

## องค์ความรู้และสาระสำคัญเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

### 1) ข้อมูลสถานการณ์ทั่วไปของโรคซึมเศร้าในประเทศไทย

โรคซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดการสูญเสียด้านสุขภาพและเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญของประเทศไทย ผู้ป่วยโรคซึมเศร่ายังเข้าถึงการบริการที่มีมาตรฐานจำนวนน้อย เมื่อ 10 ปีก่อนประเทศไทย อสม.ไม่รู้จักซึมเศร้า พยาบาลในพื้นที่ไม่มีมาตรฐานการดูแลช่วยเหลือ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปไม่มั่นใจที่จะวินิจฉัยโรคและรักษา รวมถึงยารักษาโรคซึมเศร้า ไม่ได้มีแพร่หลายในโรงพยาบาลชุมชนจึงส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการรักษา บุคลากรสาธารณสุขที่อยู่ในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย รวมทั้งประชาชนส่วนใหญ่ขาดการตระหนักรู้ถึงความสูญเสียที่เกิดจากการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า มีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องคิดว่า อาการซึมเศร้าเป็นเรื่องธรรมดาเป็นแล้วก็หายเอง และส่วนใหญ่ยังมีอคติต่อความเจ็บป่วยจิตเวชรวมทั้งโรคซึมเศร้า เข้าใจว่าเป็นบ้าวิกลจริตจึงมีความรังเกียจและเมื่อเจ็บป่วยก็จะปฏิเสธการรักษา ส่งผลให้การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทยมีอัตราที่น้อยมาก ใน 100 คน มารับบริการเพียง 3 คน<sup>1</sup>

ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาประเทศไทยมีการวิจัยและพัฒนาปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องจริงจัง มีแนวทางการบริการที่เป็นมาตรฐานคือ แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด<sup>2</sup> และได้ขยายผลระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด ซึ่งพัฒนาจากการวิจัย ไปยังสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ กิจกรรมการบริการในระบบประกอบด้วย 1) การค้นหาผู้ป่วยโดยคัดกรองด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) โดยอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนและพยาบาล 2) การประเมินอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) 3) การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วย 8 คำถาม (8Q) 4) การวินิจฉัย 5) การดูแลช่วยเหลือและบำบัดรักษาอย่างรวดเร็ว 6) การติดตามเฝ้าระวังการกลับซ้ำและฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง และ 7) การส่งเสริมเพื่อป้องกันการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในประชาชนและกลุ่มเสี่ยง ในการนำระบบไปปฏิบัติในพื้นที่ได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบาย การใช้กลไกทางการเงินร่วมกับการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง จนทำให้เกิดการบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้มาตรฐาน และมีประสิทธิภาพในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับของประเทศ<sup>3</sup> ส่งผลให้คนไทยกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองและได้รับสุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าเป็นยอดสะสม 14 ล้านคน ผู้มีภาวะซึมเศร้าได้รับการดูแลทางสังคมจิตใจ 1.7 ล้านคน ผู้มีภาวะซึมเศร้าแล้วมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้รับการดูแลเฝ้าระวัง 0.77 ล้านคน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการรักษาด้วยยาและการบำบัดทางสังคมจิตใจ 0.71 ล้านคน และอัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจาก 5.05% ในปี 2552 และ ณ ปัจจุบัน เป็น 50.01%<sup>4</sup> (ข้อมูล ณ วันที่ 25 มกราคม 2560) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปผลการดำเนินงานตามระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด ปี 2552 – 2559

