

**ความชุกและการติดตามผลการให้คำแนะนำปรึกษาภาวะซึมเศร้าในประชาชน  
ชุมชนบ้านท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม**  
**Prevalence of Depression and Counseling Outcomes in a Population of  
Takonyang, Community, Kantharawichai District, Mahasarakham Province**

เจษฎา จินจะโปะ,<sup>1</sup> พีรยา สมสะอาด,<sup>2</sup> จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์,<sup>3</sup> สายทิพย์ สุทธิรักษา<sup>2</sup>  
Jetsada Jeenjapoh,<sup>1</sup> Peeraya Somsaard,<sup>2</sup> Juntip Kanjanasilp,<sup>3</sup> Saithip Suttiruksa<sup>2</sup>

**บทคัดย่อ**

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพที่มีผลกระทบที่ร้ายแรงโดยเฉพาะการฆ่าตัวตาย เภสัชกรสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาแนวทางเพื่อลดความรุนแรงของปัญหาได้ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและประเมินผลการให้คำแนะนำปรึกษาในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าแก่ประชาชน ชุมชนบ้านท่าขอนยาง ดำเนินการวิจัยในเดือนธันวาคม 2549 ถึง มีนาคม 2550 ณ ชุมชนบ้านท่าขอนยาง จากการคัดกรองประชาชน 171 ราย พบว่ามีผู้ที่มีอารมณ์ซึมเศร้า 31 ราย และมีภาวะซึมเศร้าจำนวน 4 ราย ความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในชุมชนเป็นร้อยละ 2.34 จากผู้ที่มีอารมณ์หรือภาวะซึมเศร้าจำนวน 34 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 16 รายและกลุ่มควบคุม 18 ราย ทำการประเมินผลก่อนและหลังให้คำแนะนำปรึกษาและติดตามผลเป็นเวลา 2 เดือน ก่อนให้คำแนะนำปรึกษา ไม่พบความแตกต่างของลักษณะทั่วไปและคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ( $p>0.05$ ) หลังให้คำแนะนำปรึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $3.25\pm 1.73$  และ  $0.81\pm 2.48$ ,  $p=0.004$ ) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่าคะแนนรวมในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $0.81\pm 2.48$  และ  $2.33\pm 1.97$ ,  $p=0.002$ ) แสดงให้เห็นว่าการให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกรสามารถลดคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลงได้ ดังนั้นการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจึงควรดำเนินไปอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกับโรคเรื้อรังอื่น ๆ

**คำสำคัญ:** ความชุก ภาวะซึมเศร้า ผลการให้คำแนะนำปรึกษา

ว วิทย เทคโนโลยี มมส 2552;28(1):30-37

**Abstract**

The severe effect of depression is a suicidal commitment. The pharmacist can play a key role in decreasing depression. The objective of this study was to assess the prevalence and counseling outcomes of depression in population of Takonyang. Patients who had depression were randomized into a study group or a control group.

<sup>1</sup> นิสิตปริญญาตรี, <sup>2</sup> อาจารย์, <sup>3</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 44150,

<sup>1</sup> Bachelor degree student, <sup>2</sup> Lecturer, <sup>3</sup> Assist. Prof., Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University, Kantharawichai District, Maha Sarakham 44150, Thailand.

\* Corresponding author; Saithip Suttiruksa, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University, Kantharawichai District, Maha Sarakham 44150, Thailand. jetpharm@hotmail.com, Received: 9 February 2008; Accepted: 27 April 2008.

The study was performed during December 2006 to March 2007 at Takonyang. A total of 171 persons were screened in the study. The result found that 31 persons had signs of mood disorder and 4 persons had signs of depression (2.34%). Thirty – four mood disorder or depression patients were randomly assigned into the study group or control group. There were 16 patients and 18 patients in the study group and control group, respectively. Both groups were assessed before and after 2 months of counseling. Baseline characteristics and depression score were not significantly different between the study group and control group ( $p>0.05$ ). After counseling, the depression score in the study group was significantly decreased ( $3.25\pm 1.73$  vs  $0.81\pm 2.48$ ,  $p=0.004$ ). The total depression score of patients in the study group was significantly lower than the control group ( $0.81\pm 2.48$  and  $2.33\pm 1.97$ ,  $p = 0.002$ ). The results of this study showed that pharmacist counseling can decrease scores of depression and promoted the right behavior and good mental health of the patients. Pharmacist care in patients with depression should be continuously provided as well as for patients with other chronic diseases.

