



บทความวิชาการ

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า: บทบาทพยาบาลในการดูแลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

นันทศักดิ์ ชนะพันธ์*

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและการไร้ความสามารถที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก ซึ่งพบได้ในประชากรทุกเพศ ทุกวัย โดยอายุที่เริ่มมีภาวะบกพร่องทางสุขภาพอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ และนับวันยิ่งจะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และยังมีส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม เนื่องจากผู้ป่วยมีความบกพร่องในการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว เกิดความไม่เข้าใจกัน การทะเลาะเบาะแว้ง การหย่าร้าง รวมทั้งการทำหน้าที่ต่าง ๆ ในสังคมบกพร่อง ไม่สามารถทำงานได้ ทำให้รัฐบาลต้องรับภาระในการดูแล พยาบาลจิตเวชมีบทบาทสำคัญในการพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเวช ให้ความรู้ ข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและญาติ เป็นผู้ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพทางสุขภาพจิต และเป็นสื่อกลางระหว่างทีมผู้รักษาและญาติผู้ป่วย เตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน และใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ ตลอดจนให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ ส่งเสริมความเข้าใจของครอบครัว โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลประคับประคองผู้ป่วย ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหายได้เร็วขึ้น และลดอัตราการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า/ บทบาทพยาบาล/ การดูแลตนเองของผู้ป่วย



Patients with Major Depressive Disorder: Nurses' Role in Promoting for Patients' Self-Care

Nantapuk Chanapan*

Abstract

Major Depressive Disorder is the leading cause of illness and disability worldwide. It can be diagnosed in any gender and at any age especially, in adults. The incidence of patients with the major depressive disorder continues to increase each year. This affects patients' physical, emotional, and cognition as well as their behavior patterns moreover, this impacts families and society due to decreased ability of the patients in interacting with family members, resulting in misunderstanding, arguments, divorces, and change in social roles. The inability to leads to the government's burden to take care of these patients. Psychiatric nurses play an important role in providing knowledge and information related to treatment, counseling with patients and families, serving as a collaborator in a multidisciplinary mental healthcare team, acting as a coordinator to communicate with patients' families, preparing patients for taking care of themselves when returning home, and live in the society, as well as providing advice to patients and families, promoting family's understanding being able to by allowing the family to participate in the care and support patients, which is crucial in the patients' recovery and the reduction in recurrent.

Keywords: Patients with Major Depressive Disorder/ Nursing role/ Patients' Self-Care.



บทนำ

โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและการไร้ความสามารถที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก ซึ่งพบได้ในประชากรทุกเพศ ทุกวัย นับวันยิ่งจะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันมีประชากรมากกว่า 300 ล้านคนใช้ชีวิตอยู่กับภาวะซึมเศร้า โดยพบว่าตั้งแต่ปี ค.ศ. 2005-2015 มีอัตราเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 18.4 เช่นเดียวกัน สัดส่วนของกลุ่มอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น^{1,2} และพบว่าโรคซึมเศร้าเป็นอันดับ 2 ของการเจ็บป่วยด้านสุขภาพจิตของภาระโรคในระดับโลก (Global burden of disease: GBD)³ เป็น 1 ใน 10 สาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-adjusted life years: DALYs) ซึ่งส่งผลกระทบต่อประชาชนทั่วโลก และระดับภูมิภาคคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 โรคซึมเศร้าจะติดอันดับที่ 1 ใน 3 จากการจัดอันดับของ DALYs⁴ สำหรับประเทศไทยจากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2557 พบว่า โรคซึมเศร้านั้นเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years Lost due to Disability: YLDS) ในเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 5.1 และในเพศชายคิดเป็นร้อยละ 1.5⁵ จากรายงานการสำรวจทางระบาดวิทยาสุขภาพจิตคนไทย ปี พ.ศ. 2556 โดยกรมสุขภาพจิต ในคนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป โดยใช้แบบประเมิน World Mental Health-Composite International Diagnostic Interview 3.0 (WMH-CIDI 3.0) ฉบับภาษาไทย พบว่าความชุกชั่วชีวิตของความผิดปกติทางอารมณ์ (Any affective disorders) พบร้อยละ 1.9 คิดเป็นประชากรเกือบหนึ่งล้านคน (9.9 แสนคน) โดยพบความชุกชั่วชีวิตของ Major depressive episode ร้อยละ 1.8 Dysthymia ร้อยละ 0.1 และ Manic/ Hypomanic episode ร้อยละ 0.2 โดยผู้ที่มี Manic/ Hypomanic episode ทั้งหมด พบว่ามี depressive episode อย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิตร่วมด้วย⁶ และจากการศึกษาตัววัดทางระบาดวิทยาพบว่าความชุกในช่วง 12 เดือนของโรคซึมเศร้าในเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน คิดเป็น

ร้อยละ 0.96 อายุที่เริ่มมีภาวะบกพร่องทางสุขภาพคือ 40.35 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่⁷

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หรือรับประทานอาหารมากขึ้น สมาธิไม่ติดนอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป มองทุกอย่างในแง่ลบ รู้สึกไร้ค่า ซึ่งในระยะยาวอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ ในที่สุด ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง จากการประเมินด้วย Mini International Neuropsychiatric Interview ในปี พ.ศ. 2551 พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอัตราความรุนแรงที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง (ร้อยละ 20.4) เมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตเภทประเภทอื่น ๆ⁸ และยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว และสังคม เนื่องจากผู้ป่วยมีความบกพร่องในการปฏิสัมพันธ์กับคนในครอบครัว และคนรอบข้าง เกิดปัญหาต่างๆ ในครอบครัวตามมา เช่น เกิดความไม่เข้าใจกัน การทะเลาะเบาะแว้ง การหย่าร้าง รวมทั้งการทำงานที่ต่าง ๆ ในสังคมบกพร่อง ไม่สามารถทำงานได้ ทำให้รัฐบาลต้องรับภาระในการดูแล ประเมินการว่าโรคซึมเศร้านั้นก่อให้เกิดความสูญเสียต่อเศรษฐกิจเป็นมูลค่าถึง 800 ล้านดอลลาร์สหรัฐในปี พ.ศ. 2553 และคาดว่ามูลค่าของความสูญเสียนี้อาจเพิ่มขึ้นมากกว่าสองเท่าในปี พ.ศ. 2573⁹

