Prevalence of Depression and Counseling Outcomes in a Population of
Takonyang, Community, Kantharawichai District, Mahasarakham Province

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.
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±1.73 vs 0.81±2.48, p=0.004). The total depression score of patients in the study group was significantly lower than the control group (0.81±2.48 and 2.33±1.97, p = 0.002). The results of this study showed that pharmacist counseling can decrease scores of depression and promote 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

Figure 1 Process of counseling and analysis
ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่ทำการคัดกรองภาวะซึมเศร้า

ผู้ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าจำนวน 171 ราย เป็นเพศชาย 62 ราย เกษตรหญิง 109 ราย อายุเฉลี่ย 46.20±1.43 ปี (อายุต่ำสุด 15 ปี และสูงสุด 84 ปี) ประกอบด้วยการตรวจร่างกายและเจาะทะลุร่างกาย ร้อยละ 26.32 และ 24.56 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีรายงานมีอาการหรือทำกัน 3,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 52.05 มีสภาพทางกาย อยู่ดีกว่า กัน ร้อยละ 57.31 มีโรคประจำตัวใน ร้อยละ 39.18 โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรกได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบื้องต้นและโรคกระเพาะอาหาร (ร้อยละ 16.96, 9.94 และ 8.19 จากลำดับ) รับประทานยาในปัจจุบัน ร้อยละ 33.92 ซึ่งส่วนมากเป็นยาบางยาทำให้สบาย ใช้หวั่น เข้าออก มีประสิทธิภาพดีหรือพอใช้ได้รับการวินิจฉัยมีความเข้าใจได้ที่ใจ ร้อยละ 7.60 ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นแบบปกติในการดูแลกัน ร้อยละ 67.25 การเกี่ยว ปัญหาไม่สามารถให้ใช้วิธีปรับความรู้สึกในครอบครัว ร้อยละ 64.33

ความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในประชากรจำนวน 171 ราย โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า การสุขภาพจิต ทางวิทยาศาสตร์พบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 35 รายมีภาวะนิรนามภาวะซึมเศร้า (คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 1 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 20.46 แบ่งออกเป็นผู้ที่มีภาวะนิรนามชื้นชั่น (คะแนน 1–5 คะแนน) จำนวน 31 ราย (ร้อยละ 18.13) และมีผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (คะแนน 6 คะแนนขึ้นไป) จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 2.34) ตามลำดับ โดยกลุ่มที่พบว่ามีอาการหรือภาวะซึมเศร้ามากที่สุดคือผู้สูงอายุ

จากการประเมินความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายใน 35 ราย พบว่ามีผี่รู้ความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย 4 ราย (ร้อยละ 11.43) เป็นเพศชาย 1 ราย (ร้อยละ 25) เกษตรหญิง 3 ราย (ร้อยละ 75) ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้รับการส่ง ต่อไปเพื่อแพทย์แต่ไม่ได้รับรายบายนโยบายไปพบแพทย์ เนื่องจาก ตรวจว่าจะมีเหตุรบข้ามกันเป็นโรคทางจิตและติดยาอาถรรพ์ ที่เป็นนั้นไปทุ่มแรง สามารถหายยากได้

ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้ที่มีการรับมือหรือภาวะซึมเศร้าจากการคัดกรองภาวะซึมเศร้ามีจำนวน 35 ราย ไม่สามารถติดตามข้อมูลได้ จำนวน 1 ราย แบ่งเป็นกลุ่มอายุ 15-19 ปี 10 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 18 ราย โดยในกลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย จำนวน 3 ราย เกษตรหญิงจำนวน 13 ราย กลุ่มควบคุมเป็นเพศชายจำนวน 5 ราย เกษตรหญิงจำนวน 13 ราย อายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มควบคุมที่เกิดขึ้น 53.25±19.61 ปี และ 54.06±22.94 ปี ตามลำดับ ข้อมูลที่ได้ไปในพื้นที่อาชีพ รายได้ต่อดือน สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ยาที่รับประทานในปัจจุบัน ประวัติบุคคลในครอบครัวได้รับ การวินิจฉัยว่ามีการเจ็บป่วยทางจิต ความสัมพันธ์ภายใน ครอบครัวและรับรู้กับปัญหาไม่ใช่สภาวะเจ็บป่วยไม่มีความ เลอกลาง ในส่วนของผลจากจากการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ก่อนเข้าร่วมการรับมือที่ส่งกลุ่มควบคุมไม่มีความแตก ต่างกัน (3.25±1.73 และ 3.83±3.62, p=0.769)

