้งหมด) และทั้งหมดนี้ได้รับการคัดกรองซึมเศร้าจากครูด้วยแบบคัดกรอง CDI

ผลการศึกษาเกี่ยวกับภาษาเนื้อหา และความรู้สึกต่อคู่มือนี้ แบ่งเป็น 4 ส่วนแยกออกตามแต่ละส่วนของคู่มือนี้

ส่วนที่ 1 การคัดกรอง อาสาสมัครส่วนใหญ่มองว่า ทำความเข้าใจกับภาษาได้ดี ไม่สับสน สื่อความหมายได้ชัดเจน เข้าใจความหมายของเนื้อหาที่ต้องการ คือควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นทุกคน อาจจะปีละครั้งหรือตามแต่สถานการณ์เสี่ยง ยอมรับว่าการคัดกรองเป็นเรื่องสำคัญ เกือบทุกคนเห็นพ้องกันว่าการเลือกกลุ่มเสี่ยงมาคัดกรองน่าจะเป็นทางที่เป็นไปได้จริงมากที่สุด และยังมีการเสนอแนะกลุ่ม

เสี่ยงเพิ่มเติม เช่น นาง ฉ. (ครู โรงเรียนมัธยม อายุ 48 ปี) *"วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงตามที่ครูเลือกมา ก็เป็นพวกเข้าห้องปกครองบ่อย ๆ เปลี่ยนแฟนบ่อย ๆ ปวดหัวเรื้อรัง ใช้กัญชา อันนี้ก็คิดว่าเสี่ยงก็เอามา (คัดกรอง)"* นอกจากนี้ยังมีความกังวลในการเลือกใช้แบบคัดกรองและอยากให้ทางแนวปฏิบัติฯ มีรายละเอียด ระบุให้ชัดเจนว่า รพ.สต. ใช้แบบคัดกรองตัวไหน ครูในโรงเรียนขนาดเล็กใช้ตัวไหน และครูในโรงเรียนขนาดใหญ่ควรใช้ตัวไหนดังเช่น *"อยากให้หมอบอกมาเลยว่าอันไหนเหมาะแบบไหน เช่น โรงเรียนขนาดใหญ่มีนักเรียนเยอะให้เลือกอันนี้ บางอัน (แบบคัดกรอง) มันก็หลายข้อไปใช้ทุกคนไม่ไหว"* ของ นาง ก. (ครู โรงเรียนประถมขนาดเล็ก อายุ 59 ปี) ในการศึกษานี้ พบว่าส่วนมากจะเลือกใช้แบบคัดกรอง CDI โดยให้เหตุผลว่า ใช้ได้ในช่วงอายุกว้างที่สุด สามารถนำไปใช้ได้กับเด็กหลายชั้นเรียน และเป็นรูปแบบของแบบประเมินตนเอง สะดวกต่อการใช้งานเพราะให้เด็กสามารถทำเองได้ ในที่ประชุมยังมีการอภิปรายถึงสาเหตุของผลการคัดกรองที่ได้วัยรุ่นที่มีคะแนนสูงจำนวนมาก ว่าอาจเกิดจากความไม่เข้าใจในคำของแบบคัดกรองจากตัวเด็กเอง หรืออาจเกิดจากตัวเครื่องมือที่ใช้คัดกรอง เนื่องจากมีข้อคำถามที่ใกล้เคียงกันมากจนทำให้นึกไม่ออก เข้าใจยาก เช่น นาง ช. (ครู โรงเรียนประถม อายุ 58 ปี) บอกว่า *"แบบคัดกรอง CDI หลายข้อใช้คำที่เข้าใจยาก อย่างข้อที่ว่า "ฉันทำตัวไม่ดี" ทำตัวไม่ดีคืออะไร ครูก็ต้องไปอธิบายเด็กว่าหมายถึงทำผิด ลักขโมย"* นางสาว ข. (ครู โรงเรียนอุดมศึกษา อายุ 26 ปี) กล่าวว่า *"คำว่า "บ่อยครั้ง" นั้นรู้ว่าถี่บ่อยแค่ไหน จะทุกวันเลยรึเปล่า หรือจะสองสามวันต่ออาทิตย์"* และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหานี้โดย นาง ก. (ครู โรงเรียนประถม อายุ 59 ปี) ได้เล่าเพิ่มเติมว่า *"เวลาให้เด็กทำ (คัดกรอง) ครูก็จะเน้นว่า ให้ตอบจากความรู้สึกของตนเองนะ ไม่ใช่ไปเปรียบเทียบกับเพื่อน... ใครว่ายังไงช่างเค้า เอาที่เรารู้สึก... และอย่าลืมว่าต้องเน้นว่าให้ตอบตามสิ่งที่รู้สึกในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาอีกด้วย"* และ นาง ฉ. (ครู โรงเรียนมัธยม อายุ 48 ปี) แนะนำว่า *"การให้เราให้เค้าลงชื่อในแบบคัดกรอง ก็อาจจะทำให้เค้ากลัวนะคะ ว่าจะมีผลต่อคะแนนรึเปล่า... เราก็ต้องย้ำกับเค้าว่า ไม่มี"*

