

ผลการปรับความคิดและช่วยเหลือทางโทรศัพท์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก: รายงานผู้ป่วย 2 ราย

อุจน์จิตร คุณารักษ์ (Unjit Khunarak, Ed.M.)*

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่มีแนวโน้มสูงขึ้นและเป็นโรคที่ก่อให้เกิดการสูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years of Life Lost due to Disability-YLDs) ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าหากรักษาไม่ต่อเนื่องมีโอกาสป่วยซ้ำและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง การศึกษานี้เป็นการติดตามผู้ป่วย 2 ราย ที่ได้รับคำแนะนำในการปรับความคิดและช่วยเหลือทางโทรศัพท์ 10 ครั้ง และติดตามด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Thai Depression Inventory) 1, 3 และ 6 เดือน ผลการศึกษา ผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (28 คะแนน) เมื่อฝึกปรับความคิดและช่วยเหลือทางโทรศัพท์ พบว่าในเดือนที่ 1, 3 และ 6 ไม่มีภาวะซึมเศร้าและระดับคะแนนลดลง (9, 7, 5 คะแนน) ประกอบอาชีพได้ดังเดิมในเดือนที่ 1 รับประทานยาต่อเนื่องและมาพบแพทย์ตรงนัดทุกครั้ง ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (32 คะแนน) เมื่อฝึกปรับความคิดและช่วยเหลือทางโทรศัพท์ สามารถปรับตัวในการทำกิจวัตรในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3 สามารถเดินเข้าไปทำงานได้ตามปกติ แต่ยังมีอาการเบื่ออาหารหลับยาก สัปดาห์ที่ 4 สามารถเดินเข้าไปทำงานได้ตามปกติ รับประทานอาหารได้เหมือนเดิมและหลับได้ดีขึ้น รับประทานยาต่อเนื่องและมา

พบแพทย์ตรงนัดทุกครั้ง ในเดือนที่ 1, 3 และ 6 พบว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า (17, 19, 15 คะแนน) ผลจากการศึกษาเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก

คำสำคัญ: โรคซึมเศร้า การปรับความคิด การช่วยเหลือทางโทรศัพท์ ผู้ป่วยนอก

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์ว่าภายในปี 2563 โรคซึมเศร้าจะเป็นโรคที่ก่อให้เกิดการสูญเสียที่สำคัญเป็นลำดับสองรองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงานกรมสุขภาพจิต, 2551) เมื่อเกิดภาวะซึมเศร้ามีโอกาสเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย 2.45 เท่าของผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (อุจน์จิตร คุณารักษ์และเนภา เจริญรัตน์, 2551)

จากสถิติการมารับบริการในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาพบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มสูงขึ้น 7,878 ราย, 8,244 ราย, 8,620 ราย, 8,838 ราย และ 8,896 ราย (ปีพ.ศ. 2547-2551) (ศูนย์สารสนเทศ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2552) ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมาก ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลและส่วนหนึ่งรักษาแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งยังคงต้อง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา E-mail: unjit2041@hotmail.com

เฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะผู้ที่ไม่มาตามนัดหรือรับยาไม่ต่อเนื่องจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย 1.86 เท่าของผู้ที่มารับยาต่อเนื่อง (อุจน์จิตร คุณารักษ์ และนภา เจริญรัตน์, 2551) การช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและการปรับเปลี่ยนความคิด หรือมีความคิดใหม่ที่เป็นประโยชน์ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำงานได้ตามปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่สร้างปัญหาให้กับครอบครัวและสังคม การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผู้รับบริการแบบผู้ป่วยนอก 2 รายที่ได้รับการปรับความคิดและช่วยเหลือทางโทรศัพท์

วัตถุประสงค์

การติดตามผู้ป่วย 2 ราย ที่ได้รับคำแนะนำในการปรับความคิดและช่วยเหลือทางโทรศัพท์

วิธีการศึกษา

ศึกษาการปรับความคิดและช่วยเหลือทางโทรศัพท์จำนวน 10 ครั้ง (พบผู้ป่วยบำบัด 4 ครั้ง และช่วยเหลือทางโทรศัพท์ 6 ครั้ง) กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 2 ราย ตั้งแต่ ธันวาคม ถึง กรกฎาคม 2553 และติดตามภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Thai Depression Inventory)