**Keywords:** prevalence, depression, counseling outcomes

J Sci Technol MSU 2009;28(1):30-37

## บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุดและเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียความสามารถ และทำให้เกิดการทำร้ายตัวเอง ภาวะซึมเศร้านอกจากจะทำให้เกิดโรคทางร่างกายและมีอารมณ์เศร้าร่วมด้วยแล้ว ยังทำให้บุคคลนั้นไม่สนใจสุขภาพตนเอง สูญเสียความสามารถการดำเนินชีวิตประจำวัน ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง มีผลย้อนกลับทำให้มีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น โดยมีผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม โดยเฉพาะผลกระทบต่อเศรษฐกิจ รวมทั้งมีการใช้ทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขอย่างมาก จากภาวะของโรคที่เกิดจากภาวะซึมเศร้ามีจำนวนมาก หากข้อมูลประชากรและระบาดวิทยายังคงเป็นเช่นเดิมจนถึงปี พ.ศ. 2563 ภาวะของโรคจะเพิ่มขึ้นเป็น 5.7 เท่าของภาวะโรคทั้งหมด<sup>1</sup> ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีความสำคัญและจำเป็นในการหารูปแบบในการป้องกันและบำบัดรักษา การจัดทำแนวทางในการป้องกัน และคัดกรองผู้ที่คาดว่าจะมีภาวะซึมเศร้า ให้ได้รับคำปรึกษาเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าอาจส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ จากงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศพบว่า งานวิจัยเกี่ยวกับบทบาทของเภสัชกรในการแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าด้วยการให้คำปรึกษานั้นส่วนมากทำการศึกษาในโรงพยาบาลหรือคลินิกจิตเวช ซึ่งจะเน้นที่การให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับยาที่ใช้ในภาวะซึมเศร้าและวัดผลของความถูกต้องในการใช้ยา

อาการข้างเคียงและความร่วมมือในการใช้ยาต้านซึมเศร้าเป็นต้น ซึ่งผู้ที่เข้าร่วมการศึกษาจะถูกได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์แล้วว่าเป็นโรคซึมเศร้า<sup>2,5</sup> ส่วนการศึกษาบทบาทของเภสัชกรในการแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าด้วยการให้คำปรึกษาในส่วนของผู้ป่วยนั้นยังไม่พบว่ามีผลการศึกษาดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงอาจเป็นการนำร่องของแนวทางการช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าให้มีอาการลดลงและสามารถแก้ไขที่ปัญหาได้ด้วยตนเอง

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าและติดตามผลการให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกรแก่ประชาชน ชุมชนบ้านท่าขอนยาง ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

## วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในชุมชนท่าขอนยาง แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 เป็นการคัดกรองเพื่อหาความชุกของภาวะซึมเศร้าและขั้นตอนที่ 2 เป็นการให้คำแนะนำปรึกษาภาวะซึมเศร้าแก่ผู้ที่ผ่านการคัดกรองภาวะซึมเศร้า

ดำเนินการตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2549 ถึง มีนาคม 2550 โดยคัดกรองภาวะซึมเศร้าในประชาชนทุกคนที่อาศัยและมีชื่อ

อยู่ในทะเบียนบ้าน ชุมชนท่าขอนยาง หมู่ที่ 2 และ 11 ที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมงานวิจัยและลงนามยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย โดยงานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้ อาศัยและมีชื่อในทะเบียนบ้าน ณ ชุมชนบ้านท่าขอนยาง หมู่ที่ 2 และ 11 ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป จำนวน 35 ราย ที่ผ่านการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า กรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2547 โดยประเมินในช่วง 2 สัปดาห์ย้อนหลังและมีคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป ทำการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มโดยการจับคู่ (matching) ให้มีจำนวน ลักษณะโดยทั่วไปและช่วงของคะแนนภาวะซึมเศร้าที่ใกล้เคียงกัน จากนั้นทำการสุ่มโดยการจับฉลากได้เป็นกลุ่มทดลอง 17 ราย (ภายหลังไม่สามารถติดตามให้คำแนะนำปรึกษาได้ 1 ราย จึงเหลือ 16 ราย) และกลุ่มควบคุม 18 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

