

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปลูกถ่ายอวัยวะ

เพ็ญภาพ พันธุ์เสื่อ*

สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์**

Phansuea P, Lertmaharit S. Quality of life of transplant recipients. Chula Med J 2015 Jul-Aug; 59(4): 339 - 46

During the last half-century, enormous progresses have been made in organ transplantations study and research. Due to successful treatments, organ transplantation has become one of the most important keys as a life-saving procedure many diseases hitherto considered incurable. Clinical organ transplantation has been specified as one of the most gripping medical advances of the era as it provides a way of giving the gift of life to patients with terminal failure of vital organs, and requires participations of other fellow human beings and of society by donating organs from deceased or living individuals. Since the success rates are raising, the gaps between the demand for organ transplantation and the supply of donor organs are widening. Even though the state sectors are establishing the organ donation Center for Organ donation, the problems are still growing more intensely.

Many researches show that patients both on waiting-listed and after transplantation are at risk of lower quality of life, high psychological disturbance especially depression. Effective interventions to improve psychological function of the patients in these areas are still lacking.

Keywords: *Depression, depressive disorder, solid organ transplantation, heart transplantation, lung transplantation, liver transplantation, kidney transplantation, quality of life.*

Reprint request: Lertmaharit S. Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

Received for publication. January 19, 2015.

* นิติบัญญัติวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการวิจัยและจัดการด้านสุขภาพ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**เพ็ญภพ พันธุ์เสื่อ, สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปลูกถ่ายอวัยวะ.
จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2558 ก.ค - ส.ค.; 59(4): 339 - 46**

การปลูกถ่ายอวัยวะ เป็นอีกหนึ่งในรูปแบบการรักษาที่มีการค้นคว้าพัฒนา และประสบความสำเร็จเพิ่มขึ้นต่อเนื่องมากกว่าครึ่งศตวรรษ จากความสำเร็จดังกล่าวการปลูกถ่ายอวัยวะจึงกลายเป็นหนึ่งในกุญแจสำคัญทางการรักษา โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อรักษาชีวิต และทำให้ผู้เข้ารับการปลูกถ่ายสามารถกลับไปใช้ชีวิตของเขาอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป ผลพวงอีกประการจากความก้าวหน้าในการปลูกถ่ายคือ ความต้องการอวัยวะเพื่อการปลูกถ่ายมีมากขึ้นจนเกิดความไม่พอเพียง ถึงแม้หน่วยงานต่าง ๆ จะพยายามแก้ไขปัญหาโดยการเปิดศูนย์รับบริจาค ก็ยังพบว่าอวัยวะที่ได้จากการบริจาคไม่เพียงพอต่อความต้องการที่เพิ่มขึ้นการปลูกถ่ายในทุก ๆ ครั้งจึงมีความสำคัญอย่างมากจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่ส่งผลทางลบต่อผลการปลูกถ่ายที่สำคัญปัจจัยหนึ่งคือการเกิดภาวะซีมเศร้า ที่แม้จะมีหลายงานวิจัยที่เน้นย้ำถึงอันตรายของภาวะซีมเศร้าที่มีต่อผู้ป่วยปลูกถ่ายอวัยวะ ทั้งในช่วงก่อนการปลูกถ่ายและหลังการปลูกถ่าย แต่กลับพบว่ามีงานวิจัยส่วนน้อยที่กล่าวถึงวิธีการจัดการหรือการบำบัดอย่างเป็นขั้นตอนที่มุ่งเน้นเพื่อลดภาวะซีมเศร้า และจากการสืบค้นยังไม่พบการศึกษาดังกล่าวในประเทศไทย ดังนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีความร่วมมือในการรักษา มีอัตราการตายลดลง ทำให้การปลูกถ่ายแต่ละครั้งเกิดผลประโยชน์สูงสุด และมีความคุ้มค่ามากที่สุดการบำบัดหรือสร้างกระบวนการ เพื่อลดภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยปลูกถ่ายจึงมีความสำคัญ

คำสำคัญ : ความเศร้า, ภาวะซีมเศร้า, การปลูกถ่ายอวัยวะต้น, การปลูกถ่ายหัวใจ, การปลูกถ่ายปอด, การปลูกถ่ายตับ, การปลูกถ่ายไต, คุณภาพชีวิต.