ที่ 1, 3 และ 6 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การบำบัดโดยการปรับความคิดได้นำแนวคิดจากการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของ อารอน เบค (Aaron Beck) และเทคนิคการปรับความคิดของ Stuart (2005) จากนั้นนำมาสร้างเป็นโปรแกรมเพื่อใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก การประเมินภาวะซึมเศร้าใช้แบบประเมิน Thai Depression Inventory (TDI) (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2542) มี 20 ข้อคำถาม มีการให้ค่าคะแนนเป็น 0-3 คะแนน และจำแนกระดับซึมเศร้า ดังนี้

0-19 คะแนน	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
20-25 คะแนน	ซึมเศร้าระดับเล็กน้อย
26-34 คะแนน	ซึมเศร้าระดับปานกลาง
35 คะแนนขึ้นไป	ซึมเศร้าระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการปรับความคิดและช่วยเหลือทางโทรศัพท์ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่านและแบบประเมินภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Thai Depression Inventory) ได้ทดลองนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 30 รายและหาความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.921

ตารางแสดงการให้การบำบัดตามโปรแกรม

ระยะเวลา	โปรแกรม
สัปดาห์ที่ 1	<p>พบผู้วิจัย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ชี้แจงโครงการวิจัยและให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย - ผู้วิจัยประเมินระดับซึมเศร้าและให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป - การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางด้านลบและการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางด้านลบและฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที
สัปดาห์ที่ 2	ดูแลช่วยเหลือทางโทรศัพท์ครั้งที่ 1 ตามโปรแกรม ครั้งละ 15-20 นาที
สัปดาห์ที่ 3	ดูแลช่วยเหลือทางโทรศัพท์ครั้งที่ 2 ตามโปรแกรม ครั้งละ 15-20 นาที
สัปดาห์ที่ 4	พบผู้วิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ทบทวนการปรับเปลี่ยนความคิด
สัปดาห์ที่ 6	ดูแลช่วยเหลือทางโทรศัพท์ครั้งที่ 3 ตามโปรแกรม ครั้งละ 15-20 นาที
สัปดาห์ที่ 8	พบผู้วิจัย ขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า สอนให้ผู้รับการบำบัดใช้เทคนิคพูดกับตนเอง (Self-talk) โดยถ้ามีความคิดทางลบให้พูดกับตนเอง ให้กำลังใจตนเอง หรือเตือนตนเอง
สัปดาห์ที่ 12	ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า สอนให้เห็นความเชื่อมโยงกันระหว่างความคิด อารมณ์/ความรู้สึกและพฤติกรรม คือ ความคิดส่งผลต่ออารมณ์และแสดงออกเป็นพฤติกรรม ทบทวนเทคนิคการคิดบวกที่เป็นไปได้จริงและเทคนิคการพูดกับตนเอง
สัปดาห์ที่ 24	พบผู้วิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา

รายงานผู้ป่วยรายที่ 1

ผู้ป่วยหญิงไทยโสด อายุ 45 ปี อาชีพตัดเย็บเสื้อผ้า ผู้ป่วยมาพบแพทย์เมื่อ 24 ธันวาคมด้วย 1 เดือน เริ่มอยากร้องไห้บ่อย เป็นเกือบทั้งวัน เบื่อเศร้ามีความกลัวจะไม่มีใครรักกินข้าวไม่อร่อย น้ำหนักลด 2-3 กก./เดือน นอนไม่หลับ เพื่อยไม่มีแรง ใจสั่น แพทย์วินิจฉัยเป็น MDD