- 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
- 2) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า กรมสุขภาพจิต ปี 2547 จำนวน 15 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน ผู้ที่มีอารมณ์ซึมเศร้าคือมีคะแนนภาวะซึมเศร้าในช่วง 1-5 คะแนน และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าคือมีคะแนนภาวะซึมเศร้ามากกว่า 6 คะแนน และต้องทำการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย

3) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต จำนวน 10 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน ผู้ที่มีคะแนนตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไปจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำเป็นต้องพบแพทย์

โดยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ได้มีการทดสอบเครื่องมือโดย ทวี ตั้งเสรีและคณะ<sup>2</sup> มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Cronbach's alpha coefficient) 0.88 มีอำนาจจำแนกระหว่างคนปกติและผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่  $p < 0.001$  และ kappa statistic = 0.839 ( $p < 0.001$ ) เมื่อนำไปใช้ในชุมชนจุดตัดคะแนนที่เหมาะสมคือ 6 คะแนนขึ้นไป โดยมีค่าความไวร้อยละ 86.8 ความจำเพาะร้อยละ 79.8

เก็บรวบรวมข้อมูลและคัดกรองภาวะซึมเศร้าโดยเภสัชกรที่ผ่านการอบรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการให้คำแนะนำผู้ป่วยที่มีอาการทางด้านจิตใจ โดยบุคลากรโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น เพื่อหาความชุกและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จากนั้นเภสัชกรที่ผ่านการอบรมจึงดำเนินการให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าแก่กลุ่มทดลองแบบรายบุคคลทั้งหมด 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 30 นาที เว้นระยะเวลาการให้คำแนะนำปรึกษาแต่ละครั้งห่างกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ทำการวัดผลเปรียบเทียบคะแนนก่อนเข้าร่วมการศึกษาและหลังให้คำแนะนำปรึกษาภายในกลุ่มเดียวกันโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test และเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมการศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Mann Whitney U test

