



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสิทธิภาพการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่รับการรักษาที่ตึกจิระ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้รวบรวมเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยกำหนดหัวข้อในการศึกษาดังนี้

#### 1. โรคซึมเศร้า

- 1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า
- 1.2 อาการและอาการแสดงและการวินิจฉัยของโรคซึมเศร้า
- 1.3 ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า
- 1.4 ทฤษฎีและแนวคิดที่อธิบายสาเหตุของโรคซึมเศร้า
- 1.5 การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

#### 2. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

- 2.1 ความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
- 2.2 วิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- 2.3 ผลลัพธ์จากความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
  - 2.3.1 ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับการดูแลโดยใช้แนว

#### ปฏิบัติทางคลินิก

- 2.3.2 การมาตรวจตามนัด
- 2.3.3 การกลับมารักษาลำบากเนื่องจากมีอาการกำเริบจากการขาดยา

#### 3. แนวปฏิบัติทางคลินิก

- 3.1 ความหมายของแนวปฏิบัติทางคลินิก
- 3.2 การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก
- 3.3 แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก

#### 4. สถานการณ์การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตึกจิระ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

## โรคซึมเศร้า

### ความหมายของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ ที่อาจสามารถส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้ความหมายของโรคซึมเศร้าหลายความหมาย ดังนี้

พูนศรี รังสีจิ และคณะ (2547) กล่าวว่าโรคซึมเศร้า หมายถึง โรคที่มีอาการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ซึ่งแสดงออกในลักษณะของอารมณ์ไม่ได้ เช่น เศร้า หดหู่ใจ มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสรีรวิทยาทางร่างกาย เช่น ไม่อยากอาหารหรือรับประทานมากกว่าปกติ นอนไม่หลับหรือหลับมากกว่าปกติ มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการคิด คือ มีสมาธิลดลง รู้สึกไร้ค่า มีความคิดเกี่ยวกับความตาย

สมภพ เรื่องตระกูล (2548ก) กล่าวว่าโรคซึมเศร้า หมายถึง โรคที่มีอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่นชัดร่วมกับอาการอย่างอื่น เช่น มีความรู้สึกเบื่อหน่ายและหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่าและมีความคิดอยากตาย ซึ่งโรคซึมเศร้าพบได้ในทุกช่วงอายุ อายุเฉลี่ยของการเริ่มต้นเป็นโรคคือ 24 ปี โดยสามารถพบในเพศหญิงร้อยละ 5-9 ในเพศชายร้อยละ 2-3

มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ (2550) กล่าวว่าโรคซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์เศร้า ซึมเศร้าหดหู่ สะเทือนใจ ร้องไห้ง่าย รู้สึกเบื่อหน่ายไปหมด จิตใจไม่สดชื่นเหมือนเดิม โดยอารมณ์เศร้าหรือเบื่อหน่ายนี้จะ เป็นเกือบทั้งวัน และเป็นติดต่อกันเกือบทุกวันนานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป พบอารมณ์หงุดหงิดได้บ่อย ผู้ป่วยจะรู้สึกทนเสียงดังหรือมีคนรบกวนไม่ได้ และมักอยากที่จะอยู่คนเดียว อาการที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจากผลโดยตรงทางสรีรวิทยาของสาร ซึ่งอาการต่างๆ เข้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Forth Edition: DSM-IV)

เรดลอฟ (Radloff, 2008) กล่าวว่าโรคซึมเศร้า หมายถึง ความรู้สึกเศร้า ความรู้สึกไร้ค่า ความรู้สึกสิ้นหวัง หมดหวัง ไม่มีใครสามารถช่วยได้ การไม่มีสมาธิ ความอยากอาหารลดลง และการนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีความหมายหลายความหมาย แต่สรุปได้ว่าโรคซึมเศร้า หมายถึง โรคที่สามารถพบได้ในทุกช่วงอายุ แต่อายุเฉลี่ยของการเริ่มต้นเป็นโรคคือ 24 ปี โดยพบว่าผู้ที่ป่วย

โรคซึมเศร้ามีอาการเศร้าเป็นส่วนใหญ่ของทุกวัน แทบทุกวัน มีความสนใจหรือกิจกรรมต่างๆ ลดลงหรือหมดไป น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นหรือลดลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน นอนไม่หลับ หรือหลับมากเกือบทุกวัน เคลื่อนไหวแบบกระวนกระวายหรือเคลื่อนไหวช้า รู้สึกไร้ค่า สมาธิลดลง มีความคิดเกี่ยวกับการตายซ้ำๆ อาการที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจากผลโดยตรงทางสรีรวิทยาของสาร ซึ่งอาการต่างๆ เข้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Forth Edition: DSM-IV)