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Age groups</th>
<th>No.</th>
<th>Percentage of mood disorder and depression* (%)</th>
<th>Number of patient with risk of suicidal</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Mood disorder (score 1–5)</td>
<td>Depression (score ≥ 6)</td>
</tr>
<tr>
<td>15–19 years</td>
<td>15</td>
<td>4 (2.34)</td>
<td>1 (0.58)</td>
</tr>
<tr>
<td>20–59 years</td>
<td>105</td>
<td>10 (5.85)</td>
<td>1 (0.58)</td>
</tr>
<tr>
<td>60 years and over</td>
<td>51</td>
<td>17 (9.94)</td>
<td>2 (1.18)</td>
</tr>
<tr>
<td>total</td>
<td>171</td>
<td>31 (18.13)</td>
<td>4 (2.34)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* based on total number of 171
### Table 2  Baseline characteristics of control and study groups

<table>
<thead>
<tr>
<th>Characteristics</th>
<th>Study group (n=16)</th>
<th>Control group (n=18)</th>
<th>p value$^a$</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>No.</td>
<td>Percentage</td>
<td>No.</td>
</tr>
<tr>
<td>Age (year) (mean ± SD)</td>
<td>53.25±19.60</td>
<td>54.06±22.94</td>
<td>0.769$^b$</td>
</tr>
<tr>
<td>Age groups</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15–19 years</td>
<td>2</td>
<td>12.5%</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>20–59 years</td>
<td>5</td>
<td>31.25%</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>more than 60 years</td>
<td>9</td>
<td>56.25%</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Gender</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>male</td>
<td>3</td>
<td>18.75%</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>female</td>
<td>13</td>
<td>81.25%</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>Occupation</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>farming</td>
<td>2</td>
<td>12.5%</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>merchant</td>
<td>3</td>
<td>18.75%</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>unemployed</td>
<td>4</td>
<td>25.00%</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>employee</td>
<td>5</td>
<td>31.25%</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>others</td>
<td>2</td>
<td>12.5%</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Income/month</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>≥ 3,000 bath</td>
<td>10</td>
<td>62.50%</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>&gt; 3,000 bath</td>
<td>6</td>
<td>37.50%</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Status</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>single</td>
<td>2</td>
<td>12.5%</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>divorce</td>
<td>4</td>
<td>25.00%</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>couple</td>
<td>10</td>
<td>62.50%</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Underlying disease$^c$</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>no</td>
<td>4</td>
<td>31.25%</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>yes</td>
<td>12</td>
<td>68.75%</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>hypertension</td>
<td>2</td>
<td>12.50%</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>bone and joint diseases</td>
<td>3</td>
<td>18.75%</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>diabetes mellitus</td>
<td>1</td>
<td>6.25%</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>others</td>
<td>6</td>
<td>37.50%</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Medication</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>no</td>
<td>11</td>
<td>68.75%</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>yes</td>
<td>5</td>
<td>31.25%</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Family history of psychosis</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>no</td>
<td>16</td>
<td>100.00%</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>yes</td>
<td>0</td>
<td>0.00%</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Family relationship</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>usually conflict</td>
<td>1</td>
<td>5.88%</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>sometime conflict</td>
<td>8</td>
<td>47.05%</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>harmony</td>
<td>8</td>
<td>47.06%</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Baseline of depression score (mean±SD)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>score 1–5 (mood disorder)</td>
<td>3.25±1.73</td>
<td>3.83±3.62</td>
<td>0.769$^b$</td>
</tr>
<tr>
<td>score &gt; 6 (depression)</td>
<td>14</td>
<td>87.50%</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>Method to solve the problem$^d$</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>religion</td>
<td>2</td>
<td>11.76%</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>forgetting</td>
<td>3</td>
<td>18.75%</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>friend consultation</td>
<td>0</td>
<td>0.00%</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>family consultation</td>
<td>12</td>
<td>76.00%</td>
<td>11</td>
</tr>
</tbody>
</table>

