

นโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในพื้นที่

นายแพทย์วชิระ เพ็งจันทร์
รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



ความเป็นมา

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย จากการคาดการณ์ขององค์การระหว่างประเทศ เช่น

- องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่าภายในปี พ.ศ. 2563 โรคซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) สูงเป็นอันดับ 2 ของโลก รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด
- สำหรับประเทศไทย โรคซึมเศร้าส่งผลให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับ 4 ในผู้หญิงและอันดับ 10 ในผู้ชาย และเป็นความเจ็บป่วยทางจิตเวชที่ทำให้สูญเสียสุขภาวะสูงที่สุด

DISABILITY ADJUSTED LIFE YEAR(DALY)

เป็นตัววัดภาระโรคที่เกิดจากผลรวมของ

1. การตายก่อนวัยอันสมควร (Year of Life Lost หรือ YLLs)
2. ปีที่ต้องอยู่กับความพิการหรือสูญเสียสุขภาพ (Year Live with Disability หรือ YLDs)

$$\text{สรุป } DALYs = YLLs + YLDs$$

ความเป็นมา

จากการสำรวจทางระบาดวิทยาใน

1. ปี พ.ศ. 2546 พบว่าคนไทยอายุ 15–59 ปี กว่า 1.2 ล้านคนป่วยเป็นโรคซึมเศร้า โดยแบ่งเป็น
 - โรคซึมเศร้ารุนแรง (Major depressive disorder) 871,700 คน
 - โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymic disorder) 321,300 คน
2. ปี พ.ศ. 2551 จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 1.5 ล้านคน ซึ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าคนทั่วไปถึง **20.38 เท่า**

การดำเนินงานของกรมสุขภาพจิต

- พ.ศ. 2549-2551: ดำเนินแผนงานวิจัยแบบบูรณาการร่วมกับสถาบันการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพสำหรับโรคซึมเศร้า โดยได้รับงบประมาณสนับสนุน **35.66 ล้านบาท** จากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.)
- พ.ศ. 2552: ประกาศ "ทศวรรษการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้า (พ.ศ. 2553-2563)" และได้รับงบประมาณสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ รวมทั้งสิ้น **195 ล้านบาท** เพื่อลดการป่วยและความสูญเสียจากโรคซึมเศร้า

ผลการดำเนินงาน (พ.ศ. 2549-2554)

1. การพัฒนานวัตกรรมและองค์ความรู้
2. การสร้างความร่วมมือและพัฒนาบุคลากร
3. การเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการและลดความสูญเสีย
4. การสร้างนักวิจัยและนวัตกรรมจากฐานชุมชน ส่งเสริมให้เกิดนักวิจัยรุ่นใหม่และนวัตกรรมที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น

การพัฒนานวัตกรรมและองค์ความรู้

สร้างเครื่องมือและระบบสำหรับการทำงานอย่างเป็นรูปธรรม

- **องค์ความรู้** 5 เรื่อง: เช่น DNA ของโรคซึมเศร้า, ปัจจัยด้านเพศ, ต้นทุนการรักษา
- **แนวทาง/เทคโนโลยี** 6 แนวทาง: เช่น แนวทางสำหรับแพทย์ทั่วไป, การบำบัดด้วย CBT, การบำบัดแนวพุทธธรรม
- **เครื่องมือคัดกรองและประเมินอาการ** 3 ชุด: ได้แก่ แบบคัดกรอง 2 คำถาม (2Q), แบบประเมินอาการ 9 คำถาม (9Q), และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ซึ่งมีทั้งภาษาไทยกลางและภาษาอีสาน
- **ระบบดูแล** 2 ระบบ: ได้แก่ ระบบดูแลเฝ้าระวังระดับจังหวัด และระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยทั่วประเทศ

การสร้างความร่วมมือและพัฒนาบุคลากร:

มีการฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพให้กับบุคลากรทางการแพทย์
และอาสาสมัครทั่วประเทศ รวมกว่า 40,000 คน ได้แก่

- แพทย์ 1,111 คน
- พยาบาลและเจ้าหน้าที่ 15,508 คน
- อสม. 24,309 คน

การเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการและลดความสูญเสีย:

- อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจาก 3.7% (พ.ศ. 2549) เป็น 10.43% (พ.ศ. 2554) และอัตราการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยลดลงอย่างชัดเจน
- คัดกรองประชาชนกว่า 12 ล้านคนด้วยแบบ 2Q
- ประเมินกลุ่มเสี่ยงกว่า 3.9 ล้านคนด้วยแบบ 9Q
- ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ 331,854 ราย โดยมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำต่ำมาก (เพียง 1,401 คน) และมีรายงานการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลเพียง 2 ราย

การสร้างนักวิจัยและนวัตกรรมจากฐานชุมชน

ส่งเสริมให้เกิดนักวิจัยรุ่นใหม่และนวัตกรรมที่
เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น

ปัญหาอุปสรรค

แม้จะมีความสำเร็จอย่างมาก แต่การดำเนินงานต๋อยอดในปี พ.ศ. 2555 อุปสรรคจากผู้บริหารระดับสูง ซึ่งไม่สนับสนุนการทำงานในระบบเดิม ส่งผลให้:

- งบประมาณวิจัยแบบบูรณาการถูกตัด ทำให้งานวิจัยหยุดชะงัก
- มีคำสั่งให้ยกเลิกระบบดูแลเฝ้าระวังเดิม (2Q, 9Q, 8Q) และให้ใช้แบบประเมินอื่น (DS8) แทน รวมถึงให้แก้ไขแนวทางการปฏิบัติ (CPG)
- งบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เปลี่ยนรูปแบบจากการสนับสนุนระบบดูแลรักษาต่อเนื่อง มาเป็นค่าตอบแทนการคัดกรองเพียงอย่างเดียว

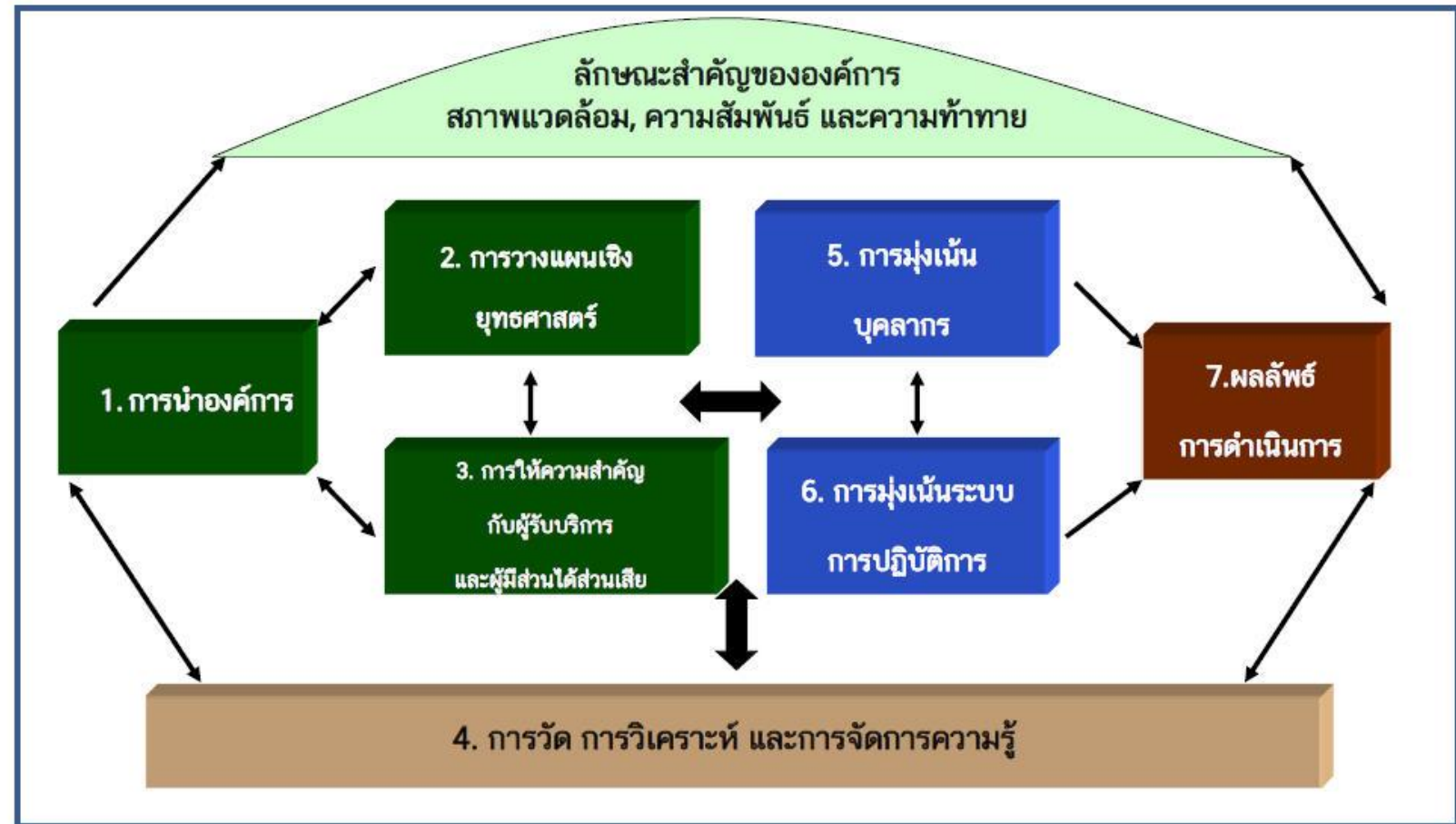
กรอบแนวคิดทศวรรษการป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดโรคซึมเศร้า

