

แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

สาวตรี วิชญโยธิน พบ.*

นชพร อิทวิศกุล พบ.*

บทคัดย่อ

โรคซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่พบได้บ่อย และผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบจากอาการซึมเศร้าอย่างมาก อย่างไรก็ตามโรคนี้อาจสามารถรักษาให้หายได้หากผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม บทความนี้เป็นการนำเสนอแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในสถานบริการปฐมภูมิ เพื่อช่วยในการค้นหาและให้การรักษากับผู้ป่วยในระยะแรกเริ่มได้ทันเวลาที่ บทความนี้ได้ทบทวนสาเหตุของโรคซึมเศร้าซึ่งสัมพันธ์กับปัจจัยหลายประการ กลุ่มเสี่ยงที่สำคัญได้แก่ ผู้มีประวัติฆ่าตัวตาย มีโรคเรื้อรัง มารดาหลังคลอด ผู้ติดสุรา ยาเสพติด หรือผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยที่จัดว่าเป็นโรคซึมเศร้าก็ต่อเมื่อผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าอย่างมากร่วมกับมีอาการอื่นๆ อย่างน้อย 4 อาการ เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร เป็นต้น แต่ทั้งนี้ต้องวินิจฉัยแยกจากโรคอื่นๆ ด้วย เช่น Dysthymic disorder หรือโรคของระบบประสาทส่วนกลาง เป็นต้น หลักในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เหมาะสมในการดูแลในระดับปฐมภูมิ คือให้การดูแลด้านจิตใจเบื้องต้นและการรักษาด้วยยาซึ่งการรักษาด้วยยานี้แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ การรักษาในระยะเฉียบพลัน การรักษาระยะต่อเนื่อง และการรักษาระยะยาว การเลือกใช้ในผู้ป่วยซึมเศร้าต้องใช้ความระมัดระวัง เพราะยาแต่ละตัวมีฤทธิ์ข้างเคียงแตกต่างกัน การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นบทบาทของทุกฝ่ายที่ต้องร่วมมือกัน ทั้งผู้ป่วยเอง ครอบครัว และบุคลากรสาธารณสุข

คำสำคัญ: โรคซึมเศร้า, เวชปฏิบัติ

Abstract

Major depressive disorder (MDD) is one of the most-frequently-seen psychiatric disorders. Persons with MDD are affected by its clinical conditions. However, it can be cured if the person with MDD gets appropriate treatment. This article aims to present clinical practice guidelines for treating persons with MDD in primary care settings. These guidelines will allow health care providers to perform initial screening for early detection of MDD, so they can promptly care for the patients. The authors have review causes of MDD, which are related to many factors. The most at risk groups are persons with history of attempted suicide, persons with chronic illnesses, postpartum women, alcoholics, drug addicts, and persons with psychiatric conditions. A person will be diagnosed with MDD if he or she has a depressive emotion with at least four others conditions such as sleeplessness ,loss of appetite, etc. The providers need to distinguish MDD from other conditions such as dysthymic disorder and illnesses of the central nervous systems. The main treatments for persons with MDD in primary care settings are supportive care and pharmacotherapy. Pharmacotherapy is divided into three phases, namely acute, continuation, and prophylactic treatments. The health care providers should carefully use medications for persons with MDD because of different side effectsCaring for persons with MDD is a responsibility of all parties involved, including the patient, their families, and health care providers.

Keywords: primary care, major depressive disorder

บทนำ

โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) เป็นโรคสำคัญในทางจิตเวชศาสตร์เนื่องจากเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่พบได้บ่อย ผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากอาการมาก อีกทั้งเป็นโรคที่รักษาได้หากผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม จากการศึกษาร่วมกันระหว่างองค์การอนามัยโลก Harvard School of Public Health และธนาคารโลก ได้วัดความสูญเสียของจำนวนปีที่ดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดี พบว่าปี ค.ศ. 1990 โรคซึมเศร้า เป็นโรคที่เป็นภาระอันดับ 4 ปี และในปี ค.ศ. 2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นโรคที่เป็นภาระอันดับ 2 ส่วนในประเทศไทยได้มีการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บ โดยเปรียบเทียบความสูญเสียจากการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บ 135 ประเภทในปี พ.ศ. 2542 พบโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability adjusted life years, DALYs) เมื่อวัดจากจำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากความพิการและความเจ็บป่วยพบว่า โรคซึมเศร้าก่อความสูญเสีย เป็นอันดับที่ 1 ในหญิงไทยและเป็นอันดับที่ 3 ในชายไทย องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ภายในปี 2563 โรคซึมเศร้าจะเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียที่สำคัญเป็นลำดับที่ 2 ของโลก

สำหรับประเทศไทย การสำรวจระดับชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2546 พบว่าประชากรไทยร้อยละ 3.20 เป็นโรคซึมเศร้า และร้อยละ 1.18 เป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรัง ซึ่งผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุด และพบว่าร้อยละ 10.40 ของผู้ที่ไปรับบริการที่สถานพยาบาลปฐมภูมิป่วยเป็นโรคซึมเศร้า กรมสุขภาพจิตได้สำรวจอัตราความชุกของโรคซึมเศร้าชนิดต่างๆ พบว่า มีอัตราความชุกประมาณ 4.76% ของประชากรหรือประมาณ 3 ล้านคน ทั้งนี้จากปี 2547-2549 จากจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประมาณ 3 ล้านคนมีผู้มารับการรักษาพยาบาลเพียง 116,847 คนเท่านั้น เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่ไม่รู้ว่าตนเองป่วยและไม่คิดว่าอาการซึมเศร้าเป็นการเจ็บป่วยทางจิตอย่างหนึ่ง

ผลกระทบจากโรคซึมเศร้าที่มีต่อผู้ป่วยนั้นไม่น้อยไปกว่าโรคทางร่างกายที่สำคัญอื่นๆ การปฏิบัติภารกิจต่างๆ ของผู้ป่วยบกพร่องลงจากเดิมหรืออาจทำงานไม่ได้เลย ก่อภาระและปัญหาแก่ครอบครัวทั้งด้านเศรษฐกิจ จิตใจและสังคม นอกจากผู้ป่วยอาจเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายได้แล้ว โรคซึมเศร้านี้ยังเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดโรคทางร่างกายหรือทำให้โรคทางร่างกายที่เป็นอยู่กำเริบหนักขึ้นได้ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาโดยจิตแพทย์มีน้อยมากเนื่องจากปริมาณจิตแพทย์ยังมีน้อยโดยเฉพาะในต่างจังหวัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาพบและรักษากับแพทย์ทั่วไปมากกว่า และแม้ในแหล่งที่มีจิตแพทย์ประจำอยู่ผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังคงมารักษากับแพทย์ทั่วไป ดังนั้นการตระหนักถึงโรคนี้และมีความรู้ในการดูแลรักษาที่เหมาะสมในแพทย์ทั่วไปจึงมีความสำคัญยิ่ง

เมื่อเร็วๆ นี้ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้จัดให้มีการทบทวนและหาแนวการรักษาโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายโดยรวมสูง โรคซึมเศร้าที่พบในเวชปฏิบัติทั่วไป (primary care setting) ถูกจัดอยู่หนึ่งในเจ็ดลำดับแรกเนื่องจากพบว่าเป็นโรคที่มักจะถูกมองข้าม วินิจฉัยผิดเป็นโรคอื่น หรือได้รับการรักษายังไม่เหมาะสม ดังนั้น การจัดทำแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในสถานบริการปฐมภูมิ มีส่วนช่วยในการค้นหาผู้ป่วย การดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะแรกเริ่มที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าพร้อมทั้งให้การ