ส่วนที่ 2 การวินิจฉัย และส่วนที่ 3 การรักษา พบว่าทั้งแพทย์และพยาบาลจิตเวชพึงพอใจกับเนื้อหาทั้ง 2 ส่วนนี้ มองว่าเนื้อหาส่วนนี้เข้าใจง่าย ช่วยในการปฏิบัติงาน และอยากได้รายละเอียดเพิ่มขึ้น เช่น lethal dose ของยาแต่ละชนิด หรือเนื้อหาสุขภาพจิตศึกษา นอกจากนี้ยังแสดงความกังวลถึงศักยภาพของ รพช. ว่าจะไม่สามารถทำได้ตามแนวปฏิบัติฯ ครบถ้วนทั้งด้านการให้ยา ด้านการรับรักษาใน รพ. การบำบัดอื่นๆ อีกทั้งยังขาดบุคลากรทางจิตเวช เช่น นักจิตวิทยา เป็นต้น ส่วนอาสาสมัครอื่นๆ จะมองว่าเนื้อหาเกือบทั้งหมดของ 2 ส่วนนี้จะเป็นบทบาทของแพทย์ และพยาบาลจิตเวช ไม่ค่อยเกี่ยวข้องกับวิชาชีพอื่น และแนะนำว่า น่าจะทำฉบับแยกไปตามบทบาทของผู้ใช้เพื่อจะได้อ่านเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับตน *"ทำเล่มแยกเลยก็ดีนะ... อันนี้ไม่เกี่ยวกับโรงเรียน อ่านแล้วครูก็ไม่รู้จะเอาไปทำอะไร"* โดยนาง ช. (ครู โรงเรียนประถมขนาดเล็ก อายุ 58 ปี) นอกจากนี้ยังแนะนำให้ทำเอกสารแผ่นพับพร้อมใช้งานมาด้วยเลย โดย นาง ง. (พยาบาล รพช. อายุ 48 ปี) *"อยากให้หมอ (ทีมวิจัย) ทำคำแนะนำมาเป็นแผ่นพับเลย เราจะได้ให้คนไข้ไปเลย... แล้วอยากได้คำแนะนำสำหรับคนที่คัดกรองมาโพสสิทีฟ แต่มาตรวจหมอบอกว่าไม่เป็น เราจะได้แนะนำให้เค้า"*