พยาบาลจิตเวช ถือเป็นบุคลากรทางสุขภาพบุคคลหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลควรต้องศึกษาหาความรู้ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ดูแลผู้ป่วยได้อย่างเป็นองค์รวม และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาที่ต่อเนื่อง สามารถที่จะดูแลตนเองเบื้องต้นได้ตลอดจนหากครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล ประคับประคองผู้ป่วย มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า มีทัศนคติที่ดีต่อโรคดังกล่าว จะเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหายได้เร็วขึ้น และลดอัตราการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้



ความหมาย

โรคซึมเศร้า หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า และมีอาการมากเกือบตลอดทั้งวันเป็นเวลาต่อเนื่อง ตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป ผู้ป่วยมีอาการทุกข์ ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่การทำงาน เสียสมรรถภาพการทำงาน เสียความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ผู้ป่วยมีความคิดหรือวางแผนการฆ่าตัวตาย¹⁰

ระดับของภาวะซึมเศร้า

ระดับความรุนแรงประเมินจากจำนวนอาการที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัย ความรุนแรงของอาการ ระดับความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือความสามารถในการดำเนินชีวิต ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า แบ่งออกเป็น 3 ระดับ¹¹

1) ระดับน้อย มีอาการเพียงเล็กน้อย ถ้ามีอาการจะต้องรุนแรงพอที่จะเข้าเกณฑ์การวินิจฉัย ปัจจุบัน ความรุนแรงของอาการทำให้เกิดความไม่สบายใจแต่สามารถจัดการกับความรู้สึกได้ และเป็นผลทำให้เกิดความบกพร่องทางสังคมและการประกอบอาชีพเล็กน้อย

2) ระดับปานกลาง จำนวนอาการและความรุนแรงของอาการ และ/หรือความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือความสามารถในการดำเนินชีวิต ซึ่งอาการก้ำกึ่งระหว่างระดับเล็กน้อยและระดับรุนแรง

3) ระดับรุนแรง จำนวนอาการที่เป็นมีความรุนแรงมากอย่างมาที่จะเข้าเกณฑ์การวินิจฉัย ความรุนแรงของอาการก่อให้เกิดความทุกข์ใจอย่างรุนแรง ไม่สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ และยังส่งผลกระทบการทำหน้าที่ทางสังคมและการประกอบอาชีพอย่างมาก

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 5thed: DSM-V) มี

เกณฑ์การวินิจฉัยดังนี้¹¹

A. มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 5 อาการ ที่เปลี่ยนไปจากเดิมในช่วงไม่ต่ำกว่า 2 สัปดาห์ โดยอย่างน้อยต้องมีอาการดังข้อ 1 หรือ 2 อย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้

1. มีอารมณ์เศร้าแทบทั้งวัน เกือบทุกวัน (เช่น รู้สึกเศร้า ว่างเปล่า สิ้นหวัง) จนตัวเองรับรู้ได้หรือคนอื่นสังเกตเห็น (เช่น ร้องไห้อย่างมาก)

2. ความสนใจหรือความเพลิดเพลินใจในกิจกรรมปกติที่เคยทำทั้งหมด หรือแทบจะทั้งหมดลดลงอย่างมาก แทบทั้งวัน เกือบทุกวัน (จนตัวเองรับรู้หรือคนอื่นสังเกตเห็นได้)

3. น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัดโดยไม่เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร (เปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ใน 1 เดือน) หรือเบื่ออาหารหรืออยากอาหารมากขึ้นเกือบทุกวัน

4. นอนไม่หลับ หรือนอนมากกว่าปกติ เกือบทุกวัน

5. การเคลื่อนไหวช้าลง หรือกระสับกระส่ายอยู่ไม่สุข เกือบทุกวัน จนคนอื่นสังเกตเห็นได้

6. เหนื่อย อ่อนเพลีย หรือไม่มีแรงเกือบทุกวัน

7. รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดมากเกินไป ไม่สมเหตุสมผลเกือบทุกวัน

8. ความสามารถในการคิด หรือสมาธิ หรือการตัดสินใจลดลงเกือบทุกวัน (จนตัวเองรับรู้หรือคนอื่นสังเกตเห็นได้)

9. มีความคิดเรื่องการตายซ้ำ ๆ หรือคิดฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย หรือมีการวางแผนที่จะฆ่าตัวตาย

B. อาการเหล่านี้เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน หรือการทำหน้าที่ทางสังคม หน้าที่การทำงาน บกพร่อง

C. อาการดังกล่าวไม่ได้เกิดจากโรคทางกาย สาเหตุติดเชื้อ หรือยาพิษ



D. อาการไม่ได้เกิดจากโรคจิตเภทหรือโรคจิตอื่น ๆ เช่น Schizoaffective disorder, Schizophreniform disorder, Delusion disorder เป็นต้น

E. ไม่เคยมีอาการในระยะ Mania หรือ Hypomania

(หมายเหตุ ต้องพิจารณาแยกจากปฏิกิริยาของความโศกเศร้าเสียใจต่อการสูญเสียบุคคล หรือสิ่งอันเป็นที่รัก (Bereavement) ซึ่งอาจมีความโศกเศร้ารุนแรง แต่อาการที่เกิดขึ้นยังเหมาะสมกับความสูญเสียที่เกิดขึ้นตามบริบทของวัฒนธรรมนั้น)

สาเหตุของโรคซึมเศร้า

มีหลายแนวคิดที่กล่าวถึงสาเหตุของโรคซึมเศร้า โดยมีรายละเอียดดังนี้¹²

1. Genetic theory มีรายงานการศึกษาพบว่าโรคซึมเศร้ามีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม โดยพบว่าการพันธุกรรมเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคซึมเศร้า เช่น การศึกษาในฝาแฝด (ไข่ใบเดียวกัน) จะพบว่าหากคนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า ฝาแฝดอีกคนหนึ่งมีสิทธิเป็นโรคซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 37

2. Neurobiology theory อธิบายว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาท ได้แก่ Norepinephrine and serotonin คือ 1) Serotonin มีส่วนสำคัญในการควบคุมการนอนหลับ ความอยากอาหาร และแรงขับทางเพศ ดังนั้นหาก Serotonin ลดลงหรือเซลล์รับสารสื่อประสาทมีความผิดปกติจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับ ไม่อยากอาหาร และความต้องการทางเพศลดลง 2) Norepinephrine ควบคุมในเรื่องความตั้งใจและพฤติกรรม หากพบความไม่สมดุลของ Norepinephrine ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมที่เรื้อรัง เชื่องช้า และตอบสนองต่อสิ่งรอบตัวช้า

3. Psychological theory กล่าวว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากการได้รับการกระทบกระเทือนทางจิตใจ

อย่างรุนแรง หรือมีสภาวะเครียดจากการสูญเสียความสัมพันธ์กับบุคคลสำคัญในชีวิต มีการศึกษาพบว่า การเลี้ยงดูของมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งมีลักษณะเข้มงวดเกินไปหรือปล่อยประละเลยเกินไปเป็นความเครียดสำหรับบุตร ซึ่งเป็นตัวแปรสาเหตุที่ทำนายการเกิดซึมเศร้าในบุตรได้

4. Cognitive theory มีความเชื่อพื้นฐานว่าความคิดของบุคคลส่งผลต่ออารมณ์ของบุคคลนั้น ๆ การมีวิธีคิดที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ ประเมินโลก ตนเอง อนาคตไปในทางลบ จึงเป็นสาเหตุของโรค เช่น ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นมักจะมีความคิดในด้านลบทั้งต่อตนเอง คน สิ่งแวดล้อมรอบข้าง และอนาคต อยู่ตลอดเวลา จนเป็นความเคยชิน ดังนั้นเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือความกดดันก็จะมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการซึมเศร้า และรุนแรงมากขึ้นจนกลายเป็นโรคซึมเศร้าต่อมา

5. Learned helplessness ได้อธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าว่าเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้และไม่มีใครที่สามารถช่วยเหลือได้ก็จะมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการซึมเศร้า ซึ่งมักพบในกลุ่มผู้สูงอายุหรือในคนที่อาศัยอยู่อย่างโดดเดี่ยว

การเกิดโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่

โรคซึมเศร้าสามารถพบได้ในทุกช่วงของอายุ แต่อายุเฉลี่ยของการเกิดโรคซึมเศร้าอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ อายุประมาณ 23-29 ปี ในผู้ป่วยบางรายมีอาการของโรคซึมเศร้าเพียงครั้งเดียวแล้วหายเป็นปกติ อย่างไรก็ตามประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่เคยมีอาการของโรคซึมเศร้ามีการกลับเป็นซ้ำ อัตราความชุกที่เกิดขึ้นไม่เกี่ยวข้องกับเชื้อชาติ แต่พบว่าในกลุ่มที่มีรายได้น้อย และครอบครัวที่มีประวัติเป็นโรคซึมเศร้ามีโอกาสเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นมากกว่า 3 เท่า¹³ ซึ่งสาเหตุของโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่อาจเกิดได้จากหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะในวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงบทบาท เริ่มต้นการมีครอบครัว มีการพัฒนาบทบาท



ของความเป็นพ่อ แม่ บุกเบิกในอาชีพการงาน มีอำนาจในการตัดสินใจ และการสร้างคนที่มีความสามารถรุ่นหลังขึ้นมา อีกทั้งสภาวะการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วในด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยสนับสนุนให้วัยผู้ใหญ่เกิดภาวะวิกฤติทางจิตใจ ไม่สามารถปรับตัวได้ เกิดความเครียด ความคับข้องใจ จนนำไปสู่ปัจจัยที่มีผลต่อโรคซึมเศร้า และก่อให้เกิดปัญหาการฆ่าตัวตายในที่สุด¹⁴

การดำเนินของโรค

ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษามีอาการอยู่นานประมาณ 6-13 เดือน ถึงแม้อาการอาจหายไปได้เองแต่ผู้ป่วยควรได้รับการรักษา เนื่องจากอาการของโรคจะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วย ระยะเวลาอาการซึมเศร้าอาจอยู่ประมาณ 5-6 เดือน หากได้รับการรักษามีอาการนานประมาณ 3 เดือน ซึ่งร้อยละ 20 ของผู้ป่วยจะมีอาการเรื้อรัง บางรายมากกว่า 2 ปี นอกจากนี้โรคซึมเศร้ามีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูงและความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำจะยิ่งเพิ่มขึ้นในแต่ละครั้งในปีแรกหลังจากมีอาการพบว่าผู้ป่วยมีอาการครั้งแรกมีโอกาที่จะกลับเป็นซ้ำในครั้งต่อไปร้อยละ 50 และผู้ป่วยที่มีอาการครั้งที่ 2 และ 3 มีโอกาสเกิดครั้งต่อไปร้อยละ 70 และ 90 ตามลำดับ และประมาณร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยที่เป็น Major depressive disorder, Single episode พบเกิด Manic episode ในครั้งถัด ๆ มา^{10,15}

การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า

การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้ามีหลายวิธี การเลือกใช้วิธีการรักษาแบบใดขึ้นอยู่กับความเหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งเป้าหมายของการรักษาโรคซึมเศร้านั้นเพื่อป้องกันความเสี่ยงของผู้ป่วยที่มีความคิดหรือพยายามที่จะฆ่าตัวตาย บรรเทาอาการซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงต้นเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า สามารถจัดการหรือแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้การรักษาอาจจะใช้วิธีที่การรักษาเพียงวิธีเดียวหรือใช้วิธีอื่น ๆ ร่วมกัน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับ

ผู้ป่วยมากที่สุด วิธีการรักษาโรคซึมเศร้าสามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ได้ดังนี้

1. การรักษาทางด้านชีวภาพ

1.1 การรักษาด้วยยาด้านเศร้า (Anti-depressant) การใช้ยารักษาของโรคอาการซึมเศร้าเพื่อปรับสารเคมีในสมอง เช่น Serotonin, Epinephrine หรือ Norepinephrine ให้สารเคมีเหล่านี้ปรับคืนสู่ภาวะสมดุล และช่วยลดอาการของโรคซึมเศร้า เช่น อาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หงุดหงิด เป็นต้น ปัจจุบันมีหลายกลุ่มแต่ละชนิดมีประสิทธิภาพและความเร็วในการตอบสนองต่อยาหรือผลระยะยาวไม่แตกต่างกัน แต่จะแตกต่างกันในเรื่องของกลไกการออกฤทธิ์ ผลข้างเคียงของยา และราคา¹⁶ ซึ่งโดยปกติแล้วจะเริ่มเห็นผลหลังจากได้รับยาไปแล้ว 1-2 สัปดาห์¹⁰ ปัจจุบันแบ่งกลุ่มยาใหญ่ ๆ ออกได้เป็น 4 กลุ่ม คือ 1) กลุ่ม Tricyclic and Tetracyclic Antidepressant (TCAs) เช่น Amitriptyline (Trytanol), Nortriptyline (Nortrilin) และ Imipramine (Tofranil) เป็นต้น 2) กลุ่ม Monoamine oxidase inhibitor (MOAIs) เช่น Isocarboxazid (Marplan), Phenelzine (Nardil), Tranylcypromine (Prarnate) เป็นต้น 3) กลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) เช่น Fluoxetine (Prozac, Flulox), Fluvoxamine (Fevarin, Luvox), Paroxetine (Seroxat), Sertaline (Zoloft) เป็นต้น 4) กลุ่ม New generation กลไกการออกฤทธิ์และผลข้างเคียงของยาแตกต่างกัน เช่น Tianeptine (stablon), Valenfaxine (Effexor), Mirtazapine (Remoron) เป็นต้น¹⁷

1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electro-convulsive therapy: ECT) ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อยาหรือทนต่ออาการข้างเคียงของยาไม่ได้ หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง หรือมีอาการรุนแรง ไม่รับประทานอาหารหรือดื่มน้ำ¹⁸ โดยการรักษาด้วยไฟฟ้ามีผลต่อ Monoamine metabolism โดยไปลดปริมาณของ Postsynaptic beta-adrenergic receptors



และเพิ่มปริมาณของการเปลี่ยนแปลงของ Serotonergic และ Alpha adrenergic receptors ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเชื่อว่าทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการดีขึ้น¹⁷ วิธีนี้ไม่ได้ป้องกันการกลับป่วยซ้ำจำเป็นต้องรักษาต่อยาและ/หรือการรักษาทางจิตใจหลังจากผู้ป่วยอาการซึมเศร้าดีขึ้น^{17,19}

1.3 การรักษาด้วยการกระตุ้นสมองแบบ

Repeated transcranial magnetic stimulation (rTMS) อาศัยอุปกรณ์ปล่อยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าผ่านหนังศีรษะ เพื่อสร้างสนามแม่เหล็กไฟฟ้าเหนี่ยวนำให้เกิดกระแสไฟฟ้ากระตุ้นเซลล์สมองส่วน Cerebral cortex บางส่วน¹⁸

1.4 การรักษาด้วยแสง (Light therapy) หรือบางครั้งอาจเรียกว่าการรักษาด้วยแสงจ้า (Bright light therapy) มีการศึกษาว่าสามารถรักษาโรคซึมเศร้าได้ในต่างประเทศ แต่ในประเทศไทยยังมีการศึกษาวิจัยนี้ค่อนข้างน้อย ซึ่งการรักษาด้วยแสงมีขนาดแตกต่างกันไปส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 3,000-10,000 lux วันละ 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง โดยอัตราการตอบสนองต่อการรักษาด้วยแสงในช่วงเช้าจะประมาณ 60-70 ซึ่งการรักษาด้วยแสงถือเป็นทางเลือกหนึ่งของการรักษาผู้ป่วยร่วมกับการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ²⁰

2. การรักษาทางจิตสังคม (Psycho-social treatment) เป็นการรักษาทางจิตสังคมมีความจำเป็นเพื่อเพิ่มประสิทธิผลในการรักษาโรคร่วมกับการรักษาด้วยยา อย่างไรก็ตามในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าที่ไม่รุนแรง หรือ Mild severity ของ Major depressive disorder พบว่าการรักษาทางจิตสังคมเพียงอย่างเดียว นั้นให้ประสิทธิผลเทียบเท่ากับการรักษาด้วยยารักษาอาการซึมเศร้าเพียงอย่างเดียว การศึกษาวิจัยพบว่าการรักษาทางจิตสังคมรูปแบบที่เรียกว่า “จิตบำบัดระยะสั้น หรือ Short-term psychotherapy” ซึ่งมีระยะเวลาของการรักษานานประมาณ 12-16 สัปดาห์มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้า ได้แก่ การรักษาด้วยจิตบำบัดระยะสั้น 3 วิธี ดังนี้ 1) Cognitive therapy

2) Interpersonal therapy และ 3) Behavioral therapy นอกจากนั้นยังมีการรักษาทางจิตสังคมรูปแบบที่เรียกว่า “จิตบำบัดระยะยาว หรือ Long-term psychotherapy” โดยเป็นการทำจิตบำบัดด้วยวิธีจิตวิเคราะห์ชนิด Insight oriented psychoanalytic therapy ซึ่งจะใช้เวลาเป็นปีก็มีประสิทธิภาพในการรักษาเช่นกัน²¹

3. การใช้สิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (Milieu therapy) มีความสำคัญเนื่องจากสิ่งแวดล้อมถือเป็นสิ่งเร้าภายนอกที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ความรู้สึก อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งมีหลักการดังนี้¹⁹

3.1 การสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น เป็นมิตรปลอดภัย เอื้อต่อการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคล ป้องกันการแยกตัว ช่วยให้บุคคลเกิดความไว้วางใจ ซึ่งถือเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญสูงสุดต่อการบำบัด

3.2 คุณลักษณะของผู้บำบัดถือเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ ผู้บำบัดควรมีลักษณะจริงใจ เป็นมิตร สม่ำเสมอ ใจเปิดใจรับฟังความรู้สึก ไม่แสดงท่าทีหรือทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณบำบัดกำลังรู้สึกยุ่งยาก ไม่ตั้งใจฟัง ไม่เข้าใจ ไม่มีเวลา และรู้สึกเป็นภาระกับผู้ดูแล

3.3 การจัดกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสมสามารถดึงความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ากลับมาอีกครั้ง ไม่หมกมุ่นอยู่กับความคิดทางลบ สิ่งแวดล้อม และอนาคต กิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าควรเป็นกิจกรรมที่เสริมสร้างความคิดด้านบวก และความภาคภูมิใจในตนเอง

บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

พยาบาลจิตเวชเป็นผู้ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเวช ให้ความรู้ ข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและญาติ เป็นผู้ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพทางสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องในการรักษาผู้ป่วย และเป็นสื่อกลางระหว่างทีมผู้รักษาและญาติผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลจิตเวชต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึม



เศร้า สาเหตุของการเกิดโรค ตลอดจนแนวทางการบำบัดรักษา จะเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมให้พยาบาลมีความเข้าใจในตัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแต่ละรายมากขึ้น โดยการนำกระบวนการทางการพยาบาลมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและสอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยแต่ละราย รายละเอียดดังนี้

1. การประเมินทางการแพทย์ การที่พยาบาลตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยง ประวัติการเจ็บป่วย การรักษาในอดีต และครอบครัวไปถึงเรื่องของวัฒนธรรม ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดการรักษาหรือการวางแผนฟื้นฟู รวมไปถึงการประเมินผลลัพธ์ การสัมภาษณ์สมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อนสนิทเกี่ยวกับการใช้ชีวิตในแต่ละวันของผู้ป่วย และอาการที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วยอาจช่วยกำหนดแบบแผนการรักษา ทั้งนี้ระดับความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วยของครอบครัว และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคก็เป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลจะต้องประเมินด้วย

การประเมินสุขภาพจิตจะมุ่งเน้นที่ผลกระทบทางกายที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า ตลอดจนด้านจิตสังคม อาการของโรคซึมเศร้าอาจคล้ายกับปัญหาทางกาย หรือผลข้างเคียงจากการใช้ยา บ่อยครั้งที่พยาบาลจิตเวชให้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างเป็นองค์รวมมากกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกอื่น ๆ การประเมินที่สำคัญมีดังนี้²²

1.1 การประเมินสุขภาพกาย พยาบาลควรจะต้องประเมินการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ประวัติการเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะทางระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ ภาวะชด การเจ็บปวดเรื้อรัง ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคเบาหวาน หรือภาวะหมดประจำเดือน ประวัติการเจ็บป่วยอื่น ๆ การผ่าตัด การรักษาตัวในโรงพยาบาล การบาดเจ็บที่ศีรษะ ระดับการรู้สติ การตั้งครุฑ การคลอด การแท้ง เป็นต้น รวมไปถึงการใช้ยาอื่น ๆ และสมุนไพร เหตุผลที่ใช้ หรือใช้มานานเท่าไร การประเมินด้านร่างกายควรคำนึงสัญญาณชีพ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจคลื่นไฟฟ้า

หัวใจ การติดตามอาการของภาวะซึมเศร้าควรประเมินดังนี้

1.1.1 การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักและความอยากอาหาร ผู้ป่วยที่อาการซึมเศร้ารุนแรงจะมีความอยากอาหารเพิ่มขึ้นหรือลดลง ซึ่งอาจจะสัมพันธ์หรือไม่สัมพันธ์กับน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นหรือลดลง (มีการเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวใน 1 เดือน) การที่น้ำหนักลดไม่เกี่ยวกับการลดน้ำหนักในผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรงจำเป็นต้องประเมินภาวะขาดน้ำตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว

1.1.2 การนอนหลับ ส่วนใหญ่ปัญหาเรื่องการนอนในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คือ นอนไม่หลับ ซึ่งมี 3 ลักษณะคือ 1) นอนไม่หลับในช่วงแรก (กว่าจะหลับใช้เวลานาน) 2) นอนไม่หลับในช่วงกลาง (ตื่นมากลางดึกและหลับต่อยาก) และ 3) นอนไม่หลับในช่วงปลาย (ตื่นเร็วกว่าปกติและไม่สามารถนอนต่อได้) ส่วนที่พบได้น้อยคือการนอนมากเกินไป (นอนตลอดทั้งวันทั้งคืน) ไม่ว่าจะเป็นนอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป ผู้ป่วยมักจะบ่นว่ารู้สึกไม่สดชื่น ตื่นตัว

1.1.3 ความเหนื่อยหน่าย ไม่มีแรง อ่อนเพลีย ซึ่งอาการอ่อนเพลียที่เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าเป็นลักษณะของตัวบุคคลโดยไม่ว่าจะเป็นนอนหรือการมีกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วย แม้แต่งานที่ง่ายที่สุดก็รู้สึกว่าต้องใช้ความพยายามอย่างมากที่จะทำ

1.2 การประเมินการใช้ยา นอกเหนือจากการประเมินด้านร่างกาย ควรจะประเมินการใช้ยาในปัจจุบัน ให้ครอบคลุม ทั้งปริมาณ ขนาด ความถี่ของการใช้ยา ยาอื่น ๆ ที่ซื้อมารับประทานเอง สมุนไพรต่าง ๆ หรือวัฒนธรรมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรักษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พยาบาลต้องประเมินความเป็นไปได้ของอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาของผู้ป่วย เช่น ถ้าผู้ป่วยได้รับยานอนหลับกลับไปบ้านพยาบาลควรสอบถามถึงจำนวนเม็ดยาที่เหลือในการมาพบแพทย์ครั้งหน้า และควร



ประเมินเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด ตลอดจนการใช้สมุนไพรต่าง ๆ เพราะอาจจะมีผลต่อยาที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

1.3 การประเมินทางด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะต้องประเมินสภาพจิต (Mental status examination; อารมณ์และความรู้สึก กระบวนการคิดและเนื้อหาความคิด ความคิด ความจำ และสมาธิ) ทักษะในการแก้ปัญหา ประวัติด้านจิต พัฒนาการ ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัว รูปแบบสัมพันธภาพ การช่วยเหลือกันในครอบครัว การศึกษา ประวัติการทำงาน และผลกระทบจากการเจ็บป่วยทางกาย หรือการถูกล่วงละเมิดทางเพศ เป็นต้น พยาบาลควรจะต้องวิเคราะห์จุดแข็งของแต่ละบุคคล ปัญหาที่พบ โดยการถามผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยอธิบายถึง ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมก่อนที่จะมีอาการซึมเศร้า ในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงควรประเมินเรื่องความคิดฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตัวเอง ทั้งนี้ควรประเมินสมาชิกในครอบครัว เพื่อนสนิท เพื่อที่จะประเมินขั้นตอนในการให้การช่วยเหลือ การติดตามเรื่องราวการสนทนาจะเป็นกุญแจสำคัญในการประเมินผู้ป่วยซึมเศร้า

2. การให้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เช่น นอนไม่หลับ ความไม่สมดุลของการรับประทานอาหาร มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง การเปลี่ยนแปลงด้านกระบวนการคิด การบกพร่องทางเพศสัมพันธ์ ภาวะสิ้นหวัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ มีความเศร้าโศกเสียใจที่ผิดปกติ การจัดการปัญหาในครอบครัว ไม่มีประสิทธิภาพ ไม่สามารถแสดงบทบาทได้อย่างเหมาะสม ถ้ามีข้อมูลผู้ป่วยที่นำไปสู่การวินิจฉัยว่าเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในอนาคต พยาบาลควรประเมินถึงการวางแผน เจตนา วิธีการที่ผู้ป่วยจะทำ อีกทั้งการประเมินทางการพยาบาลควรจะต้องตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในเชิงบวกด้วย เช่น การมีความหวัง การส่งเสริมการจัดการแก้ไขปัญหา หรือการส่งเสริม

การนอนหลับ เป็นต้น^{19,22}

3. การวางแผนและให้การพยาบาล การให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ควรให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม สัมพันธภาพกับผู้อื่น และที่สำคัญที่สุดคือการป้องกันการฆ่าตัวตาย การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ศรัทธา และเชื่อมั่น ถ้าที่จะเปิดเผยข้อมูลตนเองมากขึ้น ทำให้สามารถร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลต้องให้ความรู้ทั้งผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า สาเหตุ วิธีการรักษา กระบวนการรักษา การใช้ยา และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พร้อมทั้งจะรับการรักษา และสามารถที่จะกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้านได้ การที่ครอบครัวมีการปฏิบัติหรือดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย คอยสนับสนุนให้การช่วยเหลือผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจกันมากขึ้น มีความผูกพัน เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ทั้งนี้พยาบาลควรให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและญาติในกรณีที่มีข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคและการรักษา พยาบาลควรวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อีกบทบาทที่สำคัญคือการประสานงานความร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย และประสานไปยังหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้านของผู้ป่วย รวมทั้งแกนนำด้านสุขภาพของผู้ป่วยด้วย เพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁹

4. การประเมินผลทางการพยาบาล การประเมินทางการพยาบาลเป็นการประเมินเรื่องต่าง ๆ ที่ได้ให้การพยาบาลไปแล้ว ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสัมพันธภาพกับผู้อื่น ว่าได้ผลเป็นอย่างไร บรรลุวัตถุประสงค์มากน้อยแค่ไหน ถ้าผู้ป่วยยังทำไม่ได้พยาบาลก็ต้องปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เช่น ปัญหาเรื่องของการดูแลตนเองบกพร่อง



ให้การพยาบาลไปแล้วผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้มากขึ้นหรือลดลง ยังมีส่วนไหนที่ต้องนำมาปรับเปลี่ยนการพยาบาลเพิ่มเติม หรือปัญหาเรื่องของการทำร้ายตัวเอง หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมหรือความคิดนี้อยู่หรือไม่ หรือสามารถมองเห็นศักยภาพ คุณค่าในตนเอง สามารถตัดสินใจหรือมีวิธีการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้อารมณ์เศร้า ท้อแท้ สิ้นหวังของผู้ป่วยลดลงได้^{19,22}

เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้วสามารถที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้ พยาบาลจิตเวชมีส่วนสำคัญในการช่วยเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ ครอบครัวมีความเข้าใจ และพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย โดยพยาบาลจิตเวชสามารถให้ความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนช่วยประสานงานหรือส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการรักษาต่อยังสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน

การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเมื่อกลับบ้าน

การที่ผู้ป่วยจะหายจากโรคซึมเศร้าได้นั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับ การรักษาของแพทย์เพียงอย่างเดียว ขึ้นอยู่กับหลายองค์ประกอบร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล ทีมบุคลากรทางสุขภาพที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วย คนในครอบครัว และที่สำคัญที่สุดคือตัวผู้ป่วยเองที่จำเป็นต้องให้ความร่วมมือในการรักษาและดูแลตัวเองอย่างต่อเนื่อง ภายใต้การดูแลของแพทย์ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดที่ผู้ป่วยจะสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ ซึ่งพยาบาลจิตเวชมีส่วนสำคัญในการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยดังนี้²³

1. การทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า อาการและอาการแสดง สาเหตุและปัจจัย การรักษา และการปฏิบัติตัว หากผู้ป่วยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามจากแพทย์ หรือพยาบาลได้

2. การรับประทานยา ควรรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ หากมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เช่น ปากแห้ง คอแห้ง เวียนศีรษะ ตาพร่ามัว ง่วงนอน เป็นต้น หากอาการไม่รุนแรงจะสามารถลดอาการข้างเคียงด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ถ้าปากแห้ง คอแห้ง แก้ไขด้วยการจิบน้ำบ่อย ๆ หรืออมน้ำแข็ง ถ้ามีอาการรุนแรงควรรีบไปพบแพทย์ไม่หยุดหรือปรับขนาดยาเอง ซึ่งในช่วงแรกอาจจะยังไม่เห็นผลของการรักษาเนื่องจากปกติแล้วจะเริ่มเห็นผลหลังจากได้รับยาไปแล้ว 1-2 สัปดาห์ และเมื่ออาการดีขึ้นแล้วไม่ควรหยุดยา ควรรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคได้

3. มาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ หากไม่สามารถมาได้ให้ญาติเป็นคนมาแทน หรือถ้าทราบล่วงหน้าว่าไม่สามารถมาในวันที่แพทย์นัดได้ ให้แจ้งแพทย์ที่รักษา เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษา การที่มาพบแพทย์ตามนัดจะทำให้แพทย์ได้ประเมินอาการ ความก้าวหน้าของการรักษา อาการหรือผลข้างเคียงจากการรับประทานยา เพื่อปรับเปลี่ยนการรักษาให้เหมาะสมและเกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดกับผู้ป่วย

4. ทำจิตใจให้ผ่อนคลาย หางานอดิเรกหรือเลือกกิจกรรมที่ทำแล้วเกิดความรู้สึกดี เช่น บางคนอาจจะชอบดูหนัง ไปท่องเที่ยว ทำอาหาร เล่นดนตรี หรือทำงานประดิษฐ์ เป็นต้น หรือการไปทำกิจกรรมร่วมกับคนในครอบครัว เพื่อนสนิท หรือคนที่รู้สึกไว้วางใจ หากเกิดความเครียด พยายามหาวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม และเลือกไปใช้ได้ตามความพอใจส่วนตัว เช่น การฝึกสมาธิ กำหนดลมหายใจเข้าออก การวาดรูป ระบายสี การใช้จินตนาการ เป็นต้น

5. ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาอย่างสม่ำเสมอ ตามความชอบและเหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง โดยออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที ทั้งนี้การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลา 10-12 สัปดาห์ ช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มี



อาการระดับเล็กน้อยมีอาการดีขึ้นได้¹⁹ การออกกำลังกายเป็นการรักษาวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพสำหรับภาวะซึมเศร้า ซึ่งทำให้การรักษาด้วยยาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นเมื่อใช้ทั้งสองวิธีร่วมกัน²⁴

6. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย พยายามให้ได้รับสารอาหารตามที่ร่างกายต้องการหลีกเลี่ยงของหมักดอง ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มชูกำลัง ชา กาแฟ น้ำอัดลม งดการใช้สารเสพติด บุหรี่ เพราะจะทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาลดลงและอาการกำเริบได้

7. ผู้ป่วยที่กำลังมีความทุกข์ให้อยอมรับว่าตนเองมีความทุกข์และหาเพื่อนหรือผู้ที่ไว้วางใจระบายความทุกข์ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเดิมๆ เช่น ปลุกต้นไม้ หรือทำงานอดิเรกอื่น ๆ และปรับตัวโดยการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งในระดับกลุ่ม ครอบครัว และชุมชน

8. สังเกตอาการของตัวเองว่ามีเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ซึ่งอาการเตือนมักจะเกิดขึ้นเป็นเวลา 1-2 สัปดาห์ก่อนที่จะมีอาการกำเริบ หากมีอาการแย่ลง รู้สึกเศร้ามากขึ้น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด แยกตัว มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย ไม่อยากมีชีวิตอยู่ เป็นต้น ให้รีบมาพบแพทย์ทันทีโดยไม่ต้องให้ถึงวันนัดเพื่อรับการรักษาไม่ให้อาการรุนแรงมากขึ้น

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเมื่อกลับบ้าน

บ่อยครั้งที่คนในครอบครัว ญาติ หรือคนใกล้ชิดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มักจะรู้สึกว่าทำไมผู้ป่วยต้องเศร้าเรื่องแค่นี้ทำไมไม่สู้ ไม่เข้มแข็ง ทำไมถึงอ่อนแอ มีแต่คำว่าทำไม ๆ ถึงแม้สิ่งที่พูดไปจะพูดไปด้วยความห่วงผู้ป่วย แต่กลับจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกแย่ ไร้ความสามารถ เป็นภาระของบุคคลอื่น ยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเศร้าทุกข์ใจมากขึ้น ซึ่งอาการที่ผู้ป่วยเป็นเกิดจากการเจ็บป่วยทางจิตใจ มีการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีและระบบฮอร์โมนต่าง ๆ ในสมอง ซึ่งเมื่อได้รับการรักษาหายแล้ว อาการต่าง ๆ จะค่อย ๆ ดีขึ้น ดังนั้นหากครอบครัว ญาติ หรือคนใกล้ชิดผู้ป่วยมีความเข้าใจผู้ป่วย

ที่เป็นโรคซึมเศร้า มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ก็จะมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีดังนี้²²

1. ทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า อาการและอาการแสดง สาเหตุ และการรักษาของผู้ป่วย เพื่อจะได้เข้าใจและรู้ถึงแนวทางการรักษาผู้ป่วยมากขึ้น หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามจากแพทย์ หรือพยาบาลได้

2. รับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ เอาใจใส่ โดยไม่ตัดสิน วิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยในทางที่ผิด ไม่ว่าจะเป็นคำพูด น้ำเสียง ท่าทาง พฤติกรรมต่าง ๆ ควรพูดคุยสอบถามว่าผู้ป่วยรู้สึกอย่างไร แต่ไม่ต้องรีบร้อนหากผู้ป่วยไม่ต้องการที่จะพูด การรับฟังอย่างเข้าใจและพูดคุยกับผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนพร้อมที่จะรับฟังและเข้าใจตนเอง ทั้งนี้ไม่ควรแสดงความห่วงใยผู้ป่วยมากเกินไป หรือคอยจับผิดตลอดเวลา เพราะจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ดี

3. สนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วยในการรักษาตัว ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้ารับการรักษาตามแผนการรักษา ในระยะแรกอาจจะต้องช่วยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา หรือช่วยเตือนผู้ป่วยในการรับประทานยา พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

4. กระตุ้นหรือช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การรับประทานยา การนอน การเคลื่อนไหว

5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของครอบครัวหรือชุมชน โดยเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยถนัดหรือเคยทำสำเร็จมาแล้ว เช่น การทำงานบ้าน การทำอาหาร ไปทำบุญหรือเที่ยวกับครอบครัว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนจิตใจ ผ่อนคลายความเครียดในวิธีที่เหมาะสมและไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย

6. สังเกตและติดตามอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย หากสังเกตว่าอาการผู้ป่วยแย่ลง หรือรับรู้ถึงสัญญาณเตือนในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย เช่น เขียน



จดหมาย มอบสิ่งของให้คนอื่น บอกว่าอยากตาย อยากฆ่าตัวตาย ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ทำร้ายตัวเอง อย่าคิดว่าผู้ป่วยทำเพื่อเรียกร้องความสนใจ ควรใส่ใจและให้ความสำคัญในการเฝ้าระวัง และป้องกันการฆ่าตัวตาย เก็บสิ่งของที่คิดว่าผู้ป่วยอาจจะนำมาใช้ในการฆ่าตัวตาย ซึ่งหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง หรือบอกชัดเจนว่าจะฆ่าตัวตาย ควรรีบพามาพบแพทย์เพื่อให้การช่วยเหลือหรืออาจจำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายต่อไป

การที่ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาได้รับความรู้ความเข้าใจในโรคซึมเศร้าที่ผู้ป่วยเป็น ความรู้การดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย การเป็นกำลังใจและเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีให้กับผู้ป่วย ลดการขัดแย้งที่เกิดจากปัญหาการสื่อสารที่ไม่ตรงตามความต้องการตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้น เมื่อครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีให้ผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและไม่รู้สึกโดดเดี่ยว แหล่งสนับสนุนทางครอบครัวที่ดีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันส่งเสริมการฟื้นฟูของโรคซึมเศร้า ซึ่งจากผลการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลแบบครอบครัวเป็นฐาน สามารถที่จะจัดการอารมณ์เศร้าและโรคซึมเศร้าที่ตนเองเป็นได้อย่างเหมาะสมอีกทั้งการที่ครอบครัวเข้ามามีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีส่งผลให้ฟื้นฟูจากภาวะซึมเศร้า²⁵

สรุป

โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและการไร้ความสามารถที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก ซึ่งพบได้ในประชากรทุกเพศ ทุกวัย โดยนับวันยิ่งจะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และยังพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง นอกจากผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบแล้ว ครอบครัว และสังคมก็ได้รับผลกระทบเช่นกัน พยาบาลจิตเวชถือเป็นบุคลากรทางสุขภาพคนหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลจิตเวชควรต้องศึกษาหาความรู้ทำความเข้าใจโรคซึมเศร้า เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ดูแลผู้ป่วยได้อย่างเป็นองค์รวม โดยการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การบำบัดรักษา และการดูแลตนเองของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การพบแพทย์ตามนัด และการออกกำลังกาย ให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่อง สามารถที่จะดูแลตนเองเบื้องต้นได้ ตลอดจนหากครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลระดับประคับประคองผู้ป่วย มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า มีทัศนคติที่ดีต่อโรสดังกล่าว ยอมรับ เข้าใจ และให้โอกาสผู้ป่วย ก็จะเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น และลดอัตราการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้



References

1. World Health Organization. Depression [Internet]. 2019 [cited 2019 Jun 11]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorder [Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 11]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
3. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry* 2016; 3(2): 171-8.
4. World Health Organization. Depression. [Internet]. 2019 [cited 2019 Jun 11]. Available from: <http://www.emro.who.int/health-topics/depression/index.html>
5. Burden of Disease Research Program Thailand. Report of Burden of disease and injuries among the Thai population in 2014. Nonthaburi: THE Graphico Systems; 2017.
6. Department of Mental Health. Prevalence of mental disorders and mental health problems: Results from Thai national mental health survey 2013 [Internet]. 2016 [cited 2019 June 11]. Available from: https://www.dmh.go.th/ebook/files/prevalence_of_M_disorder_MH_problems_TNMHS2013.pdf
7. Prechawat S, Arunpongpaisal S, Chanthong S, Kongsuk T. The parameters for calculating the burden of mood disorders in Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand* 2018; 26(1): 63-74.
8. Department of Mental Health. Depression [Internet]. 2016 [cited 2019 May 21]. Available from: <http://www.searo.who.int/thailand/news/technical-factsheet-depression-thai.pdf?ua=1>.
9. World Health Organization. OUT OF THE SHADOWS Making Mental Health a Global Development Priority [Internet]. 2016 [cited 2019 Jun 11]. Available from: http://www.who.int/mental_health/WB_WHO_meeting_2016.pdf
10. Lalitanantapong D. Emergency Psychiatry. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2018.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
12. Vongsirimas N, Kaesornsamu P. Nursing Care for Persons with Depressive Disorders and Bipolar Disorders. In: Sitthimongkol Y, Kaesornsamu P, Vongsirimas N, Pornchaikate A, editors. *Psychiatric Nursing*. 3rd ed. Bangkok: Scan Art Co., Ltd.; 2016. p. 319-48.
13. Keltner NL, Steele D. *Psychiatric Nursing*. 8th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier; 2018.
14. Jitsangob P. Recovery experience among persons with first diagnosis of Major depressive disorder [Master's Thesis, Nursing Science Program]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2017.
15. Halter MJ. *Vacarolis' Foundations of Psychiatric-Mental Health Nursing: A Clinical Approach*. 8th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier; 2018.
16. Ittasakul P, Hongsanguansri S. Depressive Disorders. In: Lotrakul M, Sukanich P, editors. *Ramathibodi Essential Psychiatry*. 4th ed. Bangkok: Department



- of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital; 2015. p. 167-89.
17. Jiebna V. Psychopharmacotherapy and Nursing. In: Jiebna V, editor. Psychiatric Nursing. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2013. p. 119-46.
18. Wannasewok K. Bipolar and Related Disorder and Depressive Disorder. In: Sitdhiraksa N, Wannasewok K, Wannarit K, Pukrittakayamee P, Apinuntavech S, Katumarn P, editors. Siriraj Psychiatry DSM-5. 3rd ed. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital; 2016. p. 379-410.
19. Thapinta D. Depression: Therapy and Cognitive Behavior Counseling. 3rd. Chiang Mai:Wanida Printing; 2013.
20. Arunpongpaisal S, Vasiknanonte S, editors. Textbook of depressive disorders. Khonkaen: Klunghana Vitthaya Press; 2015.
21. Phanasathit M. Depressive Disorders. In: Charernboon T, Nuallaong W, Jaisin K, editors. Thammasat Textbook of Psychiatry. Pathum Thani: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Thammasat University; 2019. p. 143-55.
22. Boyd MA. Psychiatric Nursing: Contemporary Practice. 6th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018.
23. Visanuyotin S, Ittavisawakul N. Clinical Practice Guideline for patient with depression. The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima 2010; 16(1): 5-22. (In Thai).
24. Kvam S, Kleppe CL, Nordhus IH, Hovland A. Exercise as a treatment for depression: a meta-analysis. Journal of affective disorders 2016; 202: 67-86. Doi. org/10.1016/j.jad.2016.03.063.
25. Intapun M, Upasen R. The Effect of Family Based Interpersonal Psychotherapy on Depression in Patients with Major Depressive Disorder. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2018; 19 (Suppl): 175-83. (In Thai).