การดูแลเฝ้า ระวัง โรคซึมเศร้า	จำนวนผู้รับบริการ(คน)								
	ปี 2552	ปี 2553	ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560 (25 ม.ค. 60)
ผู้ที่ได้รับการค้นหาคัดกรองว่า มีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรอง 2Q	2,878,921	4,757,843	7,047,760	9,333,264	10,680,943	12,176,275	13,150,377	14,202,407	14,628,479
ผู้ที่มีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (2Q+ve) และได้รับสุขภาพจิตศึกษา	1,007,622	1,293,702	2,983,375	4,777,933	5,467,844	6,233,342	6,732,009	7,068,610	7,280,668
ผู้ที่มีอาการโรคซึมเศร้า (ประเมินด้วย 9Q) ได้รับการดูแลช่วยเหลือ	342,591	445,379	651,606	1,151,290	1,317,531	1,501,985	1,622,144	1,703,251	1,754,349
ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย (ประเมินด้วย 8Q) ได้รับการดูแลเฝ้าระวังดูแลช่วยเหลือไม่ให้ฆ่าตัวตาย	302,624	400,310	447,262	508,942	582,431	663,971	717,089	752,943	775,531
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (F32,33,34.1,38,39) ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าและเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ	70,973	118,540	258,865	400,352	467,917	516,000	626,322	694,334	711,019
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรงได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีจิตแพทย์	19,744	26,263	58,473	90,672	103,765	118,292	127,755	132,866	136,852
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลบำบัดรักษามีอาการหายทุเลา (9Q < 7 นาน 6 เดือน)	51,256	92,277	200,391	308,505	353,052	402,479	434,677	452,064	465,626
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการกลับเป็นซ้ำ (9Q < 7 นาน 6 เดือนและกลับมาอีกครั้ง 9Q ≥ 7)	292	533	576	616	705	804	868	912	930
จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าฆ่าตัวตายสำเร็จ	1	0	2	2	1	2	2	2	1
ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	5.05	7.7	18.96	29.32	33.34	36.76	44.14	48.50	50.01

## 2) ข้อมูลในเชิงระบาดวิทยาของโรค

ผลการสำรวจความชุกโรคซึมเศร้าของประเทศไทยปี 2551 โดยกรมสุขภาพจิต ในคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างจำนวน 19,000 ราย พบโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดครั้งคราว 2.4% และชนิดเรื้อรัง 0.3% รวมทั้ง 2 โรค ประเมินการมี 1.5 ล้านคน เพศหญิงเสี่ยงต่อการป่วยมากกว่าเพศชาย 1.7 เท่า กรุงเทพมหานครมีความชุกของโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดครั้งคราวมากที่สุด 4.1% รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2.5%<sup>5</sup> (ตารางที่ 2) ซึ่งในปี 2556 ที่มีการสำรวจในกลุ่มตัวอย่าง อายุ 18 ปีขึ้นไปจำนวน 4,727 คน ความชุกของโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดครั้งคราว 1.8 % และชนิดเรื้อรัง 0.1%<sup>6</sup> และโรคนี้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับสูง 20.4%<sup>7</sup> (ตารางที่ 3) ภาวะโรคและการบาดเจ็บในไทย ปี 2556 ผู้หญิงไทยเป็นลำดับ 1 ที่สูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Year Lost

due to Disability: YLD) ผู้ชายเป็นลำดับที่ 2 (ตารางที่ 4) และการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Year: DALY) ผู้หญิงไทยเป็นลำดับที่ 3 รองจากโรคหลอดเลือดสมอง และเบาหวานเท่านั้น<sup>8</sup> (ตามตารางที่ 5)

ตารางที่ 2 แสดงความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ปี 2551 จำแนกตามภาคและเพศ

โรค	ประมาณการผู้ป่วยทั้งประเทศ (คน)	ความชุกรวมทั้งประเทศ (ร้อยละ/SE)	เพศ % (SE)			ภาค % (SE)			
			ชาย	หญิง	กลาง	อีสาน	ใต้	เหนือ	กทม.
โรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดครั้งคราว	1,311,797	2.4 (0.19)	1.7 (0.16)	2.9 (0.32)	2.0 (0.29)	2.5 (0.32)	1.9 (0.26)	2.0 (0.66)	4.1 (0.51)
โรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง	181,809	0.3 (0.06)	0.2 (0.04)	0.5 (0.09)	0.4 (0.14)	0.2 (0.08)	0.4 (0.11)	0.3 (0.08)	1.0 (0.26)