ส่วนที่ 4 การส่งเสริมป้องกัน ในส่วนนี้อาสาสมัครมองว่าอ่านเข้าใจ เป็นบทบาทของตนเอง แต่เนื้อหาค่อนข้างเป็นนามธรรม อยากให้มีการปรับภาษาและเนื้อหาให้เป็นรูปธรรมมากกว่านี้ เช่น นาง ก. (ครู โรงเรียนประถมขนาดเล็ก อายุ 59 ปี) กล่าวว่า *"ทักษะชีวิตคืออะไร ไม่เข้าใจ... รู้ว่ามันดี แต่ทำยังไง ส่งเสริมยังไงให้เด็ก... อยากได้รายละเอียดว่าทำยังไงแบบไหน มาเป็นคู่มือเลยก็ดี"* รวมถึงอยากผสานเข้ากับของเดิมที่มีอยู่ ใช้ง่าย ไม่ซ้ำซ้อน ดังเช่น นาง ช. (ครู โรงเรียนประถมขนาดเล็ก อายุ 58 ปี) กล่าวว่า *"ส่งเสริมครอบครัวทำแบบไหน ที่ครูทำก็มีเยี่ยมบ้านคุยกับพ่อแม่บ้าง มันใช่รึเปล่า ครูเองก็มองว่ามันใช่นะ"* นาง ฉ. (ครู โรงเรียนมัธยม อายุ 48 ปี) *"ที่โรงเรียนก็พวกทูบี (To be No.1) อันนี้เราทำมาตลอด ก็น่าจะแบบเดียวกัน"* และ นาง ญ. (ครูอายุ 38 ปี, โรงเรียนมัธยม) *"อยากให้ทำร่วมไปกับทูบีเลย ไหนๆ ก็มีทุกโรงเรียนอยู่แล้ว อีกทีก็มีเฟรนด์คอร์เนอร์ (friend corner) เราก็เอาเด็กทูบีแหละมาช่วยดูเพื่อนๆ เหล่านี้" "เพื่อนใจวัยรุ่นเรานั่นแหละ"*

โดยภาพรวม อาสาสมัครมองว่า คู่มือนี้ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ทำให้อาสาสมัครเข้าใจเนื้อหาของแต่ละส่วน และแยกว่าส่วนไหนควรเป็นบทบาทหน้าที่ของใคร มีเพียงเนื้อหาบางส่วนที่อาสาสมัครต้องการรายละเอียดเพิ่มขึ้น พบว่าอาสาสมัครทุกคนได้อ่านคู่มือนี้จนจบ

ตารางที่ 2 ข้อคิดเห็นของอาสาสมัครที่มีต่อแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

มิติ (dimension)	บุคลากรทางการศึกษา	บุคลากรทางสาธารณสุข
1. ประโยชน์ (utility)	ช่วยในการคัดกรองเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหา และมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์รองรับ เชื่อถือได้	ช่วยในการตัดสินใจวินิจฉัยโรคและใช้ในการแนะนำผู้ป่วย
2. การฝึกอบรมและเผยแพร่ (dissemination and training)	สามารถนำบางส่วนเช่น การคัดกรอง การให้คำแนะนำ ไปเผยแพร่ต่อได้	สามารถนำไปเผยแพร่ทั้งเล่มได้ และควรฝึกอบรมเทคนิคการให้คำปรึกษาควบคู่ไปด้วย
3. รูปแบบและเนื้อหา (format and content)	1. อยากให้มีเป็นรูปแบบ application เพื่อสะดวกในการคัดกรองและแปลผลและประหยัด 2. อยากให้เพิ่มเนื้อหาวิธีการส่งเสริมสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่น	1. อยากให้มีเป็นรูปแบบ application เพื่อสะดวกในการคัดกรองและแปลผลและประหยัด 2. อยากให้ทำแผ่นพับให้คำแนะนำกรณีพบเคส และคัดกรองแล้วปกติ
4. การเข้าถึง (accessibility)	1. เข้าถึงได้ง่ายขึ้น หากทำเป็นรูปแบบ application หรือมีการปรับรูปเล่มเอกสารเป็นเนื้อหาการสอนตามที่ครูคุ้นเคย 2. ส่วนมากจะใช้เพียงการคัดกรอง เพราะเมื่อพบเคส จะส่งต่อทางสาธารณสุข	1. ปรับรูปแบบเป็น online และแปลผลได้ทันที เพื่อสะดวกในการใช้ 2. ใช้ทุกหัวข้อของ CPG นี้

ตารางที่ 2 ข้อคิดเห็นของอาสาสมัครที่มีต่อแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า (ต่อ)