### อาการและอาการแสดงและการวินิจฉัยของโรคซึมเศร้า

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2000) ได้จำแนกอาการในการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Forth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR) ดังนี้ (APA, 2000)

1. มีอาการอย่างน้อย 5 อาการ โดยเกิดขึ้นแทบทั้งวัน เป็นเกือบทุกวันติดต่อกันไม่ต่ำกว่า 2 สัปดาห์ และอย่างน้อยต้องมีข้อ 1 หรือ ข้อ 2 อยู่ 1 ข้อ

1.1 อารมณ์ซึมเศร้าซึ่งคงอยู่เกือบตลอดทั้งวันและเป็นติดต่อกันเกือบทุกวัน ทั้งที่ตนเองรู้สึกและคนอื่นสังเกตเห็น

1.2 ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมปกติที่เคยทำทั้งหมดหรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก

1.3 น้ำหนักลดลง (weight loss) หรือเพิ่มขึ้น (weight gain) (มากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) เบื่ออาหารหรืออยากอาหารมากขึ้น (decrease or increase in appetite) หรือน้ำหนักไม่เพิ่มขึ้นตามที่ควรจะเป็นในเด็กที่กำลังเจริญเติบโต

1.4 นอนไม่หลับ (insomnia) หรือหลับมากเกินไป (hypersomnia)

1.5 ทำอะไรช้าลง เคลื่อนไหวได้ช้าลง (retardation) หรือกระสับกระส่าย อยู่ไม่สุข (agitation)

1.6 เหนื่อยล้า (fatigue) หรือไม่มีแรง (loss of energy)

1.7 รู้สึกตนเองไร้ค่า (feeling of worthlessness) หรือรู้สึกผิดมากเกินไป (excessive or inappropriate guilt) เกือบทุกวัน (ไม่ใช่แค่การโทษตัวเองหรือรู้สึกผิดที่ป่วย)

1.8 สมาธิหรือความคิดอ่านลดลง (diminished ability to think or concentrate)



1.9 มีความคิดเรื่องการตายอยู่ซ้ำๆ (recurrent thoughts of death) หรือคิดฆ่าตัวตายซ้ำๆ (recurrent suicide ideation) หรือพยายามฆ่าตัวตาย (suicidal attempt) หรือมีแผนเพื่อให้ฆ่าตัวตายได้สำเร็จ (committing suicide)

2. อาการที่มีทำให้เกิดผลเสียต่อหน้าที่การงาน การเข้าสังคม และอื่นๆ

3. อาการที่มีไม่ได้เกิดจากผลทางสรีรวิทยาของสารเสพติดหรือยาที่ใช้ในการรักษา หรือภาวะความเจ็บป่วยทางกาย

4. อาการเหล่านี้ไม่ได้เข้ากับเกณฑ์วินิจฉัยโรคสำหรับอาการผสม (mixed episode)

5. อาการที่มีไม่ได้เกิดจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (bereavement)

### ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า

ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้ามี 4 ระดับ จำแนกได้ดังนี้คือ (First and Tasman, 2006)

1. ระดับความรุนแรงน้อย (mild) คือ ผู้ป่วยที่มีอาการมากเกินที่สามารถให้จะการวินิจฉัย และอาการมีผลเล็กน้อยต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย โดยมีผลต่อการทำงาน หรือการทำกิจกรรมหรือการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

2. ระดับความรุนแรงปานกลาง (moderate) คือ ผู้ป่วยที่มีอาการมากขึ้นจนส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยมากขึ้น โดยอาจจะทำให้ผู้ป่วยต้องมีการหยุดเรียน หรือลาพักรักษาตัว รวมทั้งประสิทธิภาพในด้านต่างๆ ลดลงอย่างชัดเจน

3. ระดับความรุนแรงมาก (severe) คือ ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล เพื่อรับการรักษอย่างใกล้ชิดเนื่องจากมีความเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อชีวิต เช่น มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง

4. มีอาการโรคจิตหรือวิกลจริต คือ ผู้ป่วยจะประสาทหลอนทางหูเป็นเสียงคนด่าหาติเตียนหรือนินทาว่าร้าย และมีอาการหลงผิด เช่น คิดว่าตนเองมีความผิด มีบาป ซึ่งผู้ป่วยชนิดนี้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จึงควรได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและเพื่อได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด



## ทฤษฎีและแนวคิดที่อธิบายสาเหตุของโรคซึมเศร้า

ทฤษฎีและแนวคิดที่อธิบายถึงสาเหตุของโรคซึมเศร้า แบ่งได้เป็น 3 ด้าน คือ

### 1. ด้านชีววิทยา

1.1 ความผิดปกติทางชีวเคมีของสมอง (biochemical theory) อธิบายว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของชีวเคมีในสมอง โรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการลดระดับของสารสื่อประสาทในสมองกลุ่มแคทีคอลามีน (catecholamine) ได้แก่ นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) ซีโรโทนิน (serotonin) ซึ่งปริมาณของซีโรโทนินบริเวณรอยต่อระหว่างเซลล์ประสาท (synapses) ลดลง และโดปามีน (dopamine) ซึ่งการทำหน้าที่ของโดปามีนจะลดลงในผู้ป่วยอารมณ์เศร้า (พูนศรี รุ่งสีขจี และคณะ, 2547) และยังมีความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อโดยจะมีการลดลงของการหลั่งเมลาโทนิ (melatonin) แต่มีการหลั่งที่มากขึ้นของคอร์ติซอล (cortisol) จากอดินอร์คอร์ทิคัลสเตมูเลท (adrenal cortex stimulated) (Jenes et al., 2005) ซึ่งประมาณร้อยละ 50 พบว่ามีระดับคอร์ติซอลในเลือดหรือปัสสาวะสูงกว่าปกติ แต่ระดับคอร์ติซอลจะกลับมาสู่ระดับปกติเมื่อผู้ป่วยหายจากอารมณ์ซึมเศร้า (ณรงค์ สุภัทรพันธุ์, 2548) นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่าคอร์ติซอลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุมีระดับที่สูงกว่าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อยู่ในวัยกลางคน สาเหตุจากมีการทำลายของสมองในส่วนไฮโปทาลามิก พิวอิทารี อดินอล (hypothalamic-pituitary-adrenal) และจากการทดลองในสัตว์ทดลองนอกจากคอร์ติซอลจะหลั่งเพิ่มขึ้นแล้วยังหลั่งเร็วขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคซึมเศร่ายังมีจังหวะของอุณหภูมิร่างกายที่เร็วขึ้น ซึ่งปกติเวลาที่อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้นจะเป็นเวลาตื่นนอน ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีอุณหภูมิของร่างกายสูงเร็วขึ้น จึงมีการลดลงของการนอนหลับและยังตื่นนอนเร็วกว่าปกติ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2550; ธรณินทร์ กองสุข, 2549; Payne and Nade, 2004) โดยจะมีการลดลงของเวลาการนอนหลับตั้งแต่เริ่มต้นของการนอนหลับจนกระทั่งรอบใหม่ของการนอนหลับ (rapid eye movement latency) แต่จะมีการเพิ่มขึ้นของอัตราส่วนการทำงานของกล้ามเนื้อไหวของตา (rapid eye movement activity) ต่อระยะเวลาการเคลื่อนไหวของตา (rapid eye movement time) ซึ่งถ้ามีการใช้เครื่องอิเล็กโตรเอนเซฟฟาโลแกรม (electroencephalogram) จะพบว่ามีความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าในขณะหลับ (ธรณินทร์ กองสุข, 2549)

1.2 พันธุกรรม (genetic theory) ได้อธิบายว่าโรคซึมเศร้ามีลักษณะความบกพร่องทางพันธุกรรม โดยถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่งโดยในญาติสายตรง (first-degree relatives) คือ พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย หรือพี่น้องบิดามารดาเดียวกัน (First and Tasman, 2006) โดย