ตารางที่ 3 แสดงอัตราความรุนแรงความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของคนไทย จำแนกตามชนิดของโรคทางจิตเวชที่ได้จากการประเมินด้วย M.I.N.I.\*

	ระดับความรุนแรงการเสี่ยงฆ่าตัวตาย (% , SE)			
	น้อย (1-8)	ปานกลาง (9-16)	สูง (≥17)	รวม
Major depressive episode; current	27.2 (4.34)	10.9 (2.48)	20.4 (5.11)	58.5 (4.44)
Dysthymia; current	28.3 (9.60)	0.0 (0.00)	6.4 (4.36)	34.7 (9.72)
Hypomanic episode	22.5 (7.08)	3.9 (2.81)	8.5 (4.63)	34.9 (8.03)
Manic episode; current	22.0 (11.23)	38.8 (13.56)	3.5 (3.51)	64.3 (12.56)
Panic disorder without agoraphobia; current (past month)	15.0 (8.66)	4.1 (4.17)	13.3 (8.32)	32.4 (12.90)
Panic disorder with agoraphobia; current (past month)	32.0 (14.41)	1.9 (2.01)	1.3 (1.31)	35.2 (14.74)
Agoraphobia without history of panic disorder ; current	18.3 (6.38)	5.3 (3.26)	5.3 (2.93)	28.8 (7.37)
Posttraumatic stress disorder; current	20.7 (7.33)	11.8 (5.79)	10.9 (5.85)	43.4 (10.75)
Alcohol dependence ; current	9.5 (1.29)	0.8 (0.34)	1.6 (0.51)	12.0 (1.41)

\*M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย

ตารางที่ 4 10 อันดับการสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2556  
จำแนกตามเพศ และรายโรค

ลำดับ	ชาย				หญิง	
	โรค	YLDs (‘000)	%	%	YLDs (‘000)	โรค
1	การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	496	22.3	12.6	245	<b>โรคซึมเศร้า</b>
2	ต้อกระจก	137	6.1	8.5	166	ต้อกระจก
3	<b>โรคซึมเศร้า</b>	131	5.9	7.4	145	โรคข้อเสื่อม
4	โรคเบาหวาน	107	4.8	7.1	139	โรคเบาหวาน
5	โรคข้อเสื่อม	101	4.5	6.1	118	ภาวะโลหิตจาง
6	โรคจิตเภท	84	3.8	4.8	93	โรคหลอดเลือดสมอง
7	โรคหลอดเลือดสมอง	84	3.8	4.6	91	โรคสมองเสื่อม
8	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	76	3.4	4.0	77	หูหนวก
9	ภาวะโลหิตจาง	68	3.0	3.3	65	โรควิตกกังวล
10	หูหนวก	59	2.6	2.9	57	โรคจิตเภท

YLDs = Year Lost due to Disability (คำนวณจากอุบัติการณ์การเกิดโรคและความผิดปกติ ระยะเวลาที่มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพนั้นๆ อายุที่เริ่มมีภาวะบกพร่องทางสุขภาพตามระดับความรุนแรงของโรค หรือความผิดปกติ

1 YLD = หนึ่งหน่วยของการสูญเสียปีสุขภาวะจากความบกพร่องทางสุขภาพ 1 ปี

ตารางที่ 5 10 อันดับความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2556 จำแนกตามเพศ และรายโรค