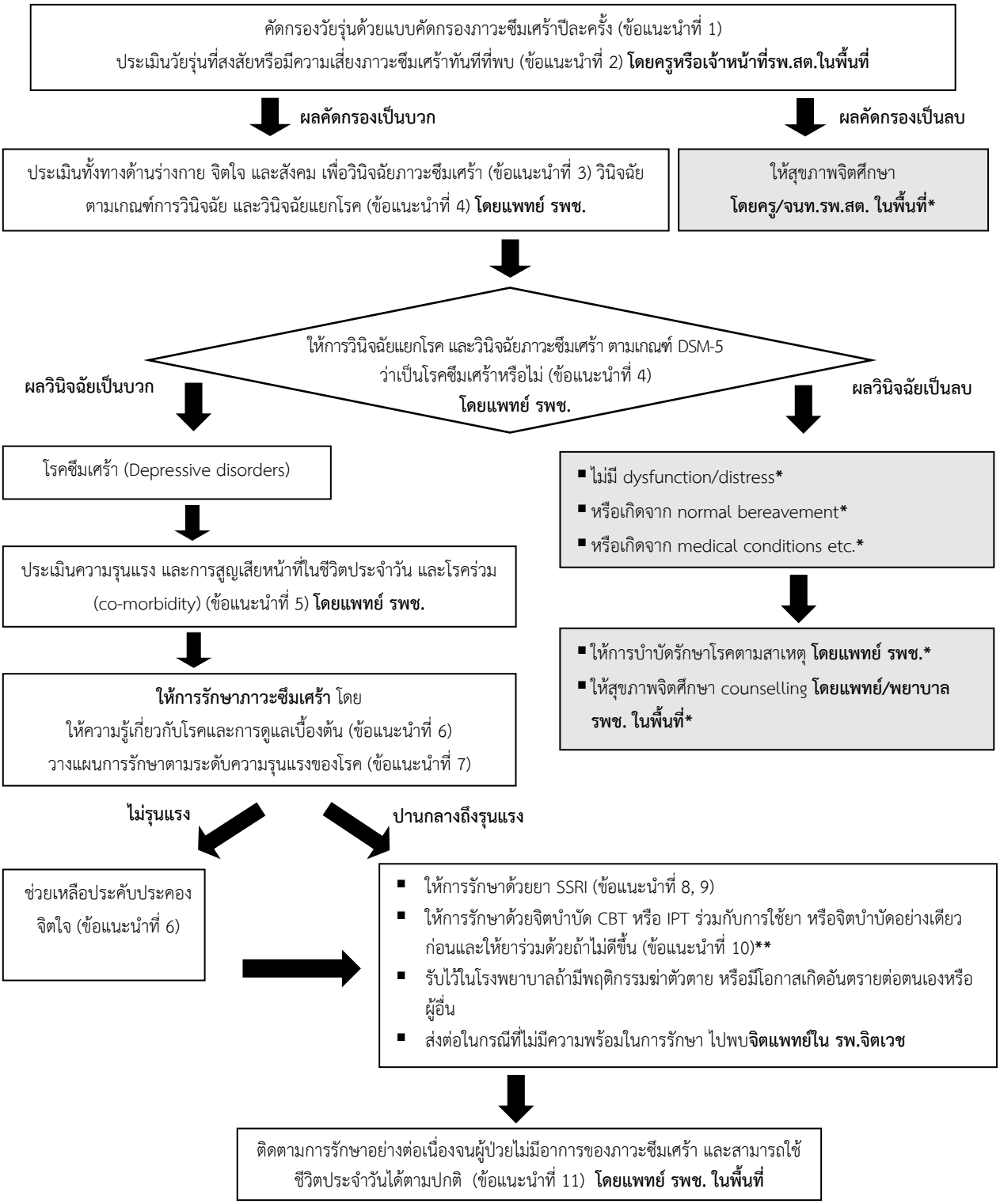
มิติ (dimension)	บุคลากรทางการศึกษา	บุคลากรทางสาธารณสุข
5. ความน่าเชื่อถือ (trust in recommendations)	มีความน่าเชื่อถือ	มีความน่าเชื่อถือ
6. การเห็นด้วยกับคำแนะนำ (agreement with recommendations)	ไม่พบความเห็นขัดแย้ง	ไม่พบความขัดแย้ง
7. การนำคำแนะนำไปใช้ (applicability of recommendations)	บทบาทของครูใน CPG เป็นเพียงกว้างๆ อยากให้มีรายละเอียดเพิ่มขึ้น	สามารถนำไปใช้สะดวก
8. ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (outcome expectations)	1. เป็นเชิงบวกเนื่องจากครูมองว่าเป็นวิธีที่ทำให้รู้จักนักเรียนมากขึ้น 2. ไม่มองว่าเป็นการเพิ่มภาระงานแต่อยากให้สื่อสารไปสู่ผู้บริหารเพื่อความคล่องตัว	เห็นความสำคัญของโรคซึมเศร้า จึงพยายามแบ่งเวลามาทำ
9. ความคิดเห็นและประสบการณ์ของการประเมิน (opinions and experience on evaluation)	ไม่มีความเกี่ยวข้องกับประเด็นนี้	ค่อนข้างมั่นใจในการดูแลคนไข้มากขึ้น

ตารางที่ 3 ปัจจัยสนับสนุนและข้ออุปสรรคต่อการนำ CPG ไปใช้

มิติ (Dimensions)	บุคลากรทางการศึกษา	บุคลากรทางสาธารณสุข
ปัจจัยสนับสนุน (enablers)	1. เห็นคุณค่าของการคัดกรองเด็กและวัยรุ่น 2. ระบบการดูแลใน รร. เช่น การเยี่ยมบ้าน การคัดกรอง SDQ ทำให้นำไปใช้ร่วมกันได้ง่ายขึ้น 3. ความตั้งใจของครู 4. การเชื่อมต่อกับระบบสาธารณสุขในพื้นที่	1. นำ อสม. มาช่วยในการค้นหา 2. ขึ้นกับความสนใจของแต่ละคน
ข้ออุปสรรค (barriers)	1. ภาระงานอื่นจนมีเวลาคัดกรองได้น้อย 2. ไม่อยู่ในนโยบายด้านวิชาการ 3. เอกสารยังเป็นลักษณะของกระดาษ ยากต่อการนำไปใช้และแปลผล 4. รูปแบบเป็นทางการแพทย์มากกว่าทางการศึกษา	1. มีภาระงานอื่นจนมีเวลาคัดกรองได้น้อย 2. เป็นแนวทางการดูแลในภาพรวม อาจไม่เหมาะสมกับรายบุคคล

จากการศึกษาในครั้งนี้ สามารถปรับปรุงผัง ภาวะซึมเศร้า ได้ดังภาพที่ 1 การไหลของแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มี

ภาพที่ 1 ผังการไหลของแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า (ปรับปรุงหลังจากลงพื้นที่)



หมายเหตุ * ข้อความที่แสดงถึงการกระทำที่เพิ่มเข้ามาหลังจากทดสอบในพื้นที่นำร่อง

** ข้อความที่แสดงถึงการกระทำที่ไม่สามารถทำได้ในพื้นที่นำร่อง

วิจารณ์

แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้านี้ สามารถนำไปใช้ปฏิบัติในระดับชุมชนได้จริง ทั้งบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษาหลังผ่านกระบวนการอบรม ศึกษาเพิ่มเติมด้วยตนเอง และการประชุมระดมสมอง การนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ในพื้นที่พบว่ามีจุดเน้นที่แตกต่างกัน คือบุคลากรทางการศึกษาจะเน้นที่การคัดกรองและการส่งเสริมป้องกัน ในขณะที่บุคลากรทางสาธารณสุขจะให้ความสำคัญเรื่องของการบำบัดรักษาและส่งต่อ การใช้ภาษาในแนวปฏิบัติฯ นี้ มีความเข้าใจง่าย แต่มีเนื้อหาบางส่วนที่ผู้ปฏิบัติไม่มั่นใจ เช่น การเลือกใช้แบบคัดกรองที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามอาสาสมัครทุกคนเชื่อมั่นในแนวปฏิบัติฯ นี้ และเห็นด้วยกับข้อแนะนำต่างๆ การใช้แนวปฏิบัติฯ นี้ทำให้ตระหนักถึงความสำคัญของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น และเกิดความมั่นใจในการดูแลวัยรุ่นเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผลของการใช้ CPG ต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแล[14]

