

การคัดกรองและการดูแลภาวะซึมเศร้าเบื้องต้น ของทหารในพื้นที่ชายแดน

Screening and primary care for depression among borderland soldiers

สุจิรา ฟุ่งเฟื่อง* ยุทธศาสตร์ ฟุ่งเฟื่อง** อรติรา บุญประดิษฐ์***

Sujira Foongfaung Yuttasart Foongfaung** Aorntira Boonpradit****

Received: 2 April 2023 / Revised: 23 June 2023 / Accepted: 30 June 2023

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในทหารชายแดนทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญของทหารชายแดนไทย เพราะส่งผลให้ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการปฏิบัติภารกิจลดลง โดยมีสาเหตุมาจากความเครียดด้านการเงิน และความปลอดภัยในชีวิตจากการปฏิบัติหน้าที่ ทหารชายแดนไทยมีความต้องการความช่วยเหลือในการแก้ปัญหาความเครียด และการเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพจิต ดังนั้น การคัดกรองและการดูแลเบื้องต้นเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าจะเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญในการแก้ปัญหาภาวะซึมเศร้าของทหารชายแดนไทย บทความนี้ต้องการนำเสนอความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการดูแลเบื้องต้นภาวะซึมเศร้าของทหารชายแดนที่เจ้าหน้าที่ด้านกำลังพลทหารสามารถนำไปใช้เพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินการดูแลภาวะซึมเศร้าของทหารชายแดน ความรู้ที่จำเป็นเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย แนวคิดเบื้องต้น แนวทางการคัดกรอง การบำบัดรักษา และการติดตามผลการรักษา โดยแนวทางการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย การคัดกรองด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (PHQ-2) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (PHQ-9) การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม และการวินิจฉัยอาการและอาการแสดงภาวะซึมเศร้าด้วยคู่มือวินิจฉัยอาการผิดปกติทางจิต ฉบับที่ 5 (DSM-5) แนวทางการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าประกอบด้วย การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยวิธีจิตบำบัด และการรักษาด้วยวิธีธรรมชาติบำบัด ส่วนแนวทางการติดตามผลการรักษาภาวะซึมเศร้าเป็นแนวปฏิบัติที่ใช้ผลการประเมินผลลัพธ์หลักเกี่ยวกับการตอบสนองต่อการรักษา และแนวปฏิบัติที่ใช้

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

**กรมเทคโนโลยีสารสนเทศและอวกาศกลาโหม

***วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พระพุทธบาท สถาบันพระบรมราชชนก

*Boromarajonani College of Nursing Nonthaburi, Praboromarajchanok Institute

**Defence Information and Space Technology Department

***Borommarajonani College of Nursing, Phra-Putthabhat, Parboromrajchanok Institute

ผลการประเมินผลลัพธ์รองเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย การนอนหลับ และการรับประทานอาหาร

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า/ การดูแลเบื้องต้น/ การคัดกรองภาวะซึมเศร้า/ ทหารชายแดน

Abstract

Depression is a common mental health problem among borderland soldiers worldwide and in Thailand as well. Depression is a major problem for Thai borderland soldiers because it reduces the efficiency and effectiveness of their missions. This is caused by stress from financial problems and insecurity in life from performing duties. Thai borderland soldiers need help to address stress and access mental health services. Therefore, depression screening and primary care will be the starting crucial points to solving the depression problems of Thai borderland soldiers. This article aims to present knowledge about the depression screening and primary care of borderland soldiers that can be used by military manpower officers to increase the effectiveness of the depression care operations of borderland soldiers. The required knowledge about depression includes basic concepts and guidelines for screening, treatments, and treatment follow-up. The guidelines for depression screening include screening with the Patient Health Questionnaire (PHQ-2), the Patient Health Questionnaire (PHQ-9), and the Suicide Risk Assessment 8 Questions, and diagnosing depression symptoms and signs with the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). The depression treatment guidelines are approaches for medications, psychotherapy, and natural depression treatments. The guidelines of depression treatment follow-up are approaches that use the results of the primary outcome assessment of treatment response, and secondary outcomes assessment of changing behaviors of exercise, sleeping, and eating.

Keywords: depression/ primary care/ screening/ borderland soldier

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในทหารทั่วโลก จากรายงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของทหารใน 5 ประเทศ ได้แก่ ออสเตรเลีย แคนาดา นิวซีแลนด์ อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา พบว่า ทหารมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 20.0 ถึง 75.0 โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ร้อยละ 48.0 และการคัดกรองด้วยเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าทำให้สามารถค้นหากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงได้มากขึ้น (Thériault, et al., 2020) ภาวะซึมเศร้าทำให้ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการปฏิบัติภารกิจของทหารลดลง และยังนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้สูงขึ้น (Moradi, et al., 2021; Sapkota, et al., 2022) การศึกษาภาวะซึมเศร้าของทหารไทยที่ปฏิบัติภารกิจในพื้นที่ชายแดน พบว่า ภาวะซึมเศร้าของทหารเรือที่ปฏิบัติภารกิจในพื้นที่ชายแดนได้มีความชุก ร้อยละ 8.4 โดยมีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง (วิเชียร ศรีภูธร และคณะ, 2558) และทหารบกที่ปฏิบัติภารกิจในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ส่วนใหญ่มีความเครียดและความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และต้องการได้รับความช่วยเหลือ โดยสาเหตุของความเครียดเกิดจากปัญหาด้านการเงินและความไม่ปลอดภัยในชีวิตในช่วงการปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่ชายแดน และอุปสรรคที่เผชิญคือ การบริการด้านสุขภาพจิตที่ไม่เพียงพอ (อิสรา รักษ์กุล, 2554)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีคู่มือการดูแลสุขภาพทางจิตใจกำลังพลกองทัพบกที่ปฏิบัติราชการสนามสำหรับหน่วยงานสายแพทย์ ซึ่งมีการนำเสนอคู่มือสุขภาพทางจิตใจ รวมถึงการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีการคัดกรองโดยใช้เครื่องมือที่หลากหลาย และมีจุดเน้นด้านการรักษาด้วยยา รวมถึงยังมีช่องว่างในเรื่องการบำบัดรักษาเบื้องต้น และการติดตามผลการรักษาภาวะซึมเศร้า (กรมแพทย์ทหารบก, 2564)