ลำดับ	ชาย				หญิง	
	โรค	DALYs (‘000)	%	%	DALYs (‘000)	โรค
1	การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	537	8.8	8.2	369	โรคหลอดเลือดสมอง
2	อุบัติเหตุทางถนน	490	8.0	7.9	355	โรคเบาหวาน
3	โรคหลอดเลือดสมอง	423	6.9	5.4	245	<b>โรคซึมเศร้า</b>
4	โรคมะเร็งตับ	272	4.4	4.1	186	โรคหัวใจขาดเลือด
5	โรคหัวใจขาดเลือด	267	4.4	3.7	166	ต้อกระจก
6	การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	257	4.2	3.2	146	โรคข้อเสื่อม
7	โรคเบาหวาน	236	3.9	2.9	129	การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
8	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	207	3.4	2.7	124	อุบัติเหตุทางถนน
9	ภาวะตับแข็ง	199	3.3	2.6	119	ภาวะโลหิตจาง
10	โรคมะเร็งหลอดลมและปอด	143	2.3	2.5	114	โรคมะเร็งตับ

DALY (Disability Adjusted Life Years) เป็นผลรวมของการสูญเสียปีสุขภาวะจาก การตายก่อนวัยอันควร และการมีชีวิตรอยู่กับความบกพร่องทางสุขภาพ, 1 DALY = หนึ่งหน่วยของการสูญเสียระยะเวลาของการมีสุขภาพดีไป 1 ปี

### 3) สาเหตุ/การรักษา

- ก. ความผิดปกติของสารสื่อประสาท ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์ และการแสดงออกของอารมณ์เสียความสมดุล ทำให้ทำงานของสมองผิดปกติไป<sup>9</sup>
- ข. พันธุกรรม ในครอบครัวที่เป็นโรคซึมเศร้าคนอื่น ๆ ในครอบครัวมีโอกาสป่วยได้มากกว่าคนทั่วไป 2.8 เท่า การถ่ายทอดทางพันธุกรรมมีประมาณ 31-42% ดังนั้นพ่อแม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าลูกก็ไม่ได้เป็นกันทุกคน<sup>10</sup>
- ค. ลักษณะบุคลิกภาพส่วนตัว เป็นปัจจัยทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า เช่น มองโลกในแง่ร้ายอยู่เสมอ สนใจแต่ในด้านไม่ดีหรือด้านลบมากกว่าด้านบวก เมื่อประสบปัญหาที่ใช้วิธีหลีกเลี่ยงหรือหนีปัญหา เก็บกดอารมณ์ไม่แสดงออก<sup>11-12</sup>
- ง. โรคทางกายหลายโรคและยา ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้<sup>13</sup> ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงโรคทางกายหลายโรคและยา ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้

กลุ่ม	โรค
endocrine	disorder of cortisol, thyroxin or parathormone production eg. hypopituitarism, hypoglycemia
Infections	glandular fever, syphilis, AIDS, encephalitis
neurological	stroke, parkinson's disease, multiple sclerosis, brain tumors (meningioma), trauma, Cerebral lupus
Carcinoma	pancreatic carcinoma, lung carcinoma
Nutritional	deficiency of folate, nicotinamide (pellagra), vitB12, B1 (thiamine), B6
Other	cerebral ischemia, myocardial infraction

ถึงแม้ว่า ในขณะนี้ยังไม่สรุปชัดเจนว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากสาเหตุใด แต่พอสรุปได้เบื้องต้นว่า โรคซึมเศร้าเป็นโรคของสารในสมองผิดปกติและพันธุกรรม โดยมีผลกระทบจากบุคลิกภาพและความเครียดในชีวิตจึงทำให้เกิดอาการป่วยขึ้น

ส่วนการรักษาโรคซึมเศร้า ที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบันประกอบด้วย การรักษาด้วยยาต้านเศร้า การรักษาด้วยจิตบำบัด และการรักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งการรักษาตามระดับความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้า มี 3 ระดับคือ 1) ระดับน้อย รักษาด้วยจิตบำบัด ที่ได้ผลคือ การบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหา<sup>14</sup> การบำบัดด้วยการออกกำลังกาย<sup>15</sup> 2) ระดับปานกลาง รักษาด้วยยา<sup>16</sup> และ/หรือจิตบำบัด 3) ระดับรุนแรง รักษาด้วยยา จิตบำบัด และ/หรือการรักษาด้วยไฟฟ้า สำหรับการรักษาด้วยยาด้านเศร้านี้ปัจจุบันมีให้เลือกใช้หลายกลุ่ม ตามกลไกการออกฤทธิ์ ส่วนการทำจิตบำบัดในระดับรุนแรง ควรใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรม<sup>17</sup> และในระดับปานกลางถึงรุนแรงสามารถรักษาได้ทั้งการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล<sup>18</sup>