จากการศึกษาของ Harvey G และคณะ[15] ที่เสนอว่า กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติจะขึ้นกับปฏิสัมพันธ์ระหว่าง 3 ปัจจัย ได้แก่ หลักฐาน (evidence) บริบท (context) และการเอื้ออำนวยให้เกิดการดำเนินงานตามแผน (facilitation) ดังเช่นกระบวนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้านี้ไปปฏิบัติ พบว่าขึ้นกับปัจจัย 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัติฯ นี้ ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติฯ ที่สร้างโดยราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย และสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ทำให้มีหลักฐาน (evidence) ที่มาชัดเจน รวมถึงผู้ที่มาชี้แจงแนวปฏิบัตินี้ คือจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นในเขตพื้นที่ มีกุมารแพทย์และพยาบาลจิตเวชเด็กจาก รพช.นั้นๆ มาร่วมประชุม และบุคลากรจากสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้ประสานงานทำให้สามารถก่อให้เกิดความน่าเชื่อถือได้อย่างมาก 2) ในส่วนของพื้นที่เอง (context) ได้แก่ เนื้อหาของแนวปฏิบัติฯ ที่อ่านเข้าใจได้ง่ายและเปิดโอกาสให้มีการวิพากษ์เสนอแนะถึงแนวทางปฏิบัติฯ อย่างสม่ำเสมอ รวมถึงพื้นที่อำเภอเลิงนกทาเองก็เป็นพื้นที่ที่เคยทำระบบการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าผู้ใหญ่มาแล้ว ทำให้บุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ สามารถทำความเข้าใจแนวปฏิบัติฯ นี้ได้ชัดเจนขึ้น และ 3) การเอื้ออำนวยให้เกิดการดำเนินงานตามแผน (facilitation) ในพื้นที่ค่อนข้างชัดเจน เนื่องจากมีระบบที่เชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลกับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจิตเวช ทำให้เกิดความมั่นใจในการส่งต่อ ด้านโรงเรียนคือ โรงเรียนมีระบบการดูแลช่วยเหลือเด็กนักเรียนอยู่เดิม โรงเรียนขนาดเล็ก มีช่องทางในการสื่อสารกับครูอื่นๆ และผู้บริหารโรงเรียนเห็นความสำคัญของงานสุขภาพจิตและสนับสนุนการดำเนินงาน ส่วนปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อการทดลองนำแนวปฏิบัติฯ นี้ไปใช้ ได้แก่ เนื้อหาของแนวปฏิบัติฯ ที่มีความเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงานและบางส่วนของเนื้อหาอาจไม่ตรงกับบทบาทของตน ทำให้มีความเข้าใจยากในบางหัวข้อ และบุคลากรมีภาระงานหลักอื่นๆ รวมถึงมีข้อจำกัดด้านงบประมาณ และความยุ่งยากในการเก็บข้อมูลและแปลผล

การศึกษานี้ พบความชุกของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นเพียงร้อยละ 0.5 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาของกรมสุขภาพจิตที่รายงานไว้ที่ร้อยละ 2.0 ในปี 2549[7] อาจเกิดจาก 1) ขั้นตอนของการส่งวัยรุ่นที่คัดกรองเป็นบวก