ดูแลรักษาที่ต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับผลกระทบน้อยลง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังเป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยป้องกันการเพิ่มขึ้นของอัตราการฆ่าตัวตาย แนวทางที่จัดทำขึ้นมิได้มีเจตนาให้มีการบังคับใช้ปฏิบัติหรือเป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยที่จะใช้อำนาจทางกฎหมายมิได้ ประกันว่าจะได้ผลทุกรายเป็นเพียงแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

สาเหตุโรคซึมเศร้า

ปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับสาเหตุของโรคซึมเศร้านั้น เชื่อกันว่าสัมพันธ์กับหลายๆ ปัจจัย ทั้งจากด้านพันธุกรรม การพลัดพรากจากพ่อแม่ในวัยเด็ก พัฒนาการของจิตใจ รวมถึงปัจจัยทางชีวภาพ เช่น การเปลี่ยนแปลงของระดับ catecholamine หรือ pituitary hormone บางตัว เป็นต้น การเริ่มเกิดอาการนั้นอาจมีปัจจัยกระตุ้นเช่นสูญเสียคนที่ตนรัก ตกงาน การหย่าร้าง หรือบางครั้งไม่มีก็ได้ อย่างไรก็ตาม การมีสาเหตุที่เห็นชัดว่าเป็นมาจากความกดดันด้านจิตใจนี้ มิได้หมายความว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นเป็นเรื่องปกติธรรมดาของคนเรา หรือไม่จำเป็นต้องให้การรักษา การพิจารณาว่าการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นนั้นผิดปกติหรือไม่ เราดูจากการมีอาการต่างๆ และความรุนแรงของอาการเป็นหลัก ผู้ป่วยที่มีอาการเข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้านั้นบ่งถึงภาวะของความผิดปกติที่จำเป็นต้องให้การช่วยเหลือ ถือเป็นผู้อยู่ในกลุ่มเสี่ยง ซึ่งได้แก่

1. ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการซึมเศร้าชัดเจนผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย
2. ผู้ป่วยที่มีอาการทางกายเรื้อรังหลายอาการที่หาสาเหตุไม่ได้ เช่น เบาหวาน ไตวายเรื้อรัง มะเร็ง
3. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ข้อเสื่อม ไตวายเรื้อรัง มะเร็ง
4. ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยหลังคลอด
5. ผู้มีปัญหาสุรา ยาเสพติด หรือผู้ป่วยจิตเวช ผู้ที่ประสบกับการสูญเสียที่รุนแรงมาไม่นาน

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าจะได้รับการวินิจฉัยเมื่อผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า หรือมีความเบื่อหน่ายหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ ร่วมกับมีอาการดังต่อไปนี้ ตั้งแต่ 4 อาการ ขึ้นไป

1. มีอารมณ์ซึมเศร้า ซึ่งอารมณ์จะอยู่เกือบตลอดเวลาทั้งวันและเป็นทุกวัน แต่อาจมากน้อยไม่เท่ากัน
2. ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำแทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก
3. เบื่ออาหารหรือน้ำหนักลด (มากกว่า 5% ต่อเดือน) หรือมีความอยากอาหารเพิ่มขึ้นกินมากจนน้ำหนักเพิ่ม
4. นอนไม่หลับหรือหลับมากแทบทุกวัน กระสับกระส่าย หงุดหงิด หลับดึกตื่นเช้ากว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง ไม่สดชื่น
5. ความคิด การเคลื่อนไหวเชื่องช้า พูดช้าเดินช้า บางรายหงุดหงิดกระสับกระส่ายเหมือนรีบเร่ง
6. อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรงทั้งวันแทบทุกวัน

7. สามี ความจำเสื่อม
8. มีความคิดอยากตาย ไม่อยากมีชีวิตอยู่ หรือบางรายพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผนฆ่าตัวตาย
9. รู้สึกตนเองไร้ค่า ดำเนินตนเอง รู้สึกผิดมากเกินควร

โดยผู้ป่วยต้องมีอาการเหล่านี้แทบทุกวัน อย่างน้อย 5 อาการเป็นนานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และมีข้อ 1 และมีข้อ 2 ผู้ป่วยจัดว่าเป็นโรคซึมเศร้าเมื่อมีอาการซึมเศร้าที่เป็นมาก หรือมีความเบื่อหน่าย หดความสนใจ ในสิ่งต่างๆ ร่วมกับมีอาการตามที่กำหนด มักพบว่าผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลร่วมด้วย อย่างไรก็ตามอาการ ซึมเศร้าจะเด่นกว่า ในผู้ป่วยที่มีโรคทางร่างกายหรืออาการบางประการ เช่น อ่อนเพลียเบื่อหน่าย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นั้น อาจเป็นผลจากโรคทางร่างกายได้เช่นกัน ทำให้การวินิจฉัยค่อนข้างลำบาก อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากับผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคทางร่างกายพบว่า อาการ ซึมเศร้า ร้องไห้บ่อย คิดฆ่าตัวตาย เคลื่อนไหวเชื่องช้า และมักลังเลใจนั้น มีส่วนช่วยในการวินิจฉัย โดยพบ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าบ่อยกว่า

การวินิจฉัยแยกโรค

1. Dysthymic disorder อาการต่างๆคล้ายกับในโรคซึมเศร้า แต่ความรุนแรงน้อยกว่า และการดำเนินโรค เรื้อรัง (นานกว่า 2 ปี) อาการที่พบบ่อยส่วนใหญ่เป็นด้านอารมณ์และความคิด โดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์เบื่อ หน่ายท้อแท้มองโลกในแง่ลบ มีแนวโน้มที่จะโทษตัวเอง ส่วนการเปลี่ยนแปลงด้าน neurovegetative นั้นไม่ ค่อยชัดเจนเหมือนในโรคซึมเศร้า

2. โรคทางร่างกาย ที่พบบ่อยคือโรคของระบบประสาทส่วนกลาง เช่น เนื้องอกในสมอง และ Parkinson disease เป็นต้น และโรคของระบบต่อมไร้ท่อ เช่น Hypothyroidism SLE และ Cushing syndrome เป็นต้น

3. ยาหรือสารต่างๆ ที่พบว่าสำคัญ ได้แก่ Reserpine Glucocorticoid Anabolic steroids หรือภาวะที่เกิด จากการหยุดเสฟแอมเฟตามีน หรือโคเคน

4. อารมณ์ซึมเศร้าจากภาวะการปรับตัวผิดปกติ (adjustment disorder with depressed mood) ผู้ป่วยมี อารมณ์ซึมเศร้าจากปรับตัวไม่ได้ต่อปัญหาต่างๆ ซึ่งเป็นเรื่องที่พบได้ในชีวิตประจำวัน เช่น ตกงาน หย่าร้าง หรือเกษียณอายุราชการ เป็นต้น อาการซึมเศร้าจะเป็นไม่มาก พอเป็นที่เข้าใจได้เมื่อมองจากบุคลิกของผู้ป่วย การรักษาหลักคือการช่วยเหลือด้านจิตใจ ช่วยในการปรับตัว โดยที่ยามีส່วนช่วยน้อย อย่างไรก็ตาม หาก ผู้ป่วยมีอาการต่างๆ มากจนถึงระดับของโรคซึมเศร้าแล้ว เราจะทำให้การวินิจฉัยว่าเป็น โรคซึมเศร้าตาม แนวทางในการวินิจฉัยที่ได้กล่าวข้างต้น

5. Anxiety disorders ผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลในเรื่องต่างๆ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย อาจมีอาการซึมเศร้า ในบางครั้งได้ อาการสำคัญที่ช่วยในการแยก คือ ผู้ป่วยมักมีอาการของ autonomic nervous system hyperarousal เช่น ใจเต้น มือสั่น เหงื่อออก เป็นต้น

หลักในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

1. การช่วยเหลือผู้ป่วยด้านจิตใจเบื้องต้น (Supportive care)
2. การรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)
3. การรักษาด้วยจิตบำบัด (Psychotherapy)
4. Ongoing clinical assessment
5. Treatments for severe or refractory depression

ในที่นี้ผู้เขียนจะกล่าวถึงแนวทางปฏิบัติสำหรับเวชปฏิบัติ คือ การช่วยเหลือผู้ป่วยด้านจิตใจเบื้องต้น และการรักษาด้วยยาเท่านั้น

การช่วยเหลือผู้ป่วยด้านจิตใจเบื้องต้น

ท่าทีของผู้รักษามีผลต่อการช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้รักษาจะปฏิบัติตนต่อผู้ป่วยด้วยการให้เกียรติ มีท่าทีที่อบอุ่น เข้าใจ เห็นใจในความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และพร้อมจะช่วยเหลือ โดยท่าทีเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยคลายความกังวลใจ รู้สึกอุ่นใจที่มีผู้เข้าใจและยินดีช่วยเหลือมีความหวังว่าจะหายจากอาการ

ผู้ป่วยมักมีแนวคิดในแง่ลบมองว่าตนเองมีอาการมาก เป็นโรคที่รักษาไม่หาย หรือไม่มีใครเป็นแบบตน การบอกอาการและการวินิจฉัยแก่ผู้ป่วยโดยเน้นว่าเป็นปัญหาที่พบได้ไม่น้อย ผู้รักษาพบผู้ป่วยในลักษณะนี้ อยู่เสมอๆ และเป็นโรคที่การรักษาได้ผลดี พบว่ามีส่วนช่วยผู้ป่วยมาก

ผู้ป่วยอาจแจ้งอาการทางร่างกายต่างๆ เช่น ปวดศีรษะ ใจสั่น ปวดหลัง ชา ร้อนตามตัว ซึ่งผู้รักษามักชี้แจงว่าตรวจร่างกายแล้วพบว่าปกติ อาการเหล่านี้เป็นจากผู้ป่วยคิดไปเอง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาที่เป็นต้นเหตุของอาการเหล่านี้จริง พร้อมกันนั้นการมีแนวคิดในแง่ลบ การสนใจร่างกายตนเองมากกว่าปกติของผู้ป่วยทำให้มีอาการมีมากขึ้น เมื่อโรคซึมเศร้าดีขึ้นอาการทางร่างกายเหล่านี้จะดีขึ้นตาม ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยแจ้งอาการเหล่านี้ควรรับฟัง แสดงความเข้าใจและอธิบายว่าเป็นอาการที่มักพบร่วมกับโรค จะดีขึ้นเมื่อรักษา ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าผู้รักษาเอาใจใส่ตนเองจริง ส่งผลให้สัมพันธภาพในการรักษาดีขึ้น

การพบญาติผู้ป่วยมีความสำคัญในสังคมไทย นอกจากเพื่อประเมินอาการและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องแล้ว การถามความคิดเห็นของญาติที่มีต่อโรคของผู้ป่วย ชี้แจงแก้ไขความเข้าใจผิดพร้อมทั้งให้คำแนะนำแก่ญาติในการช่วยเหลือผู้ป่วยนั้นมีความสำคัญมาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาญาติหรือครอบครัว และญาติมักเป็นผู้ที่นำผู้ป่วยมาพบในแต่ละครั้ง

การรักษาด้วยยา

การรักษาหลักในปัจจุบันได้แก่การใช้ยาแก้เศร้า (antidepressants) โดยเฉพาะในช่วงแรกthatผู้ป่วยมีอาการมาก การทำจิตบำบัดบางชนิดพบว่าได้ผลในการรักษาพอๆ กันกับการใช้ยา โดยเฉพาะในรายที่อาการไม่รุนแรงแต่จะไม่กล่าวถึงในที่นี้เนื่องจากมุ่งเน้นการรักษาที่แพทย์ทั่วไปสามารถนำมาใช้ได้ การรักษาแบ่งออกเป็นสามระยะตามการดำเนินโรค ได้แก่ การรักษาในระยะเฉียบพลันซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาอาการของผู้ป่วย ต่อมาคือการรักษาระยะต่อเนื่องเพื่อเป็นการคงยาต่อแม้ว่าผู้ป่วยปกติดีแล้วเป็นการป้องกันการเกิด

relapse และในผู้ป่วยบางรายอาจต้องให้การรักษาระยะยาวเพื่อป้องกันการเกิดการกลับเป็นซ้ำ (recurrence) ของโรค

การรักษาในระยะเฉียบพลัน (Acute treatment) การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อาการไม่ได้ดีขึ้นภายในวันสองวัน ขาบางตัวมีฤทธิ์ข้างเคียงที่ผู้ป่วยทนไม่ได้ อีกทั้งต้องใช้เวลาในการรักษาอยู่หลายเดือนทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งขาดการติดตามการรักษาไป การให้ข้อมูลและคำแนะนำต่างๆ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย โดยเฉพาะเรื่องฤทธิ์ข้างเคียงของยาระยะเวลาที่อาการจะดีขึ้น รวมทั้งยาที่ให้นั้นมิใช่ยานอนหลับและไม่มีการติดยา ยาแก้เศร้าทุกตัวไม่ได้ออกฤทธิ์รักษาอาการซึมเศร้าทันที โดยทั่วไปจะเห็นผลหลังจากได้ยาไปแล้ว 1-2 สัปดาห์ ในบางรายอาจนานกว่านี้ อย่างไรก็ตามในระหว่างนี้ผู้ป่วยจะรู้สึกดีขึ้นจากผลด้านอื่นๆ ของยา เช่น หลับได้ดีขึ้น เมื่ออาหารลดลง ความวิตกกังวลลดลง เป็นต้น

การเลือกใช้ยา ยาแก้เศร้าอาจแบ่งคร่าวๆ ออกเป็นสองกลุ่มใหญ่ได้แก่ กลุ่มที่มีโครงสร้างเป็นแบบ tricyclic และยากลุ่มใหม่ซึ่งสังเคราะห์ขึ้นมาในช่วงไม่นานมานี้ ข้อดีของยาในกลุ่ม tricyclic คือ เป็นยาที่ใช้ในการรักษามานานจนทราบกันดีถึงอาการข้างเคียงของยาแต่ละตัว มีประสิทธิภาพเป็นที่ยืนยันแน่นอนทั้งในการรักษาระยะเฉียบพลันและการป้องกันระยะยาวและราคาถูก ประสิทธิภาพในการรักษาของยาแก้เศร้าแต่ละตัวนั้นไม่ต่างกัน ความแตกต่างอยู่ที่ฤทธิ์ข้างเคียง ซึ่งรวมถึงยาในกลุ่มใหม่ด้วยเช่นกัน ในการเลือกใช้ยา ควรพิจารณาจากปัจจัยต่อไปนี้ ตามลำดับ