ดังนั้นจากข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นว่า การคัดกรองและดูแลเบื้องต้นของภาวะซึมเศร้าของทหารชายแดนยังเป็นปัญหาที่มีความสำคัญที่จะต้องหาแนวทางในการช่วยเหลือให้เหมาะสมกับบริบทของการปฏิบัติภารกิจในพื้นที่ชายแดนที่มีความเสี่ยงต่อชีวิต บทความนี้ประสงค์ที่จะนำเสนอความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการดูแลเบื้องต้นภาวะซึมเศร้าของทหารชายแดน โดยมีสาระสำคัญประกอบด้วย แนวคิดเบื้องต้นของภาวะซึมเศร้า แนวทางการคัดกรองภาวะซึมเศร้า แนวทางการบำบัดรักษา และแนวทางการติดตามผลการรักษาภาวะซึมเศร้า เพื่อช่วยให้เข้าใจองค์ประกอบการคัดกรองและการดูแลเบื้องต้นภาวะซึมเศร้าของทหารชายแดน ซึ่งจะช่วยให้เกิดแนวคิด และเพิ่มประสิทธิภาพในการช่วยเหลืออย่างเป็นระบบในด้านการประเมินคัดกรองการบำบัดรักษา และการติดตามผลการรักษาภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องของทหารที่ปฏิบัติภารกิจในพื้นที่ชายแดน

แนวคิดเบื้องต้นของภาวะซึมเศร้า

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า (depression) และโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) มีความสัมพันธ์กันซึ่งสามารถพิจารณาความสัมพันธ์ได้จากความหมายของภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า

Beck (2007) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่าเป็นอาการที่แสดงที่มีความแปรปรวนในด้านอารมณ์ ความคิดแรงงใจ และร่างกาย โดยมีอาการเศร้า ไม่กระตือรือร้นในชีวิต การกิน การนอนผิดปกติ คิดว่าตนเอง เจ็บป่วย มีความคิดทางลบต่อตนเอง ต่ำหนิตนเอง รู้สึกตนเองไร้ค่า มีความคิดในทางลบต่อสิ่งแวดล้อม และมีความคิดในทางลบต่ออนาคต ท้อแท้ หดหวัง

Karren, Hafen, Gordon & Smith (2006) ให้ความหมายภาวะซึมเศร้า 4 ความหมาย 1) ความรู้สึกของมนุษย์ ที่เกิดจากการรบกวนสมดุลของชีวิตในภาวะปกติ การสูญเสีย ความขัดแย้ง หรือการบาดเจ็บ 2) อาการเจ็บป่วยทางกายหรืออาการข้างเคียงจากการได้รับยา 3) ความผิดปกติทางคลินิกซึ่งเป็นกลุ่มอาการทางชีววิทยาที่เกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทซึ่งไม่ใช่ปฏิกิริยาในภาวะปกติ เกิดขึ้นโดยไม่มีเหตุผลที่ชัดเจน มีอาการมากกว่าอารมณ์เศร้าเป็นครั้งคราว มีภาวะซึมเศร้าเป็นประจำ ศูนย์ความสุขในสมองทำหน้าที่ได้ไม่ดี และศูนย์การลงโทษในสมองทำงานมากเกินไป แม้กระทั่งสิ่งที่ดีก็ทำให้รู้สึกแย่ ทำให้เกิดการรับรู้ที่บิดเบือนทุกสิ่งเหมือนมีแต่ในทางลบ บางครั้งภาวะซึมเศร้าก็เกี่ยวข้องกับการยอมแพ้ง่าย ๆ บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ารู้สึกรับไม่ได้กับปัจจุบันและอนาคต บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงอาจจะยอมแพ้ต่อชีวิตลดกิจกรรมลงเรื่อย ๆ ไม่สนใจผู้คน ละทิ้งงานอดิเรก ละทิ้งหน้าที่ เนื่องจากไม่มีความรู้สึกดีและยินดีกับสิ่งใด และ 4) ผลสืบเนื่องจากภาวะวิกฤต

World Health Organization (2023) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ หดหู่ หรือสูญเสียความสุข หรือความสนใจในกิจกรรมเป็นเวลานาน นอกจากนี้ยังสามารถรบกวนการนอนหลับ ความอยากอาหาร เกิดความเหนื่อยล้า และไม่มีสมาธิ

กรมสุขภาพจิต (2556) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นอารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของมนุษย์เมื่อต้องเผชิญกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียของรัก หน้าที่การงาน หรืออวัยวะของร่างกาย ซึ่งมักแสดงออกโดยการซึมเศร้า ร้องไห้ เฉื่อยชา เหม่อลอย หมกมุ่นคิดวนเวียนเรื่องเดิม ๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และสนใจสิ่งรอบข้างลดลง โดยทั่วไปคนเราจะใช้เวลาหลายวันในการปรับตัว ลดอารมณ์ซึมเศร้านี้ให้น้อยลงหรือหมดไป เป็นกระบวนการธรรมชาติที่เกิดขึ้นกับทุกคนในบางช่วงเวลาของชีวิต แต่เมื่ออารมณ์ซึมเศร้าเกิดขึ้นและอยู่นาน เมื่อเปรียบเทียบกับ การสูญเสียจนส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน จึงถือว่าเป็นความผิดปกติ ซึ่งอาการเหล่านี้จะเป็นติดต่อกันเป็นระยะยาวนานหลายสัปดาห์จนถึงหลายปีจนเกิดเป็นโรคซึมเศร้า ส่งผลกระทบต่อการทำงาน การเรียน ครอบครัวและสังคม

จตุรพร แสงกุล (2561) กล่าวว่า ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ในลักษณะเศร้า เบื่อหน่าย คิดเรื่องที่เป็นด้านลบ รู้สึกท้อแท้ หดหวัง ความสนใจในกิจกรรมรอบตัวลดน้อยลงมาก การนอนอาจเปลี่ยนไป ส่วนใหญ่มักพบปัญหาอนนอนน้อยลง การรับประทานอาหารเปลี่ยนไป ส่วนใหญ่มักพบเป็นการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารน้อยลง ผู้อื่นอาจสังเกตเห็นผู้ป่วยพูดน้อยลง ซึมลง เก็บตัว หรือร้องไห้บ่อย ๆ อาการมักเกิดต่อเนื่องทุกวัน เป็นช่วง แต่ละช่วงมีอาการนานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป และอาการอาจยาวนานได้ถึง 6 เดือน

พลั้งสันต์ จงรักษ์ (2564) ให้ความหมายของโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ว่า เป็นภาวะซึมเศร้ารุนแรง เป็นความผิดปกติของจิตใจซึ่งมีลักษณะโดยรวมคือ มีภาวะซึมเศร้าร่วมกับขาดความเคารพตนเอง รวมทั้งมีภาวะสิ้นยินดี (anhedonia) คือไม่มีความสนใจหรือพึงพอใจในกิจกรรมที่โดยปกติเป็นที่น่าพึงพอใจ

จากความหมายของภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า สามารถสรุปความสัมพันธ์ได้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะความแปรปรวนในด้านอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจ และร่างกาย มีอาการและอาการแสดง ได้แก่ อารมณ์เศร้า อารมณ์หดหู่ ซึมเฉย เฉื่อยชา เหม่อลอย สนใจสิ่งรอบข้างลดลง ไม่กระตือรือร้นในชีวิต สูญเสียความสุข กินนอนผิดปกติ คิดว่าตนเองเจ็บป่วย คิดทางลบต่อตนเอง ต่ำหนืดตนเอง รู้สึกตนเองไร้ค่า คิดทางลบต่อสิ่งแวดล้อม และคิดทางลบต่ออนาคต ร้องไห้ ท้อแท้ หดหู่ เกิดความเหนื่อยล้า ไม่มีสมาธิ หงุดหงิดวุ่นวายเรื่องเดิม ๆ ซึ่งอาการและอาการแสดงเหล่านี้หากเป็นติดต่อกันเป็นระยะเวลานานหลายสัปดาห์จนถึงหลายปีจนเกิดเป็นโรคซึมเศร้า ส่งผลกระทบต่อการทำงาน การเรียน ครอบครัวและสังคม สอดคล้องกับ ครองรัตน์ ดุลลาพันธ์ (2561) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นการแสดงอาการทางอารมณ์เศร้าขั้นต้นของโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นอารมณ์ที่หม่นหมองหดหู่ มีแต่ความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังจนมีอาการต่าง ๆ ตามมา ได้แก่ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย น้ำหนักลดลง นอนไม่หลับ เป็นต้น ถ้าบุคคลสามารถออกจากอาการซึมเศร้าหรือเบื่อหน่ายและกลับสู่ชีวิตปกติของตนเองได้ก็ไม่เข้าข่ายการเป็นโรคซึมเศร้า

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

ทฤษฎีที่ใช้อธิบายสาเหตุของภาวะซึมเศร้าประกอบด้วย ทฤษฎีชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยา และทฤษฎีทางสังคมวิทยา ความเข้าใจแนวคิดทฤษฎีจะทำให้สามารถเข้าใจภาวะซึมเศร้าได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้สามารถหาแนวทางป้องกันได้อย่างรวดเร็ว (ตัญญา จำปาวัลย์, 2560)

1. ทฤษฎีชีววิทยาประกอบด้วย ทฤษฎีชีวเคมีเชื่อว่าสาเหตุของภาวะซึมเศร้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมองต่ำกว่าปกติทำให้การควบคุมการทำงานลดลง เช่น การนอนหลับลดลง ความอยากอาหารลดลง สมาธิลดลง รวมถึงความไม่สมดุลของระดับฮอร์โมน และทฤษฎีพันธุกรรมเชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเป็นลักษณะการบกพร่องทางพันธุกรรมที่ถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง

2. ทฤษฎีทางจิตวิทยาประกอบด้วย ทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่าอารมณ์เศร้าของมนุษย์เกิดจากการมีประสบการณ์เชิงลบตั้งแต่วัยเด็ก ทำให้เกิดกลไกการจัดการกับปัญหาที่ไม่เหมาะสม และไม่สามารถปรับตัวได้ดี ในเวลาต่อมา ทฤษฎีจิตสังคมเชื่อว่าการเกิดภาวะซึมเศร้าเกิดจากคนกับสิ่งแวดล้อมไม่สามารถจะแยกจากกันได้ หรือกล่าวได้ว่า สถานการณ์ก่อให้เกิดความเครียด ทั้งเหตุการณ์ในชีวิตและสิ่งแวดล้อม และทฤษฎีการเรียนรู้เชื่อว่าการเกิดภาวะซึมเศร้าเกิดจากการขาดแรงเสริม (lack of reinforcement) ทางบวกที่เหมาะสม ทำให้การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ มองโลกในแง่ร้าย ทำให้ไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆ หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัวเองได้ ส่งผลให้บุคคลมีความคาดหวังต่อตนเองในทางลบ

3. ทฤษฎีทางสังคมวิทยาเชื่อว่าถ้าสังคมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วก็จะทำให้สถานภาพของบุคคลเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วตามไปด้วย และการที่บุคคลจะมีความสุขนั้นต้องคงบทบาทและสถานภาพทางสังคมไว้แต่ควรอยู่ในระดับที่เหมาะสม (อภิญา วงศ์ใหม่, 2561) ครองรัตน์ ดุลลาพันธ์ (2561) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการมีสัมพันธภาพภายในครอบครัวไม่ดี หรือปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่ต้องพัฒนาไปตามวัยไม่เหมาะสม เกิดจากเหตุการณ์ในชีวิตทางลบหรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ปัจจัยทางสังคมอีกประการหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าคือ การเปลี่ยนแปลงของ

โครงสร้างทางสังคมที่ทำให้บุคคลขาดบทบาทและไม่สามารถกำหนดชะตาชีวิตของตนเองได้ ในขณะที่อัณณิ มณีนิล (2563) อธิบายว่า ปัจจัยทางสังคมที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าคือ การได้รับประสบการณ์จากเหตุการณ์สะเทือนใจ การเผชิญกับสภาพเศรษฐกิจที่กดดันและรัดตัวก่อให้เกิดความเครียด ความทุกข์ ขาดความผ่อนคลายและความสะดวกสบายในชีวิต

จึงสรุปได้ว่าสาเหตุของภาวะซึมเศร้าเกิดจากหลายสาเหตุที่มีปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างปัจจัยทางชีววิทยา จิตวิทยา และสังคมวิทยา ดังนั้นการปฏิสัมพันธ์ของการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมอง ฮอร์โมน พันธุกรรม ความทุกข์ยากในวัยเด็ก การสูญเสีย รวมถึงการว่างงานอาจมีส่วนสนับสนุนและอาจกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้า (National Institute of Mental Health, 2022; World Health Organization, 2023)

แนวทางการคัดกรองภาวะซึมเศร้า

ประสิทธิภาพของการคัดกรองภาวะซึมเศร้าจะขึ้นอยู่กับคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินเพื่อคัดกรอง ซึ่งจะนำไปสู่การวินิจฉัยอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าได้อย่างถูกต้อง ดังนั้น การเลือกเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับคัดกรองภาวะซึมเศร้าของทหารไทยชายแดนจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ

1. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (Patient Health Questionnaire-2, PHQ-2) เป็นแบบคัดกรองที่พัฒนาโดย สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ (Arunpongpaisal, et al., 2009) เป็นแบบคัดกรองค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มหรือเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยคำตอบคือ มีและไม่มี ถ้าคำตอบมีในข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ต้องประเมินอีกครั้งด้วยแบบประเมินที่มีความจำเพาะสูงคือ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9) ถ้าคำตอบไม่มีทั้ง 2 คำถาม ถือว่าปกติ ไม่มีภาวะซึมเศร้า คุณภาพของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า PHQ-2 มีค่าความไวอยู่ที่ร้อยละ 96.5 และค่าความจำเพาะอยู่ที่ร้อยละ 85.1

2. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9) เป็นแบบคัดกรองที่พัฒนาโดยธรณินทร์ กองสุข และคณะ (2561) โดยคำตอบเป็นความถี่ของอาการ 4 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่มีอาการเลยให้ค่าคะแนน 0 เป็นบางวันให้ค่าคะแนน 1 เป็นบ่อยให้ค่าคะแนน 2 และเป็นทุกวันให้ค่าคะแนน 3 กำหนดจุดตัดของคะแนนคือตั้งแต่ 7 ขึ้นไป การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ น้อยกว่า 7 คะแนน หมายถึงไม่มีภาวะซึมเศร้า 7 - 12 คะแนน หมายถึงมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 13 - 18 คะแนน หมายถึงมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และมากกว่า 19 คะแนน หมายถึงมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง คุณภาพของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า PHQ-9 มีค่า area under receiver operating characteristic เท่ากับ .928 (95% CI = .893, .964) ค่าความไวร้อยละ 75.7 และค่าความจำเพาะร้อยละ 93.4 ค่าความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้าเมื่อผลทดสอบเป็นบวก (positive likelihood ratio: LR+) 11.41 เท่า นอกจากนี้แบบคัดกรองนี้มีการพัฒนาให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยเพื่อใช้ในภาคต่าง ๆ โดยใช้ตามภาษาท้องถิ่น ได้แก่ ภาษาอีสาน ภาษากลาง และภาษาไทย ทำให้สามารถนำไปใช้ได้แพร่หลายมากขึ้น

3. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของเบ็ค ฉบับที่ 1A (Beck Depression Inventory 1A: BDI-1A) แปลเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (2522) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ แบ่งเป็นคำถามอาการทางจิตใจ 15 ข้อ และอาการทางกาย 6 ข้อ แต่ละข้อคำถามมี 4 ตัวเลือก ประเมินอาการที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกให้มากที่สุด ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เริ่มตั้งแต่ไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย (คะแนน 0) ไปถึงอาการรุนแรง (คะแนน 3) คุณภาพของแบบคัดกรองมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา 0.8 ค่าความเชื่อมั่น (สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค) 0.9 ค่าความไวร้อยละ 84.6 และค่าความจำเพาะร้อยละ 86.4

4. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย (Thai Depression Inventory: TDI) แปลเป็นภาษาไทยโดยมานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ (2542) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ คำตอบเป็นตัวเลือกระดับคะแนน 4 ระดับ (ระดับคะแนน 0 – 3) โดย 0 - 19 คะแนน หมายถึงไม่มีภาวะซึมเศร้า 20 - 25 คะแนน หมายถึงมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 26 – 34 คะแนน หมายถึงมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และ 35 คะแนนขึ้นไป หมายถึงมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง คุณภาพของแบบคัดกรองมีค่าความเชื่อมั่นโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.9 และค่าความตรงตามสภาพ 0.7

5. แบบประเมินปัญหาสุขภาพแบบวัดด้วยตนเอง เพื่อตรวจหาโรคซึมเศร้าในประชากรไทย (health-related self-report; HRSR, The diagnostic screening test for depression in Thai population) พัฒนาโดยดวงใจ กษานติกุล และคณะ (2540) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ โดย 19 ข้อแรกแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนภาวะซึมเศร้าเป็น 4 ระดับ (ระดับคะแนน 0 – 3) ข้อสุดท้ายเป็นคำถาม 2 ตัวเลือกเคย/ไม่เคย ถ้าตอบเคยให้ 3 คะแนน และถ้าตอบไม่เคย ให้ 0 คะแนน แบ่งระดับภาวะซึมเศร้าเป็น 3 ระดับ โดยคะแนนตั้งแต่ 20 - 24 คะแนน หมายถึงมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 25 - 29 คะแนน หมายถึงมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และ 30 คะแนนขึ้นไป หมายถึงมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง คุณภาพของแบบประเมินมีความเที่ยง (สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค) 0.9

6. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (Suicide Risk Assessment 8 Questions) เป็นเครื่องมือประเมินแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายพัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ (ชิตชนก โอภาสวัฒนา, 2563) การแปลผลความเสี่ยงฆ่าตัวตายเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1 - 8 คะแนน หมายถึงมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับน้อย 9 - 16 คะแนน หมายถึงมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับปานกลาง และมากกว่า 17 คะแนน หมายถึงมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับรุนแรง คุณภาพของแบบประเมินมีค่าความไวร้อยละ 87.1 และค่าความจำเพาะร้อยละ 89.4

จากการทบทวนแบบประเมินภาวะซึมเศร้าพบว่า แบบประเมินภาวะซึมเศร้าเป็นแบบประเมินที่สามารถใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าของบุคคลได้ตามระดับของภาวะซึมเศร้าได้ตั้งแต่ไม่มีภาวะซึมเศร้าถึงระดับที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยสามารถใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (PHQ-2) เป็นลำดับแรก ตามด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (PHQ-9) ซึ่งใช้เวลาเพียง 1 – 5 นาที และปิดท้ายด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม ดังนั้น จึงเลือกแบบประเมินทั้งสามมาใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกำลังพลทหารไทยชายแดน โดยมีข้อเสนอแนะแนวทางปฏิบัติ ได้แก่ ผู้ประเมินควรเป็นบุคลากรทางการแพทย์ใน

หน่วยงานหรือกองพัน ถ้าแบบคัดกรอง PHQ-2 ระบุว่าเป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ให้ประเมินต่อด้วยแบบคัดกรอง PHQ-9 ทั้งนี้ ไม่ควรเว้นช่วงนานเกิน 3 เดือน ถ้าคะแนนแบบคัดกรอง PHQ-9 ≥ 7 คะแนน ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม และส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่มีบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านจิตเวช เช่น พยาบาลจิตเวช จิตแพทย์