ไปพบแพทย์นั้น ทางครูได้ทำการประเมินวัยรุ่นอีกครั้ง (ซึ่งขั้นตอนนี้ไม่มีในคู่มือ) และมีการตัดวัยรุ่นที่ได้ผลบวกออกไปเป็นจำนวนมาก (ตัด 188 คน ออกจาก 220 คน และส่งไปตรวจเพียง 32 คน) ซึ่งอาจตัดวัยรุ่นกลุ่มที่เป็นโรคซึมเศร้าจริงๆ ออกไปเนื่องจากอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นไม่ชัดเจน แสดงถึงความจำเป็นที่ต้องเพิ่มเนื้อหาป้องกันหลุมพรางของการคัดกรองเข้าไป และ 2) ความเข้าใจในวัตถุประสงค์ของการทำแบบคัดกรองที่อาจส่งผลต่อการตอบได้ หากเข้าใจว่าสัมพันธ์กับคะแนนหรือการเรียน จึงควรจัดทำเนื้อหาส่วนเทคนิคการเตรียมวัยรุ่นก่อนทำแบบคัดกรองเพิ่มเข้ามา และ 3) แนวปฏิบัติฯ นี้มีรูปเล่มที่ไม่สะดวกต่อการใช้งาน จึงควรปรับปรุงรูปเล่มให้เหมาะกับกลุ่มเป้าหมายที่จะใช้ ดังเช่น หากเน้นให้บุคลากรทางสาธารณสุขระดับ รพ.สต. อาจเน้นรูปเล่มส่วนของการคัดกรองและการส่งเสริมป้องกัน แต่หากเป็นระดับโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไป อาจเน้นเรื่องการวินิจฉัยและการรักษา ในขณะที่หากกลุ่มเป้าหมายเป็นบุคลากรทางการศึกษา จะเน้นเรื่องของการคัดกรอง และการส่งเสริมป้องกันมากกว่า การแยกเนื้อหาให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย จะทำให้กลุ่มเป้าหมายเข้าใจบทบาทของตนได้ดีขึ้นและไม่อึดอัดกับเนื้อหาส่วนที่ไม่เกี่ยวกับตน และ 4) การเพิ่มเติมข้อมูลที่จำเป็นขึ้นมา เพื่อให้สะดวกขึ้น เช่น อาจเพิ่มเนื้อหาภาคผนวกสำหรับศึกษาต่อเพิ่มเติม เช่น กิจกรรมการส่งเสริมทักษะชีวิตในวัยรุ่น เทคนิคการให้คำปรึกษา เป็นต้น

กระบวนการถ่ายทอดขยายผลของคู่มือนี้ พบว่าการศึกษานี้สามารถทำได้ในขั้นตอนของการเผยแพร่ (diffusion) และขั้นตอนการแจกจ่าย (dissemination) แต่ยังไปไม่ถึงขั้นตอนการขยายผล (implementation) กล่าวคือ มีการพยายามนำไปใช้บ้างบางส่วนแต่ยังไม่ถึงขั้นนำไปใช้อย่างถูกต้อง ได้ผลดี เนื่องจากพบว่ายังมีการดัดแปลงขั้นตอนบางขั้นของคู่มืออยู่ ทำให้มีความจำเป็นที่ต้องปรับปรุงคู่มือนี้เพื่อให้สามารถใช้ได้ถูกต้องมากขึ้น เพราะหากไม่ปรับให้มีความเหมาะสมกับบริบท โอกาสที่จะประสบความสำเร็จในการถ่ายทอดก็จะลดลง[16]

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ เนื่องจากงานวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะพื้นที่นำร่องเพียง 1 อำเภอ อาจไม่สามารถอ้างอิงพื้นที่บริบทอื่นได้ อีกทั้งการศึกษาที่ได้พบว่ามีเพียง 1 ตำบลที่สามารถทำเสร็จสิ้นแนวทางฯ ถึงกระบวนการส่งต่อได้ แต่นอกนั้นจะได้ทำถึงเพียงขั้นตอนการคัดกรองและแปลผล ซึ่งอาจยังต้องทำความเข้าใจระบบส่งต่อผู้ป่วยให้ชัดเจน ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไปนั้น อาจมีการปรับรูปแบบการคัดกรองในลักษณะที่ง่ายเพื่อความสะดวกสำหรับผู้ปฏิบัติงาน เช่น application รวมถึงการนำไปบูรณาการกับระบบส่งเสริมสุขภาพจิตเดิมที่มีอยู่ จะทำให้ง่ายต่อการปฏิบัติงาน และผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้มากขึ้น