ประวัติโรคประจำตัว

- เป็นวัณโรคต่อมน้ำเหลือง (TB lymph node) มา 3 เดือน รักษาที่ รพ. ศิริราช
- ร้อนวูบวาบตามตัว ไปคลินิกวัยทองที่ รพ.ศิริราช ตัดมดลูกปี 2546 ไม่ได้กินฮอร์โมน
- โรคหอบหืด

ประวัติครอบครัว

เป็นลูกคนที่ 7/7 มีความสัมพันธ์กับพี่น้องดี แต่มีปัญหาการเงินกับพี่สาว 3 คน เพราะคนอื่น ผลักภาระค่าน้ำ ค่าไฟ ให้ผู้ป่วย และผู้ป่วยเคย ยืมเงินพี่สาวมาทำบ้าน แต่พี่สาวคิดดอกเบี้ย

เมื่อประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบ ประเมิน TDI พบว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (TDI = 28 คะแนน)

ครั้งที่ 1 พบผู้บำบัด ค้นหาปัญหาและจัด เรียงลำดับปัญหาดังนี้

1. คิดว่าพี่ๆ ไม่รัก ไม่สนใจ ทั้งๆ ที่เรา ไม่สบาย
2. กังวลกลัวตนเองจะเป็นอะไร เพราะเป็น หลายโรค
3. ไม่มีรายได้ ทำงานไม่ได้ แต่ต้องรับภาระ ค่าน้ำ ค่าไฟ

ให้แนวคิด ABC Model ฝึกปรับความคิด บวก และให้ไปงานไปทำที่บ้าน

ครั้งที่ 2 โทรศัพทติดตามครั้งที่ 1 ให้ผู้ป่วย ประเมินอารมณ์ตนเอง บอกว่ายังมีอารมณ์เบื่อ เศร้าประมาณ 70/100 ยังมีความเครียด ร้องไห้ แนะนำเทคนิคการหยุดความคิด (stop thinking) ให้ไปงานที่ 2

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 2) แพทย์นัด พบผู้บำบัด ครั้งที่ 2 ประเมินภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (TDI=28 คะแนน) ผู้ป่วยบอกว่าใช้เทคนิคการ หยุดความคิด (stop thinking) แต่ไม่ดีขึ้น ผู้บำบัด สอนเทคนิคการพูดกับตนเอง (self-talk) และให้ ไปงานที่ 3

ครั้งที่ 4 โทรศัพทครั้งที่ 2 ประเมินอารมณ์ เครียด เศร้า ดีขึ้น แต่ยังกลัวเวลาอยู่คนเดียว เล็กน้อย ผู้บำบัดให้กำลังใจและให้ฝึกการคิดทาง บวกที่เป็นไปได้จริง จากนั้นมองอารมณ์ ความรู้สึก

ที่เกิดขึ้น แพทย์ปรับยา กินยาแล้วหลับได้ ให้ทำ ไปงานที่ 4

ครั้งที่ 5 โทรศัพทติดตามครั้งที่ 3 ให้ผู้ป่วย ประเมินอารมณ์ตนเอง บอกว่าดีขึ้นกว่าเดิม ประมาณ 30% บอกว่าได้ใช้เทคนิคการปรับ ความคิด โดยคิดถึงผลที่ตามมาของการคิดลบ พยายามคิดทางบวก ทำให้สบายใจขึ้น สามารถ ไปไหนคนเดียวได้ แต่ถ้าอยู่บ้านคนเดียวยังคงกลัวๆ เป็นบางครั้ง ให้ไปงานที่ 5

ครั้งที่ 6 โทรศัพทติดตามครั้งที่ 4 บอกว่า ดีขึ้น เริ่มทำงานวันแรก แก้เสียให้ลูกค้าได้ อยู่คนเดียวได้แล้ว กลางคืนนอนหลับได้ดีขึ้น ให้ไปงานที่ 6