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการวินิจฉัยอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าพบว่า ปัจจุบันเป็นการวินิจฉัยโดยใช้คู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต ฉบับที่ 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5) โดยเฉพาะเมื่อผลการตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าออกมาเป็นไปในเชิงบวก ควรยืนยันการวินิจฉัยด้วยเกณฑ์ DSM-5 ซึ่งหากมีอาการเกือบทั้งวัน เกือบทุกวัน ติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ โดยมีอาการ 5 อาการหรือมากกว่าจาก 9 อาการ โดยต้องมีอาการในข้อ 1 หรือข้อ 2 อย่างน้อย 1 ข้อ จึงแสดงว่าอาจมีภาวะซึมเศร้า ซึ่ง 9 อาการประกอบด้วย 1) อารมณ์ซึมเศร้าเกือบทั้งวันเกือบทุกวัน 2) ความสนใจหรือความสุขลดลงอย่างเห็นได้ชัดในกิจกรรมเกือบทั้งหมดเกือบทุกวัน 3) น้ำหนักลดลงอย่างมากเมื่อไม่ได้ดื่มน้ำหรือเพิ่มน้ำหนัก (น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5) 4) นอนไม่หลับหรือนอนไม่หลับเกือบทุกวัน 5) กระสับกระส่ายหรือเชื่องช้าเกือบทุกวัน (จากการสังเกตของผู้อื่นมิใช่เพียงจากความรู้สึกของผู้ป่วยว่ากระวนกระวายหรือช้าลง) 6) เหนื่อยล้าหรือสูญเสียพลังงานทุกวัน 7) รู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกผิดมากเกินไป 8) ความสามารถในการคิด สมาธิ หรือความลึกลับลดลงเกือบทุกวัน และ 9) มีความคิดวนเวียนเกี่ยวกับอยากตาย ความคิดฆ่าตัวตายซ้ำ ๆ โดยไม่เจาะจงแผนหรือความพยายามฆ่าตัวตายหรือแผนเฉพาะสำหรับการฆ่าตัวตาย (Department of Veterans Affairs Department of Defense, 2022)

ดังนั้นในการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าของทหารชายแดน จึงควรยืนยันการวินิจฉัยด้วยเกณฑ์ DSM-5 อีกครั้งหลังการคัดกรองภาวะซึมเศร้าแล้วพบว่า มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งการจำแนกความรุนแรงของอาการซึมเศร้าตามอาการและคะแนน PHQ-9 สรุปได้ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าตามคะแนน PHQ-9 และจำนวนอาการตาม DSM-5

ระดับความรุนแรง	คะแนนรวม PHQ-9	จำนวนอาการตาม DSM-5
น้อย	7-12	5
ปานกลาง	13-18	6-7
มาก	≥ 19	8-9

สรุปได้ว่า แนวทางการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของทหารชายแดนประกอบด้วยกิจกรรมตามลำดับดังนี้ 1) การคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรอง PHQ-2 2) การคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรอง PHQ-9 3) การคัดกรองด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม และ 4) การวินิจฉัยอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าด้วย DSM-5

แนวทางการบำบัดรักษาและการติดตามผลการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้า

การดำเนินการหลังจากได้คัดกรองภาวะซึมเศร้าของทหารไทยชายแดนแล้วหากพบว่า มีทหารที่ต้องได้รับการบำบัดรักษา หน่วยงานที่รับผิดชอบจะต้องทำหน้าที่ดูแลต่อจากหน่วยงานที่ให้การบำบัดรักษา ซึ่งจะต้องอาศัยความรู้เกี่ยวกับการบำบัดรักษาและการติดตามผลการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้า

1. แนวทางการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้า

วิธีการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าประกอบด้วย 3 วิธี ได้แก่ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยวิธีจิตบำบัด และการรักษาด้วยวิธีธรรมชาติบำบัด

1.1 การรักษาด้วยยาเป็นการรักษาด้วยการใช้ยาเพื่อไปปรับสมดุลสารเคมีในสมอง การใช้ยารักษาต้องอยู่ในการดูแลของแพทย์อย่างเคร่งครัด ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และเมื่ออาการดีขึ้นแล้วควรรับประทานยาต่อไปอีก 6-12 เดือน เพื่อป้องกันอาการกลับมาเป็นซ้ำ ดังนั้น ต้องให้คำแนะนำผู้ป่วยแม้ไม่มีอาการควรต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ที่เคยป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามักจะกลับมาป่วยซ้ำ ซึ่งถือว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับยาระยะยาว (มานิช หล่อตระกูล และทานตะวัน อวิรุทธ์วรกุล, 2561)

1.2 การรักษาด้วยวิธีจิตบำบัดเป็นการรักษาทางจิตใจซึ่งมีวิธีการรักษาอยู่หลายรูปแบบ ซึ่งอาจเป็นการพูดคุยกับจิตแพทย์อันจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเอง สาเหตุที่ทำให้ตนเองเป็นทุกข์ ซึมเศร้า เข้าใจปัญหาและนำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมในที่สุด วิธีการที่พบว่าสามารถรักษาโรคซึมเศร้าได้ดี 3 วิธี ได้แก่ การรักษาแบบปรับความคิดและพฤติกรรม การรักษาแบบปรับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการรักษาจิตบำบัดเชิงลึก (มานิช หล่อตระกูล และทานตะวัน อวิรุทธ์วรกุล, 2561)

1.2.1 การรักษาแบบปรับความคิดและพฤติกรรมเป็นการรักษาทางจิตใจภายใต้ความเชื่อว่าการของผู้ป่วยมีสาเหตุจากการมีแนวคิดที่ไม่ตรงตามความเป็นจริง ดังนั้น การรักษาจึงมุ่งแก้ไขแนวคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความจริงมากขึ้น รวมถึงการปรับพฤติกรรมด้วยการใช้ทักษะใหม่ที่เหมาะสมมากขึ้นในการแก้ปัญหา

1.2.2 การรักษาแบบปรับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นการรักษาทางจิตใจที่มุ่งให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและผู้อื่นที่ดีขึ้น

1.2.3 การรักษาจิตบำบัดเชิงลึกเป็นการรักษาทางจิตใจโดยการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจปมขัดแย้งที่อยู่ในจิตใจตนเองจนนำมาสู่โรคซึมเศร้า

1.3 การรักษาด้วยวิธีธรรมชาติบำบัด เป็นการรักษาด้วยการดูแลตัวเองและคนรอบข้างให้มีสุขภาพดีโดยไม่ต้องพึ่งพาการใช้ยา เป็นวิถีทางธรรมชาติที่ใช้ธรรมชาติเยียวยาจิตใจและสุขภาพกายให้แข็งแรงไปพร้อม ๆ กัน เป็นการปรับพฤติกรรมเพื่อปรับสมดุลให้กับสมองโดยการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมทางกายภาพ (physical activities) วิถีการดำเนินชีวิต (lifestyle) และวิธีการคิด (way of thinking) วิธีการรักษาด้วยธรรมชาติบำบัดที่เหมาะสมและสามารถนำมาใช้ได้กับการแก้ปัญหาภาวะซึมเศร้าของทหารชายแดนคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย การนอนหลับ และการรับประทานอาหาร