ญาติสายตรงของผู้ป่วยมีโอกาสป่วยเป็นโรคซึมเศร้าสูงกว่าคนปกติทั่วไป 1.5-3 เท่า (บุษกร ภมร, 2550) และถ้าบิดาหรือมารดาคนใดหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า บุตรจะมีโอกาสที่จะเป็นในอัตราที่สูงกว่าในเด็กทั่วไปที่บิดามารดาไม่ได้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าถึง 4 เท่า ในฝาแฝดไข่ใบเดียวกัน (monozygotic twins) ถ้าคนใดคนหนึ่งเกิดโรคซึมเศร้า โอกาสที่แฝดอีกคนจะเกิดโรคนี้ก็จะสูงถึงร้อยละ 54 ส่วนในฝาแฝดไข่คนละใบมีโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคซึมเศร้าประมาณร้อยละ 24 นอกจากนี้ในบุตรบุญธรรมที่เกิดจากบิดามารดาที่เป็นโรคนี้ทั้ง 2 คน มีโอกาสที่จะเป็นโรคนี้สูงกว่าบุตรบุญธรรมที่บิดาและมารดาปกติ (สมภพ เรืองตระกูล, 2548ข) การที่ฝาแฝดไข่ใบเดียวกัน มียีนที่คล้ายกันจึงพบอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคซึมเศร้าสูงขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าพันธุกรรมเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า (First and Tasman, 2006)

## 2.4 สาเหตุทางด้านจิตสังคม (psychosocial factors)

2.1 เหตุการณ์ในชีวิต (life event) โรคซึมเศร้ามักจะเกิดภายหลังจากการที่ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านจิตใจอย่างรุนแรง การบาดหมางกับคู่ครอง การหย่าร้าง การประสบปัญหาทางด้านการทำงานหรือเศรษฐกิจ (สมภพ เรืองตระกูล, 2548) โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาเกี่ยวกับการสูญเสีย เช่น การเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก การที่เด็กได้รับความกระทบกระเทือนทางด้านจิตใจ การสูญเสียบิดามารดาก่อนอายุ 11 ปี (พูนศรี รังสีจี และคณะ, 2547) และจากการศึกษาในเด็กที่ขาดพ่อแม่ พบว่าเด็กไม่ได้ต้องการอาหารหรือความสุขสบายจากการเล่นแต่เขาต้องการความรัก ฉะนั้นในระยะ 5 ปีแรกเป็นช่วงที่สำคัญซึ่งถ้าเด็กขาดบิดามารดาจะทำให้เด็กมีปัญหาทางสุขภาพจิตได้ การมีปัญหาวิตถุอย่างรุนแรงและเรื้อรัง (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2550) ความเครียดทางด้านสังคมและครอบครัวจะทำให้เกิดอารมณ์เศร้าได้ (First and Tasman, 2006)

2.2 บุคลิกภาพ ในทุกบุคลิกภาพ (personality Disorder) มีความเสี่ยงพอๆ กันในการที่จะเกิดโรคซึมเศร้า (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2550) แต่ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบพึ่งพา (dependent personality disorder) บุคลิกภาพผิดปกติชนิดย้ำคิดย้ำทำ (obsessive compulsive personality disorder) และบุคลิกภาพผิดปกติแบบเรียกร้องความสนใจ (histrionic) มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (antisocial) หรือผู้ที่ใช้กลไกการป้องกันทางจิตแบบโทษผู้อื่น (projection) และพวกที่มีบุคลิกภาพผิดปกติชนิดอื่น (พูนศรี รังสีจี และคณะ, 2547)

2.3 ทฤษฎีทางจิตวิเคราะห์ (psychodynamic theory) ความรู้สึกสับสนเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารก หากสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดากับทารกไม่ดีทำให้เกิดบาดแผลทางใจ (infantile trauma) และความขัดแย้งใจเกี่ยวกับตนเอง ความขัดแย้งในจิตสำนึก



เนื่องมาจากความคับข้องใจในระยะปาก (Oral stage) โดยบุคคลจะรับเอาสิ่งที่ตนเองรักและเกลียด มาไว้ในจิตใจ และใช้กลไกการป้องกันทางจิตแบบโทษตนเอง (introjection) นำความรู้สึกเกลียดเข้าหาตนเองจนทำให้รู้สึกเกลียดตนเองและทำให้เกิดอารมณ์เศร้าได้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2549; Gabbard, 2005)