(พ.ศ. 2552-2563)

เกณฑ์การประเมินองค์กรชั้นเลิศ

1. OP 13 คำถาม

2. เกณฑ์ PMQA 7 หมวด 89 คำถาม



องค์ประกอบของ PMQA

13

1. **Leading** การนำองค์กร: มีโครงสร้างการบริหาร 3 ระดับ (กรม, ภาค, จังหวัด)
2. **Strategy** ทิศทางนโยบาย: กำหนดวิสัยทัศน์และ 7 ยุทธศาสตร์หลัก มุ่งบูรณาการงานเข้าในทุกระดับของระบบบริการสุขภาพ
3. **Customer** การรับทราบปัญหา: รับฟังความต้องการจากผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

องค์ประกอบของ PMQA (PROCESS)

14

1. **Leading** การนำองค์กร: มีโครงสร้างการบริหาร 3 ระดับ (กรม, ภาค, จังหวัด)
2. **Strategy** ทิศทางนโยบาย: กำหนดวิสัยทัศน์และ 7 ยุทธศาสตร์หลัก มุ่งบูรณาการงานเข้าในทุกระดับของระบบบริการสุขภาพ
3. **Customer** การรับทราบปัญหา: รับฟังความต้องการจากผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

องค์ประกอบของ PMQA (PROCESS)

15

4. **Information & KM** การจัดการความรู้และข้อมูล: พัฒนาระบบวิจัยและฐานข้อมูล
5. **HR** การพัฒนาบุคลากร: พัฒนาศักยภาพในทุกกระดับ ตั้งแต่บุคลากรทางการแพทย์ในระบบการศึกษาและบริการ ไปจนถึงอาสาสมัครและผู้นำชุมชน
6. **Process Management** กระบวนการทำงานที่มีคุณภาพ: ออกแบบระบบงาน 7 ระบบ ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรองในชุมชน การวินิจฉัย การรักษา และการดูแลต่อเนื่อง

องค์ประกอบที่ 7 RESULT

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการ
2. คุณภาพการรักษาที่ดีขึ้น
3. ความชุกของโรคและอัตราการฆ่าตัวตายลดลง
4. ภาระโรคที่ลดลง

บทสรุป

นโยบายนี้แสดงให้เห็นถึงความพยายามอย่างเป็นระบบและได้ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ของกรมสุขภาพจิตในการแก้ไขปัญหาซึมเศร้าระดับชาติ โดย

1. อาศัยการวิจัยพัฒนานวัตกรรม การสร้างความร่วมมือ และการทำงานในชุมชนอย่างเข้มแข็ง
2. อย่างไรก็ดี ความท้าทายหลักคือการรักษาความต่อเนื่องของนโยบายและการสนับสนุนจากผู้กำหนดนโยบายระดับสูงให้สอดคล้องกับหลักฐานและความสำเร็จที่เกิดขึ้นแล้ว

ขอบคุณครับ

สมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย
(THLA)