



สถานการณ์การให้บริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดเชียงใหม่ และลำพูน

สุนทรี ศรีโกไสย วทบ.*, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ พบ.**,
หทัยชนนี บุญเจริญ พบ.***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อบรรยายสถานการณ์การให้บริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่ และลำพูน

วิธีการศึกษา จากโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด 7 แห่ง ผู้ให้ข้อมูลเป็นแพทย์เวชปฏิบัติ 6 ราย พยาบาลสุขภาพจิต 6 ราย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 6 ราย และญาติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 3 ราย รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา มีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยบางรายโดยพยาบาลตามเกี่ยวกับปัญหาการนอนหลับ ความอยากอาหาร ความเบื่อหน่ายท้อแท้ หากมีอาการดังกล่าวจะถูกส่งต่อไปให้พยาบาลสุขภาพจิตคัดกรองซ้ำด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิตพร้อมให้คำปรึกษา ก่อนส่งพบแพทย์เพื่อการวินิจฉัยและตัดสินใจให้การรักษา แต่บริการดังกล่าวยังมีจำกัดเพราะผู้รับบริการมีจำนวนมากและมีพยาบาลสุขภาพจิตเพียง 1 คน ผู้ป่วยจะได้รับการนัดหมายให้มารับบริการต่อเนื่องทุก 2-4 สัปดาห์ เป็นเวลา 3 - 6 เดือน บางแห่งมีการส่งต่อผู้ป่วยให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยติดตามดูแลที่บ้าน ผู้ป่วยซึมเศร้าส่วนใหญ่มาด้วยอาการเจ็บป่วยทางกาย มีน้อยรายที่มาด้วยอาการซึมเศร้าโดยตรง และมักได้รับการวินิจฉัยผิดเป็นโรควิตกกังวล (anxiety neurosis) หรือวินิจฉัยตามอาการที่นำมา แพทย์เวชปฏิบัติรู้สึกไม่มั่นใจในการวินิจฉัยและรักษาโรคซึมเศร้า มักให้ยารักษาซึมเศร้ากลุ่ม tricyclic antidepressants (TCA) เช่น amitriptyline ร่วมกับยาคลายวิตกกังวล เช่น diazepam และไม่มั่นใจในการให้ยารักษาโรคซึมเศร้ากลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) เช่น fluoxetine ยกเว้นรายที่ได้รับยามาก่อนแล้วจากโรงพยาบาลจิตเวช ในรายที่พบว่ามีปัญหาการฆ่าตัวตายจะให้การรักษารูปแบบผู้ป่วยในซึ่งพยาบาล ไม่มั่นใจในการดูแล ผู้ให้ข้อมูลต้องการให้มีระบบการจัดการโรคซึมเศร้าที่บูรณาการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพทั่วไป และบุคลากรมีความรู้ความสามารถในการให้บริการผู้ป่วยซึมเศร้าได้ทุกจุดบริการ

สรุป รูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลชุมชนยังขาดการจัดการเพื่อการดำเนินงานที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง การพัฒนาโปรแกรมการจัดการโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลชุมชนจึงต้องคำนึงถึงการบูรณาการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพทั่วไปและการดำเนินงานอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ โรคซึมเศร้า สถานการณ์การให้บริการ โรงพยาบาลชุมชน

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2550; 52(2): 124-137

* พยาบาลจิตเวช, A.P.N. โรงพยาบาลสวนปรง

** จิตแพทย์ กรมสุขภาพจิต

*** จิตแพทย์ โรงพยาบาลสวนปรง



Situation of Depression Care in the Community Hospitals in Chiang Mai and Lumphun Province

Soontaree Srikosai*, Phunnapa Kittirattanapaiboon M.D.**,
Hathaichonnee Booncharoen M.D.***

ABSTRACT

Objective: To describe the situation of care of patients suffering from depression in community hospitals in Chiang Mai and Lamphun provinces.

Methodology: In 7 community hospitals in Chiang Mai and Lumphun Provinces, in-depth interviews were conducted with 6 general physicians (GP), 6 psychiatric nurses, 6 patients suffering from depression, and 3 patients' relatives.

Results: Patients were screened by nurses with questions about their sleeping problems, loss of appetite, and boredom. Those patients whose results were positive for depression were assessed by the psychiatric nurses using the depressive screening tool developed by the Department of Mental Health and then given counseling. Those with symptoms of depression were sent to a GP for diagnosis and a treatment decision. Treatment is limited, however, because of the high number of patients and the lack of psychiatric nurses. Follow-up was arranged for every 2-4 weeks for 3-6 months. Some hospitals referred cases to the local health workers to provide home visits. Depressed patients usually presented with somatic symptoms. Rare cases had a depressive mood as their primary symptom. Most of the depressed patients were misdiagnosed with anxiety neurosis, or they were diagnosed only with the symptoms they presented, and not the underlying depression. The GP usually prescribed tricyclic antidepressants, such as amitriptyline, along with anxiolytics, such as diazepam. The GPs were afraid to prescribe the selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants (SSRI), such as fluoxetine, unless they had been previously prescribed at a psychiatric hospital. Nurses in the hospitals were not confident to provide care for suicidal patients. The interviewees suggested that community hospitals should have better systems for managing the care of patients suffering from depression and those should be integrated with the current health care systems so that health personnel can provide care for those patients.

Conclusions: Depression services models in community hospitals lack coverage and continuity of services. The integration of care for depressed patients into the general health care setting, and the sustainability of that service program, should be the major concern in developing depression management programs in community hospitals.

Keywords: Situation of care, Depression, Community hospital

J Psychiatr Assoc Thailand 2006; 52(2): 124-137

* Psychiatric Nurse, A.P.N., Suan Prung Psychiatric Hospital

** Psychiatrist, Department of Mental Health ,

*** Psychiatrist, Suan Prung Psychiatric Hospital

บทนำ

โรคซึมเศร้าในประชากรไทยเป็นโรคที่พบได้บ่อย และมีความชุกมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาในปี พ.ศ.2544 โดยอนุรักษ บัณฑิตยธิชาติ และคณะ¹ และผลการศึกษาในปี พ.ศ.2546 โดยพรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ² พบว่าความชุกของโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) มีจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.4 เป็นร้อยละ 3.2 และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymia Disorder) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.1 เป็นร้อยละ 1.2 ของประชากรไทยในขณะที่ยังมีร้อยละ 15-20 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีอาการเรื้อรัง ไม่ตอบสนองต่อการรักษา อาจป่วยไปตลอดชีวิต ก่อให้เกิดความสูญเสียในด้านเศรษฐกิจ ด้านจิตใจ และด้านสังคมได้มากมาย ร้อยละ 80-90 ของผู้ป่วยโรคนี้สามารถรักษาได้ด้วยยารักษาโรคซึมเศร้าร่วมกับจิตบำบัด การตรวจพบผู้ป่วยในระยะแรกและให้การรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสม จะได้ผลดีกว่าการปล่อยให้เรื้อรังอยู่นาน เนื่องจากโรคซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสริมที่ก่อให้เกิดโรคทางกายที่ร้ายแรง อาทิ โรคมะเร็ง และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นต้น³ ผู้ที่ป่วยเป็นโรคนี้ยังต้องเผชิญกับการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี เกิดความขัดแย้งในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวต้องเผชิญกับความลำบากใจในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย อีกทั้งกระทบต่อความสามารถในการประกอบอาชีพและการทำหน้าที่ในสังคม ที่สำคัญคือหากไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ในที่สุด^{4,5}

ผลการศึกษาของชาทอเรียส และคณะ⁶ พบว่าร้อยละ 10.4 ของผู้ที่ไปรับบริการที่สถานพยาบาลปฐมภูมิ (primary care settings) ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า แต่มีผู้ป่วยเพียง 1 ใน 3 ที่ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง⁵ ทั้งๆที่การรักษาโรคซึมเศร้ามีหลากหลายชนิดซึ่งมีประสิทธิผลในการรักษา แต่มีเพียงร้อยละ 10-15 ของผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเท่านั้นที่ได้รับการรักษาอย่างเพียงพอ⁷ อาจเนื่องมาจากการขาดความรู้ ความเข้าใจ

ต่อโรคซึมเศร้า และผลกระทบของอคติหรือตราบาป (stigma) ต่อโรคซึมเศร้า ทำให้แพทย์เองก็ไม่กล้าให้การวินิจฉัยหรือรักษา ในขณะที่ผู้ป่วยหรือญาติก็ไม่ยอมรับว่าอาการซึมเศร้าเป็นการเจ็บป่วย ปฏิเสธการรักษาเพราะเกรงผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของตนในสังคม ส่งผลเชิงลบต่อทั้งตนเองและครอบครัว ความมั่นคงในอาชีพ หรืออาจคิดว่าต้องเสียค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาค่อนข้างมาก⁷ การให้บริการโรคซึมเศร้าในประชาชนทั่วไปนั้นส่วนใหญ่อยู่ในระบบบริการปฐมภูมิ ให้บริการโดยแพทย์เวชปฏิบัติที่ยังขาดทักษะและประสบการณ์ในการรักษาผู้ป่วยซึมเศร้า การให้บริการโดยจิตแพทย์นั้นยังจำกัดเฉพาะในสถานบริการทุติยภูมิหรือตติยภูมิ เนื่องจากจำนวนจิตแพทย์มีน้อยมาก โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา⁸ สำหรับประเทศไทยมีจิตแพทย์ประมาณ 400 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่ไม่เพียงพอต่อการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกรายได้อย่างมีคุณภาพ อย่างไรก็ตามยังไม่พบมีการศึกษาสถานการณ์การให้บริการสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในสถานพยาบาลปฐมภูมิมาระดับโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทยที่ชัดเจน ดังนั้นการศึกษาเพื่อบรรยายสถานการณ์การให้บริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดลำพูนโดยใช้แนวคิดของการดูแลสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิ (primary mental health care) ของฮาร์เบอร์และบิลลิงส์ (Haber and Billings)⁹ ร่วมกับแนวคิดการป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention)^{10,11} จะนำสู่ความเข้าใจสถานการณ์ และบริบทของการให้บริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามมุมมองของผู้ให้บริการที่เป็นแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ และตามมุมมองของผู้ป่วยและญาติเอง โดยเป็นการศึกษาเบื้องต้นเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิมาระดับโรงพยาบาลชุมชนที่จะเกิดขึ้นในขั้นตอนต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดลำพูนที่เป็นโรงพยาบาลเครือข่ายของโรงพยาบาล สอนปรุประมาณอย่างน้อย 1 ปี ซึ่งมีหน่วยงานให้บริการ ผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชัดเจนจำนวน 7 แห่ง ซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาลทุกขนาดของจำนวนเตียง ดังต่อไปนี้ 1) โรงพยาบาลหางดง ขนาด 10 เตียง 2) โรงพยาบาลพร้าว ขนาด 30 เตียง 3) โรงพยาบาล สันทราย ขนาด 30 เตียง 4) โรงพยาบาลสันกำแพง ขนาด 30 เตียง 5) โรงพยาบาลบ้านธิ ขนาด 30 เตียง 6) โรงพยาบาลป่าซาง ขนาด 90 เตียง 7) และโรงพยาบาล สันป่าตอง ขนาด 120 เตียง

ผู้ให้ข้อมูล เป็นแพทย์ที่มีประสบการณ์ให้บริการ ตรวจรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พยาบาลวิชาชีพที่มี ประสบการณ์ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และญาติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เคยพาผู้ป่วยมารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน ได้มา โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ

1.1 เคยให้การบำบัดรักษาด้วยยา และ/หรือ การบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อย่างน้อย 5 รายในโรงพยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติงานอยู่

1.2 รับรู้ว่าตนเองเคยให้บริการบำบัดรักษา ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยสามารถจำและเล่าเหตุการณ์ในช่วงที่ให้การบำบัดรักษาได้

1.3 ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และ อนุญาตให้มีการสัมภาษณ์เชิงลึกที่โรงพยาบาลชุมชนที่ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติงานอยู่

2. ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและญาติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2.1 เคยมารับบริการด้านการบำบัดรักษา ด้วยยา และ/หรือการบำบัดทางจิตสังคมเกี่ยวกับโรค

ซึมเศร้าอย่างน้อย 5 ครั้ง ในโรงพยาบาลชุมชนใน จังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดลำพูนที่เป็นสถานที่วิจัย ครั้งนั้น

2.2 รับรู้ว่าตนเองเคยได้รับการบำบัด รักษาโรคซึมเศร้า หรือเคยพาผู้ป่วยมารักษาโรคซึมเศร้า โดยสามารถจำและเล่าเหตุการณ์ในช่วงที่ได้รับการบำบัด

2.3 พูดและสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ

2.4 ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และ อนุญาตให้มีการสัมภาษณ์ที่โรงพยาบาลชุมชนที่เคย มารับบริการ หรือที่บ้านของผู้ให้ข้อมูล

เนื่องจากระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล จำกัดอยู่ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนเมษายน 2549 ข้อมูลที่ได้จึงมีจำนวน 21 ราย ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ จำนวน 6 ราย พยาบาลวิชาชีพจำนวน 6 ราย ผู้ป่วย โรคซึมเศร้าจำนวน 6 ราย และญาติของผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าจำนวน 3 ราย โดยผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ให้บริการ ที่เป็นแพทย์พบเป็นเพศหญิง 4 ราย ส่วนพยาบาลเป็น เพศหญิงทุกราย ซึ่งมีประสบการณ์ให้บริการผู้ป่วย โรคซึมเศร้า ระหว่าง 2-4 ปี จำนวน 3 ราย มีประสบการณ์ ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปจำนวน 7 ราย

สำหรับผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วย เป็นเพศหญิงจำนวน 4 ราย ส่วนญาติเป็นเพศหญิง จำนวน 2 ราย และจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเคยมารักษา พบอยู่ระหว่าง 5-9 ครั้ง มีจำนวน 4 ราย ส่วนญาติ ที่เคยพาผู้ป่วยมารับการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า 5-9 ครั้ง มีจำนวน 2 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเก็บรวบรวม ข้อมูลให้ได้ตามที่ต้องการ โดยผู้วิจัยได้ผ่านการศึกษา ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติเรื่องการวิจัยเชิงคุณภาพ ที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมืออื่นประกอบในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เทปบันทึกเสียง
ม้วนเทปบันทึกเสียง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล คือ เพศ
และประสบการณ์การให้บริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
จำนวนครั้งที่เคยมาหรือที่เคยพาผู้ป่วยมารับบริการ
บำบัดรักษาโรคซึมเศร้า

2.2 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth
interview) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นคำถามปลายเปิดที่
ครอบคลุมข้อมูลที่จำเป็นของปรากฏการณ์สถานการณ์
การให้บริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลชุมชน
ทั้งหมด

ตัวอย่างแนวคำถามสำหรับแพทย์

1) ประสบการณ์ด้านการบำบัดรักษาเป็น
อย่างไร

1.1) ประสบการณ์การตรวจพบ ผู้ป่วย
(อาการ อะไรที่ทำให้คิดถึงโรคนี้ อาการ
ที่นำมาโรงพยาบาลที่พบบ่อยๆ มีอะไร
บ้างมีความมั่นใจในการวินิจฉัยเพียงใด
เพราะอะไร ปัญหาในการวินิจฉัยโรคนี้
มีอะไรบ้าง เพราะเหตุใด)