ครั้งที่ 7 แพทย์นัด (สัปดาห์ที่ 10) พบผู้ บำบัดครั้งที่ ประเมินภาวะซึมเศร้า พบว่าไม่มี ภาวะซึมเศร้าแล้ว (TDI = 9 คะแนน) ตามไปงาน ที่ 6 สรุปให้เห็นความเชื่อมโยงของสถานการณ์ ความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ผู้ป่วยเข้าใจ และบอกว่าทำงานแก้เสียได้ และสามารถตัดเสีย ได้ 1 ตัว ใช้เวลา 2 วัน ไปไหนมาไหนคนเดียวได้ ความรู้สึก/อารมณ์ดีกว่าเดิมประมาณ 50% ให้ทำ ไปงานที่ 7

ครั้งที่ 8 โทรศัพทติดตามครั้งที่ 5 เย็บเสีย ได้ 1 ตัว ใช้เวลา 2.5 วัน ไป รพ.ศิริราช ได้เอง ไป ไหว้พระคนเดียวได้ รู้สึกดีขึ้นเกือบเหมือนเดิม ให้ไปงานที่ 8

ครั้งที่ 9 โทรศัพทติดตามครั้งที่ 6 บอกว่า ทำงานเย็บเสียแล้วปวดคอ ไหล่ บ่า แนะนำ ให้นอนพัก และไม่ควรนั่งทำงานหลายๆ ชั่วโมง ติดต่อกัน ให้ไปงานที่ 9

ครั้งที่ 10 แพทย์นัด (สัปดาห์ที่ 10) พบ ผู้บำบัดครั้งที่ 4 เชื่อมโยง ABC Model ให้ผู้ป่วย เห็นว่าความคิดส่งผลต่ออารมณ์/ความรู้สึก และ

ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม ผู้ป่วยใช้ชีวิตได้ตามปกติ
จนการบำบัดแนะนำการกินยาต่อเนื่อง จะประเมิน
ภาวะซึมเศร้าอีก 3, 6 เดือน เมื่อมาพบแพทย์
ตามนัด

3 เดือน (25 มีนาคม 2553) เมื่อผู้ป่วยมาพบ
แพทย์ตามนัด ประเมินไม่มีภาวะซึมเศร้า (TDI=
7 คะแนน) บอกว่าไม่เศร้าแล้ว แต่มีใจสั่นบ้าง
ยังกินยาต่อเนื่อง

6 เดือน (27 พฤษภาคม 2553) มาพบแพทย์
ตามนัด ประเมินไม่มีภาวะซึมเศร้า (TDI= 5
คะแนน) บอกว่าดีขึ้นมาก ทำงานได้ตามปกติ
ไปพบแพทย์ที่ รพ.ศิริราช แพทย์ตรวจร่างกาย
บอกว่าไม่เป็นอะไร แต่ต่อมน้ำเหลืองที่คอด้าน
ขวาโตเล็กน้อย ไม่มีอารมณ์เศร้า แนะนำกินยา
ต่อเนื่อง

รายงานผู้ป่วยรายที่ 2

ผู้ป่วยหญิงไทยโตอายุ 29 ปี จบปริญญาตรี
บริหาร ทำงานบัญชีบริษัทเอกชน ผู้ป่วยมาพบ
แพทย์เมื่อ 24 กุมภาพันธ์ 2553 เพราะต้องการ
มารักษาต่อเนื่อง 1 ปี มีปัญหาเกี่ยวกับแฟนที่คบ
กันมา 5 ปี จับได้ว่าคบผู้หญิง 2 คน เป็นแฟนเก่า
ที่เคยเลิกกันไปกลับมาแอบคบกัน รู้สึกหงุดหงิด
ง่าย ทะเลาะกันบ่อยๆ เบื่อไม่อยากไปทำงาน นอน
ไม่หลับ ไม่เคยมีความคิดฆ่าตัวตาย เคยขู่จะกินยา
ต่อหน้าแฟนแต่ไม่เคยทำจริง น้ำหนักลดลงเรื่อยๆ
จนแม่ทัก แม่พาไป รพ.เพชรบูรณ์ ได้ยามากิน
นอนหลับได้ จึงมาขอรับยาต่อเนื่อง ตอนนี้นำ
จากแฟนมา 5 เดือน ยังมีความรู้สึกเสียหน้า
รู้สึกผิดที่เลือกคนนี้ แต่ก็ยังรัก รู้สึกแข่งกับ
ผู้หญิงอีกคน แพทย์วินิจฉัยเป็น Adjustment
disorder due to depress mood