#### 4) ข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายสูงในวัยรุ่นและวัยสูงอายุไทย

ในระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าจะมีการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วย 8Q หลังจากที่มีผลการประเมินด้วย 9Q มีค่าคะแนน 7 คะแนนขึ้นไป แล้วส่งพบแพทย์เพื่อให้การวินิจฉัยโรค ให้การดูแลช่วยเหลือและบำบัดรักษาอย่างรวดเร็ว หลังจากนั้นจะติดตามเฝ้าระวังการกลับซ้ำและฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง

ณ วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2560 จากรายงานของฐานข้อมูลการบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 4,711 คน มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูงร้อยละ 6.24 พบมากที่ภาคกลางและตะวันออก ร้อยละ 6.70 รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 6.48 เพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งพบมากที่ภาคเหนือ ร้อยละ 5.0 ส่วนในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 75,564 คน พบว่า มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูง ร้อยละ 1.17 พบมากที่ภาคกลางและตะวันออกร้อยละ 2.40 รองลงมาคือ ภาคเหนือร้อยละ 1.58 เพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งพบมากที่ภาคกลางและตะวันออกร้อยละ 1.75 <sup>19</sup> ดังแสดงในตารางที่ 7-8

ตารางที่ 7 แสดงผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นไทย ที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายระดับสูง รายงานจากการบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ณ วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2560

พื้นที่	จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	วัยรุ่น (15-19 ปี)					
		มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูง (8Q* $\geq$ 17)					
		รวมทั้งหมด		ชาย		หญิง	
คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ		
ภาคเหนือ	400	24	6.00	4	1.00	20	5.00
ภาคกลางและตะวันออก	1,060	71	6.70	19	1.79	52	4.91
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	2,206	143	6.48	33	1.50	110	4.99
ภาคใต้	1,045	56	5.36	14	1.34	42	4.02
รวม	4,711	294	6.24	70	1.49	224	4.75

\*8Q: แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีความรุนแรง 3 ระดับตามค่าคะแนน คือ

คะแนน 0=ไม่มีความเสี่ยง, คะแนน 1-8 = แนวโน้มฆ่าตัวตายเล็กน้อย, คะแนน 9-16 = แนวโน้มฆ่าตัวตายระดับปานกลาง,

คะแนน  $\geq$ 17 แนวโน้มฆ่าตัวตายรุนแรง

ตารางที่ 8 แสดงผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย ที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายระดับสูง รายงานจากการบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ณ วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2560

พื้นที่	จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	ผู้สูงอายุ (60 ขึ้นไป)					
		มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูง (8Q* $\geq$ 17)					
		รวมทั้งหมด		ชาย		หญิง	
		คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
ภาคเหนือ	11,416	180	1.58	58	0.51	122	1.07
ภาคกลางและตะวันออก	12,538	301	2.40	81	0.65	220	1.75
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	37,851	265	0.70	99	0.26	166	0.44
ภาคใต้	13,759	140	1.02	56	0.41	84	0.61
รวม	75,564	886	1.17	294	0.39	592	0.78