1. หากเป็นผู้ป่วยที่เคยป่วยและรักษาหายมาก่อน ประวัติการรักษาเดิมมีความสำคัญ โดยผู้ป่วยมักตอบสนองต่อยาตัวเดิมและขนาดเดิมที่เคยใช้ ดังนั้นจึงควรใช้ยาขนาดเดิมเป็นครั้งแรก
2. ปัญหาทางร่างกายที่เป็นข้อห้ามหรือควรหลีกเลี่ยงในการใช้ยาบางตัว ผู้ป่วยที่มีโรคทางร่างกาย เช่น ต่อมลูกหมากโต ต้อหิน หรือมี conduction defect อาจพิจารณาใช้ยาในกลุ่มที่มีอาการข้างเคียง anticholinergic ต่ำ หรือ ยาที่มีผลต่อหัวใจน้อย เป็นต้น
3. ความคุ้นเคยของแพทย์ในการใช้ยา การใช้ยาเพียงไม่กี่ตัว เช่น amitriptyline, nortriptyline และยากลุ่มใหม่บางตัว แต่ให้คุ้นเคยกับทั้งฤทธิ์ข้างเคียงและการตอบสนองของผู้ป่วย จะเหมาะสมกว่าการใช้ยาแก้เศร้าเปลี่ยนชนิดไปเรื่อยๆ

ข้อควรระวังในการให้ยาช่วงแรกคือผู้ป่วยอาจคิดฆ่าตัวตายได้ ดังนั้นจึงไม่ควรให้ไปครั้งละมากๆ หากนัดติดตามการรักษาทุกสัปดาห์ยาที่ให้จะไม่ถึง lethal dose รายละเอียดการบริหารยาด้านเศร้า (antidepressant) รวมทั้งชนิดและปริมาณการ ดังเสนอในตารางที่ 1

ตารางที่ 1

แสดงการบริหารยาด้านเศร้า (Antidepressant) ชนิดและปริมาณ ดังนี้

กลุ่มยา	ชื่อยา	ขนาดยา	วิธีการให้ยา
Tricyclics (TCA)	Nortriptyline Amitriptyline	75-150 mg. 75-150 mg.	เริ่มต้น 25 mg. ก่อนนอน (สำหรับผู้สูงอายุเริ่มที่ 10 mg.) เพิ่มยา 25 mg. ทุก 2 สัปดาห์ และประเมินผลข้างเคียงของยาทุกครั้งที่เพิ่มยา ถ้ามีหน้ามืด วิงเวียน เป็นลม ความดันต่ำ ปัสสาวะลำบาก ให้หยุดยาและเปลี่ยนเป็นยา Fluoxetine และให้ประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถามทุก 1 เดือน ● ถ้าคะแนนลดลง $\geq 50\%$ จากเดิมหรือคะแนน รวม < 7 แสดงว่าตอบสนองดีต่อยา ก็ให้ยาขนาดเดิม แล้วนัดประเมินผลด้วยแบบประเมินทุก 1 เดือน ● ถ้าคะแนนลดลง $< 50\%$ จากเดิม ให้เพิ่มยาอีก 25 mg. แล้วประเมินอีก 1 เดือน ● หลังให้ยาเต็ม dose (150 mg.) แล้ว 2 เดือน ถ้าคะแนนไม่เปลี่ยนแปลงหรือคะแนนรวมยัง ≥ 7 แสดงว่า ไม่ตอบสนองต่อยาให้เปลี่ยนเป็นยา Fluoxetine แล้วดำเนินการตามวิธีให้ยา Fluoxetine
Serotonin reuptake inhibitors (SSRI)	Fluoxetine	20-60 mg.	เริ่มต้น 20 mg. ตอนเช้าหลังอาหาร นัดติดตามประเมินผลครั้งแรก 2 สัปดาห์ ด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม ● ถ้าคะแนนลดลง $\geq 50\%$ จากเดิมหรือคะแนน รวม < 7 แสดงว่าตอบสนองดีต่อยา ก็ให้ยาขนาดเดิม แล้วนัดประเมินผลด้วยแบบประเมินทุก 1 เดือน ● ถ้าคะแนนลดลง $< 50\%$ จากเดิม ให้เพิ่มยาอีก 20 mg. แล้วนัดประเมินอีก 1 เดือน ● ถ้าคะแนนไม่เปลี่ยนแปลงหลังให้ยาเต็ม dose แล้ว 2 เดือน แสดงว่าไม่ตอบสนองต่อยา ให้ส่งต่อ รพ.มหาราช

ฤทธิ์ข้างเคียงของยา ในที่นี้จะเน้นฤทธิ์ข้างเคียงที่แตกต่างกันของยาแต่ละตัวซึ่งมีผลต่อการเลือกใช้ยาในผู้ป่วยแต่ละคน

1. Sedation ยา tricyclic ทุกตัวมีฤทธิ์ sedation โดยเฉพาะ amitriptyline และ doxepin ซึ่งบางครั้งเป็นปัญหาทำให้ปรับเพิ่มขนาดยาได้ลำบาก หากผู้ป่วยมีอาการง่วงซึมให้ปรับการให้ยาโดยให้ยานานด่ำในช่วงกลางวัน และขนาดสูงในช่วงเย็นหรือก่อนนอน อย่างไรก็ตามควรระวังในผู้ป่วยสูงอายุซึ่งอาจเกิดอาการวิงเวียน เดินเซ หรือ postural hypotension ได้ หากลุกขึ้นมาในตอนกลางคืน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเกิด tolerance ต่อฤทธิ์นี้ ทำให้อาการง่วงซึมลดลงในระยะหลัง

2. ฤทธิ์ anticholinergic เป็นฤทธิ์ข้างเคียงที่พบบ่อย อาการที่พบได้แก่ ปากคอแห้ง ท้องผูก ตามัว และปัสสาวะลำบาก บางอาการ เช่น accommodation disturbance และ blurred vision จะดีขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป หากมีอาการปัสสาวะลำบาก อาจให้ bethanechol 25-50 มิลลิกรัม 3-4 ครั้งต่อวัน

3. ฤทธิ์ด้าน cardiovascular ยา tricyclic ทุกตัวทำให้ conduction time เพิ่มขึ้น จึงควรเลี่ยงในผู้ป่วยที่มี conduction defect ยาที่ค่อนข้างปลอดภัยได้แก่ยาในกลุ่มใหม่ เช่น mianserin, fluvoxamine และ fluoxetine

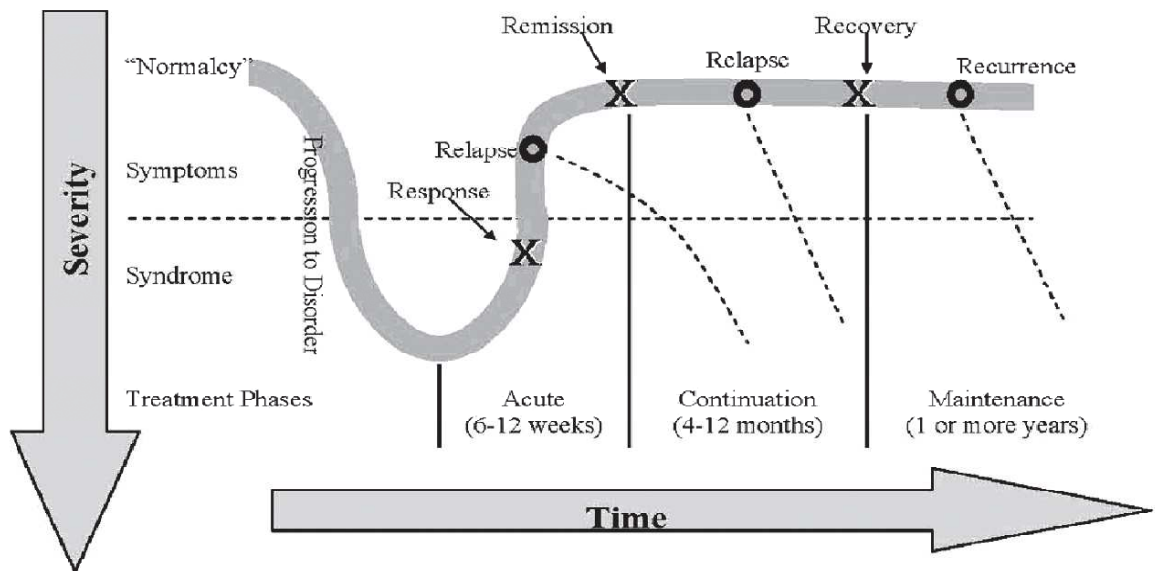
4. ฤทธิ์ด้าน autonomic ฤทธิ์ postural hypotension พบได้บ่อยโดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ ยา nortriptyline มีผลน้อยในการก่อให้เกิดอาการข้างเคียงนี้ การวัดความดันในท่ายืนและนอนก่อนให้ยาอาจพอช่วยบอกได้

การรักษาต่อเนื่อง (Continuation treatment) เมื่อผู้ป่วยหายจากอาการแล้วไม่ควรรีบหยุดยา ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องไปอีกนาน 4-6 เดือน จากการศึกษาพบว่าในช่วงนี้ผู้ป่วยที่หยุดยาไปเกิด relapse สูงถึงร้อยละ 50 ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้ยาต่อเนื่อง relapse ร้อยละ 20 ในแง่ของขนาดยาปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะให้ขนาดเท่าเดิมต่อไปเนื่องจากพบว่าป้องกัน relapse ได้ดีกว่า อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักลดขนาดเอง ซึ่งควรเตือนผู้ป่วยในเรื่องของการป้องกันว่าสำคัญในการหยุดยาควรค่อยๆ ลดขนาด โดยใช้เวลาเป็นเดือน หากลดเร็วผู้ป่วยมักมีอาการขาดยา (withdrawal effects) เช่น หงุดหงิด นอนไม่หลับ เป็นต้น

การยุติการรักษาด้วยยา หลังการให้ยาด้านเศร้า (Antidepressant) ถ้าคะแนนจากการประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม < 7 คะแนนเป็นระยะเวลา 6 เดือนติดต่อกันจะถือว่ามี Full remission ให้ค่อยๆ ลดขนาดยาประมาณ 25% ทุกๆ 2 สัปดาห์ จนลดยาควรประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม ทุกครั้งที่พบผู้ป่วย แต่ถ้าคะแนน > 7 แสดงว่าผู้ป่วยมีการกลับซ้ำให้เพิ่มยาในขนาดที่ก่อนจะลดแล้วนัดติดตามประเมินอาการทุกเดือน (โดยทั่วไปสำหรับผู้ป่วยที่ Full remission ระยะเวลาลดยาจนหยุดได้นั้นประมาณ 1-2 เดือน)

การติดตามป้องกันการกลับซ้ำ เนื่องจากโรคซึมเศร้ามีอัตราการกลับซ้ำสูงในช่วง 2 ปีแรก ดังนั้นหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาจนสามารถหยุดยาได้แล้วให้ส่งต่อไปยัง PCU ใกล้บ้านเพื่อติดตามประเมินทุกเดือนด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถามต่อเนื่องเป็นเวลา 1 ปี ถ้าคะแนนจากแบบประเมิน < 7 ทุกครั้ง ก็สามารถหยุดการติดตามประเมินได้ แต่ถ้าคะแนนจากการประเมิน > 7 ให้ดำเนินการตามแนวทางจัดการตามที่กำหนดไว้ตามความรุนแรงของโรคหรือตามคะแนนที่ได้

การป้องกันระยะยาว (Prophylactic treatment) มีผู้ป่วยบางคนมีประวัติการป่วยมาหลายครั้งในอดีต ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ควรให้กินยาป้องกันต่อเนื่องไปเป็นระยะเวลานานเป็นปีๆ โดยทั่วไปมีความเห็นว่าจะให้ยาต่อเนื่องต่อเมื่อผู้ป่วยมีประวัติอาการที่ชัดเจนของ โรคซึมเศร้าอย่างน้อย 2-3 ครั้งขึ้นไป ดังภาพที่ 1 ซึ่งแสดง การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระยะยาว



ภาพที่ 1 การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระยะยาว

Soure: Kupfer DJ: Long-term treatment of depression. J Clin Psychiatry 1991; 52 (Suppl):28-34. Copyright 1991. Physicians Postgraduate Press. Adapted and reprinted with permission.

คำแนะนำในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline: CPG)

1. แบบคัดกรองใช้กับผู้มีบริการอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปและมีความเสี่ยง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการซึมเศร้าชัดเจน ผู้ป่วยที่มีอาการทางกายเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ข้อเสื่อม ไตวายเรื้อรัง มะเร็ง ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยหลังคลอด ผู้มีปัญหาสุรา ยาเสพติด ผู้ป่วยจิตเวช หรือผู้เคยพยายามฆ่าตัวตาย ผู้ที่ประสบกับการสูญเสียที่รุนแรงมาไม่นาน

2. เริ่มต้น คัดกรองด้วย 2Q ถ้าผู้ถูกคัดกรองตอบว่า ใช่อย่างน้อย 1 ข้อ แสดงว่าผู้ถูกคัดกรองมีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าต้องได้รับคัดกรองโรคซึมเศร้า 9Q

3. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9Q ให้เริ่มถามจากอาการที่ผู้ป่วยเป็นจะได้รับความร่วมมือมากขึ้น ไม่ควรรวบรวมคำถามแต่ละข้อถามเป็นคำถามเดียวกัน เช่น ความคิดและความรู้สึกควรถามแยกที่ละประเด็น

4. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9Q จะถือว่าพบโรคซึมเศร้าเมื่อมีคะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป โดยจากนั้นให้การวินิจฉัยแยกโรค ให้คำปรึกษา โดยแพทย์และพยาบาลเวชปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