1.3.1 การปรับพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายสามารถป้องกันและบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าได้ Heissel, et al. (2023) ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) ของงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized control trials, RCTs) พบว่า การบำบัดด้วยการออกกำลังกาย (exercise therapy: ET) ในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าในระดับน้อยถึงปานกลางที่ไม่มีโรคที่ห้ามออกกำลังกายสามารถลดระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (ระดับ A) การศึกษาของ Singh, et al. (2023) และ U.S. Department of Health and Human Services (2018) พบว่า การออกกำลังกายมีประโยชน์อย่างมากในการทำให้อาการของโรคซึมเศร้าดีขึ้นในประชากรวัยผู้ใหญ่หลากหลายกลุ่ม ผู้ที่มีความผิดปกติทางสุขภาพจิตที่ได้รับการวินิจฉัย รวมถึงประชากรทั่วไป โดยเฉพาะการออกกำลังกายแบบที่มีความเข้มข้นสูง (high-intensity interval training, HIIT) ซึ่งเป็นการออกกำลังกายโดยใช้กล้ามเนื้อและใช้แรงหนักสลับกับการพักในระยะสั้น ๆ ทำซ้ำไปซ้ำมาจนครบกำหนดเวลา อาจจะใช้เวลานาน 10 - 30 นาที ขึ้นอยู่กับความต้องการและสภาพร่างกายของแต่ละคน ซึ่งสามารถกระตุ้นอัตราการเต้นของหัวใจให้สูงขึ้นกว่าปกติได้ถึงร้อยละ 90 สรุปได้ว่า การนำการบำบัดรักษาด้วยการออกกำลังกายสำหรับทหารชายแดนที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลางที่ไม่มีโรคที่ห้ามออกกำลังกาย เป็นวิธีการบำบัดรักษาวิธีหนึ่งที่สามารถช่วยลดระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าได้ เนื่องจากการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง นอกจากจะส่งผลดีต่อสุขภาพร่างกายโดยรวมแล้วยังส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมองและจิตใจด้วย (Hruby, et al., 2021)

1.3.2 การปรับพฤติกรรมด้านการนอนหลับสามารถบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องจากรูปแบบการนอนหลับปกติจะช่วยให้ร่างกายฟื้นตัวเต็มที่ การฟื้นฟูรูปแบบการนอนให้เป็นปกติ ได้แก่ พยายามเข้านอนและตื่นนอนเวลาเดิมในแต่ละวัน หลีกเลี่ยงการดื่มคาเฟอีนหลัง 16.00 น. และไม่ดื่มเครื่องดื่มประเภทคาเฟอีนเกิน 2 แก้ว (เช่น กาแฟ ชาสเข้มข้น โคล่า หรือเครื่องดื่มชูกำลัง) ในแต่ละวัน หลีกเลี่ยงการใช้แอลกอฮอล์เพื่อช่วยให้หลับ เมื่อแอลกอฮอล์ถูกย่อยสลายในร่างกายจะทำให้การหลับลึกน้อยลงและตื่นบ่อยขึ้น ให้เวลากับตนเองผ่อนคลายก่อนเข้านอน หากกำลังทำงานให้หยุดอย่างน้อย 30 นาทีก่อนเข้านอนและทำอะไรที่ผ่อนคลาย พักสมองจากกิจกรรมออนไลน์ เช่น โซเชียลมีเดียสัก 1 ชั่วโมงก่อนเข้านอน และลองวางโทรศัพท์ไว้ในห้องที่แยกจากห้องนอนในเวลากลางคืน ระยะเวลาการนอนที่สั้นอาจเสริมผลกระทบต่อน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น เช่น การนอนที่น้อยลงสามารถถูกมองว่าเป็นตัวสร้างความเครียดและเป็นเครื่องหมายของความเครียดที่รับรู้ได้ (Konttinen, et al., 2019)

1.3.3 การปรับพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารโดยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์สามารถบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องจากรูปแบบการรับประทานอาหารที่ประกอบด้วย การบริโภคผลไม้ ผักโฮลเกรน ปลา น้ำมันมะกอก ผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำและสารต้านอนุมูลอิสระในปริมาณสูง และการบริโภคอาหารจากสัตว์ในปริมาณที่น้อยนั้นสัมพันธ์กับความเครียดที่ลดลงของภาวะซึมเศร้า และการบริโภคอาหารที่มีการบริโภคเนื้อแดงและ/หรือเนื้อแปรรูปสูง ธัญพืชขัดสี ขนมหวาน ผลิตภัณฑ์นมไขมันสูง เนย ไขมันฝรั่งและน้ำเกรวี่ที่มีไขมันสูง และการบริโภคผักและผลไม้ในปริมาณที่น้อย มีความสัมพันธ์กับความเครียดที่เพิ่มขึ้นของภาวะซึมเศร้า (Li, et al., 2017) รวมถึงการลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงและน้ำตาลมากเกินไปภายใต้สภาวะทางอารมณ์เชิงลบ

เนื่องจากการบริโภคไขมันและน้ำตาลส่งผลให้เกิดผลทางพยาธิสรีรวิทยา เช่น การเปลี่ยนแปลงของเซลล์ประสาททางสัญญาณวิทยา การประมวลผลทางอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในระบบประสาทและการปรับตัวของระบบประสาท รวมถึงการเปลี่ยนแปลงในระบบโดปามีน (dopaminergic system) ที่มีอิทธิพลต่ออารมณ์และพฤติกรรม (Konttinen, et al., 2019) รวมถึงการดื่มแอลกอฮอล์ที่มากขึ้นส่งผลทำให้ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น (Costardi, et al., 2015) ส่งผลให้เกิดผลทางพยาธิสรีรวิทยา เช่น การเปลี่ยนแปลงของเซลล์ประสาททางสัญญาณวิทยา การประมวลผลทางอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง

สรุปได้ว่า การรักษาด้วยวิธีธรรมชาติบำบัดเป็นวิธีที่ช่วยปรับสมดุลให้กับสมองสามารถนำไปใช้กับทหารไทยชายแดน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า ลดความรุนแรง และป้องกันการกลับเป็นซ้ำหลังการบำบัดรักษา สอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของกระทรวงกลาโหม สหรัฐอเมริกาปี 2558 พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ โรคอ้วน กิจกรรมทางกาย การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการนอนหลับ ดังนั้น การบำบัดรักษาของภาวะซึมเศร้า นอกจากการประเมินคัดกรองและส่งต่อการรักษายังผู้เชี่ยวชาญในกรณีที่พบภาวะซึมเศร้า จึงควรส่งเสริมให้ทหารมีการปรับพฤติกรรมให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ลดการสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ ลดการรับประทานยาที่ไม่จำเป็นหรือยาที่นอกเหนือคำสั่งแพทย์ งดใช้สารเสพติด นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ และฝึกการจัดการอารมณ์ ซึ่งควรปฏิบัติเป็นประจำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน จะส่งผลต่อการปรับพฤติกรรมเชิงบวกได้อย่างถาวร (Briguglio, 2020; Howlett, 2019 Thompson, et al., 2020)

2. แนวทางการติดตามผลการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้า

การติดตามผลการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าเป็นส่วนสำคัญที่หน่วยงานทหารชายแดนต้องให้ความสำคัญ เนื่องจากทหารที่ได้รับการบำบัดรักษาและกลับมาปฏิบัติงานตามปกติแล้วอาจกลับเป็นซ้ำได้ ดังนั้น ความรู้เกี่ยวกับการติดตามผลการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าจึงเป็นสิ่งสำคัญ

จูไรต์นั ทูมนันท์ (2565) ได้เสนอแนวทางการติดตามผลการรักษาภาวะซึมเศร้าในบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้แนวคิดการดำเนินการตามผลการประเมินผลลัพธ์ ซึ่งแบ่งเป็นการประเมินผลลัพธ์หลักและการประเมินผลลัพธ์รอง

2.1. การประเมินผลลัพธ์หลักเป็นการนำผลลัพธ์การประเมินการตอบสนองต่อการรักษา (response to treatment) มาใช้เป็นแนวทางการติดตามผลการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้า โดยถ้าคะแนน PHQ-9 ดีขึ้น $\geq$ ร้อยละ 50 จากค่าพื้นฐาน แสดงว่ามีการตอบสนองต่อการรักษา และประเมินการลดลงของอาการซึมเศร้า ในรายที่ไม่มีอาการหรือมีอาการในระดับน้อยมาในระยะเวลา 3 - 6 เดือน แพทย์จะค่อย ๆ ลดขนาดยารักษาหรือต้านภาวะเศร้า (antidepressant drugs) ลงประมาณร้อยละ 25-50 ของยาเดิมทุก ๆ 2 สัปดาห์ จนกว่าหยุดยาได้ การติดตามผลการรักษาด้วยการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน PHQ-9 ถ้าคะแนนน้อยกว่า 7 คะแนน ควรประเมินทุก 1 เดือน เป็นระยะเวลา 6 เดือน และไม่ควรเว้นช่วงนานเกิน 3 เดือน เนื่องจากพบ

อัตราการกลับซ้ำของโรคได้ในช่วง 1 ปี และ 2 ปี ร้อยละ 37 และ 25-40 ตามลำดับ ดังนั้น ทางหน่วยงานที่ดูแลทหารที่ปฏิบัติภารกิจในพื้นที่ชายแดนควรประเมินอาการซึมเศร้าต่อเนื่อง ถ้าคะแนนน้อยกว่า 7 คะแนนต่อเนื่องเป็นเวลา 1 ปี สามารถหยุดการติดตามประเมินได้ แต่ถ้าคะแนนมากกว่า 7 คะแนน ควรประเมินแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตาย 8 คำถาม และวินิจฉัยอาการและอาการแสดงภาวะซึมเศร้าด้วย DSM-5 แล้วส่งต่อไปรับการบำบัดรักษาต่อ

2.2 การประเมินผลลัพธ์รองเป็นการนำผลลัพธ์การประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การออกกำลังกาย การนอนหลับ และการรับประทานอาหารมาใช้เป็นแนวทางการติดตามผลการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้า เช่น การวัดค่าดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) การสังเกตเพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกต่าง ๆ เช่น การนอนหลับ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด การรับประทานยาที่ไม่จำเป็นหรือยาที่ไม่นอกเหนือคำสั่งแพทย์ และการออกกำลังกาย เพื่อประเมินว่าทหารที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เหมาะสมหรือไม่อย่างไร ซึ่งหากมีพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกก็เป็นหลักประกันได้ว่าจะไม่กลับมาเป็นซ้ำ ดังนั้นหน่วยงานที่ดูแลทหารที่ปฏิบัติภารกิจในพื้นที่ชายแดน ควรให้ความสำคัญกับการประเมินผลลัพธ์รองด้วย

บทสรุป

การคัดกรองและดูแลเบื้องต้นภาวะซึมเศร้าของทหารไทยชายแดนมีความสำคัญ เนื่องจากการประเมินภาวะซึมเศร้าได้เร็วจะทำให้สามารถนำไปสู่การจัดการภาวะซึมเศร้าได้อย่างทันท่วงที หรือหากมีภาวะซึมเศร้าและได้รับการบำบัดรักษาแล้วก็จะเป็นการดูแลเบื้องต้นเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกลับมาเป็นซ้ำ แนวทางการคัดกรองภาวะซึมเศร้าประกอบด้วย การคัดกรองด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (PHQ-2) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (PHQ-9) การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม และการวินิจฉัยอาการและอาการแสดงภาวะซึมเศร้าด้วยคู่มือวินิจฉัยอาการผิดปกติทางจิต ฉบับที่ 5 (DSM-5) แนวทางการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าประกอบด้วย การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยวิธีจิตบำบัด และการรักษาด้วยวิธีธรรมชาติบำบัด ส่วนแนวทางการติดตามผลการรักษาภาวะซึมเศร้าเป็นแนวปฏิบัติที่ใช้ผลการประเมินผลลัพธ์หลักเกี่ยวกับการตอบสนองต่อการรักษา และแนวปฏิบัติที่ใช้ผลการประเมินผลลัพธ์รองเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การออกกำลังกาย การนอนหลับ และการรับประทานอาหาร

บรรณานุกรม

- กรมแพทยทหารบก. (2564). คู่มือการดูแลสุขภาวะทางจิตใจกำลังพลกองทัพบก ที่ปฏิบัติราชการสนามสำหรับหน่วยสายแพทย์. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 20 มีนาคม 2566]. จาก : <https://amed.rta.mi.th/main/download/upload/upload-20211118155531.pdf>.
- กรมสุขภาพจิต (2556). ข้อมูลการบริการผู้ป่วยจิตเวชของหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 21 มีนาคม 2566]. จาก : <http://www.dmh.moph.go.th/report/opulation/pop.as>

วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย

ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มิถุนายน 2566)

ครองรัตน์ ดุลลาพันธ์. (2561). พฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์และปัจจัยทางจิตที่พยากรณ์ภาวะโรคซึมเศร้า. [วิทยานิพนธ์]. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

จตุพร แสงกุล. (2561). เอกสารคำสอน เรื่อง Approach to depressive and manic patients. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 21 มีนาคม 2566]. จาก : <http://medinfo2.psu.ac.th/psychiatry/elearning/document/undergrade/Document%20year%204/depressive%20.pdf>

จุไรรัตน์ ทุมพันธ์. (2565). ผลของการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าด้วยตนเองของประชาชนในชุมชนอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 16(2), 659-672.

ชิดชนก โอภาสวัฒนา. (2563). คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข: พรอสเพอริสพลัส.

ดวงใจ กษานติกุล ประเวศ ตันติพิวัฒนสกุล วรลักษณ์ อธิโรจน์ วีระ เชื่องศิริกุล อรพรรณ ทองแดง แสงจันทร์ วุฒิกานนท์ และคณะ. (2540). Health-related selfreport (HRSR) scale : the diagnostic screening test for depression in Thai population. จดหมายเหตุทางแพทย์แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 80(10), 647-657.

ตฤณิลา จำปาวัลย์. (2560). แนวคิดและทฤษฎีภาวะซึมเศร้าทางจิตวิทยา. วารสารพุทธจิตวิทยา, 2(2), 1-11.

ธรณินทร์ กองสุข สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล ศุภชัย จันทร์ทอง เบญจมาศ พลฤกษ์กานนท์ สุพัตรา สุขาวห และจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. (2561). ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถามฉบับปรับปรุงภาษากลาง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 63(4), 321-334.

พลังสันต์ จงรักษ์. (2564). กลุ่มอาการซึมเศร้า ใน คู่มือการดูแลสุขภาพทางจิตใจกำลังพลกองทัพบกที่ปฏิบัติราชการสนามสำหรับหน่วยสายแพทย์. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 20 มีนาคม 2566]. จาก : <https://amed.rta.mi.th/main/download/upload/upload-20211118155531.pdf>.

มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์. (2542). แบบประเมินวัดความรุนแรงของระดับภาวะซึมเศร้าชนิดให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง. วารสารแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย, 20(1), 17-19.

มานิช หล่อตระกูล และทนายตะวัน อวิรุทธ์วรกุล. (2561). การรักษาโรคซึมเศร้า. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 9 มิถุนายน 2566]. จาก : <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/05282014-1001>.

มุกดา ศรียงค์. (2522). แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory IA [BDI-IA]). กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

วิเชียร ศรีภูธร, พรหมพิทักษ์ ไหว้พรหม, เนตรนภิส จันทวัฒน์, และปิยมาภรณ์ สิงห์คำ (2558). ความชุกของการบาดเจ็บทางสมองภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญและภาวะซึมเศร้าในกำลังพลกองทัพอากาศที่ปฏิบัติภารกิจในพื้นที่ชายแดนใต้. วารสารแพทย์นาวี, 42(1), 49-71.

- อภิญา วงศ์ใหม่. (2561). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าและแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลแม่วาง อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์]. มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- อิสรา รักษ์กุล. (2554). ภาวะสุขภาพจิตและทัศนคติของกำลังพลกองทัพบกที่ปฏิบัติภารกิจในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 64(2), 67-74.
- อัญมณี มณีนิล. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย [วิทยานิพนธ์]. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- Arunpongpaisal, S., Kongsuk, T., Maneethorn, N., Maneethorn, B., Wannasawek, K., Leejongpermpoon, J., et al. (2009). Development and validity of two-question screening test for depressive disorders in Northeastern Thai community. *Asian Journal of Psychiatry*, 2, 149-152.
- Beck, M. (2007). *Economic models of voting*. The Oxford handbook of political behavior.
- Briguglio, M., Vitale, J. A., Galentino, R., Banfi, G., Zanaboni Dina, C., Bona, A., et al. (2020). Healthy eating, physical activity, and sleep hygiene (HEPAS) as the winning triad for sustaining physical and mental health in patients at risk for or with neuropsychiatric disorders: Considerations for clinical practice. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 55–70.
- Costardi, J. V., Nampo, R. A., Silva, G. L., Ribeiro, M. A., Stella, H. J., Stella, M. B., et al. (2015). A review on alcohol: from the central action mechanism to chemical dependency. *Revista da Associacao Medica Brasileira (1992)*, 61(4), 381–387.
- Department of Veterans Affairs Department of Defense. (2022). VA/DoD Clinical Practice guideline for the management of major depressive disorder version 4. [Internet]. [cited 2023 Mar 26]. Available from: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/mdd/VADoDMDDCPGFinal508.pdf>.
- Heissel, A., Heinen, D., Brokmeier, L. L., Skarabis, N., Kangas, M., Vancampfort, D., et al. (2023). Exercise as medicine for depressive symptoms? A systematic review and meta-analysis with meta-regression. *British Journal of Sports Medicine*, 0, 1-10.
- Howlett, N., Trivedi, D., Troop, N. A., & Chater, A. M. (2019). Are physical activity interventions for healthy inactive adults effective in promoting behavior change and maintenance, and which behavior change techniques are effective? A systematic review and meta-analysis. *Translational behavioral medicine*, 9(1), 147–157.
- Hruby, A., Lieberman, H. R., & Smith, T. J. (2021). Symptoms of depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder and their relationship to health-related behaviors in over 12,000 US military personnel: Bi-directional associations. *Journal of affective disorders*, 283, 84–93.

- Karren, K. J., Hafen, B. Q., Gordon, K. J., & Smith, L. (2006). *Mind/ Body health: The effects of attitudes, emotions, and relationship*. 3rd ed. New York: Springer.
- Kontinen, H., van Strien, T., Männistö, S. Jousilahti, P. & Haukka, A. (2019). Depression, emotional eating and long-term weight changes: a population-based prospective study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 16, 28.
- Li, Y., Lv, M. R., Wei, Y. J., Sun, L., Zhang, J. X., Zhang, H. G., et al. (2017). Dietary patterns and depression risk: a meta-analysis. *Psychiatry Research*, 253, 373-382
- Moradi, Y., Dowran, B., Sepandi, M. (2021). The global prevalence of depression, suicide ideation, and attempts in the military forces: a systematic review and Meta-analysis of cross sectional studies. *BMC Psychiatry*, 21(1), 510.
- National Institute of Mental Health. (2022). *Depression*. [Internet]. [cited 2023 Mar 27]. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression>.
- Sapkota, N., Tiwari, A., Kunwar, M., Manandhar, N., & Khatri, B. (2022). Depression among Armed Police Force Soldiers serving in a police headquarter: a descriptive cross-sectional study. *Journal of the Nepal Medical Association*, 60(249), 457-460.
- Singh, B., Olds, T., Curtis, R., Dumuid, D., Virgara, R., Watson, A., et al. (2023). Effectiveness of physical activity interventions for improving depression, anxiety and distress: an overview of systematic reviews. *British Journal of Sports Medicine*, 0, 1-10.
- Thériault, F. L., Gardner, W., Momoli, F., Garber, B. G., Kingsbury, M., Clayborne, Z., et al. (2020). Mental health service use in depressed military personnel: a systematic review. *Military Medicine*, 185(7-8), e1255–e1262.
- Thompson, T. P., Horrell, J., Taylor, A. H., Wanner, A., Husk, K., Wei, Y., et al. (2020). Physical activity and the prevention, reduction, and treatment of alcohol and other drug use across the lifespan (The PHASE review): a systematic review. *Mental health and physical activity*, 19, 100360.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2018). *Physical activity guidelines for Americans*. 2nd ed [Internet]. [cited 2023 Mar 27]. Available from: https://health.gov/sites/default/files/2019-09/PAG_Advisory_Committee_Report.pdf.
- World Health Organization. (2023). *Depression*. [Internet]. [cited 2023 Mar 26]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.