

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่สามารถพบได้บ่อยมากโรคหนึ่งในประชากรทั่วไป โดยพบว่าโอกาสที่ผู้หญิงจะเป็นโรคนี้เท่ากับร้อยละ 5-9 ส่วนผู้ชายร้อยละ 2-3 อายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มเป็นโรค คือ 24 ปี (สมภพ เรืองตระกูล, 2548ก) และจากรายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2553 จำนวนผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตของประเทศไทยกระจายตามเขตสาธารณสุขรายจังหวัด ปี 2551 มีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 148,240 คน ปี 2552 มีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 165,785 คน ปี 2553 มีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 153,756 คน (กรมสุขภาพจิต, 2553) นอกจากนี้โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น องค์การอนามัยโลกได้รายงานเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าว่าเป็นสาเหตุของการสูญเสียความสามารถของประชากรโลก 1 ใน 10 อันดับแรก คิดเป็นร้อยละ 10.7 เนื่องจากโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่เป็นนาน และเป็นซ้ำได้ค่อนข้างบ่อย ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนได้สูงกว่าโรคอื่นๆ (WHO, 2003) นอกจากนี้ยังคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2020 โรคซึมเศร้าจะทวีความรุนแรงขึ้นเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจขาดเลือด โดยสาเหตุของโรคซึมเศร้า ได้แก่ พันธุกรรม ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของโรค ความผิดปกติทางชีวเคมีของสมอง สาเหตุทางด้านจิตใจ พฤติกรรมการเรียนรู้ผิดปกติ (สมภพ เรืองตระกูล, 2549)

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีอาการซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน มีความสนใจหรือความสุขใจกิจกรรมต่างๆ ทั้งหมดหรือแทบทั้งหมดลดลง น้ำหนักลดลง นอนไม่หลับ ซ้ำลง อ่อนเพลีย รู้สึกตนเองไร้ค่า สมาธิลดลง คิดถึงเรื่องตายอยู่เรื่อยๆ โดยผู้ป่วยจะต้องมีอาการอย่างน้อย 5 อาการ และจะต้องมีอาการร่วมกันอยู่นาน 2 สัปดาห์ และอาการเหล่านี้ไม่ได้เข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสำหรับอาการผสม (mixed episode) อาการเหล่านี้ไม่ได้เกิดจากผลโดยตรงทางด้านสรีรวิทยาจากสารเสพติด ยา หรือภาวะความเจ็บป่วยทางกาย และไม่ได้เกิดจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (bereavement) นอกจากนี้อาการเหล่านี้ยังส่งผลทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน เนื่องจากการทำกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆ ที่สำคัญบกพร่องลงไป (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2550)

การรักษาโรคซึมเศร้านั้นมีอยู่หลายวิธี เช่น การรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาด้วยยา การบำบัดทางจิต ซึ่งจะรักษาด้วยวิธีใดขึ้นกับระดับความรุนแรงของโรค โดยจะแบ่งการรักษาเป็น 3 ระยะ คือ ในระยะแรกระยะเฉียบพลัน คือ ตั้งแต่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ในระยะนี้จะมีการรักษาด้วยยา หรือจิตบำบัด หรือการรักษาทั้ง 2 อย่างร่วมกัน ระยะต่อเนื่อง คือ เป็นการรักษาเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค โดยการให้ยาด้านเศร้า ซึ่งปริมาณที่ให้จะขึ้นกับความรุนแรงของโรคและในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองซ้ำๆ จะมีการรักษาด้วยยาร่วมกับการรักษาด้วยไฟฟ้า และระยะสุดท้าย คือ ระยะคงสภาพ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2550) เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่องมีโอกาสดังกล่าวสูงถึงร้อยละ 50 ในขณะที่ผู้ป่วยที่รับประทานยาต่อเนื่องมีโอกาสดังกล่าวร้อยละ 20 (Mayall et al., 2004) ฉะนั้นผู้ป่วยจึงต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Hollon et al., 2005) และในการป้องกันกลับเป็นซ้ำผู้ป่วยจะต้องได้รับยาป้องกันอย่างน้อย 2-3 ปี จากนั้นควรมีการประเมินอีกครั้งว่าควรให้ยาป้องกันต่อหรือไม่ โดยถ้าผู้ป่วยมีประวัติการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล 3 ครั้งขึ้นไปจะให้ยาป้องกันเป็นเวลาอย่างน้อย 5 ปี (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2550) เนื่องจากผู้ป่วยต้องรับประทานยาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานเพราะฉะนั้นผู้ป่วยจึงต้องให้ความร่วมมือ คือ ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ด้วยการรับประทานยา และการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารับประทานยาอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งที่สำคัญเพื่อป้องกันในการกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากการขาดยา ดังนั้นหากมีแนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาด้านเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากการขาดยา (Melfi et al., 1998)

การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นโปรแกรมหนึ่งของการป้องกันการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยอาการกำเริบจากการขาดยา เนื่องจากความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นปัญหาที่สำคัญของการรักษาโรคซึมเศร้า (Katon et al., 2001) โดยวิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามียุทธวิธี เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา ปริมาณ วัตถุประสงค์ รวมทั้งผลข้างเคียงในการรับประทานยา และช่วยเหลือผู้ป่วยให้เข้าใจถึงความสำคัญของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Bucci et al., 2003; Sleath et al., 2003) กระตุ้นผู้ป่วยในการปฏิบัติตามแผนการรักษา การสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับการส่งเสริมการรักษาด้วยยา (Voils et al., 2005; Corrine et al., 2005) การติดตามผู้ป่วยโดยการใช้โทรศัพท์ในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะขาดยา (Simon, 2002) การใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วย เช่น การใช้เครื่องช่วยเตือน และการใส่ยาในกล่องที่จัดยาเป็นสัดส่วน ซึ่งอาจจะช่วยในผู้ป่วยที่ยาก

ในการรับประทานยาตามแผนการรักษา (Osterberg and Blaschke, 2005) การให้ความรู้ผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า รวมถึงการมีสัมพันธภาพที่ดีของผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และเห็นถึงความจำเป็นในการรักษาด้วยยา ซึ่งช่วยในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Haynes, 2005)

โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลจิตเวชขนาด 700 เตียง มีภารกิจหลักด้านการบริการสุขภาพจิต จิตเวช และสารเสพติดในระดับตติยภูมิ พบว่าในปีงบประมาณ 2551 ถึง 2553 มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการจำนวน 1,771, 1,866 และ 1,926 คน และมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 1,468, 1,524 และ 1,571 คน ตามลำดับ (รายงานประจำปี โรงพยาบาลสวนปรุง, 2551-2553) ตึกจิระ โรงพยาบาลสวนปรุง พบความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยจากสถิติของผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำเนื่องจากมีอาการกำเริบจากการขาดยา ตึกจิระ โรงพยาบาลสวนปรุง ปีงบประมาณ 2551 ถึง 2553 มีจำนวน 19, 18, 20 คน จากจำนวนผู้ป่วยที่มา รักษาซ้ำ 36, 44, 37 คน คิดเป็นร้อยละ 52.77, 40.9, 54.05 ตามลำดับ และสถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่มาตรวจตามนัด ตึกจิระ โรงพยาบาลสวนปรุง ปีงบประมาณ 2551 ถึง 2553 มีจำนวน 21, 19, 20 คน จากจำนวนผู้ป่วยที่เคยรับการรักษาทั้งหมด 36, 44, 37 คน คิดเป็นร้อยละ 58.33, 43.18, 54.05 ตามลำดับ (แฟ้มประวัติผู้ป่วย โรงพยาบาลสวนปรุง, 2551-2553)

จากสถิติของการกลับมารักษาซ้ำจากการขาดยา และสถิติการไม่มาตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตึกจิระ ดังที่กล่าวมานั้นพบว่ามีสถิติค่อนข้างที่จะสูง และจากรายงานเรื่องสาเหตุการขาดยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตึกจิระ โรงพยาบาลสวนปรุง ตั้งแต่เดือนกันยายน-ตุลาคม 2553 พบว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 10 คน ที่มารับการรักษาที่ตึกจิระ โรงพยาบาลสวนปรุง รับประทานยาไม่ต่อเนื่องจนต้องกลับมารับการรักษาซ้ำเนื่องจากคิดว่าตนเองหายดีจึงไม่จำเป็นต้องรับประทานยาต่อมีจำนวน 7 คน รับประทานยาแล้วว่างจำนวน 3 คน (กุลธิดา สิทธิวัง, 2553ข) ซึ่งจากรายงานสามารถสรุปได้ว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และกลับมารักษาซ้ำในช่วงเดือนกันยายน-ตุลาคม 2553 เนื่องจากผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงความรู้ความเข้าใจต่ออาการข้างเคียงที่เกิดยาและแนวทางในการแก้ไข

นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังจากที่แพทย์มีแผนการรักษาให้นอนโรงพยาบาลผู้ป่วย จะได้รับการดูแลรักษาในตึกผู้ป่วยใน โดยมีพยาบาลเป็นผู้ที่ให้การพยาบาล แต่จากรายงานเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ตึกจิระ โรงพยาบาลสวนปรุง ในเดือนตุลาคม 2553 จำนวน 10 คน พบว่าพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่

เหมือนกัน โดยให้การพยาบาลไปตามความรู้และทักษะของแต่ละคน สาเหตุมาจากยังไม่มีแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ชัดเจนในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาที่จะสามารถร่วมทำงานเป็นทีมได้ ดังเช่น พยาบาลบางคนมีการปฏิบัติการพยาบาลโดยการสร้างสัมพันธภาพ สนทนาเชิงบำบัด ให้คำปรึกษารายบุคคล ให้สุขภาพจิตศึกษาขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลและก่อนกลับบ้าน ให้จิตบำบัดรายบุคคล ให้จิตบำบัดรายกลุ่ม พยาบาลบางคนมีการปฏิบัติการพยาบาลโดยมีการประเมินทัศนคติต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย การให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง การรักษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ในขณะที่บางคนนอกจากจะมีการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลและก่อนกลับบ้านแล้ว ยังมีการสร้างความตระหนักให้กับผู้ป่วยให้เห็นถึงความสำคัญของการรับประทานยา รวมถึงการส่งต่อให้กับชุมชนในการดูแลผู้ป่วยในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ส่วนพยาบาลอีกส่วนหนึ่งมีวิธีการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะมีการเตือนผู้ป่วยให้รับประทานยาทางการโทรศัพท์ (กุลธิดา สิทธิวัง, 2553ก) ดังนั้นหากมีแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ชัดเจนในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าน่าจะทำให้ผู้ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีแนวทางในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มาตรวจตามนัด และลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ

แนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline) คือ ข้อความที่จัดขึ้นอย่างเป็นระบบที่ระบุถึงแนวปฏิบัติที่ช่วยในการตัดสินใจ เพื่อปฏิบัติการช่วยให้บุคลากรมีความสะดวกในการใช้ เกิดการทำงานร่วมกันเป็นทีม และลดความหลากหลายของการปฏิบัติทำให้ค่าใช้จ่ายและคุณภาพในการรักษาดีขึ้น มีความเหมาะสมในการดูแลสำหรับสถานการณ์ทางคลินิกที่เฉพาะโดยอาศัยหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์จากการค้นคว้าอย่างเป็นระบบ (Kolata, 2004; Penney and Foy, 2007) ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่ตึกจิระ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ จากการทบทวนวรรณกรรมภายในประเทศและต่างประเทศพบว่ามีหลายแนวปฏิบัติ ทางคลินิกที่ดีโดยวรรณกรรมภายในประเทศที่ได้ไปทบทวนมาได้แก่ แนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท แผนงานการพยาบาลผู้ป่วย นอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ที่พัฒนาโดย สุดรัก พิละกันทา (2550) แต่เนื่องจากแนวปฏิบัตินี้ใช้ในผู้ป่วยจิตเภทจึงไม่เหมาะที่จะนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ที่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่รับการรักษาที่ตึกจิระ โรงพยาบาลสวนปรุง และวรรณกรรมต่างประเทศที่ได้ทบทวนมาได้แก่ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านเศร้าของความเชื่อผู้ป่วยเกี่ยวกับยา (Adherence to Maintenance Phase Antidepressant Medication as a Function of Patient

Beliefs About Medication) ของออลิเคน และคณะ (Aikens et al., 2005) กลยุทธ์ในการปรับปรุงการส่งเสริมการรับประทานยากับภาวะซึมเศร้า (Strategies to Improve Medication in Patients with Depression) ของบัคชี และคณะ (Bucci et al., 2003) และโปรแกรมของเภสัชศาสตร์ในการปรับปรุงการรับประทานยาด้านเศร้าในการรักษาผู้ป่วยในระยะแรก (A Pharmacy-Based Coaching Program to Improve Adherence to Antidepressant Treatment Among Primary Care Patient) ของบรู๊ค และคณะ (Brook et al., 2005) ซึ่งวรรณกรรมทั้ง 3 เป็นวรรณกรรมที่ดี แต่เนื่องจากเป็นวรรณกรรมจากต่างประเทศ จึงค่อนข้างจะมีความยุ่งยาก เนื่องจากจะต้องมีการนำมาแปลเป็นภาษาไทยก่อนที่จะนำมาใช้ การศึกษาครั้งนี้จึงได้นำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ของอรพินท์ สมบัติวัฒนางกูร (2551) ที่ปรับมาจากแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท แผนกงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งพัฒนาโดยสุตกรัก พิละกันทา (2550) เนื่องจากสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม มีการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ทดลองใช้แล้วว่ามีผลดี และจากการใช้แบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก (Appraisal of guidelines of research & evaluation [AGREE] instrument) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย จวีวรรณ ธงชัย (2547) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พบว่าแนวปฏิบัติมีคุณภาพ มีความเหมาะสมตามคุณลักษณะของแนวปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งได้คะแนนในแต่ละหมวดมากกว่าร้อยละ 80 เนื่องจากแนวปฏิบัติทางคลินิกมีขอบเขตและวัตถุประสงค์ชัดเจน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการพัฒนา มีขั้นตอนของการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ง่ายต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน มีความชัดเจนในการนำเสนอ และมีความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ที่ปรับโดยอรพินท์ สมบัติวัฒนางกูร (2551) ได้มีการนำมาใช้ในโรงพยาบาลพุทธชินราช ที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดพิษณุโลก และเป็นโรงพยาบาลแห่งแรกในส่วนภูมิภาค ให้บริการด้านการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคทุกสาขาวิชา แพทย์ในระดับตติยภูมิ ขนาด 900 เตียง และไม่มีการรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่เป็นการดูแลในแผนกผู้ป่วยนอก ถึงแม้ว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพุทธชินราช จะนำมาใช้ในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่แผนกผู้ป่วยนอก แต่เนื่องด้วยสภาพปัญหาความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่รับการรักษาที่ตึกจิระ โรงพยาบาลสวนปรุง ที่เป็นแผนกผู้ป่วยใน แต่มีความต้องการผลลัพธ์ที่เหมือนกัน คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ความร่วมมือในการใช้ยาโดยมาตรวจตามนัด อัตรา

การกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากมีอาการกำเริบจากการขาดยาลดลง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความพึงพอใจหลังจากมีการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ดังนั้นศึกษาจึงสนใจที่จะนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือด้วยยาของผู้ที่เป็น โรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพุทธชินราช มาศึกษาประสิทธิผลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่ตึกจิระ โรงพยาบาลสวนปรุง

ประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่รับการรักษาที่ตึกจิระ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ศึกษาอ้างอิงกรอบแนวคิดในการใช้แนวปฏิบัติ จากการสทรวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999) ซึ่งในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และการประเมินผลลัพธ์ แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ขั้นดำเนินการตามแนวปฏิบัติทางคลินิก และขั้นประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาและส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่รับการรักษาที่ตึกจิระ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยา มาตรฐานรักษาตามนัด ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากมีอาการกำเริบจากการขาดยา ผู้ป่วยและบุคลากรมีความพึงพอใจหลังจากที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และจากการที่ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากมีอาการกำเริบจากการขาดยาลดลง

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่

1.1 ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

1.2 การมาตรฐานตามนัดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

1.3 การกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากมีอาการกำเริบจากการขาดยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2. เพื่อศึกษากระบวนการของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไปใช้ ได้แก่



2.1 ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

2.2 ความพึงพอใจของบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

คำถามในการศึกษา

1. ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้แก่

1.1 ผู้ป่วยโรคมะเร็งให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเป็นอย่างไรหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

1.2 ผู้ป่วยโรคมะเร็งมารับการตรวจตามนัดเป็นอย่างไรหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

1.3 ผู้ป่วยโรคมะเร็งกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากมีอาการกำเริบจากการขาดยาเป็นอย่างไรหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

2. กระบวนการของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคมะเร็งไปใช้ ได้แก่

2.1 ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแล โดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายทางคลินิกอย่างไร

2.2 บุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายทางคลินิกเป็นอย่างไร

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Operational Research [OR]) เพื่อประเมินประสิทธิภาพการใช้นโยบายทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่รับการรักษาที่ตึกจิระ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนเมษายน 2554–กรกฎาคม 2554

นิยามศัพท์

แนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่รับการรักษาที่ตึกจิระ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ หมายถึง ข้อความที่จัดขึ้นอย่างเป็นระบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ระบุถึงแนวปฏิบัติที่ช่วยในการตัดสินใจ เพื่อปฏิบัติการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่รับการรักษาที่ตึกจิระ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่รับการรักษาที่ตึกจิระ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ หมายถึง บุคคลที่จิตแพทย์วินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ตามระบบการจำแนกโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (The 4th Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders [DSM-IV]) ที่รับการรักษาที่ตึกจิระ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ที่ปรับโดย อรพินท์ สมบัติวัฒนางกูร, 2551) มาใช้ โดยอ้างอิงกรอบแนวคิดในการใช้แนวปฏิบัติจากการสทววิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ขั้นดำเนินการตามแนวปฏิบัติทางคลินิกและขั้นประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่รับการรักษาที่ตึกจิระ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารับประทานยาอย่างถูกต้องตามขนาด มื้อที่รับประทานในแต่ละวัน สนใจในอาการของตนเองและติดตามกระบวนการรักษาที่สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ โดยประเมินจากแบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ของอักษิพร บุญแจ้ง (2553) ที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยผู้สูงอายุที่ได้รับยาสแตติน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุรินทร์ ของรัชนก ลิทธิโชควงศ์ (2550)

ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังจากมีการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก หมายถึง ความรู้สึกมีความสุข พอใจ อิ่มเอมใจของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าหลังจากมีการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โดยประเมินจากแบบสอบถามความพึงพอใจ ซึ่งพัฒนาโดย สุพรรณิ เตரியวิเศษณ์ และคณะ (2546)

การมาตรวจตามนัด หมายถึง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา โดยมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ตรงกันกับเวลานัดหมาย โดยประเมินจากแบบบันทึกการมาตรวจตามนัดที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเอง

การกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากการกำเริบจากการขาดยา หมายถึง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับมารักษาซ้ำหลังจากที่ขาดยา โดยประเมินจากแบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากการกำเริบจากการขาดยาที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเอง

ความพึงพอใจของบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก หมายถึง ความรู้สึกพอใจต่อการใช้นโยบายทางคลินิก ที่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายส่วนบุคคล ซึ่งสมาชิกในกลุ่มเป็นผู้ประเมินผลการทำงาน โดยประเมินจากแบบสอบถามความพึงพอใจ ซึ่งพัฒนาโดย สุพรรณิ เตரியวิเศษณ์ และคณะ (2546)