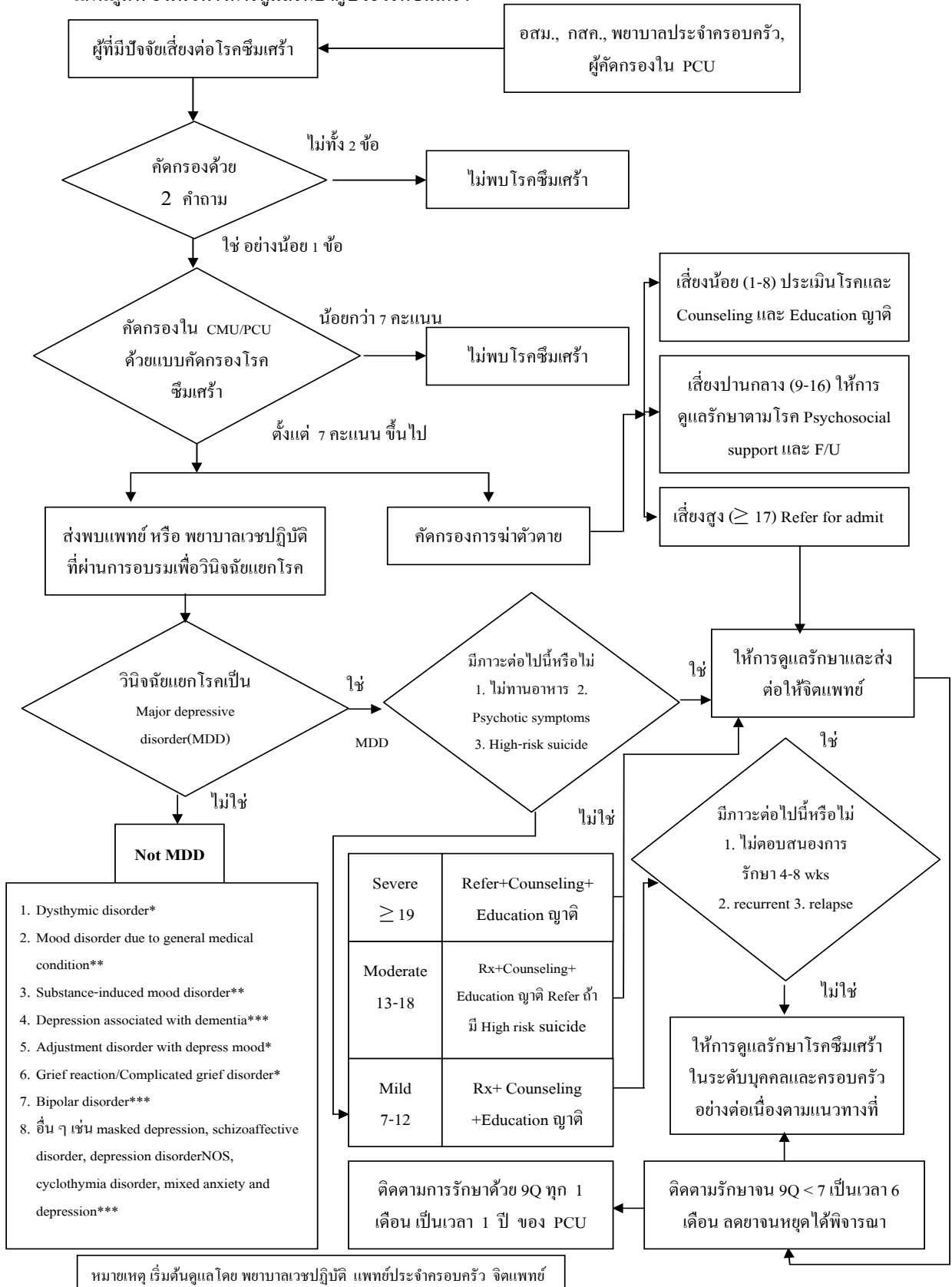
5. ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการคัดกรองการฆ่าตัวตาย 8Q ควบคู่ด้วย ถ้าพบตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความเสี่ยง ต่อการฆ่าตัวตาย

6. การประเมินผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังให้คำปรึกษาควรนัดติดตามอาการอย่างซ้ำประมาณ 2 สัปดาห์ ตามอาการผู้ป่วย

ทั้งนี้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเสนอในแผนภูมิที่ 1 ส่วนแบบคัดกรองด้วย 2 คำถาม (2Q) คือ การถามคำถามว่า 1.ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณรู้สึกไม่สบายใจ ซึมเศร้าหรือท้อแท้หรือไม่ และ 2.ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณรู้สึกเบื่อ ทำอะไรๆ ก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่ ถ้าผู้ถูกคัดกรองตอบว่า ไม่ทั้ง 2 ข้อ แสดงว่าผู้ถูกคัดกรองไม่มีอาการของภาวะซึมเศร้า ถ้าผู้ถูกคัดกรองตอบว่า ใช้อย่างน้อย 1 ข้อ แสดงว่าผู้ถูกคัดกรองมีอาการของภาวะซึมเศร้า ต้องได้รับการวินิจฉัย

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) เป็นแบบสัมภาษณ์ปลายปิด 2 ภาษา คือภาษาไทยกลาง และภาษาไทยอีสาน ประกอบด้วยคำถามที่ขึ้นต้นว่า ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาตลอดทั้งวันนี้ ท่านมีอาการ เหล่านี้บ่อยแค่ไหน แล้วถามถึง อาการสำคัญ 9 ข้อ เช่น เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไรและไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้ เป็นต้น ส่วนคำตอบเป็นการตอบแบบมาตราประมาณค่าจาก 0 คะแนน (ไม่มีเลย) ถึง 3 คะแนน (เป็น ทุกวัน) การแปลผลคะแนนจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม เสนอในตารางที่ 2

แผนภูมิที่ 1 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า



ตารางที่ 2

แสดงแนวทางการแปลผล การจัดการและดูแลรักษาตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าจาก การประเมินด้วย 9 คำถาม ในโครงการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (9Q)

คะแนน	การแปลผล	การจัดการใน PCU	การจัดการใน รพช. และ รพท.*
7 – 12	เป็นโรคซึมเศร้าระดับน้อย (Major Depression, mild)	1. ให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและแนะนำการปฏิบัติตัว (ตามเอกสารประกอบ) 2. แนะนำ/ส่งต่อเข้าตรวจรักษาเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไปใกล้บ้าน	1. แพทย์ R/O โรคทางกายและประเมินยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ให้หยุดหรือลดยาที่สามารถทำให้เกิดอาการคล้ายโรคซึมเศร้า 2. แจ้งผู้ป่วย/ญาติ และแนะนำการรักษา 3. ค้นหาและประเมินปัญหาจิตสังคม เพื่อให้การปรึกษา (Counseling) 4. ให้ยาด้านเศร้า (Antidepressant) ตามแนวทางการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยยาด้านอารมณ์เศร้า
13 – 18	เป็นโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง (Major Depression, moderate)	1. ให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและแนะนำการปฏิบัติตัว (ตามเอกสารประกอบ) 2. แนะนำ/ส่งต่อเข้าตรวจรักษาเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไปใกล้บ้าน	1. แพทย์ต้อง R/O โรคทางกายและยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ที่สามารถทำให้เกิดอาการคล้ายโรคซึมเศร้า 2. แจ้งผู้ป่วย/ญาติ และแนะนำการรักษา 3. ให้ค้นหาและประเมินปัญหาจิตสังคม เพื่อให้การปรึกษา (Counseling) 4. ให้ยาด้านเศร้า (Antidepressant) ตามแนวทางการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยยาด้านอารมณ์เศร้า 5. กรณีที่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายให้ส่งต่อกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาฯ เพื่อให้จัดบำบัด Psychotherapy และให้ยาด้านอารมณ์เศร้า (Antidepressant)
≥ 19	เป็นโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง (Major Depression, severe)	1. ให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและแนะนำการปฏิบัติตัว (ตามเอกสารประกอบ) 2. แนะนำญาติในการดูแลและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย 3. แนะนำ/ส่งต่อเข้าตรวจรักษาเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไปใกล้บ้าน	1. ให้ประเมินซ้ำในรายที่ส่งต่อมาจาก อสม. หรือสถานีนามัย 2. แพทย์ R/O โรคทางกายและยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ที่สามารถทำให้เกิดอาการคล้ายโรคซึมเศร้า 3. แจ้งผู้ป่วย/ญาติ และแนะนำการรักษา 4. ให้ส่งต่อกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาฯ เพื่อให้จัดบำบัด Psychotherapy และให้ยาด้านอารมณ์เศร้า (Antidepressant)

*กรณีที่โรงพยาบาลชุมชนรับส่งต่อจากสถานีนามัยให้ประเมินด้วย 9 คำถามซ้ำ แล้วดำเนินการตามคะแนนที่ได้ ถ้าคะแนน < 7 ให้ความรู้แนะนำโรคซึมเศร้าและประเมินปัญหาทางจิตสังคมเพื่อให้การปรึกษา

แบบคัดกรองการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ศูนย์สุขภาพชุมชน.....

ชื่อ..... สกุล..... อายุ..... ID วันที่ทำการประเมิน.....

แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

ข้อแนะนำ ถามด้วยภาษาที่สอดคล้องกับท้องถิ่นหรือเหมาะสมกับผู้ถูกสัมภาษณ์ ควรถามให้ได้คำตอบที่ละเอียด ถ้าไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายขยายความเพิ่มเติม พยายามให้ได้คำตอบทุกข้อ จากนั้นรวมคะแนนแล้วแปลผลตามตารางแปลผล ควรแจ้งผลตามแนวทางการแจ้งผลอย่างเหมาะสมพร้อมให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหรือการดูแลรักษาในขั้นตอนต่อไป

ลำดับ	ระยะเวลา	ภาษากลาง	ภาษาอีสาน	ท้องถิ่นภาษาใต้	ไม่มี (บมี)	มี
1	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา (ในเดือนที่ผ่านมาเมื่อนี้)	คิดอยากตายหรือคิดว่าตายไปจะดีกว่า	คิดอยากตาย หรือคิดว่าตายไปคือสิดีกว่าอยู่..บ่	คิดอยากตายหรือคิดว่าตายไปจะดีกว่า	0	1
2		อยากทำร้ายตัวเอง หรือทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	อยากทำร้ายตัวเอง หรือเฮ็ดให้เจ้าของบาดเจ็บ..บ่	อยากทำร้ายตัวเอง หรือทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
3		คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายให้ถามต่อ) ...ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่ หรือบอกได้ไหมว่าคงไม่ทำตามความคิดนั้นในขณะนี้	คิดเกี่ยวกับสิฆ่าโตตาย..บ่ (ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายให้ถามต่อ) ..คุมเจ้าของบ่ให้คิดได้บ่ หรือบอกได้บ่ว่าสิบ่เฮ็ดตามความคิดสิฆ่าโตตายในตอนนี้นี้	คิดฆ่าตัวตายมั่งม่าย (ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายให้ถามต่อ)..(สรรพนาม) นึกว่ายังความคิดนั้นได้ม่าย หรือบอกได้ม่ายว่าจะไม่ทำตามที่ได้คิดแล้ว	0	6
4		มีแผนที่จะฆ่าตัวตาย	มีแผนการสิฆ่าโตตายบ่	วางแผนว่าจะฆ่าตัวตายมั่งม่าย	0	8
5		ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเองหรือเตรียมการที่จะฆ่าตัวตายโดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริง ๆ	ได้เตรียมการสิเฮ็ดทำร้ายโตเจ้าของหรือเตรียมการสิฆ่าโตตาย โดยตั้งใจใส่เจ้าของตาย อิหลี	เตรียมทำร้ายตัวเอง หรือว่าเตรียมจะฆ่าตัวตัวให้พัน ๆ	0	9
6		ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บแต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต	เคยเฮ็ดใส่เจ้าของบาดเจ็บ แต่บ่ได้ตั้งใจใส่เจ้าของตาย	เคยทำให้ตัวเองเจ็บแต่ไม่ตั้งใจจะให้ถึงตาย	0	4
7		ได้พยายามฆ่าตัวตายโดยคาดหวัง/ตั้งใจที่จะให้ตาย	พยายามฆ่าโตตาย โดยหวังใส่เจ้าของตายอิหลี	พยายามฆ่าตัวตายให้หมั่นตายตามที่ตั้งใจฆ่าม่าย	0	10
8	ตลอดชีวิตที่ผ่านมา(ในชีวิตทั้งเบ็ด็ดที่ผ่านมา)	ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	เคยพยายามฆ่าโตตาย	(สรรพนาม) เคยพยายามฆ่าตัวตายมั่งม่าย	0	4

การแปลผล 1-8 คะแนน แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย, 9-16 คะแนน แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับปานกลาง, ≥ 17 คะแนน แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรง

บทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

บทบาทในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

1. รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ถ้าลืมกินยาให้กินทันทีเมื่อนึกขึ้นได้ ผลข้างเคียงจากการใช้ยาที่พบได้บ่อย คือ

- อาการง่วงนอนมึนงง ให้ระวังเรื่องอุบัติเหตุ ควรหลีกเลี่ยงการขับรถหรือเดินข้ามถนนคนเดียว อาการดังกล่าวจะมีมากในช่วง 2-3 วันแรกหลังจากรับประทานยาเมื่อร่างกายปรับตัวได้แล้วอาการจะลดลง

- อาการคอแห้งปากแห้งขมปากโดยเฉพาะเวลาตื่นนอนตอนเช้าหรือมีอาการท้องผูกร่วมด้วยมีวิธีแก้คือ ให้ดื่มน้ำมากๆ เพื่อช่วยลดอาการท้องผูกหรือจิบน้ำมะนาวบ่อยๆ รับประทานผักผลไม้หลายๆ จะช่วยลดอาการดังกล่าวรวมทั้งอาการท้องผูกด้วย

- ตาพร่ามัวและอาการซึมเศร้าไม่ดีขึ้นภายหลังจากรับประทานยาไปแล้ว 2-4 สัปดาห์ (เนื่องจากการรับประทานยาด้านเศร้าต้องใช้ระยะเวลาหนึ่งในการออกฤทธิ์แก้ซึมเศร้า) ควรรีบไปพบแพทย์เพื่อปรับยาให้เหมาะสมปรึกษาพยาบาลและ แพทย์ที่รับผิดชอบดูแลถ้าเกิดอาการผิดปกติ ไม่แน่ใจหรือสงสัย

2. มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง

3. ออกกำลังกาย ตามความชอบและเหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง โดยต้องออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 20-30 นาทีอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นเวลา 10-12 สัปดาห์ติดต่อกัน จะช่วยรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้อย่างดี

4. ละเว้นสารกระตุ้นประสาทประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด เช่น สุรา เบียร์ เครื่องดื่มชูกำลัง ชา กาแฟ น้ำอัดลม เป็นต้น

5. ผู้ที่กำลังมีความทุกข์ให้ยอมรับว่าตนเองมีความทุกข์และหาเพื่อนหรือผู้ไว้ใจระบายความทุกข์ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเดิมๆ เช่น ปลูกต้นไม้หรือทำงานอดิเรกอื่นๆ และปรับตัวโดยการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ทั้งในระดับกลุ่ม ครอบครัว ชุมชน วิธีการที่ผู้ป่วยจะช่วยเหลือตนเองเพื่อลดอาการซึมเศร้าโดยไม่ต้องพึ่งแพทย์นั้นนำเสนอในตารางที่ 3

บทบาทครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

1. เรียนรู้และเข้าใจการดำเนินงานโรคซึมเศร้า

2. รับรู้ เข้าใจ และให้กำลังใจผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

3. เฝ้าระวังและติดตามอาการที่เปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด

4. ปรับสภาพสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ไม่ให้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

5. จัดยาให้ผู้ป่วยรับประทานสม่ำเสมอ

6. นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง

7. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ โดยเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยถนัดหรือเคยทำสำเร็จมาแล้ว

8. ช่วยเหลือและกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การนอน การเคลื่อนไหว

ตารางที่ 3

แสดงวิธีการช่วยเหลือตนเองเพื่อลดอาการซึมเศร้าที่มีได้พึ่งแพทย์

วิธีการ	สมมุติฐานและคำอธิบาย
การรักษาด้วยแสงสว่าง	เหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามฤดูกาล (Seasonal affective disorder) แสงสว่างที่น้อยในฤดูหนาวซึ่งโลกตะวันตกส่งผลต่อ Circadian rhythm ทำให้บางคนเกิดอาการซึมเศร้า การได้รับแสงสว่างยามเช้าจะช่วยปรับ Circadian rhythm ทำให้อาการซึมเศร้าทุเลา
การนอน	จะทำให้เกิดการเปลี่ยนการกระตุ้นประสาทจากสมองส่วนหน้าขวา (ซึ่งเกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้า) ไปเป็นสมองหน้าด้านซ้ายหรือมีการกระตุ้นจากทั้งสองซีกเท่ากัน (ซึ่งเกี่ยวข้องกับอารมณ์ที่เป็นสุข) นอกจากนั้นยังเพิ่มการทำงานของเส้นประสาทเวกัสและกระตุ้นการแสดงออกทางสีหน้าซึ่งช่วยลดอารมณ์เศร้า การนอนลดอาการซึมเศร้าได้ในระยะสั้นแต่ยังไม่สามารถประเมินผลระยะยาว
บำบัดด้วยยารักษา	ยังไม่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาอธิบายว่า น้ำมันหอมโรมาลดอาการซึมเศร้าได้อย่างไร
การออกกำลังกาย	เพิ่มการทำงานสารสื่อประสาทที่ลดความเครียดและอารมณ์เศร้า การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอยังกระตุ้นการหลั่งสารสร้างสุขเอ็นโดรฟิน ช่วยหยุดหรือเบี่ยงเบนความคิดด้านลบ ถ้าออกกำลังกายเป็นกลุ่มจะได้สังคมเพื่อนฝูง
การหยุดดื่มสุรา	การดื่มสุราปริมาณมาก ๆ จะส่งผลโดยตรงทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าและการหยุดจะส่งผลดีทางอ้อมต่อโรคซึมเศร้า เช่น ลดรายจ่าย ลดปัญหาทะเลาะเบาะแว้ง ลดปัญหาสุขภาพ
การงดดื่มกาแฟ น้ำตาล และอาหารหวานจัด	บางคนดื่มกาแฟแล้วเกิดอาการซึมเศร้า และกาแฟยังกระตุ้นให้เกิดอาการกังวล บางรายมีอาการไวต่อน้ำตาลซูโครสทำให้เกิดอาการซึมเศร้า น้อยง่าย หงุดหงิด ปวดศีรษะ ง่วงนอน

บทบาทหน่วยบริการปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

1. ค้นหาคัดกรองผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ร่วมกับทีมชุมชน
2. ให้การวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามแนวทางที่กำหนด
3. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การรักษา การรับประทานยา การเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย และผลข้างเคียงจากการใช้ยา
4. ติดตามดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง

5. ค้นหาศักยภาพผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
6. ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินอาการ ให้กำลังใจ สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
7. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ส่งกลับเพื่อการดูแลรักษาที่ต่อเนื่องพร้อมทั้งส่งข้อมูลกลับ
8. จัดกิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว

บทบาทของหน่วยงานระดับตติยภูมิในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

1. ค้นหาคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้ที่มีความเสี่ยง (ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยทางกาย ผู้ป่วยอุบัติเหตุ และผู้ป่วยทางจิตเวช)
2. ให้การวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในลักษณะผู้ป่วยนอก
3. ติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง
4. ติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยที่มาด้วยการพยายามฆ่าตัวตาย
5. ให้ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรคซึมเศร้า การรักษาและผลข้างเคียงของการใช้ยา
6. ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลต่อเนื่องในระดับปฐมภูมิ
7. รับส่ง-ต่อผู้ป่วยจากหน่วยบริการปฐมภูมิ
8. พัฒนาศักยภาพทีมหน่วยบริการปฐมภูมิในการค้นหา คัดกรอง และการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

สรุป

อารมณ์ซึมเศร้าเป็นภาวะปกติธรรมดา ที่อาจพบได้จากสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตคนเรา อย่างไรก็ตาม หากอารมณ์ซึมเศร้านี้มีมากจนทำให้บุคคลนั้นบกพร่องในหน้าที่ต่างๆ มาก หรือมีอาการต่างๆ ติดตามมา จัดได้ว่าเป็นอารมณ์ซึมเศร้าที่ผิดปกติ ซึ่งจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือรักษา การวินิจฉัยโรคซึมเศร้านั้นไม่ยาก หากแพทย์มีความตระหนักถึงภาวะนี้ การรักษาหลักของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ การรักษาด้วยยา อย่างไรก็ตามการช่วยเหลือด้านจิตใจก็เป็นสิ่งที่ต้องทำควบคู่กันไปเสมอ สัมพันธภาพในการรักษาเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นโรคที่ต้องใช้เวลาในการรักษา อีกทั้งต้องทำความเข้าใจกับผู้ป่วยในแง่มุมต่างๆ หากแพทย์ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพในการรักษาที่ดีกับผู้ป่วยแล้ว ก็ย่อมยากที่จะให้การรักษาได้ผล

เอกสารอ้างอิง

- ทวี ตั้งเสรี. (2546). *การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า*. ขอนแก่น: พระธรรมขันธ์.
- ชรินทร์ กองสุข. (2549). *โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย*. (เอกสารประกอบการบรรยาย).
- มานิช หล่อตระกูล. (ม.ป.ป.). *การวินิจฉัยและการรักษาโรคซึมเศร้า*. เข้าถึงเมื่อ 12 ตุลาคม 2552, จาก http://www.mahidol.ac.th/mahidol/ra/rapc/gp_dep.html
- ปราโมทย์ สุนิษฐ์, และพิเชฐ อุดมรัตน์ (บ.ก.) (2544). *แนวทางการรักษาโรคทางจิตเวช*. กรุงเทพฯ: บีคอนเคเอ็นเทอร์ไพรซ์.
- โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซต.
- ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ. (2545). การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในยุคหลังสมมติฐาน monamine. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 47(3), S51-S60.
- สุชาติ พหลภักย์. (2542). *ความผิดปกติทางอารมณ์*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริกัณฑ์ออฟเซต.
- Depression Guideline Team. (2005). *Depression*. Michigan: the University of Michigan.