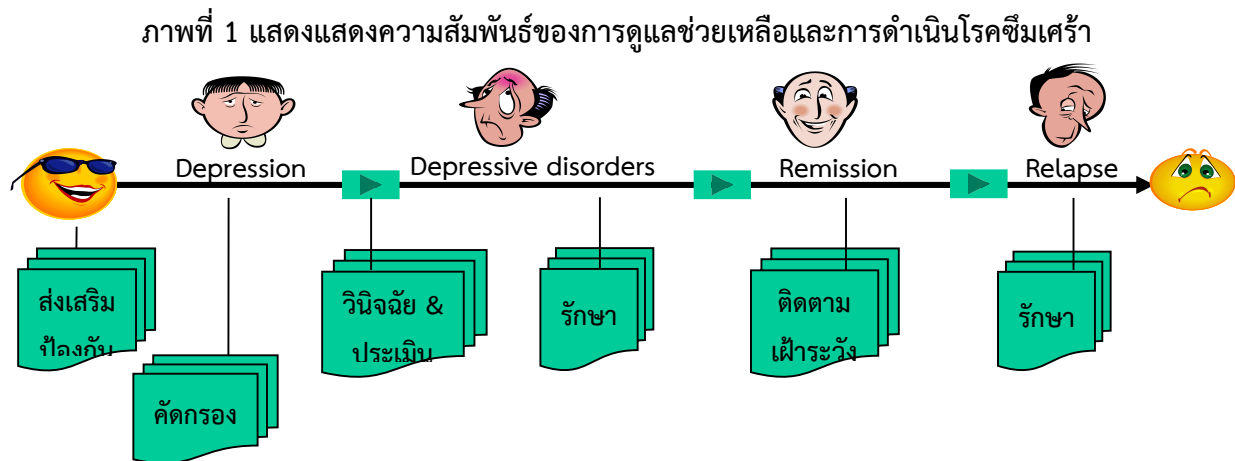
\*8Q: แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

#### 5) ประเด็นสำคัญ ที่เป็นปัญหาต่อการป้องกันการเป็นโรคซึมเศร้า และเข้าถึงการรักษาของประเทศไทย

- ก. ประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดการตระหนักรู้ถึงความเสี่ยงที่เกิดจากการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า
- ข. ประชาชนยังมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องว่า อาการซึมเศร้าเป็นเรื่องธรรมดาเป็นแล้วก็หายเอง
- ค. ประชาชนยังมีอคติต่อความเจ็บป่วยจิตเวชรวมทั้งโรคซึมเศร้า บางส่วนคิดว่า เป็นบ้าวิกลจริตจึงมีความรังเกียจ และเมื่อเจ็บป่วยก็จะปฏิเสธการรักษา
- ง. ผู้ป่วยที่ป่วยโรคซึมเศร้ามารับบริการยังไม่ถึง 70% ที่จะทำให้การสูญเสียปีสุขภาวะลดลง
- จ. แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในพื้นที่ยังไม่มั่นใจในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า และการรักษาด้วยยาต้านเศร้า
- ฉ. การบำบัดทางสังคมจิตใจ ยังมีน้อยมาก เช่น จิตบำบัด เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญและองค์ความรู้มีน้อย
- ช. ขาดเทคโนโลยีและแนวทางการส่งเสริมป้องกันโรคซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพ ง่ายและสะดวกใช้
- ซ. การค้นหาผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการทำในหลายพื้นที่ แต่ยังไม่เชื่อมโยงกับระบบการดูแลรักษาในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ
- ฅ. มีระบบติดตามเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำของโรค แต่ยังไม่มีการดำเนินการอย่างจริงจังและต่อเนื่อง
- ญ. ในการกำหนดนโยบายสาธารณสุขทั้งในระดับประเทศ และระดับจังหวัดให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้าเป็นอันดับรองจากโรคทางกายอื่นๆ

6) การแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้าที่ดำเนินกิจกรรมครอบคลุมอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับลักษณะการดำเนินโรคของคนไทย ควรประกอบด้วย (แสดงในภาพที่ 1)

- ก. การรณรงค์ให้เกิดความตระหนักและสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่สาธารณะ
- ข. บังคับกลุ่มเสี่ยงเพื่อให้การส่งเสริมป้องกันการเกิดโรค
- ค. คัดกรองเพื่อค้นหาผู้มีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้า เพื่อให้การวินิจฉัย ประเมินความรุนแรงของโรค
- ง. ส่งเสริมให้มีการวินิจฉัย และประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าที่ถูกต้องในโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไป
- จ. ให้การช่วยเหลือและรักษาที่เหมาะสมตามความรุนแรงของโรค
- ฉ. ติดตามเฝ้าระวังการกลับซ้ำและการกลับเป็นใหม่



เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. รายงานการบริการสุขภาพจิต ประจำปี 2547
2. ธรณินทร์ กองสุข และคณะ. คู่มือแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด (ปรับปรุง ปี 2557). ศิริธรรม ออฟเซ็ท, อุบลราชธานี. 2557. [cite 2017 Feb 20]. Available from: <http://www.thaidepression.com>
3. ธรณินทร์ กองสุข และคณะ. รายงานผลการดำเนินงานการดำเนินงานเชิงระบบในการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า ปี 2551. ศิริธรรมออฟเซ็ท, อุบลราชธานี. 2551.
4. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต. รายงานการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปี 2560 วันที่ 25 มกราคม 2560. [cite 2017 Feb 09]. Available from: <http://www.thaidepression.com>
5. Kongsuk T, Kittirattanapaiboon P, Kenbubpha K, Sukawaha S, Leejongpermpoon J. The prevalence of major depressive disorders in Thailand: national survey 2008. Presented at WPA section on Epidemiology and public health – 2010, July 11 to 14, 2010 - Lisbon, Portugal.
6. Kittirattanapaiboon P et al. Thai national Mental Health Survey 2013. Presented at 14<sup>th</sup> Annual International Mental Health Conference. Miracle Grand Hotel, Bangkok



7. Sriruenthong W, Kongsuk T, Pengchuntr W, Kittirattanapaiboon P, Kenbubpha K, YingYeun R et al. The suicidality in Thai population: A national survey. *J Psychiatry assoc Thailand* 2011;56(4):413-424.
8. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556 [cite 2017 Feb 09]. Available from: <http://ihppthaigov.net/DB/publication/attachresearch/372/chapter1.pdf>
9. Rot M. A. H. et al (2009). Neurobiological mechanisms in major depressive disorder. *Canadian Medical Association Journals*. February(3),305-313
10. Shyn S.I& Hamilton S.P. (2010).The genetics of major depression: Moving beyond the monoamine. *Psychiatr Clin North Am*. 2010 March ; 33(1): 125–140.
11. Newtown-Howes G. et al.(2006). Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *British Journal of Psychiatry*,188, 13-20.
12. Kongsuk T, Udomratn U, Arunpongpaian S, Lotakul M, Maneeton N, Sitthiruk N et al. Association between stressful life events of major depressive disorder episode in patients from five university hospitals in Thailand. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2008; 51(1): 61-68.
13. Krueger C et al (2010). Persistent pro-inflammatory cytokines following the initiation of pegylated IFN therapy in hepatitis C infection is associated with treatment-induced depression.
14. Bell A C, D'Zurilla T J (2009).Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. Vol 29; 348–353.
15. Peraton L G ,Kumar S, And Machotka Z (2010). Exercise parameters in the treatment of clinical depression: a systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Evaluation in Clinical* Vol.16 ;597-624.
16. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ. ศิริธรรมออฟเซ็ท, อุบลราชธานี. 2554. [cite 2017 Feb 21]. Available from: <http://www.thaidepression.com>
17. National Institute for Clinical Excellence (2004). Depression: Management of depression in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline. Number 23
18. Mello M.F. et al (2005). A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*.Vol 255; 75– 82
19. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต. รายงานการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปี 2560 วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2560. [cite 2017 Feb 10]. Available from: <http://www.thaidepression.com>