$^a$ analyzed by Chi-square

$^b$ analyzed by Mann Whitney U test

$^c$ more than 1 underlying disease in some person

$^d$ more than 1 method in some person
## Table 3: Comparison of depression scores before and after pharmacist counseling in study and control groups

<table>
<thead>
<tr>
<th>Groups</th>
<th>Study group (n=16)</th>
<th>Control group (n=18)</th>
<th>( p )-value(^{\dagger} )</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Before counseling</td>
<td>3.25±1.73</td>
<td>3.83±3.62</td>
<td>0.81±2.48</td>
</tr>
<tr>
<td>After counseling 1</td>
<td>1.31±0.55</td>
<td>2.33±1.97</td>
<td>0.15</td>
</tr>
<tr>
<td>After counseling 2</td>
<td>0.38±0.84</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>After counseling 3</td>
<td>0.81±2.48</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>( p )-value(^{\dagger} )</td>
<td>0.002</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
</tbody>
</table>

\( ^{\dagger} \) analyzed by Mann Whitney U test

## Table 4: Comparison of depression scores after pharmacist counseling between study and control groups

<table>
<thead>
<tr>
<th>Groups</th>
<th>Study group</th>
<th>Control group</th>
<th>( p )-value(^{\dagger} )</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Before counseling</td>
<td>3.25±1.73</td>
<td>3.83±3.62</td>
<td>0.002</td>
</tr>
<tr>
<td>After counseling</td>
<td>1.31±0.55</td>
<td>2.33±1.97</td>
<td>-</td>
</tr>
</tbody>
</table>

\( ^{\dagger} \) analyzed by Mann Whitney U test
การแก้ไขปัญหาเมื่อมีความไม่สบายใจ ไม่แตกต่างกัน ซึ่งแสดงถึงลักษณะของกลุ่มประชากรด้วยที่ทำการรับรู้ทั้งของกลุ่มที่มีลักษณะต่างๆ กัน สามารถช่วยลดด้านประคบในการศึกษาจริงได้

ผลการให้คำแนะนำปรึกษาในผู้ที่มีอารมณ์หรือภาวะซึ่งควรพบว่าผู้ที่ได้รับคำแนะนำปรึกษามีแนวโน้มจะมีความรับรู้เป็นผลต่อการช่วยเหลือที่มีการรุนแรง ซึ่งผลการศึกษาเกณฑ์หนึ่งของกลุ่มวิชารายว สำหรับผู้ที่มีการรับรู้ในการระลึกในกลุ่มทดลองมีแนวโน้มการช่วยเหลือลดลง โดยเมื่อระดับการช่วยเหลือในการรับรู้ว่าเกิดขึ้นร่วมงานร่วมกับต่างๆ จะมีการช่วยเหลืออย่างไม่เหมือนกัน แต่ไม่ได้ถึงระดับการช่วยเหลือเลยจะแตกต่างลากที่สิ่ง

เนื่องจากการให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับการช่วยเหลือแก่ประชาชนนั้น สามารถทำได้ในบุคคลที่มีใช้บริการ แต่บทบาทที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมกับการช่วยเหลือที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึ่งควรสื่อสารในเรื่องของการที่จะมีผลกระทบให้เกิดภาวะซึ่งควรได้มาก ดังที่กล่าวมาที่น่าจะมีประเด็นทางการบริการไม่เหมาะสม เช่น การใช้ยาบางชุดที่มีสเตรโอไรด์ (steroids) เพื่อลดอาการปวดเป็นต้น หากบุคคลที่เข้ามาทบทวนต่อไปจะสามารถอธิบายและให้ความรู้ทางด้านกับประชาชนและอาจแนะนำมาตรการทางการป้องกันโรคที่ไม่ใช่ด้วยระยะด้าน เพื่อทะเลาะได้ ทั้งนี้เป็นการช่วยส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ในการใช้ยาที่ถูกต้องมากขึ้น

งานวิจัยนี้มีข้อจุดประสงค์ในการ เช่น กลุ่มควบคุมได้รับการให้คำแนะนำโดยบุคลากรที่มีสังกัดต่อสอง ครั้ง ในขณะที่คำแนะนำปรึกษาที่ 2 ซึ่งอาจมีผลต่อระดับค่าน้ำมันได้เกิดความคล่องแคล่วได้ ระหว่างการทำการวิจัยผู้มีผลไม่ว่าจะมีความต้องการอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อผลลัพธ์ของงานวิจัย เช่น การได้รับการบันทึกภาวะซึ่งควรให้คำแนะนำเป็นปรึกษาด้านภาวะซึ่งควรจากบุคคลต่อที่ไม่ใช่ผู้มี คำแนะนำจากเพื่อนหรือแหล่งข้อมูลอื่นๆ เป็นต้น

การส่งต่อผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึ่งควรไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล พบว่าไม่มีรายใดถูกย้ายไปชื่อสิ่งเหล่านี้จากการที่ยังมีความรู้และทัศนคติในเรื่องของโรคซึ่งคว้าที่ไม่ต้อง กลุ่มคุณที่มีความชัดเจนว่าเป็นโรคทางจิตและภาวะซึ่งควรที่ไม่สามารถมากพอได้จึงไม่ย้ายไปสู่พยาบาล ดังนั้นการปรับแนวการส่งต่อไปรับการรักษาหรือแนะนำโดยบุคลากรที่ทำการรับรู้ในการรับรู้อาจเป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วยได้

จากงานวิจัยนี้เห็นว่าการวางแผนแบบตัดสินที่น่าจะใช้แทนว่ามีความสิ้นที่ทำให้สามารถนำไปปรับใช้ได้ในชุมชน แต่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึ่งควรและการตัดสินใจให้รับ การตรวจวิจัยโดยแพทย์ทางสำนักงาน สิ่งสำคัญที่ค่าคำแนะนำปรึกษาที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึ่งควรได้รับคำแนะนำผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึ่งควรได้รับข้อมูลจากผู้ที่มีความสนใจในชุมชนเป็นระเบียบสำนักการควบคุมที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึ่งควรได้รับคำแนะนำผู้ที่มีความรู้ทางวิชาการในการช่วยเหลือกับผู้ป่วย

สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป อาจพิจารณาการวิจัยในกลุ่มประชากรจำแนกมากขึ้นและเพิ่มระยะเวลาในการวิจัยให้มากขึ้น เพื่อประเมินผลของการให้คำแนะนำปรึกษาในระยะยาว และอาจทำการวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะโรค เช่น เบื้องต้น หรือโรคที่ยังไม่ได้รับการดำเนินการที่ดีที่สุดเพียงพอที่จะอาจให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (group counseling) เพื่อให้ปัญหาได้เกิดการแปรปรวนแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวและกินได้ และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการตัดสินการส่งต่อผู้ป่วย


globe}

จากงานวิจัยได้รับจากทุนนักประดิษฐ์ 3050 จากรายการสมัครสมาชิกและสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้แผนการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพของคณะเวชศาสตร์


economics}

2. ทรี ตั้งสรี, 破损  çarp  ติด ผู้  จิตวิทยา  กลุ่ม, หัสนิย์ ภูมิ  ตอน  พระพุทธ, รัชฎี หัสดี, วีระ  ฝ่าย  วาระศึกษา, โพธิ์ ปรีชาทูป, และคณะ. นอกกรอบประกอบการ ดั้ม บรรยากาศที่เหมาะสม ครั้งที่ 18 เรื่อง การศึกษา ความยุติธรรมของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า. 25-27 พฤศจิกายน 2548 : ณ โรงแรมรามิราเดส แกรนด์ กรุงเทพฯ ความสุขภาพจิต; 2548.

3. สุวรรณยา อรุณไพบูลย์, ชนินทร์ คงสุข, นรศักดิ์ มณีทาน. การพัฒนาและความเที่ยงตรงของแบบคัด กรองโรคซึมเศร้าชนิด 2 ค่ายภายในชุมชนไทยอีสาน. ใน: เอกสารการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 6. โรงแรมปริ慕容พาเลส. กรุงเทพฯ; 2550. หน้า 108.

4. รัตนกานต์ พิทักษ์ชัยและสุวัฒน์ มหัศจรรย์เคราะห์. คู่มือ การใช้}_${_วัดชีว ฉบับภาษาไทยของการซึมเศร้า. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2544.


6. แซม ไชยรัตน์. ผลของการใช้_${_ชีว เพศชนไปโปรแกรม ต่อการตรวจจับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า เล็กน้อยหรือปานกลาง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่ง ประเทศไทย. 2549;51(2):11-21.