กว่าครึ่งศตวรรษการมุ่งค้นคว้าวิจัยองค์ความรู้ทางการแพทย์ นำมาซึ่งความก้าวหน้าในการพัฒนาวงการทั้งด้านการบำบัด และการรักษา เทคนิคใหม่มากมายถูกสรรสร้างผ่านกระบวนการคิดค้นตรวจสอบซ้ำ ๆ จนสามารถนำมาใช้ปฏิบัติจริง พร้อมมีการปรับปรุงต่อยอดอยู่อย่างไม่หยุดนิ่ง เพื่อมุ่งหมายให้เกิดประสิทธิภาพประสิทธิผล โดยวัตถุประสงค์สุดท้าย ได้แก่ การสร้างอรรถประโยชน์สูงสุด คือ สร้างเสริมสุขภาพอย่างสมบูรณ์แก่ผู้รับบริการ ให้ผู้รับการปลูกถ่ายมีคุณภาพชีวิตที่ดี กล่าวคือสามารถกลับไปดำรง และดำเนินกิจกรรมในชีวิตด้วยศักยภาพของตน ทั้งทางกาย ใจ และสังคมอย่างราบรื่นตามสมควรแห่งบุคคลผู้นั้น⁽¹⁻⁴⁾ ทั้งนี้การปลูกถ่ายอวัยวะ (organ transplantation) เป็นอีกหนึ่งในรูปแบบการรักษาที่มีการค้นคว้าพัฒนาต่อเนื่องก้าวหน้า และประสบความสำเร็จเพิ่มขึ้นเรื่อยมาตามลำดับ นับตั้งแต่การปลูกถ่ายกระจกตา ไปจนถึงอวัยวะสำคัญ เช่น ตับ หัวใจและปอด อย่างไรก็ตามถึงแม้องค์ความรู้ และเทคโนโลยีการปลูกถ่ายอวัยวะจะมีความก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น การรักษาโดยการปลูกถ่ายอวัยวะมีความต้องการมากขึ้น (รูปที่ 1)⁽⁵⁾ กลับพบ

กับอีกปัญหาสำคัญ นั่นก็คือการขาดแคลนอวัยวะที่จะนำมาปลูกถ่าย แม้จะมีการขอรับบริจาคจากผู้บริจาคที่มีชีวิตอยู่ และจากผู้บริจาคที่มีภาวะสมองตายแล้ว ก็ยังคงไม่พอเพียงต่อความต้องการของผู้ป่วยทั้งหมด ท้ายที่สุดแล้วมีผู้ป่วยเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่จะได้รับการปลูกถ่ายจากสถิติการปลูกถ่ายอวัยวะขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี ค.ศ. 2012 ในจำนวน 109 ประเทศทั่วโลกมีการปลูกถ่ายอวัยวะรวมกันประมาณ 114,690 ราย โดยอวัยวะที่มีการปลูกถ่ายมากที่สุดคือ ไต ซึ่งตัวเลขสูงถึง 77,818 ราย รองลงมาได้แก่ ตับ หัวใจ ปอด ตับอ่อนและลำไส้เล็กตามลำดับ⁽⁶⁾ แม้ว่าจำนวนของการปลูกถ่ายจะสูงขึ้นกว่าปี ค.ศ.2011 ประมาณ 1.8% แต่ในภาพรวมก็ยังไม่พอดตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งหมด องค์การอนามัยโลกประมาณการกันว่าตัวเลขนี้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้เพียง 10% ของผู้ป่วยทั้งหมดที่รอรับการปลูกถ่ายอวัยวะ⁽⁵⁾ ในประเทศไทยมีรายงานการปลูกถ่ายไต เมื่อปี ค.ศ. 2012 รวมจำนวนทั้งสิ้นเพียง 465 รายทั่วประเทศ⁽⁷⁾ ซึ่งนับว่าเป็นจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับความต้องการทั้งหมด



รูปที่ 1. การเปลี่ยนถ่ายอวัยวะต้นของโลก

จากสาเหตุดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความสำคัญในการปลูกถ่ายแต่ละครั้ง ทั้งในแง่ต่อตัวของผู้รับการเปลี่ยนถ่าย และความคุ้มค่าของการส่งต่ออวัยวะหนึ่ง ๆ ดังนั้นการปลูกถ่ายแต่ละครั้งจึงควรสามารถสร้างคุณประโยชน์สูงสุด เกิดความคุ้มค่ามากที่สุด ต่อคุณภาพชีวิตของผู้รับการเปลี่ยนถ่าย

ทั้งนี้ผู้ป่วยที่เข้ารับการปลูกถ่ายอวัยวะ มักเป็นผู้ป่วยที่มีอาการของโรครุนแรง หรือไม่ตอบสนองต่อการรักษาวิธีอื่น เช่น ตับวาย ไตวาย เป็นต้น โดยลักษณะของโรค และอาการมักส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย กล่าวคือ ผู้ป่วยมักจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าคนปกติทั่วไป ซึ่งเริ่มตั้งแต่ช่วงก่อนรับการปลูกถ่ายอวัยวะช่วงที่รอรับการปลูกถ่าย และอาจรวมถึงช่วงหลังรับการปลูกถ่ายอวัยวะในผู้ป่วยบางรายด้วย

คุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้เปลี่ยนถ่ายหัวใจ (Quality of Life: Heart transplantation)

นับตั้งแต่การปลูกถ่ายหัวใจครั้งแรกในปี ค.ศ. 1967 วิทยาการด้านการปลูกถ่ายหัวใจมีความก้าวหน้าอย่างมากในช่วง 40 ปีที่ผ่านมา ทั้งด้านการปลูกถ่ายและการดูแลผู้ป่วยหลังปลูกถ่าย ผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายหัวใจมีคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ดี แต่ในขณะเดียวกันก็พบว่าผู้ป่วยบางกลุ่มที่คุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ต่ำ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มหลังนี้มักให้ประวัติเรื่องความเครียดและความคับข้องใจ สัมพันธ์กับอารมณ์ซึมเศร้า ซึ่งการมีอารมณ์ซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการปลูกถ่ายนี้จะเพิ่มอัตราการตายถึง 2 เท่า⁽⁸⁾ จากการศึกษาของ Kathleen และคณะพบว่าสาเหตุของความเครียดในผู้ป่วยปลูกถ่ายหัวใจที่พบบ่อย 3 ลำดับได้แก่ ปัญหาด้านการเรียน การทำงานและการเงิน⁽⁹⁾ Paula และคณะ ได้ทำการศึกษาถึงไปถึงวิธีแก้ปัญหาของผู้ป่วยปลูกถ่ายหัวใจ พบว่าผู้ป่วยมีวิธีแก้ปัญหาที่หลากหลาย แต่จะมีบางวิธีเท่านั้นที่ถูกเลือกใช้บ่อย ๆ เช่น การมองเฉพาะปัญหาเท่านั้น ขาดการจัดการกับอารมณ์อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ผู้ป่วยปลูกถ่ายไม่ร่วมมือในการรักษา คือ

การมีภาวะซึมเศร้า⁽¹⁰⁾

การศึกษาในปัจจุบันเกี่ยวกับปัจจัยด้านจิตใจต่อผู้ป่วยยังมีข้อมูลอยู่น้อย แต่ก็พอที่จะทำให้เห็นภาพความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การแก้ปัญหาและอารมณ์ซึมเศร้า ที่มีผลต่อผู้ป่วยปลูกถ่ายได้ ดังนั้นหากมีการศึกษามากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการจัดการกับอารมณ์ซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ย่อมจะนำมาซึ่งการยกระดับคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยได้

คุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้เปลี่ยนถ่ายปอด (Quality of Life: Lung transplantation)

การศึกษาคูณภาพชีวิตในผู้ป่วยปลูกถ่ายปอดพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมหลังรับการปลูกถ่ายจะดีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ด้านการทำงานของร่างกาย คุณภาพชีวิตจะดีขึ้นอย่างรวดเร็วภายใน 1 ปีแรกหลังรับการปลูกถ่ายอวัยวะ หลังจากนั้นจะคงที่ไปเรื่อย ๆ ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เป็นผลจากการแลกเปลี่ยนออกซิเจนในร่างกายดีขึ้น ผู้ป่วยจึงสามารถเคลื่อนไหวร่างกายและทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้มากขึ้น ดูแลตนเองได้มากขึ้นเมื่อเทียบกับช่วงก่อนการปลูกถ่าย⁽¹¹⁾

ทางด้านจิตใจกลับให้ผลตรงกันข้าม โดยพบว่าผู้ป่วยปลูกถ่ายส่วนหนึ่งจะมีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ช่วงก่อนปลูกถ่ายแล้ว โดยความชุกจะแตกต่างกันไปตามอาการของผู้ป่วย กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีอาการหอบเหนื่อยมาก มีอาการปวดมาก มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดี มีปัญหาในการเคลื่อนไหวหรือออกกำลังกาย จะเป็นกลุ่มที่พบอารมณ์ซึมเศร้าได้บ่อย ซึ่งผู้ป่วยที่มีระดับของภาวะซึมเศร้าที่สูงก่อนการปลูกถ่าย จะสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้าหลังปลูกถ่ายด้วย หรืออาจกล่าวได้ว่าการปลูกถ่ายปอดไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและไม่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปลูกถ่าย⁽¹²⁾ และเมื่อติดตามผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายเป็นระยะเวลา 2 ปี จะพบผู้ป่วยที่มีโรคซึมเศร้าร่วมด้วยราว 1 ใน 3 ของผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือการมีภาวะซึมเศร้าอยู่ก่อนตั้งแต่ช่วงก่อนปลูกถ่ายปอด ขาดการช่วยเหลือดูแลจากครอบครัว และมีการแสดงออก

ทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม⁽¹³⁾ ซึ่งภาวะซึมเศร้าจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงในทุกด้าน การทำกิจกรรมลดลง การช่วยเหลือตนเองลดลง⁽¹⁴⁾

คุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้เปลี่ยนถ่ายตับ (Quality of Life: Liver transplantation)

ผู้ป่วยโรคตับที่รอรับการปลูกถ่าย มักมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าคนทั่วไปทั้งด้านร่างกายและจิตใจ⁽¹⁵⁾ สาเหตุมาจากอาการอ่อนแรงจากมวลกล้ามเนื้อที่ลดลงและการทำงานของร่างกายที่ลดลง (functional class) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์⁽¹⁶⁾ ซึ่งการลดลงของมวลกล้ามเนื้อส่งผลโดยตรงต่อการทำกิจกรรม คือ ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ลดลง นอกจากนี้ ยังพบอีกว่าสาเหตุอื่นที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคตับ คือ ระดับของความเจ็บปวดและภาวะซึมเศร้า โดยผู้ป่วยรอการปลูกถ่ายที่มีระดับความเจ็บปวดต่ำกว่า มีอารมณ์ซึมเศร้าน้อยกว่าจะสัมพันธ์กับความสำเร็จในการปลูกถ่ายที่มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น⁽¹⁷⁾

การปลูกถ่ายตับจะทำให้ผู้ป่วยกลับมามีการทำงานของร่างกายที่ดีขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจหลังรับการปลูกถ่ายดีขึ้นอย่างมากเมื่อเทียบกับก่อนปลูกถ่าย อย่างไรก็ตาม พบว่าคุณภาพชีวิตก็ยังไม่เท่ากับคนปกติทั่วไป โดยเฉพาะช่วง 1 ปีแรกหลังการปลูกถ่าย จะมีคุณภาพต่ำที่สุดเนื่องมาจากอาการทางกาย ได้แก่ อ่อนแรง เหนื่อยง่ายและการทำงานของร่างกายที่ยังจำกัดอยู่ แต่หลังจากนั้นอาการทางกายเหล่านี้จะค่อย ๆ ดีขึ้นตามลำดับเมื่อเวลาผ่านไป⁽¹⁸⁾

ด้านจิตใจของผู้ป่วยปลูกถ่ายปัจจัยต่อคุณภาพชีวิตที่พบบ่อยที่สุดคือ ภาวะซึมเศร้า โดยพบภาวะดังกล่าวได้สูงถึงครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยทั้งหมด⁽¹⁹⁾ ซึ่งภาวะซึมเศร้านี้เพิ่มอัตราการตายและลดอัตราการรอดชีวิตใน 10 ปีหลังการปลูกถ่ายของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยปลูกถ่ายที่มีระดับอารมณ์ซึมเศร้าสูงจะมีอัตราการตายสูงเป็น 2 เท่าของผู้ป่วยปลูกถ่ายที่มีระดับอารมณ์ซึมเศร้าต่ำ⁽²⁰⁾ อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้ป่วยปลูกถ่ายที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาจนภาวะ

ซึมเศร่าลดลงแล้ว จะมีอัตราการตายที่ลดลงจนเทียบเท่าผู้ป่วยปลูกถ่ายที่ไม่มีภาวะซึมเศร่าด้วย⁽²¹⁾

จากการสืบค้นข้อมูลทำให้เห็นถึงความสำคัญของภาวะซึมเศร้า เนื่องจากเป็นปัจจัยที่พบได้บ่อยถึงครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยปลูกถ่ายตับ ส่งผลกระทบเชิงลบต่อคุณภาพชีวิต อัตราการตายและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นหากสามารถหาวิธีจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพ ย่อมส่งผลดีต่อผู้ป่วยปลูกถ่ายอย่างมาก

คุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้เปลี่ยนถ่ายไต (Quality of Life: Kidney transplantation)

การศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเข้ารับการปลูกถ่ายไตให้ผลการศึกษาที่คล้ายกัน คือ มีคุณภาพชีวิตที่แย่กว่าคนทั่วไปตั้งแต่ก่อนรับการปลูกถ่ายไต การศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องเข้ารับการฟอกไตเป็นประจำพบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่แย่กว่าคนทั่วไป โดยผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตแย่งจะสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ลดลงด้วย⁽²²⁾ และในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตแล้วพบว่ามีความรู้ชีวิตที่แย่กว่าคนทั่วไปในหลายด้านเช่นกัน ทั้งทางด้านสุขภาพร่างกาย การเข้าสังคมการทำงานของร่างกายและสภาพจิตใจ⁽²³⁾

ปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งช่วงก่อนและหลังการปลูกถ่ายไตคือ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบได้ประมาณ 30 - 50 เปอร์เซ็นต์ในผู้ป่วยโรคไตก่อนการปลูกถ่าย⁽²⁴⁾ ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้านี้ จะเพิ่มอัตราการเจ็บป่วย การเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล⁽²⁵⁾ เพิ่มอัตราการสัลดกราฟท์และอัตราการตายหลังเข้ารับการปลูกถ่ายไตถึง 3 - 4 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยปลูกถ่ายที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า⁽²⁶⁾

ผู้ป่วยหลังการปลูกถ่ายไต พบอารมณ์ซึมเศร้าได้ประมาณ 20 เปอร์เซ็นต์⁽²⁷⁾ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความร่วมมือในการรักษาลดลง ได้แก่ ทานยาไม่สม่ำเสมอ ลืมเวลาทานยาไม่มาตามนัด เป็นต้น⁽²⁸⁾ ซึ่งส่งผลให้การรักษาไม่ดีเท่าที่ควร เพิ่มอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายได้

ดังนั้นการจัดการกับภาวะซึมเศร้าจึงมีความสำคัญกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยควรจะเริ่มตั้งแต่ช่วงรอการปลูกถ่าย หรือตั้งแต่อยู่ใน waiting list และอาจรวมไปถึงช่วงติดตามการรักษาหลังการปลูกถ่ายด้วย ซึ่งงานวิจัยของ James R และคณะ ได้ทำการทดลองที่น่าสนใจในเรื่องนี้ โดยการบำบัดเพื่อลดอารมณ์ซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยเปลี่ยนถ่ายไต เป็นการบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive therapy) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที ในแต่ละชั่วโมงของการบำบัดจะเน้นที่ความเข้าใจในโรคและการรักษาการพูดคุยสร้างความสัมพันธ์ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึกของตน การพูดคุยเกี่ยวกับความตาย เป็นต้น โดยผู้บำบัดทำหน้าที่เป็นผู้ฟังแบบ active listener คือฟังมากกว่าพูดฟังโดยจับใจความ ค้นหาความหมายและอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ในประโยคของผู้ป่วย แล้วจึงค่อยสะท้อนความรู้สึกและกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองมากขึ้น ซึ่งผลการทดลองพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดมีภาวะซึมเศร้าลดลงเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับเพียงการรักษามาตรฐาน และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย⁽²⁹⁾

จากข้อมูลดังกล่าวผู้เขียนตั้งข้อสังเกตว่า แม้จะมีผลงานวิจัยที่เน้นย้ำถึงอันตรายของภาวะซึมเศร้าที่ติดต่อผู้ป่วยปลูกถ่ายอวัยวะ ทั้งในช่วงก่อนการปลูกถ่ายและหลังการปลูกถ่าย แต่กลับพบว่ามีงานวิจัยน้อยมากที่กล่าวถึงวิธีการจัดการหรือการบำบัดอย่างเป็นขั้นตอนที่มุ่งเน้นเพื่อลดอารมณ์ซึมเศร้า และจากการสืบค้นยังไม่พบการศึกษาดังกล่าวในประเทศไทยอีกด้วย

ดังนั้นการศึกษาในด้านการบำบัดหรือสร้างกระบวนการเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปลูกถ่ายโดยคาดหวังว่าเมื่อภาวะซึมเศร้าลดลงแล้ว ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีความร่วมมือในการรักษา มีอัตราการตายลดลง ซึ่งจะทำให้การปลูกถ่ายแต่ละครั้งเกิดผลประโยชน์สูงสุดและมีความคุ้มค่ามากที่สุดด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์พรชัย สิทธิศรัณย์กุล และรองศาสตราจารย์ ดร.สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ นายแพทย์ สมรักษ์ สันติเบญจกุล ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และอาจารย์ นายแพทย์ รัตนศักดิ์ เจริญธรรม จิตแพทย์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและความช่วยเหลืออันเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ต่อผู้เขียน

อ้างอิง

1. Wan C, Li H, Fan X, Yang R, Pan J, Chen W, Zhao R. Development and validation of the coronary heart disease scale under the system of quality of life instruments for chronic diseases QLICD-CHD: combinations of classical test theory and Generalizability Theory. *Health Qual Life Outcomes* 2014 2014 Jun 4;12:82
2. Lemonnier I, Guillemin F, Arveux P, Clement-Duchene C, Velten M, Woronoff-Lemsi MC, Jolly D, Baumann C. Quality of life after the initial treatments of non-small cell lung cancer: a persistent predictor for patients' survival. *Health Qual Life Outcomes* 2014 May 15;12:73
3. Diouf M, Chibaudel B, Filleron T, Tournigand C, Hug de Larauze M, Garcia-Larnicol ML, Dumont S, Louvet C, Perez-Staub N, Hadengue A, et al. Could baseline health-related quality of life (QoL) predict overall survival in metastatic colorectal cancer? The results of the GERCOR OPTIMOX 1 study. *Health Qual Life Outcomes* 2014 May

- 13;12:69
4. Lin JH, Huang MW, Wang DW, Chen YM, Lin CS, Tang YJ, Yang SH, Lane HY. Late-life depression and quality of life in a geriatric evaluation and management unit: an exploratory study. *BMC Geriatr* 2014 Jun 18; 14:77
 5. GODT. Global Observatory on Donation and Transplantation [online]. 2012 [cited 2015 Jan 23]. Available from: <http://www.transplant-observatory.org/Pages/home.aspx>
 6. Terasaki PI. Humoral theory of transplantation. *Am J Transplant* 2003 Jun;3(6):665-73
 7. สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย. รายงานข้อมูลการปลูกถ่ายไต ประจำปี พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์, 2555
 8. Rosenberger EM, Fox KR, DiMartini AF, Dew MA. Psychosocial factors and quality-of-life after heart transplantation and mechanical circulatory support. *Curr Opin Organ Transplant* 2012 Oct;17(5):558-63
 9. Grady KL, Wang E, White-Williams C, Naftel DC, Myers S, Kirklin JK, Rybarczyk B, Young JB, Pelegri D, Kobashigawa J, et al. Factors associated with stress and coping at 5 and 10 years after heart transplantation. *J Heart Lung Transplant* 2013 Apr;32(4):437-46
 10. Pfeifer PM, Ruschel PP, Bordignon S. Coping strategies after heart transplantation: psychological implications. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2013 Mar;28(1):61-8
 11. Stavem K, Bjortuft O, Lund MB, Kongshaug K, Geiran O, Boe J. Health-related quality of life in lung transplant candidates and recipients. *Respiration* 2000;67(2):159-65
 12. Ryerson CJ, Arean PA, Berkeley J, Carrieri-Kohlman VL, Pantilat SZ, Landefeld CS, Collard HR. Depression is a common and chronic comorbidity in patients with interstitial lung disease. *Respirology* 2012 Apr;17(3): 525-32
 13. Dew MA, DiMartini AF, DeVito Dabbs AJ, Fox KR, Myaskovsky L, Posluszny DM, Switzer GE, Zomak RA, Kormos RL, Toyoda Y. Onset and risk factors for anxiety and depression during the first 2 years after lung transplantation. *Gen Hosp Psychiatry* 2012 Mar;34(2):127-38
 14. Baranyi A, Krauseneck T, Rothenhausler HB. Overall mental distress and health-related quality of life after solid-organ transplantation: results from a retrospective follow-up study. *Health Qual Life Outcomes* 2013 Feb 8; 11:15
 15. Alonso EM, Limbers CA, Neighbors K, Martz K, Bucuvalas JC, Webb T, Varni JW. Cross-sectional analysis of health-related quality of life in pediatric liver transplant recipients. *J Pediatr* 2010 Feb;156(2):270-6
 16. Galant LH, Forgiarini Junior LA, Dias AS, Marroni CA. Functional status, respiratory muscle strength, and quality of life in patients with cirrhosis. *Rev Bras Fisioter* 2012 Jan; 16(1):30-4
 17. Rodrigue JR, Hanto DW, Curry MP. Patients' expectations and success criteria for liver transplantation. *Liver Transpl* 2011 Nov; 17(11):1309-17
 18. Butt Z, Parikh ND, Skaro AI, Ladner D, Cella D. Quality of life, risk assessment, and safety

- research in liver transplantation: new frontiers in health services and outcomes research. *Curr Opin Organ Transplant* 2012 Jun;17(3): 241-7
19. Chen PX, Yan LN, Wang WT. Health-related quality of life of 256 recipients after liver transplantation. *World J Gastroenterol* 2012 Sep;18(36):5114-21
20. DiMartini A, Dew MA, Chaiffetz D, Fitzgerald MG, Devera ME, Fontes P. Early trajectories of depressive symptoms after liver transplantation for alcoholic liver disease predicts long-term survival. *Am J Transplant* 2011 Jun;11(6):1287-95
21. Rogal SS, Dew MA, Fontes P, DiMartini AF. Early treatment of depressive symptoms and long-term survival after liver transplantation. *Am J Transplant* 2013 Apr;13(4):928-35
22. Neri L, McEwan P, Sennfalt K, Baboolal K. Characterizing the relationship between health utility and renal function after kidney transplantation in UK and US: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 2012 Nov 23;10:139
23. Wei TY, Chiang YJ, Hsieh CY, Weng LC, Lin SC, Lin MH. Health related quality of life of long-term kidney transplantation recipients. *Biomed J* 2013 Sep;36(5):243-51
24. Cukor D, Coplan J, Brown C, Friedman S, Cromwell-Smith A, Peterson RA, et al. Depression and anxiety in urban hemodialysis patients. *Clin J Am Soc Nephrol* 2007 May; 2(3):484-90
25. Lopes AA, Bragg J, Young E, Goodkin D, Mapes D, Combe C, et al. Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United States and Europe. *Kidney Int* 2002 Jul; 62(1):199-207
26. Corruble E, Barry C, Varescon I, Durrbach A, Samuel D, Castaing PD, et al. Report of depressive symptoms on waiting list and mortality after liver and kidney transplantation: a prospective cohort study. *BMC Psychiatry* 2011 Nov 21; 11: 182
27. Kusleikaite N, Bumblyte IA, Pakalnyte R. Quality of life and depression in renal transplant patients. *Medicina (Kaunas)* 2007;43 Suppl 1:103-8
28. Weng FL, Chandwani S, Kurtyka KM, Zacker C, Chisholm-Burns MA, Demissie K. Prevalence and correlates of medication non-adherence among kidney transplant recipients more than 6 months post-transplant: a cross-sectional study. *BMC Nephrol* 2013 Dec 1; 14:261
29. Rodrigue JR, Mandelbrot DA, Pavlakis M. A psychological intervention to improve quality of life and reduce psychological distress in adults awaiting kidney transplantation. *Nephrol Dial Transplant* 2011 Feb;26(2): 709-15