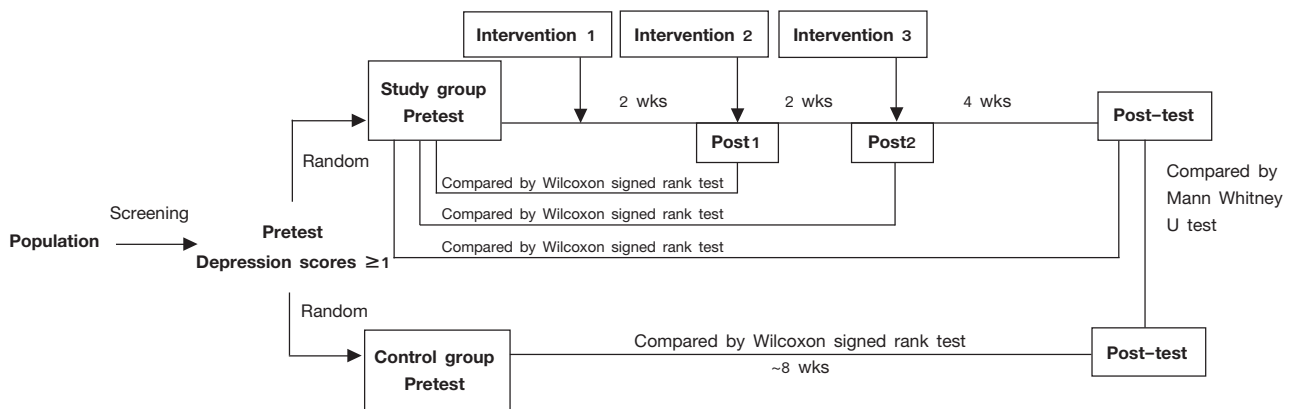


Figure 1 Process of counseling and analysis

## ผลการวิจัย

### ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่ทำการคัดกรองภาวะซึมเศร้า

ผู้ที่ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าจำนวน 171 ราย เป็นเพศชาย 62 ราย เพศหญิง 109 ราย อายุเฉลี่ย  $46.20 \pm 1.43$  ปี (อายุต่ำสุด 15 ปี และสูงสุด 84 ปี) ประกอบอาชีพรับจ้างและเกษตรกรรม ร้อยละ 26.32 และ 24.56 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 52.05 มีสถานภาพคู่ อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 57.31 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 39.18 โดยโรคประจำตัวที่พบมาก 3 อันดับแรกได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวานและโรคกระเพาะอาหาร (ร้อยละ 16.96, 9.94 และ 8.19 ตามลำดับ) รับประทานยาในปัจจุบัน ร้อยละ 33.92 ซึ่งส่วนมากเป็นยารักษาโรคทั่วไปเช่น ไข้หวัด เจ็บคอ มีประวัติบุคคลในครอบครัวได้รับการวินิจฉัยว่ามีความเจ็บป่วยด้านจิตใจ ร้อยละ 7.60 ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นแบบรักใคร่ปรองดองกัน ร้อยละ 67.25 การแก้ไขปัญหาเมื่อไม่สบายใจใช้วิธีปรึกษาคนในครอบครัว ร้อยละ 64.33

### ความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในประชากรจำนวน 171 ราย โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 35 ราย มีอารมณ์หรือภาวะซึมเศร้า (คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 1 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 20.46 แบ่งออกเป็นผู้ที่มีอารมณ์ซึมเศร้า (คะแนน 1-5 คะแนน) จำนวน 31 ราย (ร้อยละ

18.13) และมีผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (คะแนน 6 คะแนนขึ้นไป) จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 2.34) ตามลำดับ โดยกลุ่มที่พบว่ามีอารมณ์หรือภาวะซึมเศร้ามากที่สุดคือผู้สูงอายุ

จากการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายใน 35 ราย พบว่ามีผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 4 ราย (ร้อยละ 11.43) เป็นเพศชาย 1 ราย (ร้อยละ 25) เพศหญิง 3 ราย (ร้อยละ 75) ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้รับการส่งต่อให้ไปพบแพทย์ แต่ไม่มีรายใดยินยอมไปพบแพทย์ เนื่องจากเกรงว่าจะถูกคนรอบข้างมองว่าเป็นโรคทางจิตและคิดว่าอาการที่เป็นนั้นไม่รุนแรง สามารถหายเองได้

### ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้ที่มีอารมณ์หรือภาวะซึมเศร้าจากการคัดกรองภาวะซึมเศร้ามีจำนวน 35 ราย ไม่สามารถติดตามข้อมูลได้จำนวน 1 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 16 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 18 ราย โดยในกลุ่มทดลองเป็นเพศชายจำนวน 3 ราย เพศหญิงจำนวน 13 ราย กลุ่มควบคุมเป็นเพศชายจำนวน 5 ราย เพศหญิงจำนวน 13 ราย อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ  $53.25 \pm 19.61$  ปี และ  $54.06 \pm 22.94$  ปี ตามลำดับ ข้อมูลทั่วไปในด้านอาชีพ รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ยาที่รับประทานในปัจจุบัน ประวัติบุคคลในครอบครัวได้รับการวินิจฉัยว่ามีการเจ็บป่วยทางจิต ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและวิธีแก้ปัญหาเมื่อไม่สบายใจพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนของคะแนนจากการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ก่อนเข้าร่วมการวิจัยของทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ( $3.25 \pm 1.73$  และ  $3.83 \pm 3.62$ ,  $p=0.769$ )

**Table 1** Percentage of mood disorder and depression by age (n=171)

Age groups	No.	Percentage of mood disorder and depression* (%)			Number of patient with risk of suicidal
		Mood disorder (score 1-5)	Depression (score $\geq$ 6)	Total	
15-19 years	15	4 (2.34)	1 (0.58)	5 (2.92)	1
20-59 years	105	10 (5.85)	1 (0.58)	11 (6.43)	1
60 years and over	51	17 (9.94)	2 (1.18)	19 (11.11)	2
total	171	31 (18.13)	4 (2.34)	35 (20.46)	4

\* based on total number of 171

**Table 2** Baseline characteristics of control and study groups

Characteristics	Study group (n=16)		Control group (n=18)		p value <sup>a</sup>
	No.	Percentage	No.	Percentage	
Age (year) (mean ± SD)	53.25±19.60		54.06±22.94		0.769 <sup>b</sup>
Age groups					0.935
15–19 years	2	12.50	3	16.67	
20–59 years	5	31.25	5	27.77	
more than 60 years	9	56.25	10	55.56	
Gender					0.693
male	3	18.75	5	27.78	
female	13	81.25	13	72.22	
Occupation					0.362
farming	2	12.5	8	44.44	
merchant	3	18.75	2	11.11	
unemployed	4	25.00	3	16.67	
employee	5	31.25	3	16.67	
others	2	12.5	2	11.11	
Income/month					0.275
≥ 3,000 bath	10	62.50	14	77.78	
> 3,000 bath	6	37.50	4	22.22	
Status					0.518
single	2	12.50	4	22.22	
divorce	4	25.00	3	16.67	
couple	10	62.50	11	61.11	
Underlying disease <sup>c</sup>					0.236
no	4	31.25	8	44.44	
yes	12	68.75	10	55.56	
hypertension	2	12.50	7	38.89	0.125
bone and joint diseases	3	18.75	2	11.11	0.648
diabetes mellitus	1	6.25	4	22.22	0.340
others	6	37.50	2	11.11	0.110
Medication					0.082
no	11	68.75	7	38.89	
yes	5	31.25	11	61.11	
Family history of psychosis					0.078
no	16	100.00	15	83.33	
yes	0	0.00	3	16.67	
Family relationship					0.347
usually conflict	1	5.88	0	0.00	
sometime conflict	8	47.05	9	50.00	
harmony	8	47.06	9	50.00	
Baseline of depression score (mean±SD)	3.25±1.73		3.83±3.62		0.769 <sup>b</sup>
score 1–5 (mood disorder)					0.652
score > 6 (depression)	14	87.50	16	88.89	
	2	12.50	2	11.11	
Method to solve the problem <sup>d</sup>					
religion	2	11.76	3	16.67	0.679
forgetting	3	18.75	2	11.11	0.648
friend consultation	0	0.00	6	33.33	0.020
family consultation	12	76.00	11	61.11	0.388

<sup>a</sup> analyzed by Chi-square<sup>b</sup> analyzed by Mann Whitney U test<sup>c</sup> more than 1 underlying disease in some person<sup>d</sup> more than 1 method in some person

### ผลการเปรียบเทียบคะแนนรวมก่อนและหลังได้รับคำแนะนำปรึกษาภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการคัดกรองภาวะซึมเศร้าก่อนเข้าร่วมการวิจัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนรวมไม่แตกต่างกัน ( $3.25 \pm 1.73$  และ  $3.83 \pm 3.62$ ,  $p=0.769$ ) เช่นเดียวกับคะแนนเป็นรายข้อซึ่งพบว่าไม่มีความแตกต่างเช่นเดียวกัน

จากนั้นกลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับการแก้ปัญหาอารมณ์หรือภาวะซึมเศร้าแบบรายบุคคล (กลุ่มควบคุมไม่มีการให้คำแนะนำปรึกษา) โดยใช้ระยะเวลาในการให้คำแนะนำปรึกษาคนละประมาณ 30 นาที จำนวน 3 ครั้ง ร่วมกับการประเมินคะแนนภาวะซึมเศร้า

หลังได้รับการให้คำแนะนำปรึกษาทั้ง 3 ครั้ง เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยก่อนและหลังเข้าร่วมการวิจัย (post test 3) ภายในกลุ่มเดียวกัน พบว่าหลังได้รับคำแนะนำปรึกษากลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่ามีแนวโน้มของคะแนนภาวะซึมเศร้าที่ลดลงแต่ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ( $p=0.125$ )

เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ทำการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศรารวมก่อนและหลังเข้าร่วมการวิจัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann Whitney U test พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศรารวมในกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.002$ )

**Table 3** Comparison of depression scores between before and after pharmacist counseling in study and control groups

Groups	Depression score				<i>p</i> -value <sup>a</sup>		
	Before counseling (0)	After counseling 1 (1)	After counseling 2 (2)	After study (3)	(0)-(1)	(0)-(2)	(0)-(3)
Study group (n=16)	3.25±1.73	1.31±2.55	0.38±0.84	0.81±2.48	0.003	<0.001	0.004
Control group (n=18)	3.83±3.62	-	-	2.33±1.97	-	-	0.125

<sup>a</sup> analyzed by Wilcoxon signed rank test

**Table 4** Comparison of depression scores after pharmacist counseling between study and control group

Depression scores after pharmacist counseling (mean±SD)		<i>p</i> -value <sup>a</sup>
Study group	Control group	
0.81±2.48	2.33±1.97	0.002

<sup>a</sup> analyzed by Mann Whitney U test

### วิจารณ์และสรุปผล

จากการวิจัยพบว่าความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้า ในชุมชนบ้านท่าขอนยางเป็นร้อยละ 2.34 แตกต่างจากงานวิจัยของ สุวรรณ และคณะ<sup>3</sup> ซึ่งพบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าในจังหวัดยโสธร ร้อยละ 5.6 โดยผู้ที่มีอารมณ์หรือภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและเป็นเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวนิดา<sup>4</sup> และ พรเทพ<sup>5</sup> โดยปัจจัย

ในด้านภาวะสูงอายุ การสูญเสียอวัยวะ เช่น ขาหรือเท้า จากโรคเบาหวาน ภาวะครอบครัว เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้มากขึ้น

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ สถานภาพ โรคประจำตัว ยาที่รับประทานอยู่ในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยด้านจิตใจของบุคคลในครอบครัว ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว รายได้ต่อเดือน และ

การแก้ไขปัญหาเมื่อมีความไม่สบายใจ ไม่แตกต่างกัน ซึ่งแสดงถึงลักษณะของกลุ่มประชากรตัวอย่างที่ทำการวิจัย ทั้งสองกลุ่มนี้มีลักษณะที่คล้ายกัน สามารถช่วยลดตัวแปรรบกวนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้

ผลการให้คำแนะนำปรึกษาในผู้ที่มมีอาการหรือภาวะซึมเศร้าพบว่าผู้ที่ได้รับคำแนะนำปรึกษามีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยที่ลดลง ในกรณีที่แยกพิจารณาเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ซึ่งผลการศึกษาก่อนหน้านี้ของเอกอุม่า วิเชียรทอง<sup>๑</sup> พบว่าหลังเข้าร่วมการวิจัย ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร่าลดลง โดยมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร่าต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมงานวิจัยและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แต่ในการวิจัยนี้ตัวอย่างในกลุ่มอาการรุนแรงมีจำนวนน้อย และระยะเวลาในการติดตามผลการให้คำแนะนำปรึกษาไม่ยาวนาน ดังนั้นจึงยังไม่สามารถสรุปผลการวิจัยเฉพาะในคนกลุ่มเหล่านี้ได้

เนื่องจากการให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าแก่ประชาชนนั้น สามารถทำได้ในบุคลากรอื่นที่ไม่ใช่เภสัชกร แต่บทบาทที่เด่นชัดเพิ่มเติมกว่าบุคลากรในการช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าคือในเรื่องของยาที่อาจมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้หากใช้ติดต่อกันเป็นระยะเวลาสั้น ซึ่งผู้ป่วยอาจไม่ทราบ เช่น การใช้ยาชุดที่มีสเตียรอยด์ (steroids) เพื่อลดอาการปวดเป็นต้น หากเภสัชกรเข้ามามีบทบาทในส่วนนี้จะสามารถอธิบายและให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ประชาชนและอาจแนะนำยาบรรเทาอาการปวดในกลุ่มอื่นที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ เพื่อทดแทนได้ ทั้งยังเป็นการช่วยส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ในการใช้ยาที่ถูกต้องมากขึ้น

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดบางประการ เช่น กลุ่มควบคุมได้รับฟังการให้คำแนะนำโดยเภสัชกรแก่กลุ่มทดลอง 1 ครั้ง ในขณะที่ให้คำแนะนำปรึกษาครั้งที่ 2 จึงอาจมีผลต่อระดับคะแนนทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ ระหว่างการทำการวิจัยผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อผลลัพธ์ของงานวิจัยได้ เช่น การได้รับการบำบัดภาวะซึมเศร้า การให้คำแนะนำปรึกษาด้านภาวะซึมเศร้าจากบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ผู้วิจัย คำแนะนำจากสื่อหรือแหล่งข้อมูลอื่น ๆ เป็นต้น

การส่งต่อผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล พบว่าไม่มีรายใดยินยอมไป

ซึ่งมีสาเหตุมาจากการที่ยังมีความรู้และทัศนคติในเรื่องของโรคซึมเศร้าที่ไม่ดีพอ กลัวบุคคลรอบข้างมองว่าเป็นโรคทางจิตและคิดว่าอาการที่เป็นไม่มากพอ สามารถหายเองได้ จึงไม่ยินยอมไปพบแพทย์ ดังนั้นหากปรับรูปแบบการส่งต่อให้ไปรับการรักษาหรือแนะนำโดยเภสัชกรที่ผ่านการอบรมในร้านยาอาจเป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วยได้

จากงานวิจัยครั้งนี้ เมื่อพิจารณาแบบคัดกรองที่นำมาใช้นั้นพบว่ามีควมสั้น กะทัดรัด สามารถนำมาปรับใช้ได้ในชุมชน แต่ยังมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายให้ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์ทางด้านจิตเวช สำหรับการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าโดยเภสัชกรนั้นสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นหากมีการคัดกรองโดยใช้แบบคัดกรองอย่างง่ายเข้ามาคัดกรองในชุมชนเป็นระยะจะสามารถคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าให้ได้รับคำแนะนำปรึกษาที่เหมาะสมตั้งแต่ระยะแรก ลดความรุนแรงและปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดตามมาจากภาวะซึมเศร้าได้

สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป อาจพิจารณาทำการวิจัยในกลุ่มประชากรจำนวนมากขึ้นและเพิ่มระยะเวลาในการวิจัยให้ยาวนานขึ้น เพื่อประเมินผลของการให้คำแนะนำปรึกษาในระยะยาว และอาจทำการวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะโรค เช่น เบาหวาน มะเร็ง หรือผู้ป่วยที่สูญเสียอวัยวะ โดยอาจให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (group counseling) เพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดการแลกเปลี่ยนแนวทางการแก้ไขปัญหาซึ่งกันและกันได้ และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในด้านระบบการส่งต่อผู้ป่วย

## กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับจากทุนงบประมาณรายได้ ปี 2550 จากมหาวิทยาลัยมหาสารคามและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้แผนงานการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพของคณะเภสัชศาสตร์

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Mental health: New understanding; New Hope. Geneva: World Health Organization; 2001.

2. ทวี ตั้งเสรี, กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล, ทศนีย์ กุลชนะพงศ์พันธ์, วิชณี หัตถพนม, วราภรณ์ รัตนวิศิษฐ์, ไพลิน ปรัชญคุปต์ และคณะ. เอกสารประกอบการสัมมนาโรคจิตเวชแห่งชาติ ครั้งที่ 18 เรื่อง การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า. 25-27 พฤษภาคม 2548 : ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์. กรุงเทพฯ : กรมสุขภาพจิต; 2548.
3. สุวรรณ อรุณไพศาล, ธรณินทร์ กองสุข, ณรงค์มณีทอง. การพัฒนาและความเที่ยงตรงของแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าชนิด 2 คำถามในชุมชนไทยอีสาน. ใน: เอกสารการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 6. โรงแรมปรีnceพาเลซ. กรุงเทพฯ; 2550. หน้า 108.
4. วนิดา พุ่มไพศาลชัยและสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล. คู่มือการใช้ยาจิตเวช ฉบับยาต้านอาการซึมเศร้า. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2544.
5. พรเทพ ศิริวานรังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณไพศาล, พันธน์ภา กิตติรัตนไพบูล์และอัจฉรา จรัสสิงห์. ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย: การสำรวจระดับชาติ ปี 2546.วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2547;12(3):177-8.
6. เอกอุมา วิเชียรทอง. ผลของการใช้ดีเพรสชันโปรแกรมต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2549;51(2):11-21.