สรุป

แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้านี้ สามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริง แต่ควรมีการปรับเนื้อหา รูปแบบ หรือขั้นตอน โดยเฉพาะระบบส่งต่อระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและข้ามหน่วยงาน รวมถึงการนำเทคโนโลยีมาใช้ในบางกระบวนการเพื่อลดภาระงาน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากโครงการศึกษาวิจัยเพื่อดำเนินงานสร้างเสริมศักยภาพและส่งเสริมสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นไทยยุคใหม่ (Smart citizen) จาก UNICEF พ.ศ. 2560-2561

ความรู้เดิม: แม้ประเทศไทยจะมีระบบการดูแลนักเรียนในโรงเรียน แต่ยังมีข้อจำกัดในการดูแลเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น
ความรู้ใหม่: แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถนำไปใช้ได้ในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการศึกษาและบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่
ประโยชน์ที่จะนำไปใช้: แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถนำไปใช้พัฒนาระบบดูแลเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในระดับชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการและการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Murray CL, Lopez AD. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge; Harvard University Press; 1996.
3. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2554 [Thailand burden of diseases attributable to risk factors 2011]. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก; 2557.
4. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE. Childhood and adolescent depression: a review of past ten years. Part I. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1996;35:1427-39.
5. Pataki CS. Mood disorders and suicide in children and adolescents. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editors. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 2000:2740-57.
6. Ruangkanchanasetr S, Plitponkarnpim A, Hetrakul P, Kongsakon R. Youth risk behavior survey: Bangkok, Thailand. J adolesc Health. 2005;36:227-35.
7. ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, จอมสุรางค์ โพธิสัตย์, รสสุคนธ์ ชมชื่น. ความชุกของโรคจิตเวชในนักเรียนไทยอายุ 13-17 ปี [The prevalence of psychiatric disorders in Thai students aged 13-17 year]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2559;24:141-53.
8. ปราโมทย์ สุคนิชย์. โรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น [Depression in children and adolescents]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2540;42:35-49.
9. Windfuhr K, While D, Hunt I, Turnbull P, Lowe R, Burns J, et al. Suicide in juveniles and adolescents in the United Kingdom. J Child Psychol Psychiatry. 2008 Nov;49:1155-65. doi:10.1111/j.1469-7610.
10. Black dogs institute. Prevention of depression and anxiety in Australian schools. New South Wales: Black dogs institute; 2016.

11. ฐิตวี แก้วพรสวรรค์, เบญจพร ตันตสูติ. การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ในกรุงเทพมหานคร [The prevalence of depression in 2nd years high school students in Bangkok]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2555;57:395-402.
12. ชัยพร วิศิษฎ์พงศ์อารีย์, วรุณา กลกิจโกวินท์, พิสาส์น เตชะเกษม. ภาวะซึมเศร้าของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร [Depression in primary school student in Dusit District, Bangkok]. วชิรเวชสาร. 2557;58:43-53.
13. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย, สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. แนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า [Clinical Practice Guideline for adolescents with depression]. กรุงเทพ: บริษัท บียอนด์ พับลิสชิ่ง จำกัด; 2561.
14. Joan G, Pedro G, Jordi C, Emilia S, Carme C, Liliana A, et al. The use of clinical practice guideline in primary care: professional mindlines and control mechanisms. Gac Sanit. 2016;30:345-51.
15. Harvey G, Fitzgerald L, Fielden S, McBride A, Waterman H, Bamford D, et al. The NIHR collaboration for leadership in applied health research and care (CLAHRC) for Greater Manchester: combining empirical, theoretical and experiential evidence to design and evaluate a large scale implementation strategy. Implementation science. 2011;6:96.
16. Slaughter SE, Hill JN, Snelgrove-Clarke E. What is the extent and quality of documentation and reporting of fidelity to implementation strategies; a scoping review. Implement Sci. 2015;10:129. doi:10.1186/s13012-015-0320-3.