2.4 ทฤษฎีพัฒนาการและการเรียนรู้ การเรียนรู้เกี่ยวกับความล้มเหลว เป็นหนึ่งในการที่จะนำมาสู่โรคซึมเศร้าได้ การถูกแยกจากบุคคลสำคัญในวัย 6 เดือนแรกของชีวิต จะทำให้บุคคลรู้สึกเศร้ามีความคิดความคาดหวังต่อตนเองในทางลบไม่สามารถปรับตัวได้ มีอาการเศร้าตั้งแต่วัยเด็กเมื่อโตขึ้นจะมีอาการเศร้ามาก โดยเกิดจากการที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรียนรู้ว่าตนเองหมดหนทาง จากการที่ได้เรียนรู้มาหลายๆ ครั้งแล้วว่าไม่สามารถที่จะทำอะไรได้ ไม่สามารถที่จะแก้ไขสิ่งที่เกิดขึ้นได้บุคคลนั้นจะแสดงลักษณะที่จำยอมไม่เป็นปรีดิ์แต่จะโทษตัวเองอยู่ตลอด ซึ่งหากช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณยังมีความสามารถที่จะควบคุม หรือแก้ไขสิ่งที่เกิดขึ้นได้จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้นได้ โดยอาจเป็นการให้รางวัล การเสริมแรงด้านบวก (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550)

2.5 ทฤษฎีปัญญานิยม อารมณ์เศร้าเกี่ยวข้องกับการที่ผู้ป่วยมีความคิดบิดเบือนไปจากความเป็นจริง ประเมินประสบการณ์ชีวิต ประเมินค่าของตนเองในทางลบ โทษตนเอง ทำร้ายตนเอง มองโลกในแง่ร้าย มีความสิ้นหวัง ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าคุณหมดหนทางที่จะต่อสู้ ตนเองไม่มีประโยชน์ ผู้ป่วยจะตีความเหตุการณ์ต่างๆ ไปในทางที่ไม่ดี การบิดเบือนไปนี้เกิดจากการมีบาดเจ็บต่อจิตใจในวัยเด็ก เช่น มีการสูญเสียบิดามารดา การขาดการเอาใจใส่ การถูกเพื่อนปฏิเสธ ไม่ยอมรับ การบาดเจ็บต่อจิตใจเป็นการสร้างเงื่อนไขที่จะทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะมีความคิดตีความและตอบสนองในทางลบต่อเหตุการณ์ในชีวิตที่จะเกิดขึ้นได้ในคราวต่อไป ความคิดเห็นในทางลบที่ได้เรียนรู้มาในอดีตจะทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าตามมา (พูนศรี รังสีจี และคณะ, 2547)

3. ปัญหาสุขภาพทางกาย ได้แก่โรคทางกายบางโรค เช่น โรคไตวาย โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคเอดส์ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคอัลไซเมอร์ โรคพาร์กินสัน ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โรคหลอดเลือดสมองตีบ ข้ออักเสบรูมาตอยด์ ขาดวิตามินบี 12 โรคที่เกี่ยวข้องฮอร์โมน เช่น โรคไทรอยด์ โรคแพ้ภูมิคุ้มกันตัวเอง โรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ และยารักษาโรคทางกาย บางชนิด เช่น ยาสเตียรอยด์ ยาลดความดันโลหิตบางชนิด เคมีบำบัด รวมทั้งผู้ที่ใช้ยาเสพติดมีความเสี่ยงในการเกิดโรคซึมเศร้าได้ (สมพร บุษราทิจ และคณะ, 2550; สมภพ เรืองตระกูล, 2549)

สรุป สาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าเกิดได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ สาเหตุทางด้านชีววิทยา ที่อาจเกิดจากความผิดปกติของทางชีวเคมีของสมอง การถ่ายทอดทางพันธุกรรม สาเหตุ

ทางด้านจิตสังคม ที่อาจเกิดจากเหตุการณ์ในชีวิตที่มีกระทบต่อจิตใจอย่างรุนแรง การประเมินค่าตนเองในทางลบ การที่ไม่สามารถปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ความขัดแย้งในจิตใจ ความรู้สึกสับสนในสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารก รวมถึงผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางกาย การใช้ยาบางชนิดและการใช้ยาเสพติด

### การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะให้การรักษาตามระยะของการดำเนินโรค ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ คือ ในระยะแรกระยะเฉียบพลัน (acute treatment) คือ ตั้งแต่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ การรักษาด้วยยาหรือจิตบำบัด หรือการรักษาทั้ง 2 อย่างร่วมกัน ระยะต่อเนื่อง (continuation treatment) คือ เป็นการรักษาเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค โดยการให้ยาด้านเศร้าซึ่งปริมาณที่ให้จะขึ้นกับความรุนแรงของโรคและในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองซ้ำๆ จะมีการรักษาด้วยยาร่วมกับการรักษาด้วยไฟฟ้า และระยะสุดท้ายคือ ระยะคงสภาพ (maintenance treatment) เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ระยะเวลาให้ยาป้องกันอย่างน้อย 2-3 ปี จากนั้นควรมีการประเมินอีกครั้งว่าควรให้ยาป้องกันต่อหรือไม่ แต่ถ้าผู้ป่วยมีประวัติการกลับมารักษซ้ำในโรงพยาบาล 3 ครั้งขึ้นไปจะให้ยาป้องกันเป็นเวลาอย่างน้อย 5 ปี (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2550; Young, 2001) ซึ่งการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประกอบด้วย

#### 1. การรักษาด้วยยาด้านเศร้า (antidepressants)

ในการพิจารณาการเลือกยาด้านเศร้า คือ ให้ยาด้านเศร้าที่ผู้ป่วยเคยตอบสนองต่อยานั้น ก่อนที่จะสรุปว่าผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาด้านเศร้า โดยจะต้องให้ยาในขนาดที่สูงและนานพอ และสิ่งที่จะใช้ในการประมาณการให้ยาแก่ผู้ป่วย คือ ความรุนแรง การดำเนินของโรค ความเรื้อรังและความบกพร่องในหน้าที่การงาน (พูนศรี รังษิณีและคณะ, 2547) ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 45-79 จะมีการตอบสนองที่ดีต่อยาโดยสามารถสังเกตได้ภายใน 6-8 สัปดาห์หลังการรักษา คือ จะมีการเพิ่มขึ้นของการอยากอาหาร น้ำหนักเพิ่มขึ้น มีการดีขึ้นของการนอนหลับและอารมณ์ มีการลดลงของการอยู่ไม่นิ่ง มีการเพิ่มขึ้นของการทำกิจกรรม (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2545)

ยาที่รักษาโรคซึมเศร้า (antidepressants) มีหลายชนิด คือ

1.1 ยากลุ่มยับยั้งการทำงานของโมโนเอมีนออกซิเดส (monoamine Oxidase Inhibitors) เป็นยาซึมเศร้าตัวแรกที่ถูกค้นพบใน ค.ศ. 1955 มีกลไกการออกฤทธิ์ คือ ยับยั้งการทำงานของโมโนเอมีนออกซิเดส (monoamine oxidase) ทั้งชนิด A และชนิด B จึงทำให้ซีโรโทนิน

(serotonin) และ นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) ถูกทำลายลดลง จึงทำให้ปริมาณของซีโรโทนิน และนอร์อิพิเนฟริน เพิ่มขึ้นที่บริเวณประสาน (synapse) แต่เนื่องจากเป็นยาที่ทำให้ผู้ป่วยบางราย สามารถเกิดการตายของเนื้อเยื่อหรือกลุ่มเซลล์ของตับอย่างเฉียบพลัน (acute hepatic necrosis) (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2545) และการรับประทานในยาในกลุ่มนี้ผู้ป่วยต้องมีการหลีกเลี่ยงการ รับประทานร่วมกันกับยารักษาหวัด ยาแก้แพ้ ยาลดความอ้วน ยาชาเฉพาะที่ สอร์โมนอินซูลิน ยารักษาโรคพาร์กินสัน ยากระตุ้นสมองพวกแอมเฟตามีนและโคเคน (Frankin, 2003) และอาหารที่มีกรดอะมิโน ได้แก่ อาหารพวกเนย ของหมักดอง อาหารรมควัน เนื้อ ปลา ถั่ว เครื่องดื่มประเภท ไวท์แดง ถั่วปากอ้า มะเขือเทศ อาหารที่ใส่ผงชูรส เนื่องจากอาหารที่มีกรดอะมิโนและยาที่กล่าวมา นั้นสามารถทำปฏิกิริยากับโมโนเอมีนออกซิเดสอินฮิบิเตอร์ทำให้เกิดภาวะวิกฤตของ ความดันโลหิตสูงได้ (Little, 2009) นอกจากนี้อาการข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้ที่สามารถพบได้อีก คือ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ใจเต้นเร็ว ถ้ารุนแรงอาจมีอาการสับสนประสาทหลอน ชัก หมดสติ (ณรงค์ สุภัทรพันธุ์, 2548) ยาในกลุ่มนี้ เช่น ฟีนเอลซีน (phenelzine), โมโคลบีมาย (moclobemide) ทรานิลไซลโพรมีน (tranylcypromine), ไอโซคาร์บอกซาลิด (isocarboxazid) (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2545)

1.2 ยาในกลุ่มออกฤทธิ์ปิดกั้นการกลับคืนของซีโรโทนิน (selective serotