

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental research) เพื่อพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้หัวข้อต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

- 1.1 ความหมายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- 1.2 ลักษณะอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- 1.3 ระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้า
- 1.4 สาเหตุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า
- 1.5 แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- 1.6 แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- 1.7 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยบุคลากรสหวิชาชีพ

2. แผนจำหน่าย

- 2.1 ความหมายของแผนจำหน่าย
- 2.2 รูปแบบ และองค์ประกอบของการวางแผนจำหน่าย
- 2.3 การวางแผนจำหน่ายตามแนวคิดของแมคคีย์เฮน
- 2.4 ประโยชน์ของการวางแผนจำหน่าย
- 2.5 การพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- 2.6 การพัฒนาแผนจำหน่ายตามแนวคิดของสภาการวิจัยการแพทย์ และสุขภาพ

แห่งชาติ

3. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ และการส่งต่อ

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ความหมายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder: DSM-IV-TR) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA, 2000) เป็นโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorders) ได้แก่ การมีลักษณะอาการอย่างน้อยหนึ่งข้อของ (1) อารมณ์ซึมเศร้า (2) เบื่อหน่ายไม่มีความสุข ร่วมกับมีอาการดังต่อไปนี้ห้าอาการ หรือมากกว่า อยู่นาน 2 สัปดาห์ 1) มีอารมณ์เศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวันแทบทุกวัน 2) ความสนใจ หรือความสุขในกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งหมด หรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมากเป็นส่วนใหญ่ของวันแทบทุกวัน 3) น้ำหนักลดลงโดยไม่ได้เป็นจากการคุมอาหาร หรือเพิ่มขึ้นอย่างมีความสำคัญ (ได้แก่น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่า ร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือมีการเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารแทบทุกวัน 4) นอนไม่หลับ หรือหลับมากแทบทุกวัน 5) อ่อนเพลีย หรือไร้เรี่ยวแรงแทบทุกวัน 6) กระวนกระวาย หรือช้าลง 7) รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสม หรือมากเกินไป เกินควร แทบทุกวัน 8) สมาธิ หรือความสามารถในการคิดอ่านลดลง หรือตัดสินใจอะไรไม่ได้ แทบทุกวัน และ 9) คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อย ๆ (มิใช่ว่ากลัวแก่ว่าจะตาย) คิดอยากตายอยู่เรื่อย ๆ โดยมีได้วางแผนแน่นอน หรือพยายามฆ่าตัวตาย หรือมีแผนในการฆ่าตัวตายไว้แน่นอน

สมภพ เรื่องตระกูล (2549) หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่นชัดร่วมกับอาการอย่างอื่น เช่น มีความรู้สึกเบื่อหน่าย และหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่า และมีความคิดอยากตาย

สรุปผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder: DSM-IV) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA, 2000) เป็นโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorders) ได้แก่ การมีลักษณะอาการอย่างน้อยหนึ่งข้อของ (1) อารมณ์ซึมเศร้า (2) เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข ร่วมกับมีอาการดังต่อไปนี้ห้าอาการ หรือมากกว่า อยู่นาน 2 สัปดาห์ 1) มีอารมณ์เศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวันแทบทุกวัน 2) ความสนใจ หรือความสุขในกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งหมด หรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมากเป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน 3) น้ำหนักลดลงโดยไม่ได้เป็นจากการคุมอาหาร หรือเพิ่มขึ้นอย่างมีความสำคัญ (ได้แก่น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือมีการเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารแทบทุกวัน 4) นอนไม่หลับ หรือหลับมากแทบทุกวัน 5) อ่อนเพลีย หรือไร้เรี่ยวแรงแทบทุกวัน 6) กระวนกระวาย หรือช้าลง 7) รู้สึกตนว่าไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสม

หรือมากเกินไปจนแทบทุกวัน 8) สมาธิ หรือความสามารถในการคิดอ่านลดลง หรือตัดสินใจอะไรไม่ได้ แทบทุกวัน และ 9) คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อย ๆ (มิใช่ว่ากลัวแก่ว่าจะตาย) คิดอยากตายอยู่เรื่อย ๆ โดยมีได้วางแผนแน่นอน หรือพยายามฆ่าตัวตาย หรือมีแผนในการฆ่าตัวตายไว้แน่นอน

ลักษณะอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ลักษณะอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่สำคัญ พอสรุปได้ดังนี้

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA, 2000) โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorders) ตาม DSM-IV ได้แก่ การมีลักษณะอาการอย่างน้อยหนึ่งข้อของ (1) อารมณ์ซึมเศร้า (2) เบื่อหน่ายไม่มีความสุข ร่วมกับมีอาการดังต่อไปนี้ห้าอาการ หรือมากกว่า อยู่นาน 2 สัปดาห์

1. มีอารมณ์เศร้าเป็นส่วนใหญ่วันแทบทุกวัน
2. ความสนใจ หรือความสุขในกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งหมด หรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมากเป็นส่วนใหญ่วันแทบทุกวัน
3. น้ำหนักลดลงโดยไม่ได้เป็นจากการคุมอาหาร หรือเพิ่มขึ้นอย่างมีความสำคัญ (ได้แก่น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่า ร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือมีการเบื่ออาหาร หรือเจริญอาหารแทบทุกวัน
4. นอนไม่หลับ หรือหลับมากแทบทุกวัน
5. อ่อนเพลีย หรือไร้เรี่ยวแรงแทบทุกวัน
6. กระวนกระวาย หรือช้าลง
7. รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสม หรือมากเกินไปจนแทบทุกวัน
8. สมาธิ หรือความสามารถในการคิดอ่านลดลง หรือตัดสินใจอะไรไม่ได้แทบทุกวัน
9. คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อย ๆ (มิใช่ว่ากลัวแก่ว่าจะตาย) คิดอยากตายอยู่เรื่อย ๆ โดยมีได้วางแผนแน่นอน หรือพยายามฆ่าตัวตาย หรือมีแผนในการฆ่าตัวตายไว้แน่นอน

สุรพล วีระศิริ (2547) ได้กล่าวถึงโรคซึมเศร้าว่า เป็นความรู้สึกที่ไม่เป็นสุข (unhappiness) ซึ่งมีลักษณะสำคัญ คือ

1. มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ (mood) ซึ่งแสดงออกในลักษณะอารมณ์ไม่ดี (dysphoric mood) เช่น รู้สึกเศร้า ไม่เป็นสุข หรือหดหู่ใจ (anhedonia) เช่น รู้สึกไม่สนใจต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว รู้สึกไม่พึงพอใจต่อกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยปฏิบัติ
2. มีการเปลี่ยนแปลงในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสรีรวิทยาทางร่างกาย ซึ่งเรียกว่า vegetative symptoms เช่น ไม่อยากอาหาร หรือทานมากกว่าปกติ นอนไม่หลับ หรือนอนมาก

ผิดปกติ (hypersomnia) มีอาการกระวนกระวาย พลุ้งพล่าน หรือเชื่องช้ามากกว่าปกติ (psychomotor agitation or retardation) เหนื่อยล้าไม่มีเรี่ยวแรง

3. มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความคิด ประกอบด้วย ความสามารถในการคิด และสมาธิ ลดลง ลังเลในการตัดสินใจ มีความรู้สึกผิดไร้ค่า และมีความคิดเกี่ยวกับความตาย

4. ภาษากายของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มีการแสดงออกทางท่าทาง และพฤติกรรมที่สังเกตได้ของผู้ที่มีอารมณ์เศร้า ได้แก่ ตามองต่ำ หนึ่งตาคกเล็กน้อย มุมปากตก เดินไหล่ห่อ คอตก พุดช้า และเสียงค่อย เป็นต้น

บาร์บี และบริกเกอร์ (Barbee & Bricker, 1996) การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าทำให้บุคคลมักเกิดปัญหาทางจิตใจ เช่น วิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด ดังนั้นเมื่อบุคคลเกิดภาวะวิกฤติแล้วหาทางออกให้กับตนเองไม่ได้ จึงมีความคิดที่จะหาทางให้ตนเองหลุดพ้นจากปัญหานั้น ๆ โดยการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งการพยายามฆ่าตัวตายเป็นการทำร้ายตนเองด้วยวิธีการที่รุนแรงทำให้ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย หรือบาดเจ็บมาก ผู้ที่กระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเอง หรือต้องการให้ตนเองได้รับอันตรายที่รุนแรง โรคซึมเศร้าถือเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญด้านการเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ซึมเศร้า เครียด และนำไปสู่การฆ่าตัวตาย

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2549) ลักษณะอาการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีอารมณ์เศร้า ร้องไห้มาก รับประทานอาหารไม่ได้ พัฒนาการเคลื่อนไหวช้า ซึม ท้อ การเจริญเติบโตหยุดชะงัก หากมีอาการเศร้ามาตั้งแต่วัยเด็ก เมื่อโตเป็นผู้ใหญ่จะมีพฤติกรรมเศร้ามาก ความรู้สึกในทางลบของบุคคลจะมีผลในการทำลายพัฒนาการทางความคิดของบุคคล ทำลายความรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองต่ำต้อย มีความนึกคิดในเชิงลบ มองเห็นแต่สิ่งเลวร้ายของตนเอง มองอนาคตของตนเองว่ามีแต่ความลำบาก ล้มเหลว และหมดทางแก้ไข ในที่สุดหันไปสู่วิธีการพยายามฆ่าตัวตาย เพื่อหนีความทุกข์ โรคซึมเศร้าเป็นโรคเรื้อรังยาวนานตลอดชีวิต รักษาหายได้ แต่สามารถกลับมาเป็นซ้ำอีก อายุที่เริ่มมีอาการป่วยคือ 20-30 ปี ในช่วงชีวิตของผู้ป่วยจะมีอาการโดยเฉลี่ย 4 ครั้ง การเจ็บป่วยแต่ละครั้งจะมีอาการยาวนาน 13-27 สัปดาห์ อาการส่วนใหญ่จะทุเลาหายไปภายใน 1 ปี แต่ยังมีบางส่วนที่ยังคงมีอาการเรื้อรัง และเป็นอยู่นานเกิน 5 ปี

มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (2550) ลักษณะอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยจะซึมเศร้า ร้องไห้ง่าย ในผู้ป่วยไทยอาจไม่บอกว่าเศร้า แต่จะบอกว่ารู้สึกเบื่อหน่ายไปหมด จิตใจไม่สดชื่นเหมือนเดิม อารมณ์เศร้า หรือเบื่อหน่ายนี้จะเป็นเกือบทั้งวัน และเป็นติดต่อกันทุกวัน นานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป อารมณ์หงุดหงิดพบได้บ่อยเช่นกัน ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้เสียใจ หรือเสียรบกวนไม่ได้ มักอยากอยู่คนเดียวเงียบ ๆ ในช่วงแรกผู้ป่วยอาจแสร้งรู้สึกเบื่อ



ชีวิต ไม่ทราบว่ามีชีวิตอยู่ต่อไปทำไม เมื่ออาการเป็นมากขึ้นอาจรู้สึกอยากตาย ต่อมาจะคิดถึงการฆ่าตัวตาย เริ่มมีอาการคิดถึงวิธีการ มีการวางแผน จนถึงการกระทำการฆ่าตัวตายในที่สุด และพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความคิดอยากตายถึง ร้อยละ 60 และพบฆ่าตัวตาย ร้อยละ 15

สรุปลักษณะอาการสำคัญของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางด้านร่างกาย จะมีความอยากรับประทานอาหารลดลง น้ำหนักลด หรืออาจรับประทานอาหารมากขึ้น น้ำหนักเพิ่ม นอนหลับยาก ความต้องการทางเพศลดลง กระวนกระวาย เชื่องช้า ไม่มีเรี่ยวแรง สำหรับอาการทางกายที่มักพบร่วมด้วย เช่น ปวดท้อง ท้องอืด อาหารไม่ย่อย ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก พฤติกรรมที่พบได้บ่อย เช่น ตามองดำ นิ่งตาตก มุมปากตก เดินไหหล่ม ห่อ หุดซ้ำ และเสียงค่อย ทางด้านอารมณ์ จะมีอารมณ์เศร้า หดหู่ มีความรู้สึกต่อตนเองในด้านลบตลอดเวลา ความพึงพอใจลดลง ร้องไห้ง่าย กว่าปกติ หงุดหงิด จุกแฉับง่าย ทางด้านสังคม จะไม่สนใจต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว รู้สึกไม่พึงพอใจต่อกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยปฏิบัติ แยกตัวออกจากสังคม

ระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้า

จากการศึกษาร่วมกันระหว่างองค์การอนามัยโลก ธนาคารโลก และโรงเรียนการสาธารณสุขฮาร์วาร์ด ในการคาดการณ์ภาระโรค (Burden of disease) ที่มีต่อประชากรในทุกภูมิภาคของโลก โดยวัดความสูญเสียเป็นจำนวนปีที่ดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดี พบว่าโรคซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงอันดับของโรคที่เป็นภาระจากอันดับที่ 4 ในปี ค.ศ. 1990 มาเป็นอันดับที่ 2 ในปี ค.ศ. 2020 ซึ่งหมายถึงโรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความสูญเสียที่รุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในปัจจุบัน และในอนาคต (Murray, 1996)

ผลการศึกษาภาระโรค และการบาดเจ็บในประเทศไทย เฉพาะกลุ่มโรคทางสุขภาพจิต และจิตเวช พบว่าการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ของโรคซึมเศร้ามีค่าสูงที่สุด แต่เป็นค่าจำนวนปีที่อยู่ด้วยความเจ็บป่วย หรือพิการทั้งหมด แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แม้จะไม่มีอาการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร แต่ก็ต้องทนอยู่กับอาการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้เป็นเวลานานกว่าโรคทางจิตอื่น ๆ ทำให้ต้องมีการดำเนินการด้านระบาดวิทยา เพื่อเฝ้าระวังติดตามผลที่จะตามมา เช่น การฆ่าตัวตายจากภาวะซึมเศร้า เมื่อพิจารณาแยกตามเพศ พบว่าเพศหญิงจะมีโรคซึมเศร้าสูงที่สุด ขณะที่เพศชายพบปัญหาการติดยาเสพติด และพิษสุราเรื้อรังมีค่าสูงใกล้เคียงกัน รองลงมาได้แก่ โรคซึมเศร้า แสดงให้เห็นว่าเพศหญิงเป็นกลุ่มเสี่ยงกับการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามากที่สุด (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548) จากรายงานจำนวน และอัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทยต่อประชากร 100,000 คน ปีงบประมาณ 2540-2544 พบว่าอัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ไม่สามารถสรุปได้ว่ามีแนวโน้มไปในทิศทางใด โดยพบว่ามีอัตราเพิ่มขึ้น และลดลง และเมื่อจำแนกการใช้บริการ ณ สถานบริการสาธารณสุข พบว่าทั้งสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกรมสุขภาพจิต และสถานบริการสาธารณสุขทั่วไป ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่สามารถสรุปได้ว่ามีแนวโน้มไปในทิศทางใด โดยสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกรมสุขภาพจิตมีอัตราลดลงและเพิ่มขึ้น ส่วนสถานบริการสาธารณสุขทั่วไปมีอัตราเพิ่มขึ้น และลดลง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าอาจแฝงอยู่ในการวินิจฉัยโรคอื่น ๆ (กรมสุขภาพจิต, 2544) ขณะนี้จากตัวเลขของผู้มารับบริการในหน่วยงานสาธารณสุข จะพบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าอยู่ที่ 13.3 ต่อแสนประชากร นั่นคือ มีผู้ป่วยด้วยโรคนี้ประมาณ 1.2 ล้านคน ในจำนวนนี้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง 871,700 คน ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรัง 321,300 คน อยู่ในกลุ่มวัยทำงาน สำหรับผู้ชาย พบมากที่สุดในช่วงอายุ 55-59 ปี และในผู้หญิง พบมากที่สุดในช่วงอายุ 45-54 ปี โดยผู้หญิงจะมีอัตราการเป็นโรคซึมเศร้า มากเป็น 2 เท่าของผู้ชาย กลุ่มผู้หญิงภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของโรคมากที่สุด รองลงมาคือภาคเหนือ และภาคกลาง และสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้น ยังพบว่ามีทางเลือกใช้วิธีการรุนแรงทำร้ายตนเองมากกว่าคนทั่วไป 2 เท่า นอกจากนี้ ยังพบว่าอัตราการป่วยทางจิตในวัยเด็กด้วยโรคซึมเศร้ามีจำนวนเพิ่มขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2548)

โรคซึมเศร้า เป็นโรคที่รุนแรงเป็นอันดับต้น ๆ ของภาวะโรคทั้งหลายทั้งในระดับโลก และระดับประเทศ หากไม่ได้รับการรักษา และปล่อยให้เป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยอาจมีความคิดเรื่องฆ่าตัวตาย หรือการทำร้ายตนเอง ซึ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า แต่กลับมีข้อมูลอัตราการเข้าถึงบริการเฉลี่ยย้อนหลัง 3 ปี คือ ตั้งแต่ปี 2550-2552 พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 100 คน ได้รับการดูแลรักษาเพียง 4 คน หรือแค่ 3.94 เปอร์เซ็นต์ เท่านั้น จากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพ จิตปี 2551 พบว่า มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเฉลี่ยทั่วประเทศประมาณ ร้อยละ 2.39 แบ่งเป็น อันดับ 1 คือ กรุงเทพฯ ร้อยละ 3.47 อันดับ 2 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 2.77 อันดับ 3 ภาคใต้ ร้อยละ 2.11 อันดับ 4 ภาคเหนือ ร้อยละ 1.95 และ อันดับสุดท้ายคือ ภาคกลาง ร้อยละ 1.70 (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2552)

จากการสำรวจทางระบาดวิทยาโรคทางจิตเวชของไทยในปี 2546 โดยใช้แบบสัมภาษณ์มินิ อินเตอร์เนชันแนลนิวโรไซโคติก อินเทอร์วิว (Mini International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I.) เพื่อการวินิจฉัยตามเกณฑ์เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder: DSM-IV) ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 15-59 ปี จำนวน 11,685 คน จากการสุ่มจากทุกภาคของประเทศ พบว่า ความชุกของโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง (Major depressive disorders) ร้อยละ 3.20 และเป็นโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง (Disthymic disorders) ร้อยละ 1.18 ความ

ชุกในผู้หญิง ร้อยละ 3.98 ในผู้ชาย ร้อยละ 2.47 (อัตราส่วนชาย:หญิง เป็น 1.6: 1)(กรมสุขภาพจิต, 2546) จากการศึกษาด้านการคัดกรองค้นหาผู้มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชาชนทั่วไป พบว่าสามารถคัดกรองผู้มีภาวะซึมเศร้าได้ทั้งหมด 171,724 ราย เฉลี่ย 5,366 รายต่อจังหวัด พบผู้มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 8,012 ราย คิดเป็น ร้อยละ 4.67 ของจำนวนที่คัดกรอง เพิ่มมากขึ้นกว่าการดำเนินงานในปี 2549 ที่ผ่านมาที่สามารถคัดกรองได้ เฉลี่ย 4,629 รายต่อจังหวัด (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และกรมสุขภาพจิต, 2550) พบประชากรที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 44.44 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 5.56 มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 19.44 และมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง ร้อยละ 30.56 (สุมิตรพร จอมจันทร์, 2547) โรคซึมเศร้าเป็นโรคเรื้อรัง เป็น ๆ หาย ๆ แม้รักษา จนอาการดีขึ้น หรือหายแล้ว ก็มีโอกาสดำเนินหรือกลับป่วยซ้ำได้ ชั่วชีวิตหนึ่งของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีโอกาสกำเริบซ้ำประมาณ 5 ครั้ง (episode) และในการเจ็บป่วยแต่ละครั้งก่อให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย และครอบครัวต่อความสามารถในการทำงาน และเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมาก (กรมสุขภาพจิต, 2550)

โดยสรุป ระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้า เป็นโรคที่พบได้บ่อย มีอัตราความชุกเพิ่มมากขึ้น ความชุกตลอดชีพ ร้อยละ 5-18 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีอาการเป็น ๆ หาย ๆ แม้รักษาจนอาการดีขึ้นหรือหายแล้ว ก็มีโอกาสดำเนินหรือกลับป่วยซ้ำได้ชั่วชีวิตหนึ่งของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประมาณ 5 ครั้ง (episode) และในการเจ็บป่วยแต่ละครั้งก่อให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย และครอบครัว ต่อความสามารถในการทำงาน และเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมาก จังหวัดกรุงเทพฯ มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นอันดับ 1 เพศหญิงเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามากที่สุด ในช่วงอายุ 45-54 ปี อยู่ในกลุ่มวัยทำงาน โดยผู้หญิงจะมีอัตราการเป็นโรคซึมเศร้ามากที่สุด เป็น 2 เท่าของผู้ชาย กลุ่มผู้หญิงภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของโรคมากที่สุด เพศชายพบโรคซึมเศร้าเป็นอันดับ 2 รองจากปัญหาการติดยาเสพติด และพิษสุราเรื้อรัง และยังพบว่าอัตราการป่วยทางจิตในวัยเด็กด้วยโรคซึมเศร้ามีจำนวนเพิ่มขึ้นด้วย

สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า

มีการอธิบายถึงสาเหตุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้าไว้หลายทฤษฎีพอสรุปได้ ดังนี้

1. ทางด้านชีวภาพ

อธิบายโดยทฤษฎีชีวเคมี (biochemical theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของชีวเคมีในสมอง ซึ่งทำให้เกิดความไม่สมดุลกันของสารชีวเคมี ซึ่งสารชีวเคมี

ในสมอง ได้แก่ อะเซทิลโคลีน (acetylcholine) ซีโรโทนิน (serotonin) โดปามีน (dopamine) และ นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrin) สารชีวเคมีดังกล่าวมีจำนวนลดลง และมีการหลั่งสาร โมโนแอมมีน ออกซิเดส (monoamine oxidase) เพิ่มมากขึ้นด้วย ซึ่งนักเคมีเชื่อว่า สารนี้มีส่วนที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Kicey อ้างใน สุวณีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2544) นอกจากนี้พบว่าพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องกับสูงในโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะในกรณีของการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมีความเสี่ยงในญาติสายตรง ร้อยละ 7 (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) จากการศึกษาด้านพันธุกรรม พบว่า ร้อยละ 50 มักเป็นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง (Kaplan & Sodack, 1998) และจากการศึกษาในฝาแฝด พบว่า ในฝาแฝดไข่ใบเดียวกันอัตราความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 50 ในฝาแฝดไข่คนละใบอัตราสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง ร้อยละ 10-25 จากการศึกษาดังกล่าว สามารถยืนยันได้ว่าพันธุกรรมเป็นปัจจัยเหตุของการเกิดโรคอารมณ์ซึมเศร้า (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2549) ความผิดปกติของกระบวนการเมตาบอลิซึมของสารสื่อประสาทในสมอง พบว่า แคทีโคลามีน (catecholamine) และซีโรโทนิน (serotonin) มีปริมาณลดลง (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2549) ความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ ได้แก่ ระบบการทำงานของต่อมไร้ท่อ สารคอร์ติซอล (cortisol) หลังมาก การที่ภาวะซึมเศร้าทำให้การทำงานของไฮโปทาลามิก พิทูอิทารีอะดรีนอล แอซิด (hypothalamic-pituitary-adrenal axis: HPA-axis) เพิ่มขึ้น ทำให้ระดับกลูโคคอร์ติคอยด์ (glucocorticoid) ในพลาสมาเพิ่มขึ้น ส่งผลยับยั้งกระบวนการนิวโรเจเนซิส (neurogenesis) และเดนไดรติก รีโมเดลลิง (dendritic remodeling) ในฮิปโปแคมปัส (hippocampus) เกิดการฝ่อลง หรือตายลง ในแง่ของความสัมพันธ์กับอาการแสดง คาดว่าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักจะมีความผิดปกติบริเวณลิมบิกซิสเต็ม (limbic system) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการควบคุมการหลั่งฮอร์โมน ความคิด บริเวณไฮโป-ทาลามัส (hypothalamus) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการควบคุมการหลั่งฮอร์โมน เกี่ยวข้องกับการนอนหลับผิดปกติ พฤติกรรมทางเพศผิดปกติ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548; ธรณินทร์ กองสุข, 2549) ความผิดปกติของการเปลี่ยนแปลงของระดับชีวเคมีในร่างกาย หรือความไม่สมดุลของการกระจายของสารละลายโซเดียม และโพแทสเซียมใน และนอกเซลล์ประสาท จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการอารมณ์เศร้ารุนแรงในช่วงเช้าตรู่ และมีอารมณ์ดีขึ้นในช่วงบ่าย หรือค่ำ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2549)

2. ทางด้านจิตสังคม

2.1 อธิบายโดยทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความคับข้องใจในวัยเด็ก (oral stage) ซึ่งอาจทำให้เกิดบุคลิกภาพแบบรักตนเอง (narcissistic personality) เมื่อผิดหวังบุคคลเหล่านี้จะแสดงอารมณ์ก้าวร้าวระหว่างความเศร้าโศก เสียใจกับความ

โกรธ และเชื่อว่าความโศกเศร้า และความโกรธเป็นปฏิกิริยาตอบโต้ที่เกิดจากการสูญเสีย (Kaplan & Sadock, 1998)

2.2 อธิบายโดยทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory) อธิบายว่า เป็นผลมาจากรูปแบบการคิด ทำให้บุคคลนั้นเกิดการเรียนรู้ว่าตนเองไม่สามารถที่จะเปลี่ยนแปลง หรือแก้ไขเหตุการณ์นั้นได้ บุคคลก็จะประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาด หรือบิดเบือนจากความเป็นจริงที่สะสมมาเรื่อย ๆ เมื่อประสบกับภาวะวิกฤตในชีวิต การประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตจะกระตุ้นให้บุคคลเกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบ จึงก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2.3 อธิบายโดยทฤษฎีพฤติกรรมนิยม-ปัญญานิยม (Cognitive Behavior Theory) ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม-ปัญญานิยม (Cognitive Behavior Theory) เป็นทฤษฎีการเรียนรู้ที่เป็นพื้นฐานในการอธิบายภาวะซึมเศร้า อธิบายว่า บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีรูปแบบความคิด และกระบวนการรับเรื่องราวในด้านลบตลอด ถึงแม้จะตรงข้ามกับความเป็นจริง (Calar & Krone cited in Carson & Annold อ้างใน อุบล ก้องแก้ว, 2549) เบ็ค (Beck, 1967) ได้ประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมบำบัดทางปัญญา (cognitive behavior modification) ในการรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า เบ็ค เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากปัจจัย 2 ประการ คือ ประการแรก เกิดจากการที่บุคคลได้เผชิญภาวะวิกฤตในชีวิต ประการที่สอง เกิดจากความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต ซึ่งพื้นฐานความสัมพันธ์ระหว่างความคิดที่เกิดจากการมีความเชื่อในด้านลบมี 3 ลักษณะ คือ

1. รูปแบบความคิดต่อตนเองในทางลบ (negative view of self) จะมองตัวเองบกพร่อง ไม่มีคุณค่า ไม่เป็นที่พึงปรารถนา เกิดจากตนเองคิดเอง ไม่ยอมรับตนเอง โทษว่าเป็นความผิดพลาดของตนเองทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า

2. รูปแบบความคิดต่อโลกในทางลบ (negative view of world) บุคคลนั้นจะแปลความในรูปแบบการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงของการสูญเสีย ถูกใส่ร้าย เต็มไปด้วยอุปสรรค และเมื่อประสบกับเหตุการณ์ที่เคยผ่านมาก็จะแปลสถานการณ์นั้นไปในทางลบ ส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบ และเกิดภาวะซึมเศร้า

3. รูปแบบความคิดต่ออนาคตในทางลบ (negative view of future) บุคคลนั้นจะทำนายความยากลำบากทุกข์ยากที่มีในปัจจุบันจะต้องดำเนินต่อไป โดยไม่มีที่สิ้นสุดมองไปข้างหน้าจะพบแต่ความยากลำบาก ความยากลำบากใจ และการสูญเสีย เมื่อประสบกับเหตุการณ์ที่เคยผ่านมาก็จะแปลสถานการณ์นั้นไปในทางลบ ส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบ และเกิดภาวะซึมเศร้า เบ็ค กล่าวว่า ความคิดทางด้านลบ ทั้ง 3 ประการ มีลักษณะที่เกิดขึ้นเองโดยอัตโนมัติ ไม่สามารถควบคุมได้ เป็นความคิดครั้งแรกสุด ไม่ผ่านกระบวนการไตร่ตรองมาก่อน เรียกว่า ความคิดอัตโนมัติด้านลบ ลักษณะเนื้อหา และการแปลความไม่อยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง เป็นผลมาจาก

ความผิดพลาดของกระบวนการคิด จากการเรียนรู้ประสบการณ์ครั้งแรกในชีวิต ซึ่งมีเหตุการณ์บางอย่างที่ไม่สามารถควบคุมได้ และบุคคลเรียนรู้ว่าตนขาดความสามารถในการแก้ไขเหตุการณ์นั้น ๆ รูปแบบการคิด (schema) ที่บิดเบือนจากความเป็นจริงจะสะสมอยู่เรื่อย ๆ เมื่อประสบกับภาวะวิกฤติ การประมวลเรื่องราวผิดพลาดในอดีต จะไปกระตุ้นให้บุคคลเกิดความคิดอัตโนมัติ ดันลบนำไปสู่การบิดเบือนข้อมูล และทำให้นำไปสู่การจัดการที่ไม่เหมาะสม (Fennell, 1989) ซึ่งลักษณะความคิด มีดังนี้

1. การสรุปเอาเอง หรือการด่วนลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (arbitrary inference) บุคคลมีการสรุปเอาความคิด แม้จะมีข้อมูลเพียงเล็กน้อย หรือไม่มีข้อมูลมาสนับสนุนเลย
2. การเลือกรับข้อมูล (selective abstraction) มีการมุ่งประเด็นไปในรายละเอียดที่ไม่สำคัญของเหตุการณ์ในขณะนั้น หรือเพิกเฉยต่อสิ่งสำคัญ
3. การคิด และแปลความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง (overgeneralization) มีการสรุปเกี่ยวกับความสามารถที่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงเพียงด้านเดียว หรือจากประสบการณ์เพียงครั้งเดียว เช่น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเมื่อทำผิดเพียงครั้งเดียว ก็จะคิดว่าตนเองทำผิดพลาดทุกอย่าง
4. การขยายภาพ และการทำให้ลดลง (magnification and minimization) เป็นลักษณะการสะท้อนให้เห็นความคิดที่บิดเบือนในการประเมินค่าความสำคัญ หรือขนาดเหตุการณ์ที่พึงพอใจให้ลดน้อยลง
5. ความคิดตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากเกินไป ในลักษณะที่พิจารณาสถานการณ์เพียงด้านใดด้านหนึ่ง และแสดงพฤติกรรมโต้ตอบ จนกลายเป็นบุคลิกภาพของตน (personalization) ถือว่าเป็นความรับผิดชอบของตนเองในเหตุการณ์ต่าง ๆ มีความคิดที่โน้มเอียงไปกับเหตุการณ์ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับตนเอง การบิดเบือนทางความคิดอาจเกิดขึ้นพร้อม ๆ กันได้ และความคิดเหล่านี้จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า และจะทำให้บุคคลรู้สึกไม่มีคุณค่า

6. การคิดเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง (dichotomous reasoning) เป็นการคิดแบบไม่มี หรือสมบูรณ์แบบทั้งหมด เช่น คิดว่าตนเองไม่สามารถทำสิ่งใดได้ครบถ้วนสมบูรณ์ ก็จะไม่ทำอะไรที่ต้องทำอีกเลย ซึ่งในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดโน้มเอียงไปในทางลบมากกว่าทางบวก

จากที่กล่าวมา จะเห็นว่า เบ็ค มีความเชื่อว่า อารมณ์ที่ผิดปกติของคนเรานั้นเป็นผลมาจากการบิดเบือนความคิด หรือการประเมินเหตุการณ์ในชีวิตด้วยความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ความรู้สึก และความคิดมีความสัมพันธ์กัน มักจะเสริมแรงซึ่งกันและกัน จึงเป็นผลให้เกิดความบกพร่องทางอารมณ์ และความคิดมากขึ้น (Beck, 1967)

สรุปการทบทวนองค์ความรู้จากหลักฐานทางวิชาการเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า เกิดจากสาเหตุ และปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ สารสื่อประสาทในสมองมีความผิดปกติ Neuroendocrine

dysregulation, Neuroimmune dysregulation ความผิดปกติของการกำกับ circadian rhythm ความผิดปกติของ electrolyte metabolism ความผิดปกติของสมอง สาเหตุทางพันธุกรรม การมีแนวคิดในแง่ลบ มองโลกในแง่ร้าย มีบุคลิกภาพ เครียด กังวล และอารมณ์เศร้าเป็นส่วนหนึ่งของ อັดลักซ์ ฌ์ ไม่พึงพอใจรูปลักษณ์ภายนอกของตนเอง การสูญเสียพลัดพรากจากสิ่งที่เป็นที่รัก ภาวะสุขภาพที่เจ็บป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งการป่วยเป็นโรคเรื้อรัง หรือร้ายแรง ความรุนแรงต่างๆ มี ปัญหาการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง เป็นต้น

แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในปัจจุบันมีอยู่หลายวิธี ได้แก่ การรักษาด้วยยา ด้านเศร้า การรักษาด้านจิตบำบัด จิตสังคมบำบัด สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด พฤติกรรมบำบัด การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า ซึ่งแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถสรุปได้ 2 แนวทาง ดังนี้

1. การรักษาทางด้านร่างกาย

1.1 การรักษาด้วยยาด้านซึมเศร้า การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยยาด้านซึมเศร้า จะต้องให้การรักษอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับอาการของผู้ป่วย 3 ระยะ ได้แก่

1) การรักษาระยะเฉียบพลัน (acute treatment) เป็นการรักษาเริ่มตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยมาพบขณะมีอาการไปจนถึงหายจากอาการ ยาหลักที่ใช้ ได้แก่ ยาด้านซึมเศร้า ขนานที่นิยมใช้ ได้แก่ ฟลูออกซีทีน (fluoxetine) เนื่องจากมีผลข้างเคียงต่ำ รับประทานเกินขนาดไม่ทำให้เสียชีวิต เริ่มโดยให้ขนาด 20 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 1 มื้อ หลังอาหารเช้า ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการ กระวนกระวาย หรือวิตกกังวลมากร่วมด้วย อาจให้ยาไดอะซีแพม (diazepam) 2 มิลลิกรัม รับประทาน เข้า-เย็น ร่วมด้วยในช่วง 2 สัปดาห์แรก หากมีอาการนอนไม่หลับ อาจให้ยาอะมิทริปไทลีน (amitriptyline) 10 มิลลิกรัม หรือยาไดอะซีแพม 2-5 มิลลิกรัม รับประทานก่อนนอน ในระยะนี้ ยาด้านเศร้าได้ผลในการรักษาประมาณร้อยละ 70-80 ในผู้ป่วยที่อาการดีขึ้นไม่มาก ควรเพิ่มขนาดยา ขึ้นถึง 40-60 มิลลิกรัมต่อวัน หากให้นาน 4 สัปดาห์แล้วยังไม่ตอบสนอง อาจเปลี่ยนเป็นยาด้านซึมเศร้าขนานอื่น (มาโนซ หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548; โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และกรมสุขภาพจิต, 2549)

2) การรักษาระยะต่อเนื่อง (continuation treatment) เป็นการให้การรักษาค่อยๆ ลดขนาดลงประมาณ 4-9 เดือน หลังจากผู้ป่วยหายแล้ว ทั้งนี้พบว่าหากหยุดการรักษาก่อนหน้านี้ ผู้ป่วยมีโอกาส

เกิดกลับเป็นซ้ำได้สูงมาก เมื่อครบระยะเวลา 9 เดือน ถ้าอาการดีขึ้นจะค่อย ๆ ลดยาลงทุก 2-3 สัปดาห์ จนหยุดการรักษา (กรมสุขภาพจิต, 2539; มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548)

3) การรักษาระยะยาว (prophylactic treatment) เป็นการให้ยา เพื่อป้องกันผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดการกลับเป็นซ้ำ (recurrent) ให้ยารักษาอย่างน้อย 3 ปี (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) แนวทางการรักษาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากโรคซึมเศร้าของแพทย์ทั่วไปว่ามีการใช้ยาต้านซึมเศร้าสองกลุ่ม ได้แก่ ยาอะมิทิปไทลีน (สำหรับยากลุ่มเก่า) ฟลูออกซิทีน (สำหรับยากลุ่มใหม่) เป็นต้น หากผู้ป่วยที่เคยป่วยและรักษามาแล้ว ประวัติการรักษาเดิมจะมีความสำคัญ เพราะผู้ป่วยมักตอบสนองต่อยาตัวเดิม และในขนาดเดิมที่เคยได้รับ ดังนั้นควรใช้ยาขนาดเดิมเป็นตัวแรก (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และกรมสุขภาพจิต, 2548) และองค์การอนามัยโลกแนะนำว่า แพทย์ทั่วไปควรรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยยาต้านซึมเศร้าได้ แต่ถ้ามีอาการซึมเศร้ารุนแรงและมีอาการทางจิตร่วมด้วยก็จำเป็นต้องปรึกษาจิตแพทย์ (ธณินทร์ กองสุข, 2550)

1.2 การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT) มักทำในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่พยายามทำร้ายตนเอง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางยาแล้วไม่ได้ผล (Kaplan & Sodack, 2000) และจากการสืบค้นหลักฐาน พบว่าการรักษาด้วยไฟฟ้ามีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกกลุ่ม ประกอบด้วยโรคซึมเศร้ากลุ่มดั้งเดิม (atypical depression) โรคซึมเศร้าร่วมกับอารมณ์แปรปรวน (bipolar depression) มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้าที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย จากรายงานการศึกษาเมื่อไม่นานมานี้พบว่า ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จะใช้การรักษาด้วยไฟฟ้า (Kennedy et al, 2009)

2. การรักษาทางด้านจิตสังคม

การรักษาทางด้านจิตสังคม ได้แก่ การรักษาจิตบำบัด จิตสังคมบำบัด พฤติกรรมบำบัด และการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด การรักษาจิตบำบัด เป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญ ชนิดที่ได้ผลดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ การบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม (cognitive behavior therapy: CBT) เชื่อว่า อาการของผู้ป่วยมีสาเหตุจากการมีความคิดที่ไม่ตรงตามความเป็นจริง การรักษามุ่งแก้ไขการคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น รวมถึงการปรับพฤติกรรม ใช้ทักษะใหม่ในการแก้ปัญหา การบำบัดรักษาที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal therapy) ได้แก่ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น มุ่งให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม และผู้อื่นที่ดีขึ้น ไม่เน้นถึงความขัดแย้งในจิตใจ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) การรักษาจิตสังคมบำบัด (Psychosocial therapy) เป็นส่วนสำคัญของการรักษา มักใช้รักษาร่วมกับการรักษาด้วยยา และให้ผลดีกว่าการรักษาด้วยยาอย่างเดียว หรือรักษา

ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว แต่ปัญหาด้านสังคมก็ยังมีอยู่ นอกจากนี้อาการบางอย่าง เช่น อาการด้านลบ หรืออาการที่อึดอัดใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นต้องหาวิธีรักษาที่คำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วยเพื่อที่จะเข้าใจ และช่วยเหลือเขาได้ทุกด้าน มิใช่เพียงแค่รักษาด้วยยาเท่านั้น การรักษาจิตสังคม ประกอบด้วย กลุ่มบำบัด (group therapy) การรักษาทางพฤติกรรม หรือพฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) ครอบครัวบำบัด (family therapy) นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) การฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) (Kaplan & Sodack, 2000) การทำจิตบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคล จากการศึกษาของธณินทร์ กองสุข (2550) ได้ทำการทบทวนการวิจัยที่มีการสุ่ม และมีการควบคุม (Random Control Trial: RCT) ในบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 18-80 ปี อย่างเป็นระบบเรื่องหนึ่ง พบว่า บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (severe depression) ได้รับการรักษาด้วยยา ร่วมกับการทำจิตบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคล เปรียบเทียบกับการรักษาทางจิตอื่น ๆ เพียงแบบเดียวทำให้อาการดีขึ้น แต่ไม่พบว่ามีผลแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และ RCT เรื่องหนึ่งที่ใช้ กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ พบว่า จิตบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคล เพิ่มอัตราการฟื้นหายจากความซึมเศร้าหลังจาก 16 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้ยาต้านซึมเศร้า และการดูแลมาตรฐาน นอกจากนี้การใช้เทคนิคทางปัญญา ได้แก่ การคิดทางบวก พยายามลืมอดีตที่เจ็บปวดสวมนต์ หาทางแก้ไขความขัดแย้งอย่างมีเหตุผล และยอมรับได้ ออกนอกไม่สนใจสิ่งแวดล้อม และอนาคต เป็นการจัดการกับอาการซึมเศร้าด้วยตนเอง เป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมการมีภาวะสุขภาพที่ดี การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด โดยจัดให้มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก สะอาด ไม่มีเสียงดังรบกวนมาก แนะนำญาติเยี่ยมตามเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเวลาพักผ่อนอย่างเพียงพอ (มาโนช หล่อตระกูล, 2544) และมีแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดที่สะอาด ปลอดภัย โดยจัดให้ผู้ป่วยอยู่เตียงที่ใกล้กับที่ทำการพยาบาล เพื่อให้อยู่ในสายตาตลอด 24 ชั่วโมง ไม่ควรให้อยู่ใกล้ประตู หน้าต่าง จัดเก็บอุปกรณ์ ของมีคม หรือสิ่งของต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยอาจจะใช้เป็นอาวุธ เพื่อทำร้ายตนเองได้ (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และ กรมสุขภาพจิต, 2549)



แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหา หรือข้อวินิจฉัยของผู้ป่วย และญาติ ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตลอดจนการให้ความรู้ต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย และญาติ เพื่อช่วยในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันผลเสียต่าง ๆ ที่จะเกิดตามมา ดังนี้

1. การประเมินผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและญาติ หรือผู้ดูแล โดยมีการประเมินทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ การประเมินทางด้านสังคมของผู้ป่วย ญาติ การประเมินความต้องการความรู้ความเข้าใจ และความต้องการช่วยเหลือของผู้ป่วย และญาติ (ขวัญพนมพร ธรรมไทย, 2549; ธรณินทร์ กองสุข และ คณะ, 2549; ภัทราภรณ์ ท่งปันคำ, 2549)

ถ้าคุณ วิชัยชาติ และ ดวงเดือน ไชยน้อย (2547) กล่าวว่า ควรมีการรวบรวมข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยทั้งข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อย่างเป็นระบบ มีการระบุปัญหาที่สำคัญ เพื่อการช่วยเหลือในระยะเร่งด่วน และระยะยาว เพื่อวางแผนจำหน่าย แบบบันทึกที่มีข้อมูลมากขึ้นไป ทำให้มีปัญหาในการปฏิบัติ พยาบาลยังขาดทักษะในการบันทึกทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ควรมีการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เป็นระบบตามกระบวนการพยาบาล

2. การวินิจฉัยการพยาบาล จากข้อมูลการประเมินผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และญาติ ซึ่งพยาบาลสามารถกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อวางแผนการพยาบาล โดยกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลในลักษณะต่าง ๆ เช่น 1) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เนื่องจากมองตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตในทางลบ 2) ผู้ป่วยพร่องในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นเนื่องจากมีพฤติกรรมแยกตัว 3) ผู้ป่วยขาดความสนใจในการดูแลสุขอนามัย ของตนเองเนื่องจากมีภาวะ ซึมเศร้า 4) ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ เนื่องจากมีภาวะซึมเศร้า 5) ผู้ป่วยมีภาวะทุโภชนาการ เนื่องจากเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย 6) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยและญาติพร่องความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ยาที่ใช้ในการรักษา และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 7) ญาติของผู้ป่วยมีความเครียดในการดูแลผู้ป่วย และ 8) ปัญหาอื่น ๆ (ขวัญพนมพร ธรรมไทย, 2549; ธรณินทร์ กองสุข และ คณะ, 2549; อรพรรณ ลีอนุญราชชัย, 2549; สมภพ เรืองตระกูล, 2550)

3. การวางแผนการพยาบาล มีทั้งแผนระยะสั้น และแผนระยะยาว ซึ่งการวางแผนระยะสั้น มุ่งให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลแต่ละข้อ โดยพิจารณาตามเป้าหมายของ

การพยาบาลตามสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การป้องกันอันตราย กิจกรรมการพยาบาล (ขวัญพนมพร ธรรมไทย, 2549; ชาลินี สุวรรณยศ, 2549; อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย, 2549)

การวางแผนการพยาบาลระยะสั้น มุ่งให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลแต่ละข้อ โดยพิจารณาตามเป้าหมายของการพยาบาลตามสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การป้องกันอันตราย กิจกรรมการพยาบาล ควรประกอบด้วย จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย สะอาด และปราศจากสิ่งกระตุ้นอยู่กับผู้ป่วย ดูแล และป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ การสร้างสัมพันธภาพ และส่งเสริมการปรับตัว กิจกรรมการพยาบาลควรประกอบด้วย การประเมินระดับความเศร้า จัดสภาพการณ์ให้ผู้ป่วยระบายความต้องการ และอารมณ์เศร้า สอนให้ผู้ป่วยระบายความต้องการ และอารมณ์เศร้าอย่างเหมาะสม การส่งเสริมพฤติกรรมที่ดี และพัฒนาคุณค่าในตนเอง กิจกรรมการพยาบาล ควรประกอบด้วย ให้การยอมรับพฤติกรรมที่เหมาะสม ให้ความช่วยเหลือในการปรับตัว กระตุ้น และสนับสนุนพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วย ให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างเหมาะสม สร้างความมั่นใจ และคุณค่าในตนเอง โดยจัดสภาพการณ์ให้ผู้ป่วยมีโอกาสประสบความสำเร็จ และให้กำลังใจ การดูแลช่วยเหลือด้านสรีรวิทยา กิจกรรม การพยาบาล ควรประกอบด้วย การช่วยเหลือปัญหาการนอนหลับจากอารมณ์เศร้า วิตกกังวล กลัวนอนไม่หลับ ตื่นเช้ามีคิไม่ได้พักผ่อน (ขวัญพนมพร ธรรมไทย, 2549; ชาลินี สุวรรณยศ, 2549; ดาราวรรณ ต๊ะปีนตา, 2549; พีรพันธ์ ลีอนุญวัชชัย, 2550; อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย, 2549)

การวางแผนการพยาบาลระยะยาว มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และเน้นการดำรงชีวิตที่เหมาะสมในอนาคต การพัฒนาผู้ป่วย เช่น การพัฒนาคุณค่าในตนเอง สนับสนุนความสามารถในการทำงาน การเผชิญปัญหา และการปรับตัวในครอบครัวและสังคม กิจกรรมการพยาบาล ควรประกอบด้วย ให้ผู้ป่วยมีส่วนช่วยในการตัดสินใจ ในการกำหนดเป้าหมายการพยาบาล สนับสนุนการพูด และขยายความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุม และดูแลตนเองของผู้ป่วย สนับสนุนเป้าหมายในทางบวกของผู้ป่วยที่เป็นไปได้ และกระตุ้นให้ฝึกปฏิบัติการส่งเสริมความรู้สึกพึงพอใจในตนเอง และคุณค่าแห่งตน กิจกรรมการพยาบาล ควรประกอบด้วย การยอมรับและไม่ตำหนิเมื่อผู้ป่วยระบายอารมณ์โกรธ สนับสนุนให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหา และการสูญเสีย กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสวงหาสิ่งสนับสนุนในการจัดการกับสภาพปัญหาของตน (ขวัญพนมพร ธรรมไทย, 2549; ชาลินี สุวรรณยศ, 2549; ดาราวรรณ ต๊ะปีนตา, 2549; พีรพันธ์ ลีอนุญวัชชัย, 2550; อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย, 2549)

4. การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามแผนปฏิบัติการพยาบาล โดยเน้นหลักการที่สำคัญ คือ การป้องกันอันตราย ผู้ป่วยอารมณ์เศร้ามีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูง ทั้ง

ในภาวะรู้ตัว และไม่รู้ตัว พยาบาลต้องดูแลใกล้ชิดจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัยจากสิ่งของที่ผู้ป่วยจะใช้เป็นอาวุธ จัดบุคลากรดูแลให้อยู่ในสายตา การใช้เทคนิคการสื่อสาร และสร้างสัมพันธภาพติดต่อกับผู้ป่วยรายบุคคล สร้างความไว้วางใจ แสดงความเห็นใจ กระตุ้น และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ การเผชิญปัญหา และการแก้ปัญหาต่าง ๆ ทั้งตัวผู้ป่วย และครอบครัว รวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวันในสังคม การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกและฟื้นฟูทักษะการดำรงชีวิตในสังคม (อรพรรณ ถีบุญรัชชัย, 2549)

ตะปินตา และคณะ (Thapinta, Ander, Mahatnirunkul & Seekosai, 2007) ได้กล่าวถึง การประเมินประจำวัน สำหรับการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลในประเทศไทยบนข้อมูลเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย วรรณิจำนวน 11 ข้อใหญ่ และ 43 ข้อย่อย โดยวรรณิจัดคั้งกล่าวเป็นวรรณิจำนวนเพื่อให้พยาบาลตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ดังนี้

1. ความคิดฆ่าตัวตาย (บันทึกเนื้อหาคำพูด และความถี่ของความคิด)
2. สภาพร่างกายโดยทั่วไป โดยประเมินทุกเวร
3. ทักษะการดูแลตนเองทั่วไปของผู้ป่วย
4. น้ำ และอาหารที่ผู้ป่วยได้รับ
5. จำนวนชั่วโมงการนอนหลับในแต่ละคืน
6. การเข้าร่วมกิจกรรมประจำวัน
7. พฤติกรรมแยกตัว
8. ระดับความดันโลหิต ชีพจร และอุณหภูมิ อย่างน้อย 2 ครั้งต่อวัน
9. น้ำหนักตัว
10. ตรวจสอบ และบันทึกอาการทางจิตอย่างน้อย 1 ครั้ง ในแต่ละเวร
11. แจ้งให้ทีมพยาบาล และแพทย์ทราบ หากอาการแย่งอย่างชัดเจนในแต่ละเวร

สำหรับองค์ประกอบของการจัดการดูแล (care management) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ ผู้ดูแลให้การช่วยเหลือ และให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลมีการสื่อสาร และประสานความร่วมมือในการดูแล ผู้ดูแลมีการประเมินอาการซึมเศร้า ผู้ดูแลประเมินความไม่ร่วมมือในการรักษา และผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาด้วยยา ผู้ดูแลสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจัดการกับกิจกรรมของตนเอง เช่น ให้ผู้ป่วยร่วมวางแผนการรักษาที่ต้องการ วางแผนจัดการเกี่ยวกับความไม่ร่วมมือในการรักษา ร่วมตั้งเป้าหมายพฤติกรรมที่ต้องการ ผู้ดูแลช่วยวางกลยุทธ์ที่จะช่วยให้เอาชนะอุปสรรค หรือช่วยวางบทบาทการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย (Williams, Gerrity, Holsinger, Dobscha, Gaynes & Dietrich, 2007)

ตะปินตา และคณะ (Thapinta, Ander, Mahatnirunkul & Seekosai, 2007) ได้กล่าวถึง การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลในด้านการประคับประคองทางจิตใจ มีดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพแห่งการไว้วางใจของผู้ป่วย
2. การฟังอย่างมีประสิทธิภาพ และการร่วมรับรู้ความคิด และความรู้สึกกับผู้ป่วย
3. สอนผู้ป่วยคิดทางบวกบนความเป็นจริง
4. อธิบายผู้ป่วยถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิดทางลบกับอาการซึมเศร้า
5. อธิบายผู้ป่วยถึงความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความร่วมมือ และอาการที่ดีขึ้นของ
ผู้ป่วย

6. การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกเข้ากิจกรรมในประจำวันของตนเอง
7. พุดคุย และแลกเปลี่ยนกับผู้ป่วยถึงวิธีการเพิ่มความภาคภูมิใจของตนเองให้มากขึ้น

กล่าวโดยสรุปการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำเป็นต้องให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากทีมบุคลากรสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และควรมีการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ครอบคลุมทั้ง ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ได้แก่ การรักษาด้วยยาซึมเศร้าร่วมกับการรักษาด้านจิตบำบัด จิตสังคมบำบัด สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา การให้การพยาบาล การ จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า การดูแลช่วยเหลืออื่น ๆ จะทำให้ผู้ป่วย โรคซึมเศร้ามีอาการดีขึ้น การดูแลดังกล่าวจำเป็นต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และอาศัยการวางแผน จำหน่าย โดยเฉพาะการกำหนดแผนจำหน่ายไว้ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

5. การประเมินผลว่าได้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้เพียงใด การประเมินผล การพยาบาล อาศัยการรวบรวมข้อมูลโดยใช้คำถาม เช่น ผู้ป่วยยังมีอันตรายที่พึงหลีกเลี่ยงอีก ไหม ผู้ป่วยยังมีความคิดทำร้ายตนเองอีกไหม ผู้ป่วยรู้จักที่จะแสวงหาแหล่งช่วยเหลือนอก โรงพยาบาลอีกไหมเมื่อเกิดความรู้สึกคิดทำร้ายตนเอง ผู้ป่วยได้อภิปรายเรื่องการสูญเสียของตนกับ บุคลากร และบุคคลในครอบครัวบ้างไหม ผู้ป่วยได้พูดถึงความรู้สึก และพฤติกรรมของตนที่เกิดขึ้น เมื่อมีอาการเศร้าหรือไม่ ผู้ป่วยสามารถพูดถึงตนเองในทางบวกทั้งอดีต ปัจจุบัน และอนาคตได้ไหม ผู้ป่วยพยายามมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างเหมาะสมหรือไม่ ผู้ป่วยแสดงให้เห็นถึงการปรับตัวที่ดี ด้านสุขอนามัย และการมองชีวิตในทางบวกหรือไม่เพียงใด เป็นต้น (ชรณินทร์ กองสุข และ คณะ, 2550; พิศนัทธ์ ลือบุญรัชชัย, 2550; อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2549)

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยบุคลากรทีมสหวิชาชีพ

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจากบุคลากรทีมสหวิชาชีพ มีดังนี้

วิชาชีพแพทย์

กมลเนตร วรรณเสวก (2553) กล่าวว่า ยารักษาโรคอารมณ์ซึมเศร้า (Antidepressant) ยาที่มีในโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลทั่วไป ได้แก่ 1) Amitriptyline 2) Fluoxetine

Amitriptyline

Class: Tricyclic antidepressant Serotonin and Norepinephrine/noradrenaline reuptake inhibitor

ชื่อการค้า: Tryptanol, Tripta, Amitriptyline, Polytanol

รูปแบบ: ยาเม็ดขนาด 10, 25, และ 50 มิลลิกรัม

ขนาดที่ใช้ในการรักษา: 50-150 มิลลิกรัมต่อวัน สามารถให้วันละครั้งก่อนนอน หรือ แบ่งให้หลายครั้ง โดยเน้นหนักตอนก่อนนอน

ระยะเวลาให้ยา: อย่างน้อย 6 เดือน

การพิจารณาหยุดยา จำเป็นต้อง Taper ลดขนาดลงทีละ 50 เปอร์เซ็นต์ ได้ทุก 3 วัน หากขณะลดยาเกิดอาการ Withdrawal เช่น นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย ให้เพิ่มยากลับไปเท่ากับขนาดก่อนลดยา และปรับลดยาให้ช้าลง

ผลข้างเคียงที่สำคัญ

1. anticholinergic ได้แก่ ปากแห้ง การรับรสผิดปกติ ท้องผูก ปัสสาวะลำบาก ตาพร่า tachycardia ควรลดขนาดยาลง ดื่มน้ำมาก ๆ บ้วนปาก อมลูกอม หรือเคี้ยวหมากฝรั่ง เพื่อลดอาการปากแห้ง ง่วง ให้กินยาก่อนนอน

2. Hypotension, Orthostatic hypotension ควรลดขนาดยาลง หรือหยุดยา

3. Cardiac arrhythmia ต้องหยุดยา

4. Sexual dysfunction (arousal, ED, orgasm dysfunction) ลดขนาดยา หยุดยา ปรึกษาจิตแพทย์เปลี่ยนยา ให้ cyproheptadine

5. Myoclonus ลดขนาดยา หยุดยา Clonazepam

6. Weight gain ลดขนาดยา หยุดยา เปลี่ยนยา

สิ่งพึงระวัง

หากหยุดต้อง Taper เพื่อเลี่ยง withdrawal effects

ใช้อย่างระมัดระวังในผู้ป่วยดังต่อไปนี้

มีประวัติชัก, urinary retention, narrow angle closure glaucoma, hyperthyroidism, hypokalemia/hypomagnesemia, bradycardia, ilyaที่ induce bradycardia เช่น beta blockers, calcium channel blockers, clonidine, digitalis

ใช้ขนาดต่ำในผู้ป่วยที่มี Renal/hepatic impairment, ผู้สูงอายุ

Pregnancy: Risk Category C [some animal studies show adverse effects, no controlled studies in human] ผ่านทางรกได้ มีรายงานถึงผลต่อทารกที่มารดาได้รับยาขณะตั้งครรภ์ เช่น Lethargy, withdrawal symptoms, fetal malformation ต้องชั่งน้ำหนักผลดี/เสียต่อทารกในครรภ์หากให้ยาและผลต่อมารดากับทารกหากไม่ให้ยา ผ่านทางน้ำนมได้ ควรหยุดยาก่อนหรือให้ bottle feed (risk-benefit)

ข้อห้าม

1. เพิ่งหายจาก Myocardial infarction
2. รับประทานยาที่มีโอกาสเกิด QTc prolongation
3. มีประวัติของ QTc prolongation, cardiac arrhythmia, recent acute MI, uncompensated heart failure

Fluoxetine

Class: SSRI (Selective serotonin reuptake inhibitor)

ชื่อการค้า: Prozac, oxzac, Fluoxetine, Fluzac, Fluxetin

รูปแบบ: ยาเม็ด แคปซูล ขนาด 20 มิลลิกรัม

ขนาดที่ใช้ในการรักษา: 20-80 มิลลิกรัมต่อวัน สามารถให้ 1-2 ครั้งต่อวัน ในตอนเช้า และ/หรือ เที่ยงควรรับประทานหลังอาหาร

การออกฤทธิ์: ก่อนข้างเช้า อาจเริ่มเห็นผลในสัปดาห์ที่สอง หรือสาม

อาการข้างเคียงที่สำคัญ

1. Sexual dysfunction: delayed ejaculation, erectile dysfunction, decrease sexual desire, anorgasmia หากพบอาการเหล่านี้ ให้ตรวจหาสาเหตุอื่นที่อาจเป็นไปได้ หากพบว่าเกิดจากยาและผู้ป่วยได้รับผลกระทบมาก ลดขนาดยา หยุดยา ปรึกษาจิตแพทย์เปลี่ยนยา ให้ cyproheptadine
2. GI: ความอยากอาหารลดลง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ท้องผูก ปากแห้ง อาการจะแปรตามขนาดของยา และเกิดขึ้นชั่วคราวในช่วงสองถึงสามสัปดาห์แรก ถ้าเป็นมากอาจลดขนาดยาลงแล้วรอ อีก 4 สัปดาห์ เพื่อเพิ่มขนาดยากลับเป็นเท่าเดิม
3. ง่วง เปลี่ยนเวลากินยาให้กินก่อนนอน

4. ฤทธิ์กระตุ้น/อาการนอนไม่หลับ อาการที่อาจพบได้ในกลุ่มอาการนี้ ได้แก่ อาการ กระสับกระส่าย กระวนกระวายใจ และการนอนที่ผิดปกติ เป็นอาการที่จะค่อย ๆ ดีขึ้นเองหลังจาก ให้ยาเป็นระยะเวลาหนึ่ง การเริ่มยาที่ขนาดต่ำจะช่วยลดอาการวิตกกังวลที่อาจเกิดขึ้น หรือให้กินยา ตอนเช้า ส่วนอาการนอนไม่หลับอาจให้การรักษตามอาการโดยการให้ยาในกลุ่ม Benzodiazepine เช่น Diazepam, Chlordiazepoxide, Lorazepam เป็นต้น

5. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาท ได้แก่ อาการปวดศีรษะทั้งแบบไมเกรน และ Tension เป็นอาการที่เกิดขึ้นชั่วคราวเฉพาะช่วง หนึ่งในสองสัปดาห์แรกแล้วอาการจะดีขึ้นเอง อาการอื่น ได้แก่ อาการของ Extrapyrimal Reaction เช่น Akathisia, Dystonia, Parkinsonism, และ Tardive Dyskinesia ซึ่งพบได้บ่อยขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วย Parkinson ให้ลดขนาดยา หยุดยา หรือปรึกษาจิตแพทย์

6. ฤทธิ์ต่อน้ำหนักตัว อาจมีน้ำหนักลดในช่วงแรก แต่หลังจากนั้นน้ำหนักจะกลับขึ้น เป็นปกติ

7. Serotonin Syndrome เกิดได้แต่พบน้อย มีอาการ ปวดท้อง ท้องเสีย Flushing เหงื่อออกมาก อุณหภูมิกายขึ้นสูง อ่อนเพลีย ภาวการณ์รู้ตัวที่เปลี่ยนแปลงไป อาการสั่น กล้ามเนื้อ กระตุก Rhabdomyolysis ไตวาย Cardiovascular Shock และอาจทำให้เสียชีวิตได้ ให้หยุดยา และ รักษาตามอาการ (Symptomstic Treatment)

8. Apathy Syndrome การมีอารมณ์ราบเรียบ ไม่ยินดียินร้าย แต่ไม่ใช่อาการซึมเศร้า อาจ พบอาการอ่อนแรงได้ รักษาโดยการลดขนาดยาลง หรืออาจเปลี่ยนมียาเป็นมียาก่อนนอน เพื่อลดอาการช่วงกลางวัน

คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรคซึมเศร้า

1. อธิบายผลข้างเคียง และวิธีแก้ไข อาการข้างเคียงมักเป็นเพียงช่วงแรก ๆ และจะ ค่อย ๆ ลดน้อยลง

2. ไม่ควรหยุดยาเอง

3. ไม่ทำให้คิดยา

4. ไม่ควรซื้อมารับประทานเอง

5. แจ้งแพทย์ว่ารับประทานยาโดยอยู่บ้าน หรือนำยาไปให้แพทย์ที่รักษาโรคอื่นด้วย

6. งดการดื่มเหล้าร่วมด้วย เนื่องจากจะกดประสาทส่วนกลางมากขึ้น และประสิทธิภาพ ของยาลดลง

ยาอื่นที่มักให้ร่วมด้วย

1. ยาลดอาการวิตกกังวล

ข้อบ่งใช้: อาการวิตกกังวล เครียด นอนไม่หลับ

Benzodiazepine ที่ใช้บ่อย ได้แก่

- Diazepam (Valium): ขนาด 2 และ 5 มิลลิกรัม
- Lorazepam (Ativan): ขนาด 0.5, 1, และ 2 มิลลิกรัม
- Clordiazepoxide (Librium): ขนาด 5, 10, และ 25 มิลลิกรัม

ขนาดยาต่อวัน

- Chlordiazepoxide 10-100 มิลลิกรัมต่อวัน
- Diazepam 2-40 มิลลิกรัมต่อวัน
- Lorazepam 1-10 มิลลิกรัมต่อวัน

ข้อควรระวัง

ไม่ควรดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร่วมกับการใช้ยานี้ เนื่องจากจะเสริมฤทธิ์การกดประสาทส่วนกลางมากขึ้น

ข้อห้ามใช้

1. ในหญิงตั้งครรภ์โดยเฉพาะช่วง 3 เดือนแรก เนื่องจากมี teratogenic effect
2. ในหญิงให้นมบุตรควรหยุดยา หรือ bottle feed
3. การใช้ในผู้สูงอายุควรเริ่มในขนาดต่ำ และปรับเพิ่มอย่างช้า ๆ
4. ระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคตับ

วิชาชีพเภสัชกร

คำแนะนำในการปฏิบัติตัวขณะรับประทานยาด้านซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รักษาด้วยการรับประทานยาด้านซึมเศร้า จะประสบปัญหาบางอย่างจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ดังต่อไปนี้ (ศรุตพันธุ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา, 2553)

1. อาการง่วงนอน มีน้า งง ๆ ให้ระวังเรื่องอุบัติเหตุ ควรหลีกเลี่ยงการขับรถ หรือเดินข้ามถนนคนเดียว โดยอาการดังกล่าวนี้จะมีมากในช่วง 2-3 วันแรก หลังจากรับประทานยา เมื่อร่างกายปรับตัวได้แล้วอาการจะค่อย ๆ ลดไป

2. อาการคอแห้ง ปากแห้ง ขมปาก โดยเฉพาะเวลาตื่นนอนตอนเช้า หรือมีการท้องผูกร่วมด้วย มีวิธีแก้ คือให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมาก ๆ เพื่อช่วยลดอาการท้องผูก หรือจิบน้ำมะนาวบ่อย ๆ รับประทานผักผลไม้ไม่มาก ๆ

3. ตาพร่ามัว และอาการซึมเศร้าไม่ดีขึ้น หลังจากรับประทานยาแล้ว 2-4 สัปดาห์ (เนื่องจากการรับประทานยาด้านซึมเศร้าต้องใช้ระยะเวลาหนึ่งในการออกฤทธิ์แก้ซึมเศร้า) ควรไปพบแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนยาให้เหมาะสม

วิชาชีพพยาบาล

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสำหรับพยาบาล ประกอบด้วย

1. การดูแลทางด้านร่างกาย

การดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกายเกี่ยวกับการดูแลปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสุขอนามัยของผู้ป่วยในแผนจำหน่าย โดยให้ญาติมีส่วนร่วม และให้การยอมรับผู้ป่วย ร่วมกับญาติกระตุ้น และส่งเสริมการดูแลสุขอนามัยส่วนตนให้เหมาะสม สนใจที่จะดูแลตนเอง เช่น อาบน้ำ หวีผม เปลี่ยนเสื้อผ้า โดยมีการให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ให้คำแนะนำญาติของผู้ป่วย ในการดูแลด้านสุขอนามัยของผู้ป่วยทั้งขณะอยู่โรงพยาบาล และหลังจากกลับไปอยู่บ้าน โดยอธิบายให้ญาติเข้าใจ และยอมรับผู้ป่วยว่าในช่วงแรก ๆ ผู้ป่วยอาจจะไม่สนใจดูแลตนเอง เนื่องจากเป็นภาวะของโรค ญาติจะต้องช่วยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยได้อาบน้ำ แปรงฟัน หวีผม สวมใส่เสื้อผ้าที่สะอาดเหมาะสมด้วยตนเอง หลังจากนั้นให้คำชมเชย เพื่อให้ผู้ป่วยภาคภูมิใจ และจะได้ทำอย่างต่อเนื่องต่อไป หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลไประยะหนึ่งประมาณ 1-2 เดือน อาการผู้ป่วยจะเริ่มดีขึ้นแล้วจะมีความสนใจในการดูแลตนเองมากขึ้น (อรพรรณ ลีบุญวัชรชัย, 2549) การแนะนำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีปัญหานอนไม่หลับได้ปฏิบัติตามหลักสุขบัญญัติของการนอนหลับที่ดี (sleep hygiene) จะช่วยส่งเสริมให้วงจรการนอนหลับ-ตื่น เกิดเป็นเวลาสม่ำเสมอมากขึ้น ได้แก่ การตื่นนอนให้เป็นเวลา และเข้านอนเป็นเวลาทุกวัน ไม่ทำกิจกรรมอื่นใดบนเตียงนอนยกเว้นการนอน และกิจกรรมทางเพศ ใช้เวลาบนเตียงให้น้อยที่สุดในแต่ละคืน ในกรณีที่เข้านอนแล้ว 10-15 นาที ยังไม่สามารถนอนหลับได้ไม่ควรพยายามนอนต่อไป ควรลุกไปจากเตียงหรือไปห้องอื่นเพื่ออ่านหนังสือเบา ๆ หรือทำกิจกรรมอื่น ๆ เมื่อรู้สึกง่วงจึงกลับเข้านอนใหม่ ไม่ควรมีนาฬิกาปลุกเวลาในห้องนอน ไม่ทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงกาย หรือหนักสมองก่อนเข้านอนมีกิจกรรมผ่อนคลายก่อนการเข้านอน เช่น อาบน้ำอุ่น ดื่มนม หรือน้ำผลไม้ อ่านหนังสือเบา ๆ 10 นาทีก่อนเข้านอน ดื่มน้ำ 6 ชั่วโมง และงดสูบบุหรี่ เมื่อเวลาเข้านอนพยายามไม่จับหลับช่วงกลางวันมากเกินไปเพราะจะทำให้คืนนั้นไม่่วงนอน คุณภาพการนอนไม่ดี และออกกำลังกายเบา ๆ อย่างสม่ำเสมอ เช่น เดินขึ้นบันไดสายก่อนเข้านอน 2-3 ชั่วโมง แต่หากออกกำลังกายหนัก ๆ ควรทำในช่วงเย็น ๆ เท่านั้น



2. การให้ดูแลทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

การให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยการให้การพยาบาลจิตเวช (Psychiatric nursing) เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่ส่งเสริม และคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ที่เหมาะสมของบุคคล ครอบครัว กลุ่มบุคคล องค์กร หรือชุมชน ทั้งในภาวะสุขภาพดี เบี่ยงเบน และเจ็บป่วย ตลอดจนมีแนวทางการป้องกัน และการบำบัดรักษาจากการประยุกต์ความรู้ แนวคิดทั้งศาสตร์และศิลปะ เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิด อารมณ์ และความรู้สึก (Stuart & Laraia, 2005) โดยมีเป้าหมาย เพื่อที่จะพัฒนาผู้ป่วยในด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองในทางบวก มีแบบแผนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่น่าพอใจ และสามารถกระทำบทบาทต่าง ๆ ในสังคมได้อย่างเหมาะสม (Taylor, 1994) โดยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้สู่ความเข้มแข็งทางใจ “มองโลกในแง่ดี” สำหรับผู้ป่วย ตามคู่มือจัดกิจกรรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจสำหรับบุคลากรสาธารณสุข (กรมสุขภาพจิต, 2550) และการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องแบบจิตบำบัดรายบุคคล โดยใช้คู่มือการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าแบบ CBT (Cognitive Behavioral Therapy) ตามขั้นตอนของการให้การบำบัดด้วย CBT สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต, 2550) การสนทนากับผู้ป่วยเพื่อสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ และประเมินระดับความรุนแรง สังเกตสีหน้า แววตา ท่าทาง คำพูด การเคลื่อนไหว และพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยมีท่าทีที่แสดงออกซึ่งความเอาใจใส่ และเข้าใจผู้ป่วย ควรให้เกียรติผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และยอมรับความช่วยเหลือมากขึ้น ไม่ควรใช้คำพูด น้ำเสียง และสีหน้าท่าทางในลักษณะตำหนิ ดูแคลน ทับถม หรือทำทนาย เพราะจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีใครเข้าใจ รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระต่อผู้อื่น จนทำให้เกิดความคิดอยากตาย หรือลงมือทำร้ายตนเองได้ ควรรับฟัง และควรให้คำแนะนำ ให้กำลังใจในปัญหาที่ผู้ป่วยรู้สึกเป็นทุกข์ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่า ระบายความรู้สึกนึกคิด หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ และควรแสดงความเต็มใจในการดูแลรักษาพยาบาล (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และกรมสุขภาพจิต, 2548) ซึ่งสอดคล้องกับ อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย (2549) ได้กล่าวถึงกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาพร้อมทักษะด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น โดยการฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารกับบุคคลอื่น ได้แก่ การเป็นแบบอย่างที่ดี (modeling)

ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดยเริ่มสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยก่อน มีการทักทายแนะนำตัวให้ผู้ป่วยรู้จัก ถามทุกข์สุข จนกระทั่งผู้ป่วยไว้วางใจ พูดได้ตอบได้มากขึ้น โดยพยาบาลต้องมีท่าทีที่เป็นมิตร และจริงใจ สื่อสารกับผู้ป่วยด้วยวาจาที่สุภาพอ่อนโยน รับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วยด้วยความใส่ใจ ไม่ตอบสนองต่อพฤติกรรม หรือการแสดงออกของผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม เช่น ผู้ป่วยไม่ยอมพูดด้วย พยาบาลก็ไม่แสดงอารมณ์โกรธกับพฤติกรรม การแสดงออกของผู้ป่วย สนับสนุนให้ผู้ป่วย และญาติสื่อสารกันด้วยท่าทีที่เหมาะสม เช่น มองหน้า

สบตา ข้อมูลในการสื่อสารต้องชัดเจน ไม่คลุมเครือ ไม่อ้อมค้อม สื่อสารกันด้วยเหตุผลมากกว่าอารมณ์ บอกความรู้สึก หรือความต้องการของตนเองให้อีกฝ่ายได้รับทราบโดยตรงไปตรงมา โดยไม่ผ่านผู้อื่น สร้างบรรยากาศ และสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เช่น กระตุ้น หรือจัดให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับผู้ป่วยคนอื่น ๆ หรือญาติของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนให้กำลังใจ ให้ความเชื่อมั่นในตัวผู้ป่วยว่าสามารถทำได้ในการมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาล ญาติ และบุคคลอื่น ๆ สำหรับการปฏิบัติพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพ (Interpersonal Model) ของแฮร์รี สแตค ซุลลิแวน (Harry Stack Sullivan) ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย โดยการพูดคุยในสถานที่ที่เหมาะสม ด้วยท่าทางที่เป็นมิตร จริงใจยอมรับ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความคับข้องใจ วิเคราะห์ว่าผู้ป่วยมีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองเป็นอย่างไร รวมถึงการใช้กลไก เพื่อสร้างความมั่นคงทางใจให้กับตนเอง โดยมีจุดสำคัญในการแก้ไขประสบการณ์ของผู้ป่วยด้านมนุษยสัมพันธ์ รวมทั้งบอกความรู้สึก และปฏิกิริยาที่มีต่อการแสดงออกของผู้ป่วยอย่างจริงจัง โดยช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ เข้าใจตนเอง แยกแยะว่าปัญหาด้านสัมพันธภาพของผู้ป่วยมีอะไรบ้าง และฝึกให้ผู้ป่วยได้ทดลองวิธีการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำให้พูดคุยกับญาติที่มาดูแลผู้ป่วย โดยเน้นให้ผู้ป่วยสามารถบอกความรู้สึก ความต้องการของตนเองได้แนะนำให้รู้จักผู้ป่วยอื่น และเป็นตัวแบบการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีสร้างสัมพันธภาพกัน สนับสนุนให้กำลังใจ ให้ความเชื่อมั่นในตัวผู้ป่วยว่าสามารถทำได้ และชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำได้ กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมตามความเหมาะสม เช่น กิจกรรมศึกษากลุ่มสำหรับผู้ป่วย และญาติ (วัชนี หัตถพรหม, 2548)

จากการศึกษาพบว่า การสวดมนต์ในรูปแบบต่าง ๆ ทำให้เราผ่อนคลาย ทั้งทางจิตใจและทางกาย ทำให้เรารู้สึกสบายใจ สภาพจิตใจเช่นนี้มีผลกระทบต่อสุขภาพทางใจ และทางกายมาก ด้วยเหตุนี้จิตแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวนไม่น้อย จึงนำการสวดมนต์มาใช้ในการบำบัดทางจิตร่วมกับวิธีการรักษาทางการแพทย์ การสำรวจของนักวิจัยหลายกลุ่มพบว่า คนอเมริกันนิยมสวดมนต์กันมาก กล่าวคือ 70 เปอร์เซ็นต์ สวดมนต์ทุกวัน และ 44 เปอร์เซ็นต์สวดมนต์เพื่อการบำบัดโรค มีงานวิจัยจำนวนมากแสดงให้เห็นว่า การสวดมนต์ช่วยให้ผู้ป่วยเป็นโรคร้ายแรงน้อยลง เช่น โรคหัวใจ โรคความดัน โรคเครียด และโรคซึมเศร้า เป็นต้น (Michello, 1988)

3. การดูแลทางด้านสังคม

การดูแลทางด้านสังคม เกี่ยวกับแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน บุคลากรทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ควรมีการพบญาติ หรือผู้ใกล้ชิดทุกครั้ง เพื่อได้ทราบถึงเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในมุมมองของญาติ หรือผู้ใกล้ชิด ซึ่งญาติอาจมีมุมมองที่ต่างออกไปจากผู้ป่วย การได้ทราบข้อมูลหลาย ๆ แหล่งเช่นนี้จะทำให้ผู้รักษาพยาบาลประเมินผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น และสามารถให้ข้อมูลกับญาติได้ (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

ราชนครินทร์ และกรมสุขภาพจิต, 2549) การให้ความรู้และคำแนะนำข้อปฏิบัติสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วย หรือบุคคลที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง โดยการให้คำแนะนำดังนี้ ให้มีผู้ดูแลอยู่เป็นเพื่อนกับผู้ป่วยตลอดเวลา ถ้าผู้ป่วยเข้าห้องน้ำไม่ควรให้ใส่กลอนประตู เก็บของมีคม ยา หรือสิ่งของที่ผู้ป่วยอาจใช้ทำร้ายตนเอง ถ้าต้องกินยาญาติควรจัดยาให้กินทีละมื้อ และไม่ควรให้ผู้ป่วยเก็บยาไว้เอง จัดให้ผู้ป่วยอยู่ห้องพักรักษาตัวถ้าจำเป็นต้องอยู่ชั้นบนต้องระมัดระวังการออกไปที่ระเบียงหรือหน้าต่าง ไม่พูดจาตำหนิประชดประชัน หรือพูดทำร้ายผู้ป่วยทำร้ายตนเองอีกครั้ง สังเกตอารมณ์เศร้าจากสีหน้า ท่าทาง คำพูด การสังเกตุ ถ้าเปลี่ยนจากซึมเศร้าเป็นสดชื่นอย่างกะทันหัน ควรระมัดระวังให้มาก ถ้านอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อย หรืออารมณ์เศร้าไม่ดีขึ้น ภายใน 1 สัปดาห์ ควรพาไปพบแพทย์ ควรพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลตามนัดทุกครั้ง แสดงท่าทีเห็นใจ ให้กำลังใจผู้ป่วยหากรู้สึกไม่พอใจ หรือโกรธกับการกระทำของผู้ป่วย ญาติควรพยายามปรับอารมณ์ของตนเองให้ดีขึ้นก่อน อย่าเพิ่งสื่อสารหรือโต้ตอบกับผู้ป่วยในขณะที่ตนเองยังโกรธผู้ป่วยอยู่ หากตัวท่านเองรู้สึกเครียดกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก็ให้รีบปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้าน หรือปรึกษาแพทย์พยาบาล ตามคู่มือการป้องกัน และช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (อภิชัย มงคล และ คณะ, 2548) โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ 1) ความสำคัญของการป้องกัน และช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2) สาเหตุของความทุกข์ใจ 3) แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 4) หนทางแก้ไขความทุกข์ 5) แนวทางการช่วยเหลือผู้ที่มีความทุกข์ใจ และ 6) ชุมชนรักใคร่ห่วงใยผู้ทุกข์ใจ และอภิชัย มงคล และคณะ (2548) ได้เสนอแนวทางการช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า และผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยมีการคัดกรองผู้ป่วยตามแบบคัดกรองผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแล้ว ให้การช่วยเหลือโดยการประเมิน การมีแนวทางการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า และผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีการให้ข้อมูลกับญาติเพื่อให้ญาติเฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิด มีการประชุมทีมรักษาที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย และให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทันทีที่รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโรงพยาบาล ควรทำบันทึกการรักษาพยาบาลเพื่อประโยชน์ในการติดตามการรักษา และการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการส่งต่อผู้ป่วยโดยพิจารณาตามกรณี ในส่วนที่ผู้ป่วยกลับบ้าน และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง การให้ความรู้ผู้ป่วย และญาติตามคู่มือโรคซึมเศร้ารักษาได้ เกี่ยวกับหัวข้อต่าง ๆ ได้แก่ มารู้จักโรคซึมเศร้ากันเถอะ ความหมายอาการ และอาการแสดง สาเหตุของโรคซึมเศร้า การรักษาโรคซึมเศร้า และการช่วยเหลือผู้มีปัญหาซึมเศร้า การออกกำลังกายช่วยรักษาโรคซึมเศร้าได้ การละเว้นสารกระตุ้นประสาท การขอรับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การดูแลของญาติ และผู้ใกล้ชิด การสร้างบรรยากาศอันอบอุ่นในครอบครัว การหาเพื่อนหรือผู้ไว้ใจ ระบายความทุกข์ และการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเดิม ๆ และการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว

สำหรับผู้ป่วย และญาติเกี่ยวกับ การปฏิบัติตนขณะรับประทานยาต้านซึมเศร้า โดยเกศจักร (ธรณินทร์ กองสุข, 2550)

แบบแผนการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รูปแบบการบำบัดแบบ ผสมผสานในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Ross Stephanie Maxine, 2010) ประกอบด้วย

1. การออกกำลังกาย ควรเพิ่มการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ กิจกรรมที่ต้องออกแรง การออกกำลังกายที่ต้องเคลื่อนไหว เช่น เล่นโยคะ ไทชี กิจกรรมที่ต้องใช้แรง เช่น การเล่นสกี ว่ายน้ำ การเดิน และการยกน้ำหนัก โดยออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที เฉลี่ย 3 ครั้งใน 1 สัปดาห์ ซึ่งช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าโดยเพิ่มระดับของซีโรโตนิน

2. การหัวเราะบ่อย ๆ จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการหัวเราะช่วยลดระดับฮอร์โมนความเครียด อย่างเช่น คอร์ติซอล และอะดรีนาลีน ในขณะที่จะเพิ่มระดับฮอร์โมนความสุข เช่น เอ็นโดฟิน และสารสื่อประสาทต่าง ๆ ในการหัวเราะ พบว่า มีการเพิ่มระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่งบ่อยครั้งที่สร้างความสมดุลระหว่างเวลาที่อารมณ์ และร่างกายเกิดความเครียด

3. การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ จะส่งผลต่อร่างกาย และจิตใจ ควรนอนอย่างน้อย 6-10 ชั่วโมง การนอนในตอนกลางคืนจะช่วยให้มีพลัง กระปรี้กระเปร่า และมีชีวิตชีวา ดังนั้น การนอนในเวลากลางคืนมีความสำคัญมากในผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์

4. การเชื่อมต่อทางจิตวิญญาณ คือการนั่งสมาธิทุกวัน เติมน้ำใจ การร่วมประกอบ พิธีกรรมทางศาสนา การสวดมนต์ และบูชาทางศาสนา การนั่งสวดมนต์ส่วนตัว จะทำให้มีความสุขทางจิตวิญญาณ โดยสิ่งเหล่านี้จะเชื่อมโยงกับตัวตนของบุคคล ทำให้รู้สึกสุขสบาย และเป็นที่พักในช่วงเวลาที่เครียด หวาดกลัว เป็นที่พึ่งทางใจเมื่ออยู่ในภาวะกดดัน เครียด

5. เทคนิคการผ่อนคลาย ซึ่งในที่นี้กล่าวถึง เทคนิคการหายใจ วิธีการ คือ เพ่งจุดสนใจไปที่ลมหายใจ ซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว และช่วยทำให้ผ่อนคลาย เทคนิคการหายใจง่าย ๆ โดยการสูดลมหายใจเข้าอย่างช้า ๆ นับ 1-4 จากนั้นกลั้นลมหายใจไว้ นับต่อถึง 7 จากนั้นหายใจออกช้า ๆ นับ 8 โดยเป่าลมหายใจออกทางปาก และระหว่างเป่าลมออกทางปากให้จินตนาการว่า เราได้เอาความตึงเครียด ความเครียดออกไป ทำเช่นนี้ซ้ำ ๆ จะทำให้รู้สึกผ่อนคลาย

6. เทคนิคการประสานกาย และใจเป็นหนึ่งเดียว เป็นการประสานโดยใช้จิตหยั่งรู้จะเกิดได้เมื่อร่างกาย และจิตใจสงบ รวมกันเป็นหนึ่งเดียว ซึ่งร่างกายตื่นแต่จิตใจสงบ วิธีการที่ดีที่สุดโดยการทำสมาธิ ขณะนั่งสมาธิให้หายใจช้า ๆ จะทำให้ความดันเลือดต่ำลง ฮอร์โมนความเครียดลดลง ในผู้ที่นั่งสมาธิเป็นประจำทุกวัน โอกาสเกิดโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรควิตกกังวล และโรคซึมเศร้าลดลง จากงานวิจัยแสดงให้เห็นว่าการนั่งสมาธิ จะช่วยให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ มีผลต่ออารมณ์ เช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

แมคคีแฮน (McKeehan, 1981) กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลวิชาชีพไว้ ดังนี้

1. บทบาทในการบริหารจัดการให้กระบวนการแผนจำหน่ายครอบคลุมทุกขั้นตอน ได้แก่ การประเมินความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัวที่ครอบคลุม ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ความเข้าใจ ทักษะของผู้ป่วย และครอบครัวในการดูแลตนเอง นำข้อมูลที่เหมาะสมได้มาวางแผนการดูแล ปฏิบัติตามแผน และประเมินผลการปฏิบัติเป็นระยะ ปรับปรุงแผน และวิธีการปฏิบัติให้เหมาะสม เพื่อเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

2. บทบาทของผู้ประสานในการเป็นสื่อกลางการประชุม ประชุมวางแผนร่วมกันในทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกัน รวมทั้งเป็นผู้ประสานระหว่างทีมสหวิชาชีพกับผู้ป่วย และครอบครัว และการประสานความร่วมมือส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยไปยังหน่วยงานสุขภาพชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

3. บทบาทของผู้ที่ให้ความรู้ สอน ให้คำปรึกษาต่าง ๆ รวมถึงการฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย และครอบครัว ในการดูแลตนเองต่อที่บ้าน

4. บทบาทของผู้อำนวยความสะดวกในการจัดหาอุปกรณ์ เครื่องใช้ที่จำเป็น สำหรับการดูแลตนเองต่อที่บ้านของผู้ป่วย ตลอดจนการอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เช่น แจกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยให้ทีมสุขภาพ ประเมิน และสรุปผลการพยาบาลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน จะเห็นได้ว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว และเป็นบทบาทที่สำคัญยิ่งสำหรับพยาบาล ซึ่งจะต้องทำหน้าที่ในการเป็นผู้ให้การดูแลเป็นผู้ประสานการดูแล ระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยอันจะนำไปสู่การพยาบาลที่ต่อเนื่อง เพื่อให้การจำหน่ายผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลในฐานะที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นศูนย์กลางในการประสานงานระหว่าง ผู้ป่วย และบุคลากรทีมสุขภาพ จำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ทั้งด้านปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงความรู้เกี่ยวกับการบริการที่ต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล เกิดการเรียนรู้ และพัฒนาความสามารถในการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง และเหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย และสิ่งแวดล้อมของสังคม และวัฒนธรรมไทยต่อไป

การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล จะต้องประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทุกครั้ง หากพบว่ายังมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จะต้องรายงานแพทย์ เพื่อทบทวนแผนการรักษา และการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน จะต้องลงข้อมูล ปัญหาเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในหนังสือส่งตัว (ใบ Refer) การเตรียมผู้ป่วยก่อนการจำหน่าย มีดังนี้



1. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และญาติ

1.1 ให้ความรู้เรื่องโรค โดยเฉพาะโรคที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท โรคติดยา และสารเสพติด เป็นต้น รวมทั้งอาการทางจิตที่อาจส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตาย เช่น หูแว่ว หลงผิด การประหม่นและวิธีการจัดการความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น จัดให้มีผู้ดูแลอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยตลอดเวลา ถ้าผู้ป่วยเข้าห้องน้ำไม่ควรใส่กอน ไม่พูดคำหยา ประชด ประชัน หรือพูดทำทนายให้ทำร้ายตนเองอีก สังเกตอารมณ์เศร้าจากสีหน้า ท่าทาง คำพูด การสังเสีย ถ้าเปลี่ยนจากซึมเศร้าเป็นสดชื่นอย่างกะทันหันควรระมัดระวังให้มากขึ้น หากผู้ป่วยนอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อย หรืออารมณ์เศร้าไม่ดีขึ้นภายในหนึ่งสัปดาห์ควรพาไปพบแพทย์ หรือผู้ให้คำปรึกษาควรพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลตามนัดทุกครั้ง

1.2 ให้ความรู้เรื่องยาทางจิตที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ ชื่อยา การออกฤทธิ์ ความจำเป็นในการใช้ยา วิธีการใช้ จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ ข้อควรระวัง และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา รวมทั้งการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องครบถ้วน การระวังการใช้ยาเกินขนาด เช่น จัดยาให้ผู้ป่วยกินทีละมือ และไม่ควรให้ผู้ป่วยเก็บยาไว้เอง

1.3 การจัดสิ่งแวดล้อม สิ่งของ และสถานที่ให้เหมาะสม ไม่มีวัสดุ อุปกรณ์ที่เสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย เช่น เก็บของมีคม ยา หรือสิ่งของที่ใช้ทำร้ายตนเองไว้ในที่ที่ปลอดภัย การจัดให้ผู้ป่วยอยู่ห้องพักชั้นล่าง ถ้าจำเป็นต้องอยู่ชั้นบนต้องระมัดระวังการออกไปที่ระเบียง หรือหน้าต่าง แนะนำแหล่งให้บริการให้คำปรึกษาโรงพยาบาลใกล้บ้าน

1.4 ให้ความเข้าใจเกี่ยวกับเป้าหมายการดูแลผู้ป่วย แผนการรักษา การปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้าน ความสามารถจัดการกับภาวะฉุกเฉินที่เกิดจากการพยายามฆ่าตัวตายได้ด้วยตนเอง อย่างเหมาะสม และ การสอนทักษะการเผชิญปัญหา การคิดในเชิงบวก เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

1.5 ให้ความรู้เกี่ยวกับข้อจำกัด ผลกระทบของภาวะความเจ็บป่วย การดำเนินชีวิต และการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ และการปรับวิถีการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ

1.6 ให้ความรู้เกี่ยวกับการมาตรวจตามนัดทั้งเวลา สถานที่ การติดต่อขอความช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน

1.7 ให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เครื่องดื่ม ที่มีผลกระทบต่อยาที่ได้รับ หรือส่งผลต่อโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ (ทีมการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลสวนปรุง, 2552)

การติดตามหลังจำหน่าย จากข้อกำหนดของทีมพัฒนาแผนการจำหน่าย ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ควรติดตามผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลในอาทิตย์แรก เพราะเป็น

ระยะที่มีความเสี่ยงสูงที่สุด อาจเกิดอันตรายหากผู้ป่วยล้มเหลวในการปรับตัวอยู่นอกโรงพยาบาล และติดตามผลการบำบัด หรือผลข้างเคียงจากการรักษา โดยใช้แบบบันทึกการติดตาม เฝ้าระวัง ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย (ทีมการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลสวนปรุง, 2552)

นักโภชนาการ

การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ โดยการประเมินภาวะทุพโภชนาการ คำนึงมวลกายของผู้ป่วย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการให้ผู้ป่วยได้รับทราบ และวางแผนร่วมกันกับผู้ป่วย ในการแก้ปัญหาตามสภาพอาการ จัดอาหารเฉพาะโรคที่เพิ่มแคลอรี และคุณค่าทางโภชนาการ ให้กับผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการรับประทานอาหารของผู้ป่วย เช่น พาไปรับประทานอาหารบริเวณระเบียงนั่งเล่น มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ปราศจากกลิ่น และเสียงรบกวน ดูแลกระตุ้น ให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่โรงพยาบาลจัดให้ได้มากขึ้นจนหมดถาด โดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการส่งเสริม สนับสนุนให้กำลังใจ และเสริมแรง ชมเชย ให้ความเชื่อมั่นญาติให้สามารถไปดูแล ผู้ป่วยต่อที่บ้านได้ การให้โภชนศึกษา สำหรับผู้ป่วย และญาติ เกี่ยวกับการปฏิบัติกรกินอาหารเพื่อ สุขภาพที่ดีของคนไทย 9 ข้อ หรือ โภชนบัญญัติ 9 ประการ ได้แก่ 1) รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย และหมั่นดูแลน้ำหนักตัว 2) รับประทานอาหารข้าวเป็นอาหารหลัก สลับกับ อาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ 3) รับประทานอาหารผักให้มาก และกินผลไม้เป็นประจำ 4) รับประทานอาหารเนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ 5) ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย 6) รับประทานอาหารที่มีไขมันแต่พอสมควร 7) หลีกเลี่ยงการกินอาหารรสหวานจัด และเค็มจัด 8) รับประทานอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อน 9) งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (กองโภชนาการ, 2548; แสงโสม สีนะวัฒน์, 2551)

นอกจากนี้การส่งเสริมสุขภาพในเรื่องโภชนาการ สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีการ ส่งเสริมสุขภาพโดยการกินอาหารที่ได้จากธรรมชาติไม่ผ่านกระบวนการผลิตอาหาร สิ่งนี้จะช่วยให้ ชีวเคมีในร่างกายสมดุล อารมณ์ดีขึ้นความเครียดลดลง ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารที่มีกากใยมาก คอมเพล็กซ์คาร์โบไฮเดรต (โฮลเกรน ผลไม้ และผัก) และรับประทานโปรตีน เช่น ปลา อาหารที่มี น้ำตาลต่ำ ไขมันต่ำ อาหารลดเค็ม สำหรับอาหารเสริมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โปรแกรอาหารเสริม ทัวไป ได้แก่ วิตามินรวม ธาตุเหล็ก และสารต้านอนุมูลอิสระ ประกอบด้วย วิตามินซี วิตามินอี และ ไทเอนไซม์ คิวเทน อัลฟาไลโปอิกแอซิด สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ขาดสารอาหาร สิ่งที่ต้อง คำนึงถึง คือ โฟลิกแอซิด วิตามินบี 12 วิตามินบี 6 โอเมก้า 3 แพดตีแอซิด มากที่สุด ซึ่งโฟลิกแอซิด และวิตามินบี 12 เป็นสารหนึ่งในหลายตัวของกระบวนการชีวเคมี หากมีการพร่องโฟลิกแอซิด หรือวิตามินบี 12 จะส่งผลให้เกิดอารมณ์หงุดหงิด สำหรับวิตามินบี 6 เป็นสารตั้งต้นในการผลิต

Serotonin หากวิตามินบี 6 ต่ำจะส่งผลให้เกิดอารมณ์ทุกข์ทรมานจากอาการซึมเศร้า การพร่องโอเมก้า 3 และเฟดตีแอตค จะส่งผลโดยตรงต่อภาวะซึมเศร้า โอเมก้า 3 และเฟดตีแอตค พบได้ในน้ำมันมะกอก น้ำมันตับปลา (Ross, 2010)

รูปแบบที่ควรตรวจวัน

สิ่งที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าควรตรวจวัน (Ross Stephanie Maxine, 2010) ได้แก่

1. คาร์เฟน เนื่องจากคาร์เฟนเป็นตัวกระตุ้นทำให้เกิดระดับซึมเศร้ามากขึ้น จากการศึกษา พบว่า ระดับคาร์เฟนมีความสัมพันธ์กับระดับซึมเศร้า
2. แอลกอฮอล์ จากการศึกษา พบว่า มีผลต่อสมองทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และมีผลต่อวงจรการนอนหลับ และระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งความไม่สมดุลของระดับน้ำตาลในเลือดจะทำให้เกิดอาการกระวนกระวายใจ และการทำหน้าที่ของอารมณ์เสียไป อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย
3. การสูบบุหรี่ จะเพิ่มระดับคอเลสเตอรอล ซึ่งทำให้เกิดซึมเศร้า การเพิ่มระดับคอเลสเตอรอลจะทำให้ระดับซีโรโตนินในสมองลดลง เกิดภาวะซึมเศร้า
4. การบริโภคน้ำตาลในปริมาณมากเกินไปจะมีผลในระบบชีวเคมีมากขึ้น ส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ สัมพันธ์ระหว่างเมื่อระดับน้ำตาลต่ำการทำงานของสมองจะผิดปกติ จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าพบอุบัติการณ์ของความผิดปกติของน้ำตาลสูงในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

บทบาทของญาติ หรือผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ (2553) ได้แนะนำญาติ หรือผู้ดูแลปฏิบัติ ดังนี้

1. สอบถามความรู้สึกของผู้ที่ซึมเศร้าว่ารู้สึกเบื่อ ท้อแท้หรือไม่ เคยคิดทำร้ายตนเองหรือไม่ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกในใจออกมา
2. ต้องดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างใกล้ชิด เพื่อเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย จัดเก็บอุปกรณ์ที่จะใช้เป็นอาวุธให้มิดชิด เช่น ยา มีด ปืน เป็นต้น

นอกจากนี้ ศรุตพันธุ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา (2553) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าเป็นการเจ็บป่วยที่ครอบครัวควรให้ความเห็นใจ และจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาดูแลแต่เนิ่น ๆ การตระหนักในความคิดอยากฆ่าตัวตาย ผู้ดูแลที่บ้านต้องประเมินผู้ป่วยซึ่งอยู่ในภาวะซึมเศร้ามีความคิดอยากฆ่าตัวตายหรือไม่ ซึ่งควรถามจากผู้ป่วยโดยตรงว่า “คุณกำลังมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย หรืออยากทำร้ายตนเองหรือไม่” ถ้าผู้ป่วยมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย เช่น คิดยิงตัวตาย ผู้ดูแลที่บ้านควรจะ

1. ประเมินการวางแผนการฆ่าตัวตาย โดยสอบถามจากผู้ป่วยโดยตรง

2. พิจารณาความรุนแรงของการวางแผนฆ่าตัวตาย เช่น การยิงตัวตาย อาจทำให้เป็นอันตรายถึงชีวิตได้

3. ประเมินความเป็นไปได้ในสิ่งที่ผู้ป่วยวางแผนฆ่าตัวตาย เช่น ผู้ป่วยมีปืนและบรรจุลูกกระสุนไว้

4. พิจารณาความจำเพาะของการวางแผนฆ่าตัวตาย เช่น จะยิงตัวตายตอนเที่ยงคืน ผู้ดูแลที่บ้านควรจะสงสัยเกี่ยวกับความตั้งใจในการฆ่าตัวตาย ถ้าผู้ป่วยให้ของรางวัลแก่ผู้อื่น กล่าวว่า ลาก่อน กับเพื่อน มีอารมณ์ซึมเศร้าอย่างหนักที่เห็นใด วางมือจากธุรกิจหรืองานที่ได้รับมอบหมาย ถอนเงินออกจากธนาคารทั้งหมด ผู้ดูแลที่บ้านควรจะประเมินเกี่ยวกับครอบครัวและระบบช่วยเหลืออื่น ๆ เพราะการแยกตัวออกจากสังคมของผู้ป่วยสามารถเพิ่มความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้

การดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงที่อาศัยอยู่คนเดียว และมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย เป็นประเด็นทางจริยธรรมสำหรับผู้ดูแลที่บ้าน ซึ่งจะต้องพิจารณาถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน และความจำเป็นในการอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ควรได้รับการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการบริการอย่างเร่งด่วน บ่อยครั้งที่พบว่าผู้ป่วยไม่มีการทำร้ายตนเอง เมื่อผู้ป่วยได้ทำสัญญาว่าจะไม่ทำร้ายตนเอง และผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลค่อนข้างจะดีกว่าอยู่ที่บ้าน เมื่อผู้ดูแลไม่แน่ใจเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย ควรรายงานแพทย์เจ้าของไข้ และที่ปรึกษาของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย และนี่คือเหตุผลที่ควรตระหนักในการดูแลผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่สามารถจัดการกับการทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น การดูแล สุขอนามัยส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร การจัดการเรื่องเงิน ผู้ดูแลที่บ้านควรดูแลผู้ป่วย (Thobaben, 1998)

แผนจำหน่าย

ความหมายของแผนจำหน่าย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีผู้ให้ความหมายของแผนจำหน่ายไว้หลายประการ ดังนี้

แมคคีแชน (McKeehan, 1981) สรุปว่าแผนจำหน่าย หมายถึง กิจกรรมทางการพยาบาล โดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่จัดทำขึ้นในรูปแบบมาตรฐาน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ตามแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งเป็นกระบวนการประสานงานกันระหว่างบุคลากรหลาย ๆ ด้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง รวมถึงการประเมินความต้องการดูแลต่อที่บ้านร่วมกับญาติภายหลังออกจากโรงพยาบาล

แผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นส่วนประกอบหนึ่งของกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นการเตรียมผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ เพื่อการดูแลในระยะต่อไป และได้รับการช่วยเหลือในการจัดการเกี่ยวกับสิ่งที่จำเป็นต่าง ๆ ในการดูแลในระยะนั้น ๆ เพื่อให้สามารถดูแลตนเอง หรือได้รับการดูแลจากสมาชิกภายในครอบครัว หรือแม้กระทั่งจากหน่วยบริการสุขภาพอื่น ๆ (American Hospital Association, 1983)

โรเดิน และทาฟ (Rorden & Tafts, 1990) กล่าวว่า แผนจำหน่าย เป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแล การดูแลในกระบวนการของแผนจำหน่าย จะเริ่มตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายไปอยู่บ้าน

อมิเทก (Amitage, 1995) กล่าวถึงแผนจำหน่ายว่า เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จากสถานที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่ง ซึ่งรวมถึงการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยจากสถานะหนึ่งไปอีกสถานะหนึ่งในทางที่ดีขึ้น การสนับสนุนด้านจิตใจ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และญาติหรือผู้ดูแล การสนับสนุนให้คำปรึกษา และจัดหาทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อการดูแลต่อเนื่อง และอำนวยความสะดวกต่อการย้าย หรือส่งต่อผู้ป่วยจากสถานบริการหนึ่งไปสู่สถานบริการอื่น หรือจากสถานบริการไปบ้านของผู้ป่วย

สมาคมพยาบาลการดูแลต่อเนื่องแห่งสหรัฐอเมริกา (American Association for Continuity of Care) (O'Ryan, 1988) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของระบบการดูแลสุขภาพ การวางแผนจำหน่ายเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งผู้ป่วย และ

ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิในการมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย

วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และ อุษาวดี อัครวิเศษ (2546) กล่าวถึงแผนจำหน่ายว่าเป็นกระบวนการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่องจากโรงพยาบาล หรือหน่วยบริการสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วย ภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งได้รับความร่วมมือประสานงานกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ตัวผู้ป่วย และครอบครัว

สรุปแผนจำหน่าย หมายถึง กระบวนการที่เกิดจากความร่วมมือระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐาน ถูกต้อง เหมาะสม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ โดยผู้ป่วยได้รับการดูแลตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมถึงการประเมินความต้องการ การดูแลต่อที่บ้านร่วมกับญาติภายหลังออกจากโรงพยาบาล

รูปแบบและองค์ประกอบของการวางแผนจำหน่าย

รูปแบบของการวางแผนจำหน่าย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีผู้คิดค้นวิธีที่จะทำให้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย เพื่อให้มีประสิทธิผลตามที่ต้องการมีในรูปแบบต่าง ๆ ดังนี้

1. รูปแบบการวางแผนจำหน่าย ของแมคคีเฮน (McKeehan, 1981) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน เป็นการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ในกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ที่ประกอบด้วยขั้นตอนของการประเมินปัญหา การวินิจฉัยปัญหาการวางแผนให้เหมาะสมกับสภาพของปัญหา การนำแผนไปปฏิบัติ และการประเมินผล

2. รูปแบบการปฏิบัติร่วมกันแบบหุ้นส่วนในการดูแล (The partners-in-care model of collaborative practice) รูปแบบนี้มุ่งผลของการใช้ผู้จัดการทางการแพทย์ (nurse case management) ในการประสานการดูแลระหว่างแพทย์เฉพาะสาขา แพทย์ทั่วไป และทีมในการดูแลผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก รวมถึงการเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลและที่บ้าน (Pugh et al., 1999)

3. รูปแบบ A-B-C (Rorden & Taft, 1990) เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยเริ่มจากการรวบรวมข้อมูลที่จะเป็นต่อการวางแผนจำหน่าย (assessment) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ระยะแรกในการปฏิบัติการดูแลทั้งของแพทย์ และพยาบาล เพื่อประกอบการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ จากนั้นนำมาสร้างแผนจำหน่าย (building a plan) โดยเน้นจากปัญหา และความต้องการที่จะรวบรวมได้ โดยอยู่บนพื้นฐานความจำเป็นของแผนจำหน่ายที่

ประยุกต์ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ และเป้าหมายในการดูแล และการยืนยันแผนจำหน่าย (confirm the plan) กระทำเมื่อผู้ป่วยได้รับการเตรียมพร้อมในการดูแลอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้เพื่อพัฒนาต่อไป

4. รูปแบบแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์แบบ (Comprehensive Discharge Planning Program) รูปแบบนี้พัฒนาขึ้นโดยเนเลอร์ (Naylor et. al., 1994) ถิ่นแผนจำหน่ายในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีปัญหาในระบบต่าง ๆ เช่น ระบบหัวใจ และทรวงอก ในผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ มุ่งที่ความสัมพันธ์ระหว่างการให้พยาบาลโดยผู้มีความเชี่ยวชาญ ในการพยาบาลเฉพาะทางกับค่าใช้จ่ายที่ใช้ไป จากรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่มีหลากหลาย และวิธีปฏิบัติที่ต่างกันแต่มีวัตถุประสงค์เดียวกัน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งการนำมาปฏิบัติจึงต้องให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน

5. รูปแบบการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในทีมสุขภาพ และผู้ป่วย เพื่อพัฒนากระบวนการสร้างแผนจำหน่าย และผลที่ได้รับจากความร่วมมือของทุกฝ่าย โดยบูล และคณะ (Bull et al., 2000)

6. รูปแบบ D-METHOD ของกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2539) เป็นแนวทางในการที่จะใช้ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองภายหลังการจำหน่าย

7. รูปแบบที่มุ่งผลของการใช้ผู้จัดการทางการพยาบาล (nurse case management) ในการประสานการดูแลระหว่างทีมสุขภาพ และผู้ป่วย

การศึกษาครั้งนี้ ได้พิจารณาแล้วว่ารูปแบบการวางแผนจำหน่ายของแมคคีสัน (McKeehan, 1981) มีความเหมาะสม และเป็นไปได้กับบริบทของโรงพยาบาลสวนปรุงมากที่สุด เนื่องจากการพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลผู้ป่วยโดยสหวิชาชีพ ครอบครัว และชุมชน นอกจากนั้นกระบวนการพัฒนาแผนจำหน่ายดังกล่าวมีความสมบูรณ์ ครบถ้วน สอดคล้องในการตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วย และญาติ ทำให้เกิดการดูแล ที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปถึงบ้าน และทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลสวนปรุง มีความคุ้นเคยองค์ประกอบของการวางแผนจำหน่ายแมคคีสัน (McKeehan, 1981) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของการวางแผนจำหน่ายที่มีปฏิสัมพันธ์กัน 4 ส่วนด้วยกัน ดังนี้

1. ผู้ป่วยและบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ถือเป็นหัวใจสำคัญของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยควรเริ่มตั้งแต่วันที่รับผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาล เพื่อที่จะมีเวลาในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยได้ครอบคลุม และเหมาะสม นอกจากนี้แนวคิดในการดำเนินการเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยนั้น ควรเริ่มให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ ซึ่งในอุดมคติแล้ว ควรเริ่มตั้งแต่วันที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็น

แนวทางในการปฏิบัติ (Corkery, 1989) ได้แก่ ผู้ป่วย และครอบครัวจะต้องร่วมมือกันกำหนดกิจกรรมในการวางแผนจำหน่าย ความต้องการของผู้ป่วย จะได้รับการประเมินตั้งแต่วันที่เข้ามาอยู่ในโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน จะต้องได้รับการสนับสนุนที่ดี และมีเครื่องมือทดแทนที่จำเป็นต้องใช้ มีการวางแผนป้องกันการกลับเข้ามารักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัว จะได้รับความรู้ และมีความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้ การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบระเบียบ ก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัวต้องทราบ และเข้าใจเกี่ยวกับยาที่รักษา เป็นอย่างดี และความต้องการการติดตามผลการรักษาหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และมีการใช้แหล่งประโยชน์ในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม โดยวัตถุประสงค์ของแผนจำหน่ายผู้ป่วยนั้น วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และ อุษาวดี อัครวิเศษ (2546) กล่าวว่า ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ให้มีการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยและ/หรือการดูแลโดยญาติผู้ดูแล ลดความวิตกกังวลทั้งผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแล

2. การใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน เป็นส่วนประกอบที่สำคัญขาดไม่ได้ รวมถึงบ้านของผู้ป่วย องค์กร หรือสถาบันต่าง ๆ ที่ให้บริการชุมชน ซึ่งการมีทรัพยากรต่าง ๆ เหล่านี้ จะทำให้ผู้ป่วยมีทางเลือกได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

3. กฎระเบียบที่ใช้ปฏิบัติหน่วยงาน ที่ควบคุมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัย และผู้รับผิดชอบในเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยต้องเข้าใจกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ปฏิบัติได้ถูกต้อง และต้องมีความรับผิดชอบที่จะประเมินผลย้อนกลับไปยังผู้วางกฎระเบียบ ถ้าไม่ได้รับความสะดวก หรือเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

4. เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ ต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการผสมผสาน การให้บริการวางแผนจำหน่ายป่วย และผลสำเร็จของการผสมผสานนี้ขึ้นกับบุคลากรในทุกสาขาวิชาชีพของทีมสุขภาพที่จะทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และ อุษาวดี อัครวิเศษ (2546) กล่าวว่า การส่งเสริมการใช้แหล่งประโยชน์ที่จำเป็น และควบคุมค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล ปัจจุบันพบว่า ตัวจักรสำคัญที่ทำให้บุคลากรจำนวนมากมุ่งพัฒนาวิธีการ และรูปแบบการวางแผนจำหน่ายมาจากประเด็นการควบคุมค่าใช้จ่ายเป็นหลัก ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็น ทั้งนี้ทีมสุขภาพต้องคำนึงถึงคุณภาพการดูแล และความพึงพอใจของผู้ป่วย และผู้ดูแลควบคู่ไปด้วย เพื่อป้องกันปัญหาการจำหน่ายผู้ป่วยในลักษณะที่เร็วขึ้นโดยที่ผู้ป่วยยังอาการไม่ดีพร้อม (quicker and sicker) ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ และอาการหนักมากยิ่งขึ้น (Ellers & Walker, 1993)

สแตกเฮ้า (Stackhouse, 1998) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของการวางแผนจำหน่ายที่ดีไว้ดังนี้

1. ต้องระบุความต้องการผู้ดูแล ผู้รับบริการหลังจำหน่ายได้ชัดเจน และเร็วที่สุดในขณะพักรักษาในหอผู้ป่วย และจัดทำแผนการดูแลได้

2. ดำเนินการประเมินสภาพ การวางแผน การวิเคราะห์ ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลอย่างเป็นระบบตามขั้นตอน ของกระบวนการพยาบาลปฏิบัติการประเมินสภาพ ด้านร่างกายความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ ผู้รับบริการ และระบบสนับสนุนอย่างมีคุณภาพเพื่อการจัดทำแผนการจำหน่ายที่มีคุณภาพ

3. ผู้ใช้บริการและครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ทุกขั้นตอนของกระบวนการ

4. พยาบาลต้องระลึกไว้เสมอว่า จะต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้ดีที่สุด สำหรับผู้รับบริการ และวางแผนให้ครอบคลุมถึงสิ่งแวดล้อมของผู้รับบริการหลังจำหน่ายด้วย

5. วางแผนให้ผู้รับบริการได้ใช้ประโยชน์จากแหล่งทรัพยากรในชุมชนด้วย

6. การวางแผนจำหน่ายควรใช้ความรู้แบบสหวิชาการ และทำร่วมกับสมาชิกทีมสุขภาพสาขาวิชาอื่น ตามความจำเป็น

7. ตรวจสอบแผนการรักษากับแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อการจัดทำแผนจำหน่ายที่สอดคล้องกับแผนการรักษา

8. ผู้รับบริการกลับบ้านไปพร้อมด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์ วัสดุ และเวชภัณฑ์ที่เหมาะสม พร้อมด้วยเอกสารคำอธิบายวิธีใช้ที่สามารถปฏิบัติตามได้

9. จัดระบบการสื่อสาร เพื่อติดตามผลการวางแผนจำหน่าย โดยใช้แนวคิดการจัดการเฉพาะราย การบริการพยาบาลปฐมภูมิ และการประเมินผลการวางแผนจำหน่ายโดยผู้รับบริการ กล่าวโดยสรุปองค์ประกอบการวางแผนจำหน่ายที่สำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วย และบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยร่วมมือกันกำหนดกิจกรรมในการวางแผนจำหน่าย โดยที่ผู้ป่วยต้องเข้าใจ และปฏิบัติตามกฎระเบียบที่เกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายของโรงพยาบาล มีการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน เกื้อหนุน บุคลากรในทุกสาขาวิชาชีพของทีมสุขภาพมีการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ และผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ในการพัฒนาแผนจำหน่ายฯ ในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้องค์ประกอบตามแนวคิดของแมคคีเชน (McKeehan, 1981) โดยเน้นในเรื่องการทำงานเป็นทีมของทีมสหวิชาชีพ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และญาติ ในการพัฒนาแผนจำหน่าย ฯ

สำหรับปัจจัยที่มีส่วนช่วยให้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ มีดังนี้ (Erb, 1997 อ้างใน วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และ อุษาวดี อัครวิเศษ, 2546)

1. การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผู้ดูแล (Care giver) และครอบครัว ในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับพยาบาลหรือทีมสุขภาพอื่น ๆ ภายใต้สัมพันธภาพที่ดี
2. การนำขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินปัญหาความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผล มาใช้ในการวางแผนจำหน่าย
3. การเลือกใช้บริการจากแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปสู่บ้าน
4. การสนับสนุนจากหน่วยงานในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อเชื่อมโยงบริการจากโรงพยาบาลไปสู่บ้าน หรือสถานบริการอีกแห่งหนึ่ง
5. การมีส่วนร่วมของบุคลากรทีมสุขภาพ องค์กร หรือหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ทั้งในและนอกสถานบริการ เพื่อปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

การวางแผนจำหน่ายตามแนวคิดของแมคคีแฮน

การวางแผนจำหน่ายของแมคคีแฮน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (Mc.Keehan, 1981) ได้แก่

- 1) การประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัว ทั้งในปัจจุบันและก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
- 2) การวินิจฉัยปัญหาจากการรวบรวมข้อมูลที่ประเมินได้
- 3) การกำหนดแผนการดูแลร่วมกันโดยผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลที่เกี่ยวข้อง
- 4) การปฏิบัติตามแผนร่วมกันโดยผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลด้านสุขภาพ และ
- 5) การประเมินผลที่เกิดขึ้นตามจริงภายหลังการดูแลตามแผน

1. การประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัว ทั้งในปัจจุบัน และก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การประเมินความต้องการของผู้ป่วยเป็นขั้นแรกในการรวบรวมข้อมูล เพื่อกำหนดความต้องการ และวินิจฉัยความต้องการของผู้ป่วยทั้งในปัจจุบัน และการดูแลที่ต่อเนื่อง การประเมินความต้องการของผู้ป่วยต้องกระทำอย่างต่อเนื่องเป็นวงจร ในด้านการวางแผนการเปลี่ยนแปลงผลกระทบของความเจ็บป่วย และความต้องการเอาใจใส่ดูแลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพข้อมูลเหล่านี้ ต้องคำนึงถึงระยะเวลาของการเจ็บป่วยทั้งในระยะสั้น และระยะยาว สำหรับแนวทางการประเมินปัญหาผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อสภาพการเจ็บป่วยในปัจจุบัน และความเชื่อของเขามีผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยหลังจำหน่าย ประกอบด้วยการฝึกปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง การใช้ยา การรับประทานอาหาร สภาพทางอารมณ์ และสติปัญญา สัมพันธภาพกับครอบครัว การดำเนินกิจวัตรประจำวัน

ด้านสุขนิสัย และนิสัยส่วนตัว ด้านสภาพแวดล้อม เช่น เพื่อนบ้าน บ้านพักอาศัย และสัมพันธภาพของการจำหน่ายที่ไม่ดี จะรวมถึงการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ๆ การสร้างระบบตายตัว การเจ็บป่วยจากการกระทำของแพทย์ หรือพยาบาล และการเพิ่มความเครียดต่อผู้ให้การดูแลช่วยเหลือ ซึ่งการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยนั้น ควรใช้กับผู้ป่วยทุกรายที่กำลังจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือสถานดูแลสุขภาพ ซึ่งส่วนมากผู้ป่วยจะต้องการเรียนรู้กิจกรรมทั่วไป ส่วนบุคลากรที่ดูแลต่อในชุมชนอาจต้องการรายละเอียดของการจำหน่าย ซึ่งเกณฑ์ในการพิจารณาวางแผนจำหน่ายจะพิจารณาเกี่ยวกับอายุ พัฒนาการ พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ปัญหาที่มีความซับซ้อนทางการแพทย์ความต้องการการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง สถานที่พักอาศัย สภาพจิตใจจากปัญหาความเจ็บป่วย และความต้องการความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ

2. การวินิจฉัยปัญหาจากการรวบรวมข้อมูลที่เหมาะสมได้ เป็นการวินิจฉัยปัญหาในลักษณะของปัญหาเฉพาะหน้า แล้วนำข้อมูลเหล่านั้นมาร่วมกันวิเคราะห์ และการให้การวินิจฉัยเกี่ยวกับความต้องการดูแลทั้งในปัจจุบันและต่อเนื่อง ซึ่งจะต้องกำหนดไว้เป็นแผนสำหรับผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อให้บรรลุถึงความต้องการของผู้ป่วย

3. การกำหนดแผนการดูแลร่วมกันโดยผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลที่เกี่ยวข้อง เป็นการให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ และการสอนเกี่ยวกับภาวะสุขภาพให้กับผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งสามารถสื่อความหมายในทางปฏิบัติ โดยการสอนครอบครัวไว้ด้วย รวมทั้งมีการวางแผนเพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านหรือกลับสู่ชุมชนโดยมีระบบส่งต่อไปหน่วยงานที่ให้การดูแลต่อไป

4. การปฏิบัติตามแผนร่วมกันโดยผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลด้านสุขภาพ โดยทั่วไป บุคลากรทีมสหวิชาชีพเป็นผู้มีบทบาทสำคัญต่อการปฏิบัติตามแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยมีหน้าที่เป็นผู้วางแผน ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ให้สำเร็จ ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การสอน การสาธิต การให้คำปรึกษา เป็นต้น รวมทั้งเป็นผู้ที่มอบหมายให้บุคลากรต่าง ๆ มีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผน

5. การประเมินผลที่เกิดขึ้นตามจริงภายหลังการดูแลตามแผน เมื่อนำแผนไปสู่การปฏิบัติแล้ว แม้ว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ผลลัพธ์เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในหน่วยงานของโรงพยาบาล ก็ต้องทราบข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ภายหลังการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการอื่น ๆ ข้อมูลเหล่านี้จะต้องเป็นไปตามการวางแผนในหน่วยงานของโรงพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลรักษาพยาบาล ที่ต้องให้กับผู้ป่วยในหน่วยงานของโรงพยาบาล และครอบครัวหลังจำหน่าย ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวมาข้างต้น ไม่ว่าจะเป็นในด้านของผู้ป่วย ญาติ และทีมสหวิชาชีพสามารถติดตามได้โดยใช้การสื่อสารวิธีต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับวิธีการที่โรงพยาบาล หรือหน่วยงาน

ประโยชน์ของการวางแผนจำหน่าย

การวางแผนจำหน่ายเป็นการดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพ ซึ่งอาศัยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และครอบครัว การวางแผนจำหน่ายมีประโยชน์ ดังนี้

1. ทำให้เกิดความคุ้นทน (Shepperd, Parkes, McClaran, & Phillips, 2004)
2. ก่อให้เกิดความเท่าเทียมกันของคุณภาพการดูแล (Shepperd, Parkes, McClaran, & Phillips, 2004)
3. ผู้ป่วย และญาติได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยได้รับความรู้ และการสอนทักษะที่จำเป็น เพื่อส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองที่บ้าน และให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลภายหลังจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ (การุณ การดำรง, 2543)
4. ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วยขึ้นต้นได้ และสามารถปรึกษาปัญหาสุขภาพ หรือใช้สถานบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (Shepperd, Parkes, Mc Claran, & Phillips, 2004)
5. การวางแผนจำหน่ายช่วยลดช่องว่างระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน (Shepperd, Parkes, Mc Claran, & Phillips, 2004)
6. ทำให้การดูแลมีความต่อเนื่องในการให้บริการก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากรทีมสุขภาพ และสถานบริการ โดยทำให้เกิดความพึงพอใจในงาน (Faruggio, 1993)
7. สามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้เร็วขึ้น กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบสมบูรณ์ (Comprehensive discharge planning) มีการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวางแผนจำหน่าย นอกจากนี้ยังลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ อัตราป่วย อัตราตาย อัตราพิการ (Naylor, 1990; Marchette & Holloman, 1986)
8. ช่วยลดภาระการดูแล ซึ่งจะช่วยลดต้นทุนค่ารักษาพยาบาล จำนวนวันนอน หรือไม่ให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานเกินไป ลดการปฏิบัติการที่ขัดแย้ง และช่วยให้บุคลากรเกิดสัมพันธภาพในการแก้ไขปัญหา เกิดการร่วมมือกันทำงานเป็นทีม (Smeltzer & Flores, 1986)

การวางแผนจำหน่าย เป็นบทบาทที่สำคัญของบุคลากรทุกสาขาที่ดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะพยาบาล ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในการวางแผนจำหน่าย ได้แก่ การประเมินความต้องการ การดูแลสุขภาพภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล การร่วมมือกับผู้ป่วย และครอบครัวในการกำหนดแผนจำหน่าย และปฏิบัติตามแผน การประเมินศักยภาพของหน่วยงาน หรือแหล่งประโยชน์ที่จะส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ ช่วยเหลือ และการเลือกใช้แหล่งประโยชน์ที่

เหมาะสม และการกำหนดแผนการสอน การดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย (Lowenstein & Hoff, 1994) เป็นบทบาทของทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักโภชนาการ และอื่น ๆ และความร่วมมือของสหวิชาชีพ (multidisciplinary collaboration) เป็นสิ่งสำคัญที่จะสนับสนุนให้เกิดข้อตกลงเกี่ยวกับเป้าหมายของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยสหวิชาชีพแต่ละสาขาอาจจะออกแบบโปรแกรมที่สะท้อนให้เห็นถึงความร่วมมือกันอย่างเต็มที่ทุกฝ่าย (comprehensive approach) ซึ่งจำเป็นในการวางแผนจำหน่าย การเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่แรกถือเป็นกุญแจสำคัญในการวางแผนความร่วมมือ (cooperation) การประสานงาน (collaboration) และการสื่อสาร (communication) ที่มีประสิทธิภาพ (Rindeke & block, 1998)

การพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง กระบวนการของกิจกรรมสร้างแผนจำหน่ายในรูปแบบมาตรฐานสำหรับใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องตามแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยการแพทย์ และสุขภาพแห่งชาติ (NHMRC อ้างใน จวีวรรณ ธงชัย, 2548) ซึ่งแผนจำหน่ายเป็นแนวทางปฏิบัติทางคลินิกโดยนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าโรงพยาบาลสวนปรุง ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข 2) การกำหนดทีมพัฒนา 3) การกำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขต และผลลัพธ์ 4) การสืบค้นหลักฐาน 5) การยกร่างแผนจำหน่าย 6) การตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 7) การทดลองใช้แผนจำหน่าย และนำผลการประเมินมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง และตามแนวทางการวางแผนจำหน่ายของแมคคีเสน (McKeehan, 1981) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งในปัจจุบัน และก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2) การวินิจฉัยปัญหาจากการรวบรวมข้อมูลที่ประเมินได้ 3) การกำหนดแผนการดูแลร่วมกันโดยผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลที่เกี่ยวข้อง 4) การปฏิบัติตามแผนร่วมกันโดยผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลด้านสุขภาพ และ 5) การประเมินผลที่เกิดขึ้นตามจริงภายหลังการดูแลตามแผน



การพัฒนาแผนจำหน่ายตามแนวคิดของสภาการวิจัยการแพทย์ และสุขภาพแห่งชาติ

ทีมพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ได้นำแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยการแพทย์ และสุขภาพแห่งชาติ (NHMRC อ้างใน ฉวีวรรณ ธงชัย, 2548) มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าโรงพยาบาลสวนปรุง ดังนี้

1. การกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขโดยใช้แผนจำหน่าย โดยการกำหนดปัญหาที่ควรพิจารณา เพื่อกำหนดเป็นแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งควรจะเป็นปัญหาที่สำคัญที่หน่วยงานต้องการจะปรับปรุงคุณภาพ หน่วยงานเห็นพ้องต้องกัน สามารถทำได้จากการทบทวนผลลัพธ์ในเรื่องเหล่านั้น เช่น ผลลัพธ์ที่ไม่ดีที่พบบ่อยในหน่วยงาน มีความเสี่ยงสูงค่าใช้จ่ายสูง มีการปฏิบัติที่หลากหลายทำให้เกิดผลกระทบต่อการศึกษา และคุณภาพการบริการเกิดภาวะแทรกซ้อนมาก โดยได้มาจากความคิดเห็นของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

2. การกำหนดทีมพัฒนาแผนจำหน่าย การกำหนดทีมเพื่อพัฒนาแผนจำหน่ายจะต้องประกอบด้วยทีมผู้เชี่ยวชาญที่จากบุคลากรทีมสหวิชาชีพ และเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และมองเห็นความสำคัญของการพัฒนาแผนจำหน่าย เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา เป็นต้น ทีมงานควรเป็นผู้ที่มีความรู้ และทักษะในเรื่องที่ต้องการพัฒนา มีความชำนาญในเรื่องที่จะทำการสืบค้นอ่านประเมินผล คัดเลือกหลักฐาน (โดยเฉพาะงานวิจัย) ได้ จำนวนสมาชิกควรอยู่ระหว่าง 5-10 คน เพื่อความสะดวกในการนัดหมายประชุม และทำงาน

3. การกำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขต และผลลัพธ์ การกำหนดวัตถุประสงค์ซึ่งคาดว่าจะ เป็นประโยชน์จากการนำแผนจำหน่ายไปใช้ โดยมีวัตถุประสงค์ตามประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ ต้องการปรับปรุงให้มีความชัดเจน สอดคล้อง เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และการกำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพของการนำแผนจำหน่ายมาใช้ ทำให้มีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น โดยอาจเป็นผลลัพธ์ทั้งระยะสั้น หรือระยะยาวก็ได้

4. การสืบค้น และประเมินคุณค่าของหลักฐาน การสืบค้นหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ จะต้องมีการสืบค้นอย่างเป็นระบบ และทั่วถึงทุกแหล่งของข้อมูล โดยการทบทวนหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการแก้ไข และวิเคราะห์ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความถูกต้อง และน่าเชื่อถือที่สุดเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ของการให้การดูแลผู้ป่วยที่ดี และเหมาะสมที่สุดโดยต้องมีการแสดงความคิดเห็นร่วมกันของทีมพัฒนาต้องมีการกำหนดค่าสำคัญของการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา ขอบเขต และเป้าหมายในเรื่องที่ต้องการพัฒนา กำหนดแหล่งสืบค้นและวิธีการสืบค้นหลักฐานความรู้

เชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลที่สามารถสืบค้นงานวิจัย และวรรณกรรมที่มีการทบทวนอย่างเป็นระบบ ได้แก่ CINAHL, Medline, EMBASE, Proquest, PubMed, Sciencedirect, Blackwell synergy ส่วนเว็บไซต์ที่สามารถสืบค้นได้แก่ www.guideline.gov, www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed, www.rcn.org และยังมีเว็บไซต์ของสมาคมเฉพาะทางอื่น ๆ เป็นต้น นอกจากการสืบค้นจากฐานข้อมูลแล้วแหล่งการสืบค้นด้วยมือ เช่น จากวารสารในห้องสมุด จากรายการเอกสารอ้างอิง และจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ได้ความรู้เชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดเหมาะสมต่อการนำไปปฏิบัติ การคัดเลือก และประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ต้องกระทำอย่างเป็นระบบ

5. การยกร่างแผนจำหน่าย ตามแนวคิดกระบวนการวางแผนจำหน่ายของแมคคีเฮน (McKeehan, 1981) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งในปัจจุบัน และก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2) การวินิจฉัยปัญหาจากการรวบรวมข้อมูลที่ประเมินได้ 3) การกำหนดแผนการดูแลร่วมกันโดยผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลที่เกี่ยวข้อง 4) การปฏิบัติตามแผนร่วมกันโดยผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลด้านสุขภาพ และ 5) การประเมินผลที่เกิดขึ้นตามจริงภายหลังการดูแลตามแผน

6. การตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ รูปเล่มแผนจำหน่ายฉบับร่าง ต้องได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญโดยผู้เชี่ยวชาญภายนอกที่ไม่ใช่ทีมพัฒนา โดยกำหนดให้มีผู้เชี่ยวชาญในประเด็นทางคลินิกที่พัฒนาแผนจำหน่าย และอย่างน้อยควรมีผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาแผนจำหน่าย 1 คน เพื่อตรวจสอบกระบวนการพัฒนาซึ่งแผนจำหน่าย ฉบับร่างต้องได้รับการตรวจสอบให้ข้อเสนอแนะ ประเมินความเที่ยงตรงของเนื้อหาและภาษาจากผู้เชี่ยวชาญแล้วทีมพัฒนานำข้อเสนอแนะที่ได้มาทำการปรับปรุงแก้ไขแผนจำหน่าย ตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญให้เหมาะสมก่อนนำไปทดลองใช้

7. การทดลองใช้แผนจำหน่าย ที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย 5 ราย เพื่อดูความเป็นไปได้ของการใช้ จากนั้นทีมพัฒนาทำการประเมินผลการทดลองใช้ หลังจากนั้นนำผลการประเมินที่ได้มาปรับปรุงแผนจำหน่าย ให้มีความเหมาะสม และจัดพิมพ์เป็นรูปเล่มให้สมบูรณ์ก่อนนำไปปฏิบัติจริง

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ และการส่งต่อ

โรงพยาบาลสวนปรุงเป็นโรงพยาบาลจิตเวชในระดับตติยภูมิ มีบทบาทในการดูแลผู้ที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิตในเขตภาคเหนือตอนบน และได้กำหนดทิศทางการพัฒนาสุขภาพจิตภายใต้แผนยุทธศาสตร์ของกรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) เพื่อป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน โดยมุ่งเน้นการบริหารทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับภารกิจ มุ่งสร้างบริการที่มีมาตรฐาน และพัฒนาเป็นองค์กรคุณภาพ โดยมีเป้าประสงค์หลัก คือ ผู้ที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ได้รับบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน ด้วยองค์กรที่มีกระบวนการเรียนรู้ การบริหารจัดการที่ดี และเป็นที่ยอมรับว่ามีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการที่ผู้อยู่กับปัญหาโรคจิตได้รับบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน เป็นสิ่งสำคัญ เพราะจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพจิตดี มีความรู้ และความเข้าใจในความสำคัญของสุขภาพจิต มีทัศนคติที่ดีต่อผู้อยู่กับปัญหา ตลอดจนสามารถดูแล และจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตทั้งของตนเอง ครอบครัว และผู้อื่นในชุมชนได้ โรงพยาบาลสวนปรุงให้บริการทั้งแผนกผู้ป่วยนอก และแผนกผู้ป่วยใน

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในจะได้รับการดูแลจากแพทย์ พยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้เป็นส่วนใหญ่ กรณีผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต และจิตเวชที่ซับซ้อน แพทย์หรือพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน จะส่งต่อนักจิตวิทยา หรือนักสังคมสงเคราะห์ร่วมดูแล เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นแพทย์จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากสถิติมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการรวมทั้งหมดในปี พ.ศ. 2551, 2552, และ 2553 จำนวน 6,720 คน, 6,721 คน, และ 6,187 คน รับเข้ารับรักษาแผนกผู้ป่วยในรวมทั้งหมดในปี พ.ศ. 2551, 2552, และ 2553 จำนวน 306 คน, 344 คน, และ 281 คน คิดเป็นร้อยละ 4.55, 5.12, และ 4.54 ตามลำดับ (รายงานประจำปี โรงพยาบาลสวนปรุง, 2553) สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การดำเนินการที่ผ่านมาในโรงพยาบาลสวนปรุง ได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยปฏิบัติตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กรมสุขภาพจิต (2552) โดยกล่าวเกี่ยวกับการให้คำแนะนำเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ขนาดยาที่ต้องรับประทาน การให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ การมาตรวจตามแพทย์นัด และการให้คำแนะนำเมื่อผู้ป่วย หรือญาติมีปัญหาในเรื่องต่าง ๆ และบุคลากรโรงพยาบาลสวนปรุงได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน การรับบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การแนะนำให้ผู้ป่วย และญาติ สังเกต และประเมินตนเองโดยใช้แบบประเมิน และวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองในเบื้องต้น แต่จากกระบวนการพัฒนาคู่มือแผนก

ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง โดยการทำกิจกรรมการทบทวนคุณภาพขณะดูแลผู้ป่วย พบว่า บุคลากรให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าไม่ครอบคลุมทุกราย เนื่องจากบุคลากรมีจำนวน ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน และมีบุคลากรบางส่วนที่เริ่มปฏิบัติงานใหม่ ยังขาดความรู้ ความ ชำนาญ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะ โรคซึมเศร้าน้อย อีกทั้งไม่มีแนวปฏิบัติสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะ โรคซึมเศร้าที่ชัดเจน จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ของผู้ศึกษา และการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่าในด้านกระบวนการ ทีม บุคลากรยังไม่มีแบบแผนการจำหน่ายเฉพาะ โรคซึมเศร้า ที่เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน ทำให้ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานไม่มีแนวทาง และแนวปฏิบัติสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ เป็นรูปธรรมชัดเจน และครอบคลุม ไม่มีการคัดกรองระดับอาการซึมเศร้า ทำให้ผู้ปฏิบัติงานขาด ความตระหนักในการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการประเมิน อาการทางจิต และการช่วยเหลือยังไม่ครอบคลุมปัญหา จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ กลับมารักษาซ้ำ พบว่าส่วนหนึ่งยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค บางรายไม่ได้รับข้อมูลความรู้ ที่จำเป็นอย่างเพียงพอ ส่งผลให้การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง จึงทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการของโรค ได้ จึงสะท้อนให้เห็นถึงผลลัพธ์ของการดูแลรักษาพยาบาลที่ไม่ครอบคลุม ไม่ต่อเนื่องจาก โรงพยาบาลจนถึงบ้านและชุมชน (รายงานประจำปี โรงพยาบาลสวนปรุง, 2553) อีกทั้งญาติ หรือ ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโดยพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2553) แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกราย เนื่องจากภาระงานที่มาก และถูกจำกัดด้วยเวลา ส่งผลให้การให้ความรู้ แก่ญาติเกี่ยวกับโรคบางรายไม่ได้รับข้อมูลความรู้ที่จำเป็นอย่างเพียงพอ ส่งผลให้ญาติดูแลผู้ป่วยได้ ไม่ถูกต้อง จึงทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งกลับเป็นซ้ำ และ กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

สำหรับการส่งต่อ ภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล จะมีการส่งต่อข้อมูลผ่าน ทางหนังสือส่งตัว โดยฉบับหนึ่งจะให้ผู้ป่วยถือกลับบ้าน และอีกฉบับหนึ่งโรงพยาบาลจะส่งถึง โรงพยาบาลใกล้เคียงตามสิทธิการรักษาในบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่มีมีข้อกำหนดการ ติดตามภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จะ ติดตามผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลในอาทิตย์แรก เพราะเป็นระยะที่มีความเสี่ยงสูงที่สุด อาจเกิดอันตราย หากผู้ป่วยล้มเหลวในการปรับตัวอยู่นอกโรงพยาบาล และติดตามผลการบำบัด หรือผลข้างเคียงจากการรักษา โดยใช้แบบบันทึกการติดตาม เฝ้าระวังผู้ป่วยฆ่าตัวตาย (ทีมการดูแล ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลสวนปรุง, 2552)

กรอบแนวคิดการศึกษา

ผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนปรง มีปัญหาในขั้นตอนการจำหน่าย เนื่องจากไม่มีแนวปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน ทำให้เกิดการปฏิบัติงานที่ขัดแย้ง ทำให้การจำหน่ายไม่ครอบคลุม ส่งผลต่อการกลับมารักษาซ้ำ การกลับเป็นซ้ำ การดูแล จำนวนวันนอนโรงพยาบาล จึงควรมีการพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลสวนปรง จังหวัดเชียงใหม่ ในครั้งนี้ทีมพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าโรงพยาบาลสวนปรง ได้นำแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ (NHMRC อ้างใน จวีวรรณ ธงชัย, 2548) ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทาง สำหรับการพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าโรงพยาบาลสวนปรง ครั้งนี้ทีมพัฒนาแผนจำหน่ายได้พัฒนาถึงขั้นตอนที่ 5 ได้แก่ 1) การกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข 2) การกำหนดทีมพัฒนา 3) การกำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขต และผลลัพธ์ 4) การสืบค้นหลักฐาน 5) การยกร่างแผนจำหน่าย จากนั้นนำแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ โดยการนำไปทดลองใช้ในหน่วยงาน โดยมีเนื้อหาแผนจำหน่ายตามแนวคิดของแมคคีแฮน (McKeehan, 1981) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งในปัจจุบัน และก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2) การวินิจฉัยปัญหาจากการรวบรวมข้อมูลที่ประเมินได้ 3) การกำหนดแผนการดูแลร่วมกันโดยผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลที่เกี่ยวข้อง 4) การปฏิบัติตามแผนร่วมกันโดยผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลด้านสุขภาพ และ 5) การประเมินผลที่เกิดขึ้นตามจริงภายหลังการดูแลตามแผน ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และได้รับการดูแลต่อเนื่องขณะอยู่ในชุมชน และนำผลการประเมินมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริงต่อไป