ประวัติครอบครัว

เป็นลูก 3/3 มีความสัมพันธ์ในครอบครัวดี
ปฏิเสธการใช้สารเสพติดและประวัติการเจ็บป่วย
ด้วยโรคทางจิตเวชในครอบครัว

เมื่อประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบ
ประเมิน TDI พบว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง
(TDI=32 คะแนน)

ครั้งที่ 1 พบผู้บำบัด ค้นหาปัญหา พบว่า
เครียดเรื่องแฟนมีหญิงอื่น ให้แนวคิด ABC Model
คือ ความคิดส่งผลกระทบต่ออารมณ์/ความรู้สึกและ
พฤติกรรม ให้ผู้ป่วยฝึกปรับความคิดทางบวก
ให้ในงานที่ 1

ครั้งที่ 2 โทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 1 บอกว่า
เศร้ามาก เมื่อวานแฟนบอกจะกลับมาแล้ว
ไม่กลับมา รอถึงเช้าก็ยังไม่กลับ ประมาณ 4 ทุ่ม
ผู้หญิงคนนั้นโทรศัพท์มาถามว่าแฟนอยู่กับเรา
ไหม ฟังแล้วเศร้ามาก ทำอะไรไม่ได้ อ่อนแรง
ท้อแท้ กินไม่ได้ ผู้บำบัดให้ปรับความคิด คิดถึง
ตัวเองมากๆ ถ้าเราเป็นอะไร คนที่เป็นห่วงคือ
ใคร สิ่งที่มาคืออะไร

ครั้งที่ 3 โทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 2 ตาม
ใบงานที่ 2 ประเมินอารมณ์/ความรู้สึก บอกว่าดี
กว่าเดิมประมาณ 80% เข้าใจรูปแบบ ABC
Model ว่าเกิดจากความคิด คิดถึงตนเองมากกว่า
ไม่รู้เศร้าไปทำไม ทำให้ตนเองแย่ เพราะเขาก็
ไม่สนใจเรา ผู้บำบัดชมเชย แนะนำให้ใช้ความ
คิดบวกต่อไป ผู้ป่วยยังกินยาต่อเนื่อง ให้ใบงาน
ที่ 3

ครั้งที่ 4 โทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 3 บอกว่า
อารมณ์เศร้าเหลือประมาณ 10% กลางคืนหลับ
ได้ ไปทำงานได้ กินยาตามแพทย์สั่ง บอกว่าถ้า
ไม่คิดถึงเขาก็ไม่เศร้า

ครั้งที่ 5 แพทย์นัด (สัปดาห์ที่ 4) พบ
ผู้บำบัดครั้งที่ 2 ประเมินไม่มีภาวะซึมเศร้า (TDI

=17 คะแนน) อารมณ์เศร้าเหลือประมาณ 25% บอกว่าตื่นเช้าไปทำงานได้ แนะนำเทคนิคการพูดกับตนเอง (self-talk) สรุป ABC Model ให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าความคิดส่งผลต่ออารมณ์/ความรู้สึกและพฤติกรรม ให้ใบงานที่ 4

ครั้งที่ 6 โทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 4 ผู้ป่วยบอกว่าอารมณ์เศร้าเหลือประมาณ 5% กลางคืนหลับได้ ไปทำงานตามปกติได้ กินยาตามแพทย์สั่ง ให้ใบงานที่ 5

ครั้งที่ 7 โทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 5 ผู้ป่วยบอกว่าไม่เศร้าแล้ว ตื่นเช้าไปทำงานได้ ไม่เหมือนเมื่อก่อนที่ตื่นสาย รู้สึกดีขึ้นกว่าครั้งที่แล้วอีกประมาณ 20% รู้สึกดีกว่าเมื่อก่อน ให้ใบงานที่ 6