1.2) ให้การรักษาอย่างไร

1.3) ใช้เกณฑ์อะไรในการให้การรักษา
แบบผู้ป่วยใน เพราะอะไร (การรักษา
มีอะไรบ้าง ใครมีส่วนร่วมในการรักษา
ดูแลรักษาอย่างไร รักษานานแค่ไหน
มีวิธีการปรับยาอย่างไร มีการดูแล
ต่อเนื่องอย่างไร)

1.4) ใช้เกณฑ์ อะไรในการให้การรักษา
แบบผู้ป่วยนอก เพราะอะไร

1.5) ปัญหาการดูแลหลังรับส่งต่อมีอย่างไร
บ้าง

2) ด้านระบบบริการเป็นอย่างไร

3) ผลลัพธ์ของการรักษาเป็นอย่างไร

4) วิธีการให้บริการที่พึงประสงค์เป็นอย่างไร

ตัวอย่างแนวคำถามสำหรับพยาบาล

1) บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรค
ซึมเศร้ามีอะไรบ้าง รู้สึกอย่างไรต่อบทบาทที่มีอยู่บทบาท
ที่คาดหวังควรเป็นอย่างไร

1.1) บทบาทของพยาบาล ณ จุดคัดกรอง

1.2) บทบาทของพยาบาล ณ คลินิก
สุขภาพจิตและจิตเวช

2) ปัญหาการให้บริการมีอะไรบ้าง เพราะ
อะไร

2.1) ปัญหาการดูแลแบบผู้ป่วยใน

2.2) ปัญหาการดูแลแบบผู้ป่วยนอก

2.3) ปัญหาการดูแลหลังรับส่งต่อจาก
โรงพยาบาลสวนปรุง

2.4) ปัญหาการส่งต่อไปยังโรงพยาบาล
สวนปรุง

3) สิ่งที่ต้องการสนับสนุนมีอะไรบ้าง อย่างไร

4) ด้านระบบบริการเป็นอย่างไร

5) ผลลัพธ์ของการรักษา เป็นอย่างไร

6) วิธีการให้บริการที่พึงประสงค์เป็นอย่างไร

ตัวอย่างแนวคำถามสำหรับผู้ป่วยและญาติ

ช่วยเล่าประสบการณ์ที่เคยมารับบริการตรวจ
รักษาโรคซึมเศร้าที่โรงพยาบาลแห่งนี้ว่าเป็นอย่างไร

1. มีความคาดหวังในการมารับบริการอย่างไร อะไร
เป็นสาเหตุที่ต้องมารับบริการ ต้องการได้รับการ
อย่างไร เข้าใจความเจ็บป่วยของตนเอง (ของผู้ป่วย)
ว่าอย่างไรเข้าใจว่าอาการที่เป็นอยู่ต้องรักษานานเพียงใด
เพราะอะไร ต้องการได้รับการอะไรเพิ่มเติม 2. ได้รับ
การบำบัดรักษาอย่างไร 3. ระบบบริการที่เคยไปใช้
บริการที่โรงพยาบาลแห่งนี้เป็นอย่างไบบ้าง 4. ผลการ
รักษาเป็นอย่างไร อาการอย่างไรที่เรียกว่ารักษาได้ผล

การจดบันทึกภาคสนาม (field notes) ผู้วิจัยใช้
เพื่อบันทึกเหตุการณ์ช่วงเวลาในขณะสัมภาษณ์ และ
จดบันทึกสั้นๆ ทำทาง ลักษณะการพูด น้ำเสียง

พฤติกรรมที่แสดงตามความเป็นจริงโดยไม่ตีความ รวม
ทั้งความรู้สึกของผู้วิจัยเพื่อลดอคติของสิ่งที่ได้ยินและ
ได้เห็น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกไป
ตรวจสอบกับผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย
อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน
1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช
ในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญ
ด้านการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขจำนวน 1 ท่าน
เพื่อให้แนวคำถามมีความเหมาะสมและครอบคลุม
ประเด็นที่ทำการศึกษา หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือ
ที่ผ่านการตรวจสอบไปปรับปรุงอีกครั้ง ก่อนนำไปใช้
ในการศึกษานำร่องในผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติเหมือน
กลุ่มผู้ให้ข้อมูลจำนวน 3 ราย เพื่อทดลองใช้และปรับปรุง
เครื่องมือก่อนนำไปรวบรวมข้อมูลจริง

การรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลกระทำโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก
เป็นรายบุคคล ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 การเตรียมตัวของผู้วิจัย โดยเตรียม
ความรู้เกี่ยวกับแนวคิด และหลักการของการวิจัยเชิง
คุณภาพ เตรียมความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการสัมภาษณ์
เชิงลึก การบันทึกภาคสนาม เตรียมความรู้เกี่ยวกับ
แนวคิดการให้บริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาล
ชุมชน และเตรียมข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ที่จะเข้าไปเก็บ
ข้อมูล

1.2 การติดต่อประสานงานเพื่อเตรียม
ผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล
ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ก่อนนัดหมายวัน เวลา และ
สถานที่ที่จะสะดวกสำหรับผู้ให้ข้อมูลเพื่อทำการสัมภาษณ์
เชิงลึก

2. ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย
และขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยทั้งทางวาจา
และการเซ็นยินยอม

2.2 ผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึกโดยมีแนวคำถาม
พร้อมอัดเทปการสัมภาษณ์โดยขออนุญาตจากผู้ให้
ข้อมูลอีกครั้งทางวาจา การสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ
45-60 นาที/ครั้ง

2.3 ถอดเทปการสัมภาษณ์คำต่อคำเพื่อรักษา
ความหมายของคำพูดทุกอย่างของผู้ให้ข้อมูล

2.4 นำบทสัมภาษณ์ที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล
ภายหลังจากผู้วิจัยได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการ
จดบันทึกภาคสนามในแต่ละวัน และทำการตรวจสอบ
ที่ยังไม่ชัดเจน หรือไม่ครบถ้วนเพื่อการขอข้อมูลเพิ่มเติม
และเพื่อการปรับปรุงการสัมภาษณ์เชิงลึกครั้งต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมๆ กับการ
รวบรวมข้อมูล และทำกลับไปกลับมาระหว่างการรวบรวม
และการวิเคราะห์ หลังจากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูล
อีกครั้งเมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้วคือ

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล วิเคราะห์
โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าความถี่

2. ข้อมูลสถานการณ์การให้บริการผู้ป่วย
โรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลชุมชน วิเคราะห์ข้อมูล
เชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content
analysis) โดยดำเนินการไปพร้อมๆ กับการรวบรวม
ข้อมูลและทำกลับไปกลับมาระหว่างการรวบรวมข้อมูล
และการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนการวิเคราะห์
เนื้อหา^{12,13}

ความน่าเชื่อถือของผลงานวิจัย

ขั้นเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้บันทึกความรู้สึกของ
ผู้วิจัยทุกครั้งเพื่อลดอคติของสิ่งที่ได้ยินหรือได้เห็น

ขั้นตอนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยดำเนินการ
ถอดเทปด้วยตนเอง โดยถอดความคำต่อคำเพื่อคงไว้
ซึ่งความหมายของสิ่งที่ได้รับการบอกเล่าของผู้ให้
ข้อมูล

ขั้นวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับ
ทีมวิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นที่ปรึกษาโครงการวิจัย
ทุกครั้งเพื่อตรวจสอบและรับรองความถูกต้องของข้อมูล

ขั้นสรุปประเด็นหลัก ผู้วิจัยนำข้อมูลไปตรวจสอบ
กับผู้ให้ข้อมูลโดยนำเสนอในการประชุมติดตามความ
ก้าวหน้าของการดำเนินโครงการ พร้อมรับการวิพากษ์
จากผู้ทรงคุณวุฒิ และจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในวันที่
1 มิถุนายน 2549

ผลการศึกษา

1. การคัดกรองผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ในขั้นตอนของการคัดกรองผู้ป่วย จะมีระบบ
การคัดกรอง ณ จุดคัดกรองแผนกผู้ป่วยนอก โดย
พยาบาลใช้คำถาม 2-3 ประเด็นเช่น ปัญหาการนอนหลับ
ความอยากอาหาร ความเบื่อหน่ายท้อแท้ แต่ยังคง
ความครอบคลุม โดยไม่สามารถคัดกรองได้ทุกราย
เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมาก จะคัดกรองเฉพาะกลุ่มที่
สงสัย ซึ่งอาศัยการตัดสินใจของพยาบาลเป็นสำคัญ
แล้วส่งให้พยาบาลสุขภาพจิตคัดกรองซ้ำด้วยแบบ
คัดกรองภาวะซึมเศร้า 15 ข้อ พร้อมอธิบายอาการของ
โรค ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา และอาจประเมิน
ปัญหาสุขภาพจิตอื่นร่วมด้วย เช่น ความเสี่ยงต่อการ
ฆ่าตัวตาย ก่อนส่งพบแพทย์เพื่อการวินิจฉัยและ
ให้การรักษา และมีบางโรงพยาบาลที่เริ่มมีการ
คัดกรองภาวะซึมเศร้าในโรคเรื้อรังทางกายบางโรค

“...ตรงจุด OPD จะคล้ายๆ กับสอบถามอาการ
ที่คนไข้มา เป็นคำถาม 2-3 คำถาม เช่น รู้สึกนอน
ไม่หลับหรือเปล่า อ่อนเพลีย ไม่มีแรงไหม ซึ่งคนไข้ก็จะ
ตอบว่า นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง...ท้อแท้
เบื่อหน่าย...เขาก็จะส่งมาให้เราตรวจดูอีกที...แต่ก็จะ

ให้พยาบาลงานสุขภาพจิตประเมินซ้ำอีกที เพราะเขา
ผ่านการอบรมด้านนี้มา เขาจะเชี่ยวชาญมากกว่าเรา”
(แพทย์ใน รพช.วัย 26 ปี)

“คือ แค่พยาบาลที่ OPD เจอว่านอนไม่หลับ
กินข้าวไม่ได้เขาก็จะส่งมาแล้วเราก็มารับประเมินซ้ำอีกครั้ง
สสจ.เขาให้ตกลงกันว่าเรา...ในจังหวัดเชียงใหม่จะใช้
แบบคัดกรองที่เหมือนกันคือ ใช้ของโรงพยาบาล
จิตเวชขอนแก่นที่มี 15 ข้อ พอเราประเมินได้ เราจะเขียน
ลงใน OPD Card ว่าประเมินแล้วคนไข้เป็นอย่างไร
บ้าง...แล้วจะ counseling คนไข้ หลังจากนั้นจะเขียน
ลงใน OPD Card ว่าพบคนไข้ซึมเศร้า หรือมีความคิด
ฆ่าตัวตายไหม หลังจากนั้นก็จะส่งมาหาหมอที่ OPD...”
(พยาบาลใน รพช.วัย 42 ปี)

“...แต่ก็ไม่ใช่ว่าทั้งหมดผ่านการคัดกรอง
OPD ทั้งหมด ก็คือว่าคนจุดนั้นอาจบริการไม่พอ เพราะ
คนไข้เยอะ บางทีบางรายก็ไม่ได้คัดกรอง ผ่านไปพบ
แพทย์เลย แพทย์อาจตรวจพบเอง เช่น มาด้วยอาการ
อ่อนเพลีย ไม่มีแรง แพทย์ตรวจไปตรงมา เอ! โรคทาง
กายไม่มีชักไปชักมาอาจเป็นแบบไม่เจอโรคทางกายก็จะ
diag เป็น Anxiety แต่ก็จะให้พยาบาลค้นหาสาเหตุโดย
ส่งไปงานสุขภาพจิต counselling และนัด follow-up
เพราะพยาบาลห้องนี้เขาผ่านการอบรมด้านนี้มา เขา
จะเชี่ยวชาญมากกว่าเรา”
(แพทย์ใน รพช.วัย 27 ปี)

ในขั้นตอนของการคัดกรองผู้ป่วยจะพบว่าอาการ
สำคัญที่นำมาโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นอาการของ
ความเจ็บป่วยทางกาย ไม่ได้มาด้วยอาการของโรค
ซึมเศร้าชัดเจน เมื่อแพทย์ตรวจไม่พบความผิดปกติ
ทางกาย จึงมักจะถามเกี่ยวกับความเครียด หรือสาเหตุ
อื่นๆ ร่วมด้วย หรือส่งให้พยาบาลสุขภาพจิตคัดกรองซ้ำ

“คือคนไข้ส่วนใหญ่ มักจะไม่ได้มาด้วยอาการของโรคซึมเศร้าจนครบ ส่วนใหญ่จะมีภาวะอื่นนำมาเช่น อาการปวดหัว เวียนหัวหรืออาการนอนไม่หลับ มีน้อยรายมากที่จะบอกว่าตนเองเครียด ซึมเศร้า แต่ส่วนใหญ่จะบอกด้วยอาการทางกาย แล้วก็หลังจากพูดคุยกับเขาแล้ว หรือตรวจร่างกายเขาแล้ว ไม่เจอสิ่งผิดปกติ ก็มักจะถามเกี่ยวกับความเครียด หรือสาเหตุอื่นๆ ที่มาเป็นองค์ประกอบร่วม”

(แพทย์ใน รพช.วัย 35 ปี)

2. การวินิจฉัยโรค

ผู้ให้ข้อมูลทั้งแพทย์และพยาบาลทุกรายต่างให้ข้อมูลตรงกันว่า แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ไม่มั่นใจในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า เนื่องจากมีความรู้และประสบการณ์ตรวจรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ค่อนข้างน้อย การเรียนโรคทางจิตเวชขณะเป็นนักศึกษาแพทย์ใช้เวลาเรียนประมาณ 3 สัปดาห์เท่านั้น ส่วนใหญ่จะวินิจฉัยตามอาการที่นำมา ได้แก่ anxiety neurosis, insomnia, anxiety หรือ fatigue

“โดยประสบการณ์ก็...ไม่มั่นใจร้อยละ ประมาณ 60-70% ค่ะ แต่ว่าบางครั้งในแต่ละคนอารมณ์ที่ตรวจพบมันไม่เหมือนกัน...คือเราก็ไม่ได้ว่าเพิกเฉยนะคะถ้าสงสัยก็จะ diag ไว้ก่อนแล้วค่อยประเมินหาข้อมูลต่อไป...ที่เจอคนไข้โรคซึมเศร้าเฉลี่ยวันละคน เพราะมีอาการที่ต้องวินิจฉัยแล้วว่าเป็นซึมเศร้า อย่างเช่น เบื่อหน่าย ห่อเหี่ยว สิ้นหวัง ชีวิตไร้ค่า หดแล้วหนทาง กินข้าวไม่ได้ นอนก็ไม่หลับ ดูอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ถ้ามั่นใจอย่างนี้ก็จะเขียนว่า depression ถ้าไม่มั่นใจก็อาจจะเขียนเป็น fatigue, insomnia ส่วนใหญ่ก็จะเขียนว่า insomnia...”

(แพทย์ใน รพช.วัย 27 ปี)

“ส่วนมากแพทย์จะเขียน diag โรคนี้บ่อยมาก ยกเว้นว่าคนไข้เคยมีประวัติโรคซึมเศร้ามาก่อน แพทย์ก็จะเขียน diag นี้ลงไป แต่ถ้าคนไข้ที่มาเจอซึมเศร้าใหม่ๆ

ยังไม่มีประวัติมาก่อน อย่างคนไข้ที่ suicide มา ถึงจะมีซึมเศร้าร่วมด้วย แต่แพทย์จะเขียนแค่ “hanging” คนไข้มีภาวะซึมเศร้าชัดเจน หมอจะเขียนว่า “tension headache” คือ เขียนเป็น symptom”

(พยาบาลใน รพช.วัย 42 ปี)

3. การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผลลัพธ์ของการรักษา

การบำบัดโรคซึมเศร้าโดยใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลชุมชนนั้น ยังมีข้อจำกัดในการใช้ยา แพทย์ส่วนใหญ่มองขาดความมั่นใจในการให้ยารักษาโรคซึมเศร้า ในกลุ่ม SSRI ในขณะที่มีความคุ้นเคยกับการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้ากลุ่ม TCA หรือยาคลายวิตกกังวล เช่น diazepam มากกว่า และพยาบาลจิตเวชมีส่วนร่วมในการตัดสินใจให้การรักษาด้วยยา

“...หมอคนอื่นเขาก็จะไม่ค่อยกล้าให้ อย่างเช่น กลุ่ม SSRI ที่นี้.....เขาจะไม่กล้า start ยา กลุ่มนี้ อาจเป็นเพราะว่าคนไข้ไม่ได้ diag โรคกลุ่มนี้มาก เขามักจะ diag anxiety ธรรมดา ก็จะคิดว่าไม่ถึงขั้นที่จะต้องให้ SSRI ก็จะเลยไปใช้ diazepam หรือ amitriptyline แทน แพทย์เราจะไม่ค่อยกล้าให้ยากกลุ่ม antidepressant มากนัก โอกาส start ยาเองจะมีน้อย ส่วนมากจะให้ตามที่สวนปรุง refer มา”

(แพทย์ใน รพช.วัย 35 ปี)

หลังผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการบำบัดรักษาส่วนใหญ่ได้ผลดี ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ และการแก้ไขปัญหาในครอบครัวร่วมด้วย จะส่งผลต่อการบำบัดรักษา

“รักษาที่นี้แล้วกินข้าวได้มากขึ้นหลับดีไม่คิดฟุ้งซ่าน รู้สึกว่าตัวเองสดชื่นขึ้น สบายใจขึ้นมาก ทำงานได้”

(ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัย 51 ปี)

นอกจากนี้วิธีการปรับลดยาของแพทย์พบว่า บางส่วนค่อยๆ ลดยาลง เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและ ใช้ผลการประเมินของพยาบาลสุขภาพจิตร่วมพิจารณา ปรับลดยา ซึ่งส่วนใหญ่ใช้เวลารักษาด้วยยานานประมาณเฉลี่ย 6 เดือน

“การรักษาด้วยยาโดยเฉลี่ยมากที่สุดก็ประมาณ ครึ่งปีครับ...อาการดีขึ้นก็จะลดยาลงจนสามารถหยุด ยาได้ ก่อน 6 เดือนนะครับ แต่ว่าก็มีบางรายที่ต้องกิน ยาต่อเรื่อยๆ เวลาเรา maintain ยามากเกินไปก็กลัวเรื่อง side effect ว่าจะมีมากเกินไป หรืออาจเกิด addict ยาบางตัว แล้วก็ถ้ากินยาเกิน 5-6 เดือนไป ส่วนมากจะ ขอหมอทางสวนปรงประเมินซ้ำ ซึ่งเราก็จะเก็บ case ไว้ให้ เวลาหมอสวนปรงมาออกเครือข่าย ถ้ายังไม่ออกมาเครือข่ายก็จะส่งคนไข้ไปรักษาที่สวนปรง”

(แพทย์ใน รพช.วัย 35 ปี)

ส่วนการรักษาแบบผู้ป่วยในจะทำในกรณีที่ผู้ป่วย มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย มีอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรง และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีโรคทางกายที่พบร่วมได้แก่ เบาหวาน ตุ่มลมโป่งพอง ติดสุรา ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

4. การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม

เกณฑ์ในการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลจิตเวช พบว่าผู้ให้ข้อมูลจะพิจารณาจากลักษณะดังต่อไปนี้คือ ส่งต่อเพื่อพิจารณาหยุดยากรณีที่ยังไม่ถึงเวลาที่จิตแพทย์ จะมาโรงพยาบาลเครือข่าย รักษาด้วยยาแล้วอาการ ไม่ดีขึ้น มีอาการซึมเศร้ารุนแรงพยายามทำร้ายตนเอง หรือมีโรคร่วมทางจิตเวชโดยเฉพาะโรคจิตเภท

“กรณีที่ depress มากๆ แล้วมีความเสี่ยงมากที่จะ ทำร้ายตัวเอง อันที่ 2 คือ depress แล้วก็มีอาการ ทางจิตร่วม คือ มีอาการหลายอย่าง แล้วอันที่ 3 คือ ให้ยาแล้ว อาการก็ยังไม่ดีขึ้น ปรับยาแล้วก็ยังไม่ดีขึ้น เราก็จะส่งสวนปรง”

(พยาบาลใน รพช.วัย 42 ปี)

และพบว่าการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลจิตเวช ดังกล่าว มีปัญหาด้านความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากส่วนใหญ่ไม่ต้องการไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล สวนปรง เพราะสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ระยะทางไกล เสียเวลาเดินทางบางรายไปรับยาเพียงชนิดเดียวเท่านั้น จึงรู้สึกไม่คุ้มค่าที่จะไป รวมทั้งเกิดความรู้สึกว่าชุมชน มีอคติต่อผู้ที่ไปรับบริการโรงพยาบาลสวนปรง (stigma)

“คือเขาจะมีความรู้สึกเหมือนมันเป็นเรื่องที่ stigma สำหรับเขา เขาก็ยังรู้สึกอายชาวบ้าน พอพูดคำว่า “สวนปรง” เขาก็จะว่าเป็นโรงพยาบาลผีบ้า เขาจะมอง negative เลย...เพราะเขาจะมองว่าการเจ็บป่วยทาง ด้านสุขภาพจิตมันต่างกับโรคอื่น เช่น โรคไต โรคทางกาย อย่างอื่น...”

(พยาบาลใน รพช.วัย 42 ปี)

โรงพยาบาลชุมชนมีเกณฑ์ในการส่งต่อผู้ป่วย โรคซึมเศร้าไปโรงพยาบาลจิตเวช ในขณะที่ตัวผู้ป่วย และญาติสมัครใจรักษาในโรงพยาบาลชุมชนมากกว่า ส่วนการรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลจิตเวชนั้น ยังมี ปัญหาด้านเอกสาร ข้อมูล และลักษณะของยา

5. ความรู้สึกต่อบริการที่มีอยู่และสิ่งที่ต้องการสนับสนุน

พบว่าส่วนใหญ่พึงพอใจในด้านการมีระบบ คัดกรอง การมีเครื่องมือคัดกรองที่ใช้ได้ผล การมี ความเพียงพอของยารักษาโรคซึมเศร้า และการรักษา ที่ได้ผลระดับหนึ่ง แต่บริการที่มีอยู่ยังไม่ครอบคลุมและ ยังขาดความต่อเนื่องในการรักษาด้วยเหตุที่แพทย์มี การโยกย้ายบ่อย ที่น่าพิจารณาคือ แพทย์หลายราย ไม่เห็นความสำคัญของการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมองว่าเป็นการเจ็บป่วยที่ไม่เร่งด่วน นอกจากนี้ ยังรู้สึกว่าพยาบาลสุขภาพจิตมีภาระหน้าที่มาก ทำให้ ไม่สามารถประเมินและคัดกรองผู้รับบริการได้อย่าง

ครอบคลุม และบุคลากรขาดความมั่นใจในการดูแล
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยใน

“เราทำจนชนิดที่ว่า เรารู้สึกกังวลเรื่องการทำ
หน้าที่เกินบทบาท...รู้สึกทำงานหนักที่ต้องติดตามหมอ
ไปประสานหมอให้เขียน diag และการตัดสินใจแทน
หมอในการให้ยาต้านซึมเศร้า....แต่ก็รู้สึกดีใจ ภูมิใจที่
ทำให้คนไข้อาการดีขึ้นได้...”

(พยาบาลใน รพช.วัย 46ปี)

“ปัญหาของเราก็คือ คนไข้เรามีมาก แต่บุคลากร
เรามีน้อย บางที่เราก็ต้องไปทำงานในส่วนอื่นๆ ทำให้
เราดูแลได้ไม่ครอบคลุม ก็จะมีคนไข้หลุดไปสวนปรง
เลยก็มี”

(พยาบาลใน รพช.วัย 42ปี)

“เรื่องซึมเศร้านี้ยังไม่ชัดเจนสำหรับหมอบางคน
แต่จริงๆ ผู้อำนวยการเขาก็ concern นะคะ เพราะมัน
เกี่ยวกับเรื่องฆ่าตัวตายด้วย แต่อาจเห็นว่ามันเป็นโรค
ที่ยังไม่ตายมั้งคะ มันไม่เร่งด่วน แต่มันแฝงมาแล้ว
เยอะขึ้นทุกวันด้วย”

(แพทย์ใน รพช.วัย 28 ปี)

“ปัญหาอันหนึ่งก็คือเรื่องของหมอ ถ้าหมอ
เปลี่ยนใหม่ ก็ต้องมาเริ่มต้นใหม่ คือ หมอในโรงพยาบาล
ชุมชนค่อนข้างจะเปลี่ยนบ่อย 2 ปีก็จะย้ายกันแล้ว
ถ้าหมอย้ายไป ก็ต้องรออีกครั้งว่า ผู้อำนวยการจะ
มอบหมายให้ใครดูงานสุขภาพจิต บางที่ทั้งผู้อำนวยการ
กับหมอย้ายกันยกชุดเลย”

(พยาบาลใน รพช.วัย 42 ปี)

“...พอ admit เข้าไปผมคิดว่าอาจจะไม่มีที่ไม่ดี
คือ ที่นี้คนไข้เยอะก็จะมีใครคอยดูแลว่าเขาอาจจะ
การฆ่าตัวตายซ้ำ ตรงส่วนนี้แต่บางที่เราก็ให้คนไข้อยู่ที่
นี้นานๆ เพราะให้กลับไปบ้านก็กลัวเขาจะฆ่าตัวตายอีก
แต่ถ้าอยู่ที่นี้นานก็ลำบากที่นี้เหมือนกันเพราะเตียงไม่พอ

และเราไม่มีเฉพาะด้านตรงนี้ พยาบาลข้างในเขาก็ไม่
มั่นใจจะดูแลและเขาต้องดูแลคนไข้โรคอื่นที่มีเยอะกว่า”
(แพทย์ใน รพช.วัย 30 ปี)

สิ่งที่ต้องการสนับสนุนคือ การมีนโยบายให้
พยาบาลทุกจุดบริการทำหน้าที่คัดกรองและให้การปรึกษา
เบื้องต้นได้ทุกราย เพื่อให้ผู้ป่วยโรคทางกายอื่นๆ ได้รับการ
ดูแลอย่างเป็นองค์รวม การจัดอบรมให้ความรู้
ความเข้าใจแก่แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ในเรื่องโรค
ซึมเศร้า การมีโปรแกรมสำเร็จรูปในการบำบัดรักษา
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และการมีเครือข่ายในชุมชน
ช่วยคัดกรองและเฝ้าระวัง

“น่าจะมี short course เพิ่มเติมให้แพทย์ GP
น่าจะดีนะค่ะ เพราะในชุมชนเจอ psychiatric problem
ค่อนข้างบ่อย บางที่เรา manage กันได้ไม่ทั้งหมด เพราะ
ขาดทักษะ ขาดประสบการณ์ ตอนที่เรียนแพทย์เรียน
psychia เรียนแป๊บเดียวค่ะ เจอ case ค่อนข้างน้อย ถ้ามี
short course ด้านนี้ เช่น psychiatric problem หรือ
emergency psychia ก็จะดีมาก จะทำให้เรามั่นใจมากขึ้น
เพราะการให้ยาเริ่มแรก ทำให้เราไม่มั่นใจว่า dose
มันถูกต้อง ต้องขนาดไหน เยอะไปไหม แม้ว่าตาม
ทฤษฎีจะให้ขนาดนี้ แต่ประสบการณ์การให้ยาอย่างนี้
เรามีน้อยค่ะ”

(แพทย์ใน รพช.วัย 29 ปี)

“จริงๆ อยากจะให้มีการมีโปรแกรมสำเร็จรูปของการ
รักษาคนไข้โรคนี้ เช่นถ้ามา OPD เบื้องต้น standing
order ที่เขา treat กันควรจะเป็นอย่างไร ให้ เท่าไหร่
การที่ให้การรักษาลงมาจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย
ด้วย อยากจะได้ในจุดนี้”

(พยาบาลใน รพช.วัย 40 ปี)

ส่วนความรู้สึกลับต่อการบริการที่มีอยู่ในมุมมองของ
ผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยและญาตินั้นพบว่า ส่วนใหญ่ได้

รับคำแนะนำ ได้ความรู้และได้กำลังใจจากพยาบาล
สุขภาพจิต มีความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับเนื่องจาก
ใกล้บ้าน อาการดีขึ้น และคุ้นเคยกับระบบบริการรวม
ทั้งคุ้นเคยกับบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน

“สะดวกดี บริการดีเหมือนกัน เขาพูดดี แล้วเรา
ก็ใช้บัตร 30 บาท ไม่มีขีดข้ออะไรเลย...พอใจมาก เพราะ
มันใกล้บ้านเรา ไม่ได้ไปทางใต้ ไปแต่ละครั้งจะเสียเงิน
หลายบาท...อาการตอนนี้ดีขึ้นมากเหมือนเป็นปกติแล้ว
ดูแลหยา ดูแลได้..ไปแต่ละครั้งก็ไม่ต้องรอนาน บริการ
เร็วขึ้นสะดวกสบาย เขาแนะนำดี บริการดี”

(มารดาผู้ป่วยชาย)

ผู้ให้ข้อมูลบางรายที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรัง
ไม่ต้องการถูกถามคำถามซ้ำๆ ในการมารับบริการ
แต่ละครั้ง เพราะเกิดความรู้สึกเบื่อที่จะตอบ

“เราารู้สึกว่า เขาจะถามเดิมๆ ก็คือ...ยังคิด
เหมือนเดิมไหม คิดจะทำตัวเองอยู่ไหม ตอนนี้ยังเป็น
ยังไงบ้าง เขาจะถามแบบนี้ทุกครั้งเลย มันเบื่อที่จะ
ตอบ.....น่าจะเป็นอะไรที่เปลี่ยนไปบ้าง พูดในเรื่องที่
ทำให้เราไม่รู้สึกต้องตอบแบบ..ไม่จริงทั้งหมด...”

(ผู้ป่วยหญิงวัย 20 ปี)

วิจารณ์

การคัดกรองผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยคำถามสั้นๆ
ยังไม่สามารถทำได้ครอบคลุมทุกราย อาจทำให้ผู้ป่วย
โรคซึมเศร้าจำนวนหนึ่งขาดโอกาสที่จะได้รับการวินิจฉัย
และการรักษาตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อป้องกันการเจ็บป่วย
ที่เรื้อรัง การกำหนดนโยบายในการคัดกรองผู้ป่วยโรค
ซึมเศร้าจึงควรได้รับการพิจารณาจากผู้บริหารของหน่วยงาน
เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถแสดงอาการใน
ลักษณะของการเจ็บป่วยทางอายุรกรรม และโรงพยาบาล
ชุมชนเป็นสถานบริการแห่งแรกที่ผู้ป่วยจะมาใช้บริการ

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค
วิตกกังวลหรือวินิจฉัยตามอาการทางกายที่นำมาและ

ลักษณะอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มาโรงพยาบาล
ชุมชนส่วนใหญ่เป็นอาการของความเจ็บป่วยทางกายนั้น
คล้ายคลึงกับการรายงานของ CME Institute of Physi-
cians Postgraduate Press, Inc.¹⁴ ที่พบว่าแพทย์
เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการปฐมภูมิให้การวินิจฉัย
โรคซึมเศร้าผิดพลาดถึงเกือบร้อยละ 80 และยังคงคล้ายคลึง
กับผลการศึกษาของ US Department of health and
human services⁵ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มาใช้บริการ
ในสถานพยาบาลปฐมภูมิประมาณ 1 ใน 3 เท่านั้นที่
ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง
ประมาณ 10-15% หรือมากกว่าจะมาด้วยปัญหาการ
เจ็บป่วยทางกายหรืออาการอื่นที่ไม่ใช่โรคซึมเศร้า
โดยตรง จึงได้รับการรักษาตามอาการก่อน และอาจได้
รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าในภายหลังหากอาการ
ไม่ดีขึ้น ผลการศึกษาของ Baik และคณะ¹⁵ ให้ผลเช่น
เดียวกันว่า แพทย์ในสถานบริการปฐมภูมิจะไม่วินิจฉัย
ผู้ป่วยว่าเป็นโรคซึมเศร้าทันทีแม้จะพบมีอาการที่เข้า
เกณฑ์การวินิจฉัย แต่จะพยายามวิเคราะห์อาการที่พบ
ให้เข้าเกณฑ์ของโรคทางอายุรกรรมก่อน เพราะมองว่า
ปัญหา/อาการที่นำมาโรงพยาบาลชุมชนเป็นสิ่งที่ผู้ป่วย
รับรู้และประเมินตามความรู้สึกของตนเอง (subjective
feeling) และจะเป็นการเพิ่มอคติ/ตราบาปทางสังคมให้
ผู้ป่วยหากได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า ดังนั้น การ
วินิจฉัยโรคซึมเศร้าให้ได้เร็วที่สุด จำเป็นต้องให้ผู้ป่วย
บอกเล่าข้อมูลของตนเองให้มากที่สุด และแพทย์
พยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนควรได้รับการพัฒนา
ความรู้ ทักษะในการคัดกรอง การประเมิน และการ
วินิจฉัยโรคซึมเศร้าเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของบริการ

ปัญหาที่พบในแต่ละจุดบริการเกี่ยวข้องกับ
ความตระหนัก ความพร้อม และศักยภาพของบุคลากร
ได้แก่ แพทย์ไม่มั่นใจในการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า
กลุ่ม SSRI และแพทย์มักใช้ความคิดเห็นของพยาบาล
สุขภาพจิตร่วมพิจารณาให้การรักษา ซึ่งคล้ายคลึงกับ
ผลการศึกษา ของ Abas และคณะ¹⁶ ที่พบว่าผู้ให้

บริการในสถานบริการ ปฐมภูมิ ร้อยละ 68 มีความสามารถในการใช้ยารักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสมในระดับต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย และอุปสรรคสำคัญที่สุดต่อความสามารถในการรักษาโรคซึมเศร้าของแพทย์เวชปฏิบัติตามผลการศึกษาของ Solberg และคณะ¹⁷ คือการไม่มีเวลาพูดคุยกับผู้ป่วย ดังนั้น นอกจากการฝึกอบรมเรื่องการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้ากลุ่มใหม่ให้แก่แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนที่หน่วยงานด้านสุขภาพจิตควรเร่งดำเนินการแล้ว แพทย์ยังควรทบทวนเวลาที่ใช้ตรวจวินิจฉัยและสั่งการรักษาในผู้ป่วยแต่ละรายด้วย

การที่แพทย์ส่วนใหญ่ไม่เห็นความสำคัญของการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้น คล้ายคลึงกับผลการศึกษาของ Olsson และคณะ¹⁸ ที่พบว่า มี 24 ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า บุคลากรทางการแพทย์ของ African Americans ในสถานบริการระดับปฐมภูมิ ส่วนใหญ่ไม่ตระหนักและไม่ให้การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการนำมาด้วยปัญหาการเจ็บป่วยทางกาย มีอคติ (bias) ในการให้การวินิจฉัย มีปัญหาสัมพันธ์ภาพ ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย และขาดการดูแลอย่างครอบคลุม ซึ่งอาจเกิดจากความพร่องในองค์ความรู้และทักษะของแพทย์เวชปฏิบัติในการจัดการปัญหาด้านสุขภาพจิต ดังที่ผู้ให้ข้อมูลยอมรับถึงความไม่มั่นใจของตนเองในการวินิจฉัยและรักษาโรคซึมเศร้า

พยาบาลด้านสุขภาพจิตไม่สามารถให้บริการเชิงลึกได้อย่างครอบคลุม เพราะมีภาระหน้าที่ด้านอื่นด้วย และบางครั้งต้องทำหน้าที่เกินบทบาทของวิชาชีพ คล้ายคลึงกับผลการศึกษาของกรมสุขภาพจิต¹⁹ ที่พบว่าปัญหาอุปสรรคในการดูแลเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าและฆ่าตัวตายในหน่วยบริการสาธารณสุขคือผู้ให้บริการมีน้อยภาระกิจมาก ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง และมีความคาดหวังต่อพยาบาลจิตเวชสูง สะท้อนให้เห็นถึงความต้องการบุคลากรด้านสุขภาพจิตในโรงพยาบาลชุมชนที่ควรมีจำนวนเพิ่มขึ้น ผู้บริหารจึงควรส่งเสริมให้บุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาล

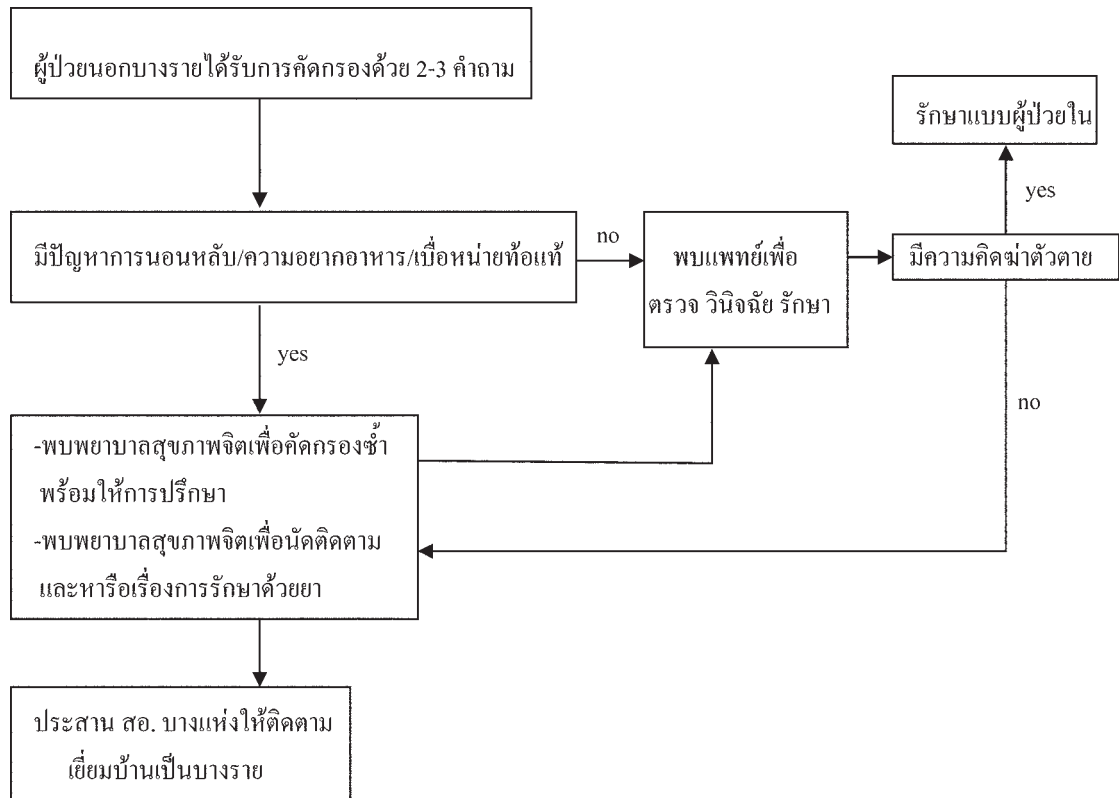
เฉพาะทาง หรือศึกษาในหลักสูตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต และสนับสนุนให้บุคลากรได้ปฏิบัติงานในด้านที่ได้ศึกษาอบรมมาเพื่อความพอเพียงต่อการตอบสนองความต้องการของประชาชน และควรมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลสุขภาพจิตให้ชัดเจน เพื่อการมอบหมายงานได้ตรงตามคุณสมบัติ อันจะช่วยลดภาระ หน้าที่ด้านอื่นที่พยาบาลประจำการสามารถรับผิดชอบแทนได้

ระบบการจัดการโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลชุมชนยังมีความไม่ชัดเจนและถูกมอบหมายให้เป็นความรับผิดชอบของบุคลากรเพียง 1-2 ราย จึงควรมีการบูรณาการการจัดการโรคนี้เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพทั่วไป เนื่องจากเป็นโรคที่สามารถพบได้ในผู้ป่วยเรื้อรังทางกาย ผู้ป่วยที่ประสบปัญหาทางอารมณ์จิตใจ หรือผู้ป่วยที่ติดสุรา เป็นต้น

ปัญหาด้านระบบการส่งต่อ ที่ผู้ป่วยและญาติไม่ประสงค์จะไปรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชด้วยเพราะเปลืองค่าใช้จ่ายและปัญหาอคติ/ตราบาป อันแสดงให้เห็นว่าสังคมยังมีทัศนคติทางลบต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิต จึงควรส่งเสริมให้ใช้ระบบการให้คำแนะนำปรึกษาทางโทรศัพท์กับโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นรายกรณี ร่วมกับการพัฒนาศักยภาพของทีมผู้รักษา ตลอดจนการทำความเข้าใจกับชุมชนเรื่องความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจที่เกี่ยวข้องกับสมองและต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับโรคเรื้อรังทางกาย

สรุป

สถานการณ์การให้บริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 7 แห่ง มีลักษณะคล้ายคลึงกันดังแผนภูมิต่อไปนี้ ซึ่งควรได้รับการพัฒนาทั้งระบบ มีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน เพื่อการส่งเสริมประสิทธิภาพการรักษาในชุมชนและการลดจำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช



ข้อเสนอแนะ นำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางการพัฒนาโปรแกรมการจัดการโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลชุมชน ศึกษาเชิงปริมาณในด้านกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตในโรงพยาบาลชุมชน และศึกษาเชิงปริมาณเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคการตรวจรักษาโรคซึมเศร้าของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนของแต่ละภาคในประเทศไทย เพื่อสะท้อนถึงสถานการณ์ในเรื่องนี้ในภาพรวมของประเทศ

ข้อจำกัดของการวิจัย

สถานที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นเครือข่ายด้านสุขภาพจิตของโรงพยาบาลสวนปรุง ผลการวิจัยจึงอาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้กับโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีโรงพยาบาลจิตเวชเป็นแม่ข่าย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ รศ.ดร.วราวุธ พองแก้ว และ นพ.ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล ที่ให้คำปรึกษาในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน และขอบคุณพยาบาลสุขภาพจิตในโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 7 แห่งที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งกรมสุขภาพจิตที่ให้การสนับสนุนงบประมาณ

เอกสารอ้างอิง

1. อนุรักษ์ บัณฑิตยชาติ, พนมศรี เสาร์สาร, ทัศนพิน กิตติรักษนนท์, และ วรพรรณ จุฑา. ระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชาชนไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2544; 46: 335-42.

2. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, และ อัจฉรา จรัสสิงห์. ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย: การสำรวจระดับชาติปี 2546. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2547; 12 : 177-88.
3. กระทรวงสาธารณสุข. วันอนามัยโลก 7 เมษายน 2544 : Atop Exclusion-Dare to care กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2544.
4. Tucker S, Brust S, Pierce P, Fristedt C, Pankratz VS. Depression coping self-efficacy as a predictor of relapse 1 and 2 years following psychiatric hospital-based treatment. Res Theory Nurs Pract. 2004; 18: 264-75.
5. US Department of health and human services, Public health service, Agency for health care policy and research. Depression in primary care: Detection, Diagnosis, and Treatment. Journal of psychosocial nursing 1993; 31: 19-28.
6. Satorius N, Ustun TB, Lecrubier Y, Wittchen HU. Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. Br J Psychiatry 1996; 30: 38-43.
7. Williams D,A, Hagerty B. Depression research: Nursing's Contributions. (Guest Editorial), Res and Therory Nnur prac 2004; 18: 117-22.
8. World Health Organization. Atlas: mental health resources in the world 2001. Geneva: World Health Organization; 2002.
9. Haber J, Billings C.V. Primary mental health care: A model for psychiatric-mental health nursing. Journal of the American Psychiatric nurses association 1995; 1: 154-63.
10. Klainberg M, Holzemer S, Leonard M, Arnold J. Community health nursing: An alliance for health. New York: McGraw-Hill; 1998.
11. Cashaw SA. Epidemiology, demography, and community health. In AT, Elizabeth & McF., Judith (Eds.), Community as partner: theory and practice in nursing. (4th ed). Philadelphia: Lippincot. Williams & Wilkins; 2004.
12. Berg BL. Qualitative research methods for the social sciences. Boston: Allyn and Bacon; 2001.
13. ภัทราภรณ์ พงษ์ปันคำ. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ. เอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการวิจัยเชิงคุณภาพ: หนทางมุ่งสู่การดูแลแบบองค์รวม ณ โรงแรมสุริวงค์ เชียงใหม่; กรกฎาคม 2547.
14. CME Institute of Physicians Postgraduate Press, Inc. Managing depression in primary care: achieving remission. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2006; 8: 88-97.
15. Baik SY, Bowers BJ, Oakley LD, Susman JL. The recognition of depression: The primary care clinician's perspective, Ann Fam Med 2005; 3: 31-7.
16. Abas M, Mbengeranwa OL, Chagwedera VS, Maramba P, Broadhead J. Primary care services for depression in Harare, Zimbabwe. J Harv Rev Psychiatry 2003; 11:157-65.
17. Solberg LI, Kersen N, Oxman TE, Fischer LR, Bartels S. The need for a system in the care of depression. J Fam Pract 1999; 48: 973-9.
18. Das AK, Olfson M, McCurtis HL, Weissman MM. Depression in African Americans: breaking barriers to detection and treatment. J Fam Pract 2006; 55: 30-9.
19. กรมสุขภาพจิต. สรุปผลการประชุมประเมินผลเทคโนโลยีเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย. (เอกสารอัดสำเนา) วันที่ 3-4 พฤษภาคม 2543 ณ ห้องประชุมชั้น 4 อาคาร 1 กรมสุขภาพจิต.