



การพัฒนาระบบดูแลเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ในวัยรุ่น เขตบริการสุขภาพที่ 10

วิริย์อร จูมพระบุตร^{1*}, โชษิตา ปาวาสุตธิพิศ², สำราญ เหล็กงาม³,
สุพัตรา สุขาวห¹, ณัฐิยา ชมภูบุตร¹
¹โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อุบลราชธานี
²สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนกรินทร์ กรมสุขภาพจิต
³สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ กระทรวงสาธารณสุข

Development of a Surveillance System for Depression and Suicide Prevention in Adolescents in the Tenth Health Region

Wireeon Joomprabutra^{1*}, Chosita Pavasutthipisit², Samran Lekngam³,
Supattra Sukawha¹, Nutthiya Chompoobutr¹
¹Prasimahabhodi psychiatric hospital, Ubon Ratchathani
²Rajanagarindra Institute of Child Development, Department of Mental Health
³Amnatcharoen Provincial Public Health Office, Ministry of Public Health

Received: 2 April 2025/ Review: 3 April 2025/ Revised: 18 May 2025/
Accepted: 19 May 2025

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า (depression) หากไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือจะป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder: MDD) และเรื้อรังไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ได้ การศึกษานี้ต้องการพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของระบบดูแลเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและป้องกันการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 10

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาและพัฒนาแบบผสมผสาน 3 ระยะ กลุ่มตัวอย่างเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ครูในโรงเรียนมัธยม บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเครือข่าย ภาคีเครือข่ายที่ดูแลเด็กและเยาวชน และวัยรุ่นตอนต้นช่วงอายุ 13-15 ปีในเขตสุขภาพที่ 10 ครอบคลุมจังหวัดอุบลราชธานี ยโสธร ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ และมุกดาหาร วัดผลลัพธ์ที่การเข้าถึงบริการ ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย ประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQ-A) และแบบประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) สถิติที่ใช้ คือ เิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ดำเนินการระหว่างมีนาคม 2561 ถึง เมษายน 2567

ผลการศึกษา: พบว่าระบบบริการสุขภาพจิตในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ยังขาดการคัดกรองที่ครอบคลุม ไม่มีเครื่องมือคัดกรองที่เหมาะสมและขาดระบบการส่งต่อที่ชัดเจน การพัฒนาระบบดูแลเฝ้าระวังวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย 1) คัดกรองซึมเศร้าด้วยแบบ PHQ-A การประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตายด้วย 8Q 2) กลุ่มที่เสี่ยงที่มีคะแนน PHQ-A 10 คะแนนขึ้นไป หรือมีค่า 8Q 10 คะแนนขึ้นไป จะถูกนำเข้าสู่การวินิจฉัยและบำบัดรักษา 3) กลุ่มเสี่ยงและมีอาการได้รับติดตามดูแลเฝ้าระวังด้วย PHQ-A และ 8Q มีช่องทางการติดต่อสื่อสาร ส่งต่อข้อมูลการดูแลอย่างต่อเนื่องทุกหน่วยงาน ตั้งแต่ระดับชุมชน โรงเรียน จนถึงโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 10 ผลลัพธ์ทำให้อัตราการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.39 ในปี พ.ศ. 2562 เป็นร้อยละ 32.72 ในปี พ.ศ. 2566

สรุป: ระบบดูแลเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 10 ส่งผลให้วัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 10 เข้าถึงบริการได้มากขึ้น ได้รับการติดตามดูแลเฝ้าระวังจนอาการหายทุเลาและป้องกันความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สามารถเป็นต้นแบบให้เขตสุขภาพอื่นนำไปปรับใช้ในบริบทของพื้นที่ได้

คำสำคัญ: ระบบเฝ้าระวัง, ซึมเศร้า, วัยรุ่น, ป้องกันฆ่าตัวตาย

*Corresponding author: Wireeon Joomprabutra, E-mail: wireeon@yahoo.com

Abstract

Objective and Objectives: To develop and evaluate the effectiveness of a surveillance system for adolescent depression and suicide prevention in the tenth Health Region to improve access to mental health services for adolescents with depression

Methods: This research and development research using mixed-methods was conducted and divided into three phases: (1) assessing the current situation and designing a prototype surveillance system, (2) preliminary efficacy testing, and (3) system refinement and expansion for suicide prevention. The study involved four target groups: (1) secondary school teachers, (2) healthcare professionals in network hospitals, (3) stakeholders including juvenile detention centers, juvenile courts, the Ministry of Justice, and the Ministry of Social Development and Human Security, and (4) early adolescents. The study was conducted from the year 2018 to 2024.

Results: The study found that access to mental health services among adolescents with depression was low due to incomplete screening, a lack of appropriate tools, and unclear referral system. Additionally, physicians lacked confidence in diagnosing and treating depression After develop the surveillance system for depression and suicide prevention in adolescents, comprising: (1) depression screening using the PHQ-A and suicide risk assessment with the 8Q questionnaire, (2) medical diagnosis and treatment of depression by psychiatric team (3) continuous monitoring by school teams and other networks, with a well-connected communication and referral system linking the community, schools, and hospitals. As a result, access to mental health services for adolescents with depression increased progressively.

Conclusion: The adolescent depression and suicide surveillance system in the tenth Health Region consists of four key activities: (1) screening to identify and assess the severity of individuals at risk of depression and suicide in the community using PHQ-A, 8Q, and the Mental Health Check-In; (2) medical diagnosis; (3) treatment and care according to the severity of symptoms; and (4) monitoring for recurrence and suicide prevention.

Keywords: surveillance system, depression, adolescents, suicide prevention

บทนำ

วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่อยู่ในรอยต่อระหว่างความเป็นเด็กกับการเข้าสู่ผู้ใหญ่ มีพัฒนาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านร่างกาย สรีร อารมณ์ ความคิด พฤติกรรมและสังคม เป็นระยะหัวเลี้ยวหัวต่อ ที่มีความสำคัญเนื่องจากต้องมีการพัฒนาบุคลิกภาพและอัตลักษณ์ของตนให้เป็นที่ยอมรับ การพัฒนาสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นที่ไม่ใช่บุคคลในครอบครัว รวมทั้งการแสดงออกของอารมณ์และพฤติกรรม จึงนำมาสู่ปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่น โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าหากไม่ได้รับการรักษาจะมีความเสี่ยงทำให้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder: MDD) ซึ่งพบว่ามักเกิดขึ้นครั้งแรกในวัยรุ่นอายุ 14 ปี¹ ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ มองโลกและชีวิตในแง่ลบ รู้สึกไม่มีคุณค่า หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม จะก่อให้เกิดปัญหาทางสังคมจิตใจ ที่สำคัญคือวัยรุ่นที่เป็น MDD มีความเสี่ยงสูงในการฆ่าตัวตายถึง 6 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับวัยรุ่นที่ไม่ได้เป็น MDD โดยพบว่าร้อยละ 30 ของวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้ามีการพยายามฆ่าตัวตาย² และหากวัยรุ่นไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง จะทำให้กลายเป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymia) ไปจนเป็นวัยผู้ใหญ่ก็จะส่งผลให้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าไปตลอดชีวิต³ นอกจากนี้ การศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่าวัยรุ่นอายุ 12 - 17 ปี ที่เป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 8 ทำการฆ่าตัวตายสำเร็จเมื่ออายุเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น⁴ ซึ่งการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้นของเด็กและวัยรุ่นทั่วโลก² ดังนั้นการดูแลเฝ้าระวังวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นในระบบบริการสาธารณสุข

จากสถิติสุขภาพจิตวัยรุ่นทั่วโลกในปี พ.ศ. 2566 พบความชุกของ MDD ในวัยรุ่นร้อยละ 13-15⁵ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การสำรวจทางระบาดวิทยาในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2559 พบความชุกของ MDD ในวัยรุ่นร้อยละ 1.6⁶ ส่วนความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นทั่วประเทศศึกษาในปี พ.ศ. 2562 พบร้อยละ 17.5 โดยในเขตสุขภาพที่ 10 พบที่ร้อยละ 12.3 - 15.3 เพศหญิงมีความเสี่ยงเป็นภาวะซึมเศร้ามมากกว่าเพศชาย⁷ การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของนักเรียนโรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 10 เมื่อปี พ.ศ. 2562 พบวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 11.9⁸ เมื่อคำนวณจากจำนวนประชากรวัยรุ่นตอนต้นของเขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งมี 196,916 ราย จากฐานข้อมูลประชากรกลางปี พ.ศ. 2563⁹ คาดการณ์ได้ว่าจะมีวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า 23,630 ราย แต่จากข้อมูลการมารับการรักษาที่สถานบริการของรัฐในเขตสุขภาพที่ 10 ในฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ

ณ วันที่ 28 กรกฎาคม 2563 พบว่า ในปี พ.ศ. 2560 มีวัยรุ่นตอนต้นมารับการตรวจรักษา MDD จำนวน 552 ราย คิดเป็นอัตราการเข้าถึงบริการร้อยละ 2.33, ปี พ.ศ. 2561 จำนวน 730 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.08 และในปี พ.ศ. 2562 จำนวน 968 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.09 นั่นบ่งชี้ว่าในทุกปียังมีวัยรุ่นมากกว่าสองหมื่นรายที่มีภาวะซึมเศร้า แต่ไม่ได้รับการรักษา¹⁰ หากวัยรุ่นเป็น MDD แล้วไม่ได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสม จะมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายมากขึ้นไปอีกด้วย มีรายงานว่าวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายมากกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 48¹¹ ทั้งนี้ปัญหาซึมเศร้าในวัยรุ่นมักถูกมองข้าม จนทำให้อาการรุนแรงและซับซ้อนมากขึ้นส่งผลกระทบต่อการเรียนและสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดย Kongsuk และคณะ²² ได้พัฒนาระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด ซึ่งเป็นระบบที่พัฒนาสำหรับคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีกิจกรรมการค้นหาคัดกรองด้วย 2 คำถาม การประเมินอาการซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม การประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตายด้วย 8 คำถาม การวินิจฉัยและบำบัดรักษาตามแนวเวชปฏิบัติการจัดการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การดูแลช่วยเหลือ/บำบัดรักษาอย่างรวดเร็วและติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ซึ่งได้ดำเนินการต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 จนถึงปัจจุบันส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปเข้าถึงบริการได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามการดำเนินงานดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมในกลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี แม้จะมีการพัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ซึ่งมีการดำเนินการในปี พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา ทำให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีแนวทางในการวินิจฉัยและรักษาโรคซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่น แต่ยังคงขาดความเฉพาะเจาะจงสำหรับใช้ใน กลุ่มเด็กและวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 15 ปี ซึ่งจากการศึกษาสถานการณ์ปัญหาของระบบการดูแลเฝ้าระวัง ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นของเขตสุขภาพที่ 10 เมื่อปี พ.ศ. 2562 พบว่า มีอัตราการเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 6.39 จากปัญหาการเข้าถึงบริการ 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การค้นหาวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร่ายังมีน้อย เนื่องจากยังไม่มีแนวทาง เครื่องมือค้นหา และคัดกรองเฉพาะสำหรับวัยรุ่น 2) ครอบครัวขาดความรู้เรื่องซึมเศร้า ไม่ได้ตระหนักว่าเป็นปัญหาสำคัญ ทำให้ไม่ได้นำเข้าสู่กระบวนการรักษา 3) แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปขาดความรู้ความมั่นใจในการวินิจฉัยและรักษา การให้ยาต้านเศร้า พยาบาลยังขาดความรู้ความเข้าใจในการบำบัดทางสังคมจิตใจสำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากยังไม่มีแนวทางการบำบัดรักษาที่ชัดเจน และ 4) ทศนคติต่อโรคจิตเวชของวัยรุ่น ครอบครัว ชุมชน และสังคมที่เข้าใจว่า ซึมเศร้าเป็นโรคจิต

จึงมีความจำเป็นที่ต้องมารับบริการ จนวัยรุ่นมีอาการซึมเศร้ามากขึ้น เมื่ออาการรุนแรงร่วมกับมีอาการทางจิต จึงนำส่งโรงพยาบาลจิตเวชในสภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน¹²

ปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัย ได้รับความร่วมมือจาก สำนักงานเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขต 10 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 10 ดำเนินงานพัฒนาระบบดูแลเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นเขตสุขภาพที่ 10 ขึ้น เพื่อพัฒนาระบบการค้นหา คัดกรอง บำบัดรักษาวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย และขยายผลการพัฒนาระบบไปสู่ภาคีเครือข่ายนอกกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กและเยาวชน ประโยชน์สูงสุดเพื่อให้วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า เข้าถึงบริการ ได้รับการดูแลช่วยเหลือ เมื่อป่วยเป็น MDD ได้รับการบำบัดรักษาเพื่อลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยเลือกกลุ่มวัยรุ่นตอนต้น หากสามารถพัฒนาระบบดูแลเฝ้าระวังและเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจแต่แรกเริ่ม ก็จะสามารถเป็นเกราะกักกันรับมือกับปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชได้เมื่อเติบโตขึ้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของระบบดูแลเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า และป้องกันการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 10 ในการเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยรุ่น

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการศึกษาและพัฒนา (research and development design) โดยใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (a multiphase mixed methods design) มี 3 ระยะ คือ 1) พัฒนา 2) ทดสอบประสิทธิภาพ 3) ขยายผล กลุ่มตัวอย่างคือ 1) บุคลากรทางการศึกษา ครูในโรงเรียนมัธยมในเขตสุขภาพที่ 10 2) บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) 3) บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กและเยาวชน และ 4) วัยรุ่นตอนต้น (ช่วงอายุ 13-15 ปี) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 การศึกษาครั้งนี้ได้รับหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เลขที่โครงการวิจัย 019/2560 การดำเนินการระหว่างปีงบประมาณ 2561 – 2567

วิธีการดำเนินงาน

เป็นการพัฒนาระบบการดูแลเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นใช้แนวคิด PARISH (the promoting action of research implementation in health services)¹³ ซึ่งเป็นแนวคิดในการพัฒนาระบบบริการ มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ บริบทของพื้นที่ (context) หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence) รวมทั้งเอกสาร แนวทางต่างๆ ที่จะนำมาใช้ในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังให้เกิดการทำงานตามแผน (facilitation) โดยผู้พัฒนาระบบ และการประเมินผล (evaluation) ประกอบด้วยผลผลิต ผลลัพธ์ ซึ่งได้นำมาปรับใช้ตามบริบทของพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 (รูปที่ 1)

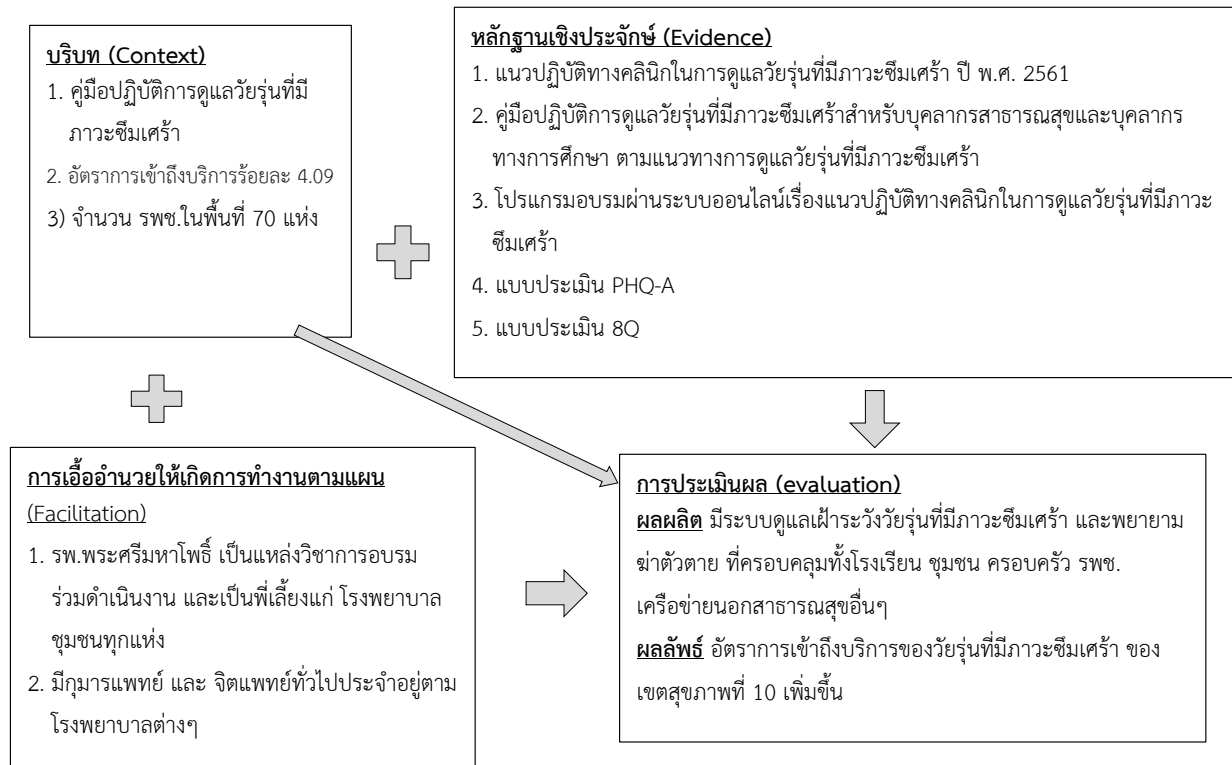
ระยะที่ 1 การพัฒนาและสร้างต้นแบบระบบดูแลเฝ้าระวัง ดำเนินการในปีงบประมาณ 2561–2563 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาวิเคราะห์สภาพปัญหาและระบบบริการภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น ในเขตสุขภาพที่ 10 (need analysis) ในพื้นที่นำร่องอำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร ปี พ.ศ. 2561 กลุ่มตัวอย่าง 47 ราย ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และครูในโรงเรียน ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม รวมถึงนำระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด มาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาระบบให้สอดคล้องกับบริบทของวัยรุ่น¹⁴

ขั้นตอนที่ 2 ร่วมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ปี พ.ศ. 2561 กับราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต¹⁵ และร่วมพัฒนาคู่มือปฏิบัติการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า สำหรับบุคลากรสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา ตามแนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า¹⁶ และนำไปใช้ทั่วประเทศรวมทั้งในเขตสุขภาพที่ 10 ในปี พ.ศ. 2562 - 2563

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาโปรแกรมอบรมผ่านระบบออนไลน์ เรื่องแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ในปี พ.ศ. 2562 - 2563 สำหรับแพทย์ทั่วไปที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน¹⁷

ขั้นตอนที่ 4 นำแนวปฏิบัติทางคลินิกการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า มาปรับปรุงหลังจากการนำร่องในพื้นที่¹⁴ เป็นแนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าของเขตสุขภาพที่ 10



รูปที่ 1 แสดงแนวคิด PARISH ในการพัฒนาระบบการดูแลเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น

ระยะที่ 2 การทดสอบประสิทธิภาพเบื้องต้นของระบบดูแลเฝ้าระวังวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า (Preliminary efficacy testing) ดำเนินการในปีงบประมาณ 2564 - 2566 มี 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การดำเนินการตามระบบดูแลเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ประกอบด้วย การส่งเสริมป้องกันโดยทั่วไป (universal prevention) การค้นหากลุ่มเสี่ยง (selected prevention) และการบำบัดรักษากลุ่มที่พบภาวะซึมเศร้า (indicated prevention) ในเขตสุขภาพที่ 10 (รูปที่ 2)

Universal Prevention	Selected prevention	Indicated Prevention	Treatment
โรงเรียน	โรงเรียน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
- จัดกิจกรรมส่งเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจสำหรับนักเรียน - สร้างแกนนำสุขภาพจิต ครู / นักเรียน - พัฒนาศักยภาพผู้ปกครองให้เข้าใจวัยรุ่น - School Health HERO	- ครูค้นหา คัดกรอง ด้วย PHQ-A, 8Q ในวัยรุ่นที่มีความเสี่ยง - ส่งไปรับการประเมินอาการ วินิจฉัยโรคที่โรงพยาบาล ส่งเสริม สุขภาพตำบล หรือ โรงพยาบาลชุมชน	- ประเมินอาการ วินิจฉัยโรค - บำบัดรักษาด้วยยาและบำบัดทางสังคมจิตใจ - ติดตามอาการ โดยแพทย์และพยาบาล	- รับดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยรุ่นที่อาการรุนแรงที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน - สนับสนุนทางวิชาการ เป็นพี่เลี้ยงและให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ โดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น

รูปที่ 2 แสดงกระบวนการดำเนินงานของระบบดูแลเฝ้าระวังวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

1.1 อบรมครูเพื่อทำการคัดกรองนักเรียนมัธยมต้น ด้วยแบบประเมิน PHQ-A¹⁸ (patient health questionnaire - adolescent version) และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องเทคนิคการให้คำปรึกษาแก่ครู อบรมแกนนำนักเรียน ในการค้นหาและดูแลเพื่อนที่เสี่ยงมีภาวะซึมเศร้า รวมถึง จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต พัฒนาทักษะชีวิตแก่นักเรียน

1.2 พัฒนาศักยภาพแพทย์ในโรงพยาบาลต่างๆ ให้สามารถตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา ติดตามดูแลเฝ้าระวัง อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาให้ครูในโรงเรียน โดยใช้ โปรแกรมอบรมผ่านระบบออนไลน์เรื่องแนวปฏิบัติทางคลินิก ในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าสำหรับแพทย์ทั่วไปที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลชุมชน¹⁷

1.3 พัฒนาศักยภาพพยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชน โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มทักษะการให้คำปรึกษา

1.4 พัฒนาศักยภาพผู้ปกครอง โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้คำปรึกษาแก่ลูกวัยรุ่น ในโรงเรียนมัธยมอย่างน้อย 1 โรงเรียน/จังหวัด

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินประสิทธิผลของการดำเนินงาน ตามระบบและปรับปรุงแก้ไขกระบวนการดำเนินงานให้เหมาะสม มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติงานในเขตสุขภาพที่ 10

ระยะที่ 3 การปรับปรุงและบูรณาการขยายผล ดำเนินการ ในปีงบประมาณ 2565 - 2567 มี 5 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การบูรณาการระบบดูแลเฝ้าระวังภาวะ ซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น โดยใช้แบบประเมิน ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8Q ของกรมสุขภาพจิต¹¹ ซึ่งมี 8 ข้อ ร่วมกับแบบประเมิน PHQ-A¹⁸ มีระบบการค้นหา ดูแล เฝ้าระวัง บำบัดรักษาและรายงาน ซึ่งใช้จุดตัดคะแนน แบบประเมิน 8Q 10 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความเสี่ยงต่อการ ฆ่าตัวตายระดับปานกลาง แบบประเมิน PHQ-A จุดตัด 10 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง

ขั้นตอนที่ 2 ขยายผลตามโครงการบูรณาการช่วยเหลือ สุขภาพจิตและจิตสังคมเด็กและเยาวชนในจังหวัดน่าน ร่อง อุบลราชธานีระยะที่ 1 ในปี พ.ศ. 2566 เป็นการเฝ้าระวัง ภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น เกิดเป็นแนวทาง ร่วมกับหน่วยงานจากกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวง สาธารณสุข กระทรวงยุติธรรม และกระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ ในการวิจัยระยะนี้จาก UNICEF Thailand

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินโครงการบูรณาการช่วยเหลือสุขภาพ จิตและจิตสังคมเด็กและเยาวชนในจังหวัดน่านร่องอุบลราชธานี ระยะที่ 2 เป็นการพัฒนาทักษะการให้คำปรึกษา การดูแล ช่วยเหลือ และการฝึกสติเพื่อการยอมรับและพัฒนาตนเอง¹⁹ แก่บุคลากรสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา ได้รับการ สนับสนุนงบประมาณในการวิจัยระยะนี้จาก UNICEF Thailand

ขั้นตอนที่ 4 ขยายผลไปยังสถานศึกษาทั้งในและ นอกกระบบ สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ศาลเยาวชนจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลสรรพสิทธิ ประสงค์ โรงพยาบาล 50 พรรษามหาชริราชกรณณ์ โรงพยาบาล วารินชำราบ ในการค้นหาคัดกรอง บำบัดรักษาและหากอาการ รุนแรงซับซ้อนไม่สามารถรักษาได้ ทำการส่งต่อมายังจิตแพทย์ เด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

ขั้นตอนที่ 5 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น ซึมเศร้าในระดับเหนือกว่าตติยภูมิ (supratertiary care unit) ในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พัฒนาแผนผังระบบการดูแล ผู้ป่วย (caremap) การดูแลเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และแนวทางการดูแลเด็ก และวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าสำหรับบุคลากรทีมสหวิชาชีพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล การเข้าถึงบริการและเปรียบเทียบ การเพิ่มขึ้น ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การพัฒนาและสร้างต้นแบบระบบการดูแลเฝ้าระวัง ในปี พ.ศ. 2561 – 2563

การวิเคราะห์สถานการณ์ระบบบริการดูแลเฝ้าระวัง ภาวะซึมเศร้าวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 10 กลุ่มตัวอย่างที่เป็น บุคลากร 47 ราย ประกอบด้วย ทางการศึกษา 23 ราย ทางสาธารณสุข 24 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ทั้งสองกลุ่ม มีประสบการณ์ทำงานกับวัยรุ่น สิ่งที่แตกต่างกันชัดเจนใน สองกลุ่มนี้คือ บุคลากรทางสาธารณสุขส่วนใหญ่จะรับทราบถึง ระบบบริการสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ในขณะที่บุคลากร ทางการศึกษาส่วนใหญ่ไม่ทราบถึงระบบบริการดังกล่าว¹⁴ ในพื้นที่พบปัญหาหลายด้าน เช่น ยังไม่มีเครื่องมือคัดกรอง ภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่นที่เหมาะสม การเข้าถึงบริการ ค่อนข้างต่ำ ไม่มีระบบส่งต่อผู้ป่วยจากชุมชนหรือโรงเรียน มายังโรงพยาบาล ไม่มีรูปแบบการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า

ในวัยรุ่นที่ชัดเจนสำหรับแพทย์โรงพยาบาลชุมชน ทำให้ไม่มั่นใจในการวินิจฉัยและรักษา ไม่มีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นในการให้คำปรึกษา ตลอดจนมีปัญหาในการประเมินผู้ป่วยก่อนส่งต่อกรณีเกินขีดความสามารถในการรักษา แต่ทุกฝ่ายเห็นความสำคัญของการจัดระบบดูแลเฝ้าระวังวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

การพัฒนาต้นแบบระบบดูแลเฝ้าระวัง ผู้วิจัยได้บูรณาการแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า¹⁵ คู่มือปฏิบัติการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าสำหรับบุคลากรสาธารณสุข บุคลากรทางการศึกษา¹⁶ เข้ากับแนวคิด PARIHS¹³ นำมากำหนดเป็นต้นแบบระบบดูแลเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ให้มีการส่งเสริมป้องกันโดยทั่วไป โดยให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าแก่นักเรียน คณาจารย์กลุ่มเสี่ยง บำบัดรักษากับกลุ่มที่ซึมเศร้า ดำเนินการในพื้นที่นำร่องอำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร 23 โรงเรียน สามารถคัดกรองเด็กและวัยรุ่นได้ 1,469 ราย พบกลุ่มเสี่ยงซึมเศร้า 220 รายและส่งเข้ารับการรักษารอคซึมเศร้าที่โรงพยาบาลเลิงนกทา 7 ราย¹⁴ แพทย์ที่ผ่านการอบรมระบบออนไลน์เรื่องแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มี

ภาวะซึมเศร้าสำหรับแพทย์ทั่วไปมีความมั่นใจในระดับมากที่สุดในการประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้า วินิจฉัยโรคซึมเศร้า การบำบัดรักษา การให้ข้อมูลเกี่ยวกับยารักษาโรคซึมเศร้า และการตัดสินใจส่งต่อผู้เชี่ยวชาญได้¹⁷

ระยะที่ 2 การทดสอบประสิทธิภาพเบื้องต้นของระบบดูแลเฝ้าระวังวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า (Preliminary efficacy testing)

ผลการดำเนินงานตามระบบดูแลเฝ้าระวังฯ ทั้ง 5 จังหวัดในเขตสุขภาพตามโครงการการพัฒนาาระบบดูแลเฝ้าระวังวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในเขตบริการสุขภาพที่ 10 ในระหว่างปี พ.ศ. 2564, 2565 และ 2566 มีการดำเนินงานร่วมกับโรงเรียนในเขตสุขภาพที่ 10 เป็นจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ คือ 34 แห่ง, 70 แห่ง และ 140 แห่งตามลำดับ เช่นเดียวกับการร่วมดำเนินงานของครู เป็นจำนวนมากขึ้น คือ 350 ราย, 750 ราย และ 1,400 รายตามลำดับ และการร่วมดำเนินการของผู้ปกครองที่เป็นจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ เช่นเดียวกัน คือ 510, 1,048 และ 2,500 รายตามลำดับ ผลการดำเนินงานดูแลเฝ้าระวัง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงผลการดำเนินงานระบบดูแลเฝ้าระวังวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น

ลำดับ	ผลการดำเนินงานตามกิจกรรม	ปี พ.ศ. 2564		ปี พ.ศ. 2565		ปี พ.ศ. 2566	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	วัยรุ่นที่ได้รับการคัดกรองด้วย PHQ-A	12,989	-	17,723	-	25,991	-
2	วัยรุ่นที่มีความเสี่ยงจากผลการประเมิน PHQ-A ระดับปานกลางขึ้นไป ≥ 10 คะแนน	3,176	24.45	9,251	35.19	7,510	28.89
3	วัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าและได้รับการรักษาด้วยยาร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม	305	9.60	210	2.27	221	2.94
4	วัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับปานกลางขึ้นไป จากผลการประเมิน $8Q > 10$ คะแนน	27	8.85	18	8.57	23	10.40
5	การรักษา 6 เดือน และอาการซึมเศร้ามลดลง	230	75.41	172	81.90	188	85.06
6	วัยรุ่นที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ	0	0	0	0	0	0

จากตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่าในปี พ.ศ. 2564-2566 มีการค้นหาวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าและเข้าถึงบริการบำบัดรักษาได้เพิ่มขึ้น ข้อมูลจากการรายงานไม่พบวัยรุ่นที่อยู่ในระบบดูแลเฝ้าระวังฆ่าตัวตายสำเร็จ ปี พ.ศ. 2565 มีการปรับปรุงแบบคัดกรอง PHQ-A เป็นออนไลน์ที่คัดกรองและแปลผลด้วยตนเอง มีเครือข่ายแกนนำครูและนักเรียนในการเฝ้าระวังดูแลช่วยเหลือ

ปัญหาซึมเศร้า มีทักษะการให้คำปรึกษาในโรงเรียน และสามารถให้ความรู้การเกิดโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นแก่ผู้ปกครองในช่วงปฐมนิเทศ 192 ราย มีบุคลากรทางการแพทย์ใน รพช.และ รพ.สต. ครบทุกอำเภอที่สามารถตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา และติดตามดูแลเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง มีแนวทางการดูแลช่วยเหลือของทีมดูแลช่วยเหลือที่เป็นแนวปฏิบัติ

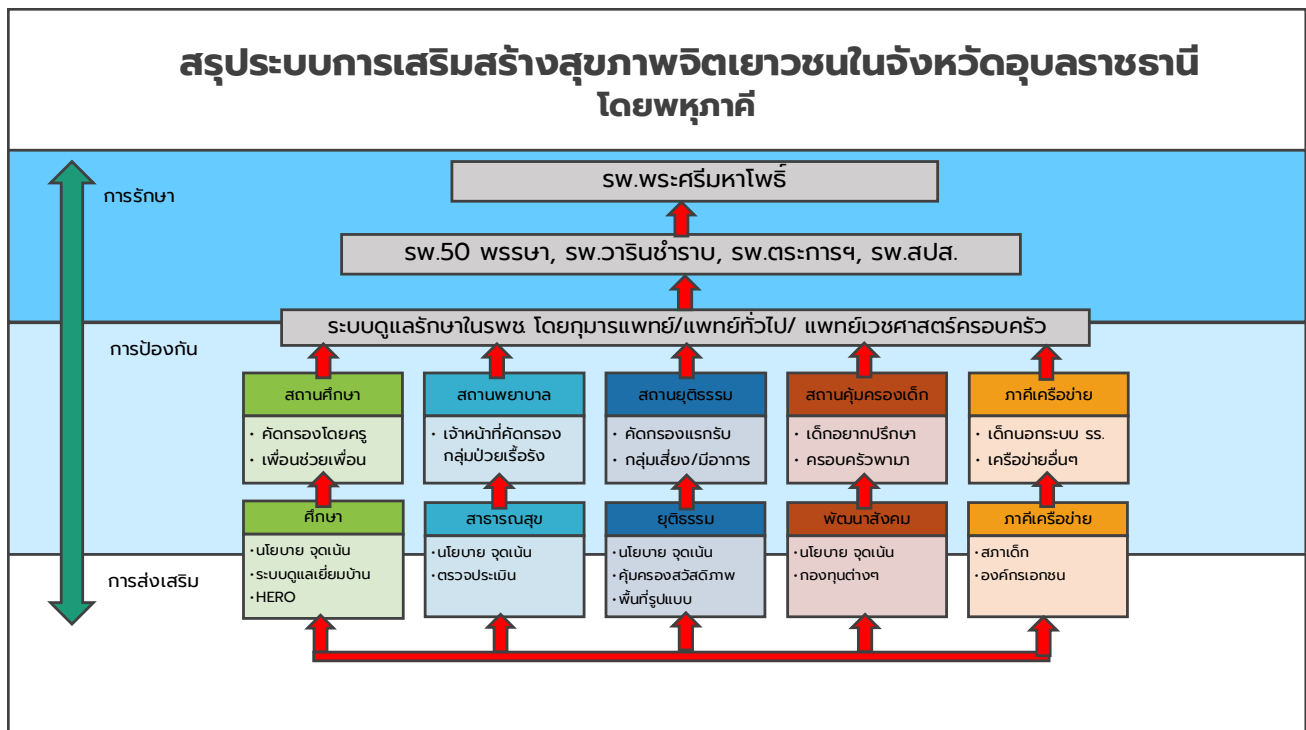
ที่เป็นเลิศ (best practice) เครือข่ายบูรณาการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าขับเคลื่อนด้วยการเฝ้าระวังดูแลเชิงรุกเชิงรับ ด้วยการสร้างเครือข่ายแบบบูรณาการทุกภาคส่วน ทำให้ในปี พ.ศ. 2565 ไม่พบวัยรุ่นที่อยู่ในระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าฆ่าตัวตายสำเร็จ

รวมทั้งได้ทำการปรับปรุงระบบดูแลเฝ้าระวังฯ ในโรงเรียนใหม่ให้มีการเตือน (alert) เมื่อคัดกรองพบกลุ่มเสี่ยงสูง และการคืนข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้อง เป็น มาตรการ 1-1-1 คือ เมื่อประเมินแล้วจะต้องคืนข้อมูลให้แก่โรงเรียนภายใน 1 วัน ครูและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ต้องเข้าประเมินนักเรียนกลุ่มเสี่ยงภายใน 1 สัปดาห์ และกลุ่มเสี่ยงจะต้องได้พบแพทย์เพื่อรับการรักษภายใน 1 เดือน

ระยะที่ 3 การปรับปรุงระบบและบูรณาการขยายผลการดำเนินงานระบบดูแลเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าสู่การฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ดำเนินการในปีงบประมาณ 2566 - 2567

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า อัตราวัยรุ่นซึมเศร้าในโรงเรียนเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แต่วัยรุ่นนอกโรงเรียนยังขาดโอกาสการเข้าถึงบริการ จึงทำการเฝ้าระวังเชิงรุกใน

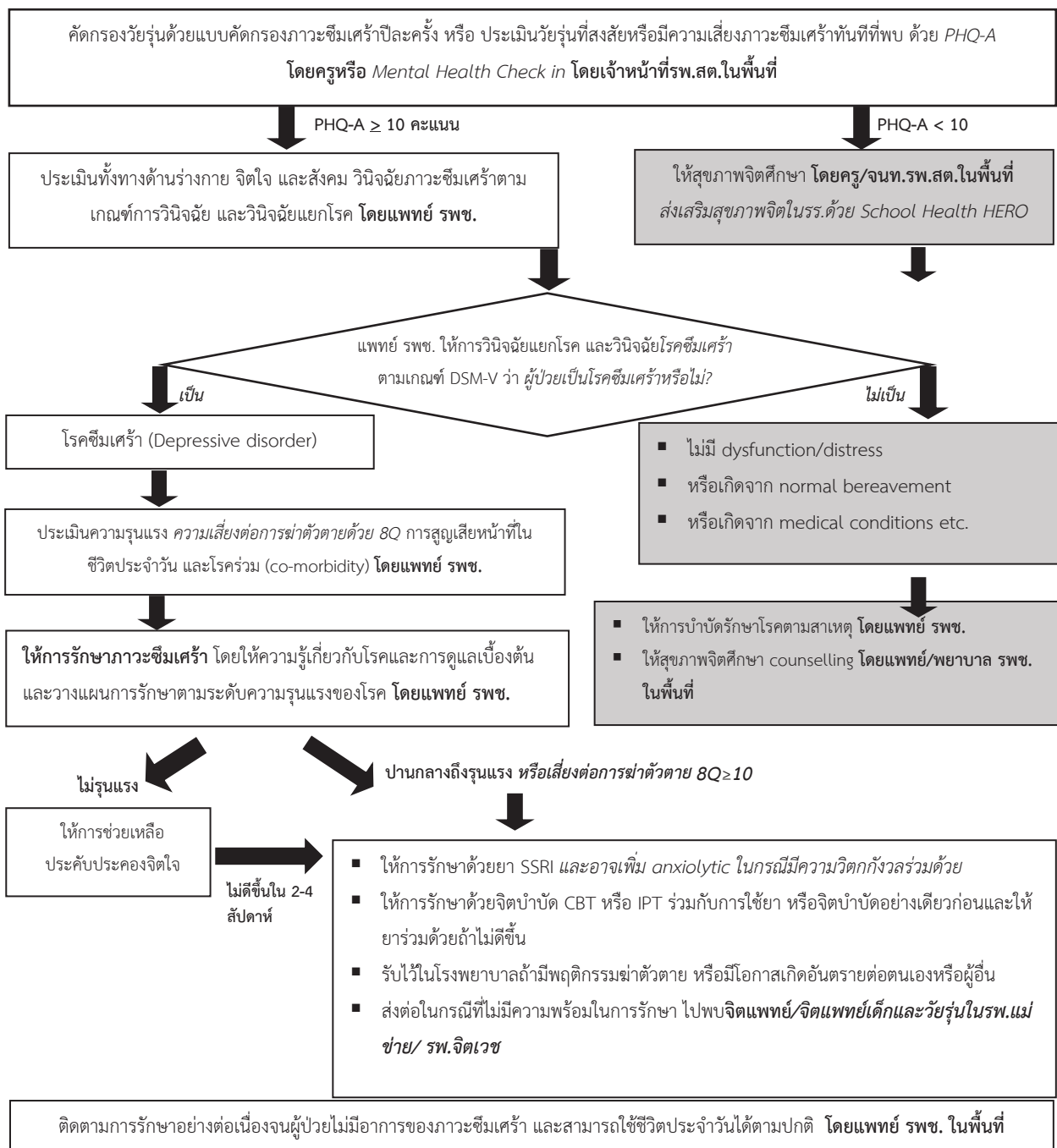
ชุมชนนอกโรงเรียนเพิ่มขึ้น และขยายกลุ่มอายุให้ครอบคลุมกลุ่มวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยม กล่าวคือจากเดิมดำเนินการค้นหาคัดกรองในกลุ่มอายุ 13-15 ปีได้ขยายไปจนถึงอายุ 18 ปี ดำเนินการบูรณาการช่วยเหลือสุขภาพจิตและจิตสังคมเด็กและเยาวชน ระยะที่ 1 ในจังหวัดอุบลราชธานี ร่วมกับเครือข่าย 4 กระทรวง ได้แก่ ยุติธรรม สาธารณสุข พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และศึกษาธิการ และจากเครือข่ายอื่นๆ ในจังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สมัชชาสุขภาพ หน่วยจัดการสร้างเสริมสุขภาพเด็กและเยาวชน และสภาเด็กและเยาวชน รวมทั้งหมด 45 ราย ร่วมกำหนดวิสัยทัศน์ว่า “อุบลราชธานีเป็นจังหวัดที่ไม่มีเด็กและเยาวชนเป็นโรคซึมเศร้า” มีเป้าหมาย 3 ประการ คือ 1) เด็กและเยาวชนทุกกลุ่มได้รับการคัดกรองปัญหาซึมเศร้าทุกปี 2) เด็กและเยาวชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลช่วยเหลือจากระบบในจังหวัดสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และ 3) ภาควิชาเครือข่าย ชุมชน และครอบครัวเข้มแข็งเสริมสร้างสุขภาพจิตเด็กและเยาวชน โดยสรุประบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตเยาวชนในจังหวัดอุบลราชธานีโดยพหุภาคีได้ (รูปที่ 3)



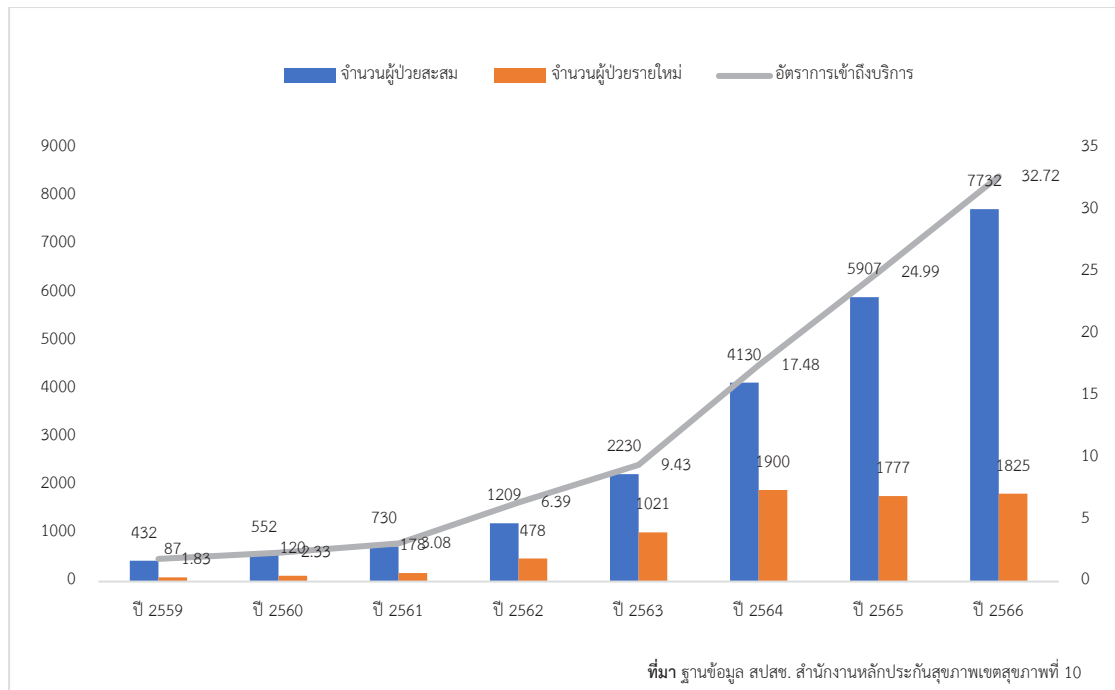
รูปที่ 3 สรุประบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตเยาวชนในจังหวัดอุบลราชธานีแบบพหุภาคี

ในปี พ.ศ. 2567 ได้ดำเนินโครงการบูรณาการฯ ระยะที่ 2 มีการพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายเพิ่มมากขึ้นแก่บุคลากรสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา รวม 40 รายและผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา 5 เขต ศาลเยาวชนและครอบครัว สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชนเขต 5 บ้านพักเด็กและครอบครัวและศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 รวม 50 ราย และขยายผลสู่สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชนทุกแห่งของเขตนี้ นอกจากนี้

ยังได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นซึมเศร้าในระดับเหนือกว่า ตติยภูมิของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ (supratertiary care unit) มาเป็นแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยระหว่างทีมสหวิชาชีพ (caremap) เพื่อการดูแลเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาล ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการส่งต่อจากเครือข่าย วัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามีอัตราการหายทุเลาสูงขึ้นถึงร้อยละ 82.16 ได้แนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าของเขตสุขภาพที่ 10 (รูปที่ 4) ระบบนี้ทำให้อัตราการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนพัฒนาระบบ (รูปที่ 5)



รูปที่ 4 สรุปแนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าของเขตสุขภาพที่ 10



รูปที่ 5 แสดงอัตราการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าของวัยรุ่นอายุ 13-15 ปี เขตสุขภาพที่ 10 ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2559- 2566

วิจารณ์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบดูแลเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นเขตสุขภาพที่ 10 และเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของระบบดูแลเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ประเมินผลลัพธ์จากการเข้าถึงบริการที่เพิ่มขึ้น จากผลการศึกษาสามารถสรุปได้ว่าการวิจัยนี้บรรลุตามวัตถุประสงค์ โดยการพัฒนาระบบการดูแลเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นที่เป็นผลมาจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและวางแผนร่วมกันทำให้เกิดแนวทางการดูแลเฝ้าระวังวัยรุ่นที่ซึมเศร้าและเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ได้ระบบที่ประกอบด้วยการคัดกรองซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน PHQ-A การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วย 8Q การวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าโดยแพทย์และรับการรักษาตามแนวทาง มีการติดตามเฝ้าระวังดำเนินการด้วยทีมโรงเรียน เครือข่ายสุขภาพ และหน่วยงานที่ดูแลวัยรุ่นและเยาวชน การส่งต่อ มีการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตวัยรุ่นด้วยการเฝ้าระวังดูแลเชิงรุก เชิงรับด้วยการสร้างเครือข่ายแบบบูรณาการทุกภาคส่วนทั้ง ภาครัฐ เอกชน ประชาชน รวมทั้งมีช่องทางการสื่อสาร เชื่อมโยง ส่งต่อได้อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระดับชุมชน โรงเรียน จนถึงโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องตลอดจนสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยในระดับโรงพยาบาลทั่วไปจนถึงระดับเฉพาะทาง รวมทั้งทีมดูแลช่วยเหลือในเครือข่าย มีการพัฒนา best practice ของเครือข่ายแบบบูรณาการดูแล

วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า และติดตามดูแลเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ทำให้วัยรุ่นที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้รับการดูแลรักษาอย่างทั่วถึงรวดเร็ว ปัจจัยของความสำเร็จที่ทำให้ระบบการดูแลเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การมีแนวคิดในการดำเนินงานที่ชัดเจน โดยใช้กรอบแนวคิด PARIHS^{13,21} การประยุกต์ใช้งานวิจัยในบริการสุขภาพที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ บริบทที่สอดคล้องกับวัยรุ่น และการเอื้ออำนวยให้เกิดการทำงานตามแผน จึงทำให้เกิดผลผลิตเป็นระบบการดูแลเฝ้าระวังวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตาย ที่ครอบคลุมทั้งโรงเรียน ชุมชน ครอบครัว โรงพยาบาลในชุมชน เครือข่ายนอกสาธารณสุขอื่นๆ และผลลัพธ์คืออัตราการเข้าถึงบริการของวัยรุ่นซึมเศร้าในเขตสุขภาพที่ 10 เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ได้แก่ การดำเนินงานร่วมกันอย่างต่อเนื่องของทีมสุขภาพจิตและภาคีเครือข่าย ทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข อีกทั้งได้รับความสำคัญเชิงนโยบายและการได้รับงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงานอีกด้วย จะเห็นได้ว่า การพัฒนาระบบบริการนี้เป็นการพัฒนาเพื่อวัยรุ่นซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัดโดยธณินทร์ กองสุข และคณะ¹¹ ซึ่งเป็นระบบที่พัฒนาสำหรับคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีกิจกรรมการค้นหาคัดกรองด้วย 2 คำถาม การประเมินอาการซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม การประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตายด้วย 8 คำถาม การวินิจฉัยและบำบัดรักษาตามแนวเวชปฏิบัติ การดูแลช่วยเหลือ/บำบัดรักษา

อย่างรวดเร็วและติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง และการส่งเสริมเพื่อป้องกันในประชาชนและกลุ่มเสี่ยง มีการนำเข้าสู่ระบบบริการปกติในพื้นที่ทั้งประเทศ ได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบายและพัฒนาสมรรถนะบุคลากรสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง จนทำให้เกิดระบบการบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพ ผู้มีภาวะซึมเศร้าได้รับการดูแลทางสังคมจิตใจ 1.7 ล้านคน มีการดูแลเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย 0.7 ล้านคน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการรักษาด้วยยาและการบำบัดทางสังคมจิตใจ 0.69 ล้านคน²²

ด้านการประเมินผลของระบบนี้สามารถยืนยันถึงประสิทธิผลได้ว่า การค้นหา คัดกรองวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงตามระบบดูแลเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นทำให้การเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 1.83 ในปี พ.ศ. 2559 เป็นร้อยละ 32.72 ในปี พ.ศ. 2566 ซึ่งสอดคล้องกับคำแนะนำขององค์กร US Preventive Services Task Force ประเทศสหรัฐอเมริกา ที่ระบุว่า การคัดกรองซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นอายุ 12-18 ปี มีความสัมพันธ์กับการลดอาการซึมเศร้าและการตอบสนองต่อการรักษาอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น ยิ่งมีการคัดกรองความเสี่ยงได้เร็ว ยิ่งทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลได้รวดเร็วขึ้น²³ และสอดคล้องกับการพัฒนาระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัดโดย Kongsuk และคณะ²² ที่มีการค้นหาคัดกรอง การประเมินภาวะซึมเศร้า การวินิจฉัย การดูแลช่วยเหลือและบำบัดรักษาอย่างรวดเร็ว การติดตามเฝ้าระวังการกลับซ้ำและฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง และการส่งเสริมเพื่อป้องกันการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในประชาชนและกลุ่มเสี่ยง ทำให้อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นมากกว่า 10 เท่า ดังนั้น การคัดกรองความเสี่ยงซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายจึงมีความสำคัญในวัยรุ่นโดยเฉพาะกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของครอบครัว วัยรุ่นที่ถูกทอดทิ้ง ปล่อยปละละเลย ถูกกลั่นแกล้งรังแก หรือมีประวัติได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจอย่างรุนแรง รวมทั้งมีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว²³ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการตามคำแนะนำ จึงทำให้เกิดประสิทธิภาพในการนำผู้ป่วยเข้าถึงบริการ อีกทั้งผลการศึกษาสอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอไทรบุรี จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2565 ที่มีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่ทำให้เกิดระบบที่ชัดเจน สามารถปฏิบัติได้จริง มีวิธีการที่ดีเป็นที่ยอมรับจากผู้ปฏิบัติงานด้วยหลักการบริหารแบบมีส่วนร่วม มีการติดตามประเมินผลที่ดี และนำผลไปพัฒนารูปแบบขณะดำเนินการเป็นระยะด้วยความร่วมมือร่วมใจของผู้ปฏิบัติงาน จนทำให้นักเรียนที่มีอาการซึมเศร้าได้รับการ

ดูแลตามระบบจนอาการลดลง²⁴ และสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่เป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดมหาสารคาม โดยการพัฒนากระบวนการข้อมูลผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้า การคัดกรองผู้ป่วย และการพัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวังและป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น พบว่า นักศึกษาในมหาวิทยาลัยได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น นักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้ามักทำร้ายตนเอง ได้รับการให้คำปรึกษา และส่งต่อรักษาที่โรงพยาบาล ไม่มีอัตราการฆ่าตัวตาย มีระบบติดตามเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยงทุกราย โดยปัจจัยความสำเร็จคือ การขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกมหาวิทยาลัยทั้งภาครัฐ เอกชนและภาคท้องถิ่น²⁵ นอกจากนี้การดำเนินงานวิจัยยังได้พบประเด็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับประโยชน์ของการพัฒนาระบบดูแลเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นในพื้นที่เขตสุขภาพ เมื่อวิเคราะห์เกี่ยวกับการลดต้นทุนทางเศรษฐกิจ ของผู้ป่วยที่ต้องเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช พบว่า การพัฒนาระบบดูแลเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นสามารถลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการเดินทางไกลมาจากต่างจังหวัดเพื่อมาใช้บริการที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ซึ่งปัจจัยด้านฐานะทางเศรษฐกิจที่ต่ำ (low socio-economic status) เป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นตัวทำนายการเกิดอาการซึมเศร้า²⁴ ดังนั้นการลดต้นทุนค่าใช้จ่ายสูงที่ต้องเดินทางไปรับบริการ ย่อมเท่ากับลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าทั้งกับวัยรุ่นและผู้ปกครองด้วย จึงเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จอย่างยั่งยืนในพื้นที่บริการ

ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการดำเนินงานเชิงระบบในการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า อาจมีตัวแปรที่เข้ามาเกี่ยวข้องในการดำเนินงานจำนวนมาก และไม่สามารถควบคุมตัวแปรได้ทั้งหมด อีกทั้งมีกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย มีการดำเนินงานต่อเนื่องเป็นระยะเวลาหลายปี ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งเน้นด้านการค้นหา คัดกรองวัยรุ่นซึมเศร้าเข้าสู่การบริการ การวินิจฉัยและรักษา แต่ยังมีข้อจำกัดในการพัฒนาการบำบัดรักษาทางสังคมจิตใจเฉพาะสำหรับวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน และการติดตามข้อมูลผลการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องในระยะยาว อีกทั้งผลการศึกษามีข้อจำกัดในเขตบริการสุขภาพที่ 10 เท่านั้น หากจะนำไปใช้สามารถปรับระบบการดำเนินงานได้ตามบริบทของพื้นที่

โอกาสพัฒนา(Future plan for development)

สามารถนำไปต่อยอดใช้ในการพัฒนาระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่นในพื้นที่อื่นได้ และอาจเพิ่มเติมแนวทางการบำบัดทางสังคมจิตใจวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายให้มีความชัดเจนมากขึ้นรวมทั้งพัฒนาระบบการติดตามประเมินผลการบำบัดรักษาให้มีความต่อเนื่อง

สรุป

การศึกษานี้พบว่า สถานการณ์ปัญหาของระบบบริการสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 10 ก่อนที่จะมีการพัฒนาระบบในปี พ.ศ. 2564 พบว่าบุคลากรทางการศึกษาส่วนใหญ่ไม่ทราบถึงระบบนี้ บุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ยังไม่มีเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่นที่เหมาะสม การเข้าถึงบริการค่อนข้างต่ำ ไม่มีระบบส่งต่อผู้ป่วยจากชุมชนหรือโรงเรียนมายังโรงพยาบาล ไม่มีรูปแบบการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ชัดเจนสำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จึงทำให้ไม่มั่นใจในการวินิจฉัยและรักษา ไม่มีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นในการให้คำปรึกษา จึงมีการพัฒนาระบบดูแลเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นเขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) การค้นหาคัดกรองด้วย PHQ-A และประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วย 8Q 2) การวินิจฉัยโรค 3) การรักษาและดูแลตามระดับความรุนแรงของอาการ และ 4) การติดตามเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำและการฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง จุดเด่นของระบบนี้คือ ได้รับการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกสาธารณสุข ทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งมีระยะเวลาดำเนินการที่ยาวนาน ทำให้เห็นการขยายพื้นที่ออกไปอย่างกว้างขวางมากขึ้น ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลเฝ้าระวัง และครอบคลุมมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนาระบบดูแลเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและวัดผลลัพธ์ที่อัตราการเข้าถึงบริการของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าเท่านั้น ไม่มีการควบคุมตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพการดำเนินงาน รวมทั้งทำการศึกษาในเขตสุขภาพที่ 10 การนำไปใช้ในเขตสุขภาพอื่นที่มีความแตกต่างทางบริบททางสังคมควรมีการศึกษาเพิ่มเติม

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกสาธารณสุข ที่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาระบบดูแลเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น เขตบริการสุขภาพที่ 10 และการสนับสนุนงบประมาณจากแผนงาน/โครงสร้างการเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรค ระดับเขต

(PPA) ดำเนินการทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 10 และ UNICEF Thailand

เอกสารอ้างอิง

1. Wahid SS, Ottman K, Hudhud R, Gautam K, Fisher HL, Kieling C, Mondelli V, Kohrt BA. Identifying risk factors and detection strategies for adolescent depression in diverse global settings: A Delphi consensus study. *J Affect Disord* 2021;279:66-74. doi:10.1016/j.jad.2020.09.098.
2. Rey JM, Bella-Awusah TT, Jing L. Depression in children and adolescents. In: Rey JM, (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions: 2015.
3. World Health Organization. Depressive disorder (depression) [Internet]. 2023 [cited Mar 20, 2025]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
4. Mullen S. Major depressive disorder in children and adolescents. *Ment Health Clin* 2018;8(6): 275-83. doi:10.9740/mhc.2018.11.275
5. Data and Statistics on Children's Mental Health. Atlanta: U.S. Centers for Disease Control and Prevention. [Internet]. 2025 [cited Mar 20, 2025]. Available from: <https://www.cdc.gov/children-mental-health/data-research/index.html>
6. Ekasawin S, Phothisit C, Chomcheun R. The prevalence of psychiatric disorders in Thai students aged 13-17 years. *J Ment Health Thailand* 2016;24(3):141-53.
7. Panyawong W, Santitadukul R, Pavasuthipaisit C. Prevalence of depression and suicidal risks in Thai adolescents: a survey in schools from 13 Public Health Regions. *J Ment Health Thailand* 2020; 28(2):136-49.
8. Sukhawaha S, Kenbubpha K, Saganrum K, Pianthong K, Thongbenjamas S, Hasook P. Prevalence of depression and its association with suicide risk in junior high school students of Ubon Ratchathani Province. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2020;65(15):15-24.

9. Strategic and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Mid-year population statistics report 2020 [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; [cited Mar 21, 2025]. Available from: <https://spd.moph.go.th/mid-year-population/>
10. National Health Security Office. Outpatient and inpatient database [Internet]. Nonthaburi: National Health Security Office; [cited Mar 21, 2025]. Available from: <https://www.nhso.go.th>
11. Prasimahabodi Hospital. Provincial guidelines for the surveillance and management of depression. 3rd revised ed. Ubon Ratchathani: Siritham Offset; 2014.
12. National Health Security Office Region 10 Ubon Ratchathani. Report on access to health services in Health Region 10 for the year 2019.
13. Kitson A, Harvey G, McCormack B. Enabling the implementation of evidence-based practice: a conceptual framework. *Qual Health Care* 1998;7(3):149-58. doi:10.1136/qshc.7.3.149
14. Joomprabutra W, Pavasutthipaisit C. Feasibility study of clinical practice guideline for adolescents with depression in community at district level: a pilot study. *J Ment Health Thailand* 2020;28(1): 1-15.
15. The Royal College of Pediatricians of Thailand, Pediatric Society of Thailand, Child and Adolescent Psychiatric Society of Thailand, Child and Adolescent Mental Health Rajanakarindra Institute. Clinical practice guideline for adolescents with depression Bangkok: Beyond Publishing Co., Ltd; 2018.
16. The Royal College of Pediatricians of Thailand, Pediatric Society of Thailand, Child and Adolescent Psychiatric Society of Thailand, Child and Adolescent Mental Health Rajanakarindra Institute. The manual for managing adolescents with depression: For healthcare professionals and education personnel according to the clinical practice guidelines for adolescents with depression Bangkok: Beyond Publishing Co., Ltd; 2018.
17. Joomprabutra W, Kenbubpha K, Palabut S. Development and effectiveness of an online training program based on adolescent depression guidelines for physicians in the 10th public health region. *J Ment Health Thailand* 2021;29(4):333-44.
18. Panyawong W, Pavasutthipaisit C, Santitadaku R. Validation of the Thai version of the Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) in school setting. *J Ment Health Thailand* 2022;30(1):38-48.
19. Juengsiragulwit D, Thongthamarat Y, Praneetpoolgrung P, Choompudsa P, Tantipiwattanasakul P. The efficacy of group mindfulness-based cognitive therapy in prevention of youth depression: a pilot study. *J Ment Health Thailand* 2015;23(3):143-53.
20. National Suicide Prevention Center. Success rate of suicide per 100,000 populations [Internet]. 2025 [cited Mar 20, 2025]. Available from: https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/stat_prov.asp
21. Ward MM, Baloh J, Zhu X, Stewart GL. Promoting action on research implementation in health services framework applied to TeamSTEPPS implementation in small rural hospitals. *Health Care Manage Rev* 2017;42(1):2-13.
22. Kongsuk T, Supanya S, Kenbubpha K, Phimtra S, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Services for depression and suicide in Thailand. *WHO South-East Asia J Public Health* 2017;6(1):34-38. doi:10.4103/2224-3151.206162
23. US Preventive Services Task Force. Screening for depression and suicide risk in children and adolescents: US preventive services task force recommendation statement. *JAMA* 2022;328(15): 1534-42. doi:10.1001/jama.2022.16946
24. Thongnimit S. The development of a depression surveillance and care model for high school students, Phrai Bueng District, Sisaket Province in 2022. *J Health Environ Educ* 2023;8(11):220-31.
25. Phoaphan C, Klomkleaw M, Thongseeluang W. Development of an access to health service model for adolescents with depressive disorder. *Acad J Mahasarakham Prov Public Health Off* 2022;6(12):57-69.