ครั้งที่ 8 แพทย์นัด (สัปดาห์ที่ 7) พบผู้บำบัดครั้งที่ 3 ผู้ป่วยยังเครียด นอนไม่หลับเนื่องจากรู้จักและได้คุยกับผู้ชายคนหนึ่ง ปกติผู้ชายคนนี้ จะโทรศัพท์มาวันละหลายครั้ง แต่วันนี้โทรศัพท์มาแค่ 2 ครั้ง คิดมาก กังวลว่าทำไมเขาไม่โทรศัพท์มา ผู้บำบัดแนะนำให้ใช้เทคนิคคิดบวก และให้คิดถึงตนเองมากๆ ให้มองย้อนว่าเมื่อก่อนเราเจอปัญหาแยกว่านี่ก็สามารถผ่านไปได้ สรุป ABC Model ให้ผู้ป่วยเห็นว่าความคิดส่งผลต่ออารมณ์/ความรู้สึกและพฤติกรรม และให้ใบงานที่ 8

ครั้งที่ 9 โทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 6 ผู้ป่วยบอกว่ากลางคืนหลับได้ ไปทำงานตามปกติได้ กินยาตามแพทย์สั่ง แนะนำใช้เทคนิคคิดบวก

ครั้งที่ 10 แพทย์นัด (สัปดาห์ที่ 12) พบผู้บำบัดครั้งที่ 4 ประเมินไม่มีภาวะซึมเศร้า (TDI = 19 คะแนน) บอกว่าดีขึ้น ทบทวนการคิดบวกและการพูดกับตนเอง (self-talk) ผู้ป่วยเข้าใจบอกว่าเมื่อก่อนคิดถึงแต่คนอื่น แต่ได้บอกตนเองว่าคิดแบบนั้นก็ทำงานไม่ได้ เป็นการทำร้ายตนเอง ผู้บำบัดชมเชยและให้กำลังใจ จบการบำบัด

นัดหมายครั้งต่อไปทำแบบประเมินอีก 3, 6 เดือน เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์

3 เดือน (19 พฤษภาคม 2553) มาพบแพทย์ตามนัด ประเมินไม่มีภาวะซึมเศร้า (TDI = 19 คะแนน) บอกว่าไม่เศร้าแล้ว ตื่นเช้าไปทำงานได้ กินยาต่อเนื่อง

6 เดือน (กรกฎาคม 2553) มาพบแพทย์ตามนัด ประเมินไม่มีภาวะซึมเศร้า (TDI = 12 คะแนน) บอกว่าดีขึ้นมาก ทำงานได้ตามปกติ

อภิปรายผล

การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า นอกเหนือจากการให้ยา การบำบัดทางด้านจิตสังคมโดยการฝึกปรับความคิด และการให้กำลังใจ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น มาพบแพทย์และรับประทานยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ เนื่องจากโรคซึมเศร้าแม้หายแล้ว แต่หากรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ต่อไปอีกระยะหนึ่งจะป่วยซ้ำได้ใหม่อีก (Post RM, 1992) จากการศึกษาครั้งนี้ในรายที่ 1 พบว่าการปรับความคิดและช่วยเหลือทางโทรศัพท์สามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวในการอยู่คนเดียว จนกระทั่งสามารถกลับมาทำงานมีรายได้เป็นของตนเองดั้งเดิม ซึ่งในช่วงแรกผู้ป่วยยังไม่สามารถปรับความคิดทางบวกได้ แต่เมื่อได้ทำใบงานและชี้ให้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ พฤติกรรมที่ส่งผลจากความคิด ทำให้ผู้ป่วยเห็นความเชื่อมโยงและสามารถฝึกปรับความคิดของตนเองได้ ส่วนในรายที่ 2 เมื่อผู้ป่วยได้ปรับความคิดทำให้สามารถตื่นเช้าไปทำงานได้ รับประทานอาหารเช้าได้และเมื่อเจอสถานการณ์เหมือนเดิมที่ทำให้มีอาการเศร้า สามารถนำเทคนิคการปรับความคิดไปใช้ได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า

ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่าภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กุลธิดา สุภาคุณ, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2550) ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยหลังการปรับความคิดและช่วยเหลือทางโทรศัพท์ลดลง เช่นการศึกษาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมและในระยะติดตามผลการบำบัดทุก 1 เดือน ต่อเนื่องกันเป็นเวลา 3 เดือน มีระดับลดลง (วีระชัย เตชะนิตติชัย, 2551) นอกจากนี้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และเข้าใจการเจ็บป่วยของตน มีการปรับเปลี่ยนความคิดหรือมุมมองต่อการเผชิญปัญหาไปในทางบวกหรือยึดหยุ่นขึ้น (ณัฐทิพร ชัยประทาน, 2547) และจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคล โดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า โดยค้นหาความคิดทางบวกข้อสันนิษฐานที่เหมาะสม พร้อมทั้งให้นักศึกษาฝึกค้นหาความคิดทางลบ จัดการกับความคิดทางลบได้ด้วยตนเอง ผลของการให้คำปรึกษาจะแนบภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาลดลงกว่าก่อนให้คำปรึกษา (สุจิตรา กฤติยวรรณ, 2548)

สำหรับการช่วยเหลือโดยการติดตามทางโทรศัพท์ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับการศึกษาโปรแกรมการดูแลภาวะซึมเศร้าทางโทรศัพท์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่ได้รับการติดตามทางโทรศัพท์มีอาการดีกว่ากลุ่มดูแลปกติและส่วนใหญ่กลุ่มที่มีการติดตามทางโทรศัพท์ที่มีคะแนน CES-D น้อยกว่า 16 ในสัปดาห์ที่ 16 ในภาวะซึมเศร้าระยะเฉียบพลันการติดตามทางโทรศัพท์จะส่งผลดี

ทั้งในแง่ของความร่วมมือในการรักษาและผลต่อผู้ป่วยเอง (Datto CJ, Thompson R, Horowitz D, Disbot M, Oslin DW, 2003) ซึ่งการช่วยเหลือทางโทรศัพท์เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก เนื่องจากผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาและประหยัดเวลาและค่าเดินทางในการมาพบผู้บำบัด

ดังนั้นการปรับความคิดและช่วยเหลือทางโทรศัพท์เป็นอีกบทบาทที่พยาบาลสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

สำหรับการศึกษาต่อไป ควรทำการศึกษาโดยมีกลุ่มควบคุม ดูประสิทธิภาพของโปรแกรมเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยนอก ให้ผู้ป่วยซึมเศร้าสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข ป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง

เอกสารอ้างอิง

กุลธิดา สุภาคุณ, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2550). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาล จิตเวชและสุขภาพจิต* 21(2), 79-89.

ณัฐทิพร ชัยประทาน. (2547). ผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกผ่อนคลายใจและฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรควิตกกังวล. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตร์

- มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์. (2542). แบบประเมินวัดความรุนแรงของรับภาวะซึมเศร้าชนิดให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง. *วารสารแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย 20 (1)*, 17-19.
- วีระชัย เตชะนิตติชัย. (2551). *การบำบัดโดยใช้วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยในโครงการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์*. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศูนย์สารสนเทศ (2551) กองแผนงานกรมสุขภาพจิต กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- ศูนย์สารสนเทศ (2552) สถิติการรับบริการของผู้ป่วยสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- สุจิตรา กฤติยารรณ. (2548). *การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุจน์จิตร कुमारักษ์ และนภาเจริญรัตน์. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของผู้รับบริการในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. *วารสารพยาบาล 57(ม.ค.-มิ.ย.)*: 1-2.
- Datto CJ, Thompson R, Horowitz D, Disbot M, Oslin DW. (2003). The pilot study of a telephone disease management program for depression. *General Hospital Psychiatry 25*:169-177.
- Post RM, (1992). Transduction of psychosocial stress in to the neurobiology of recurrent affective disorder. *American Journal Psychiatry 149 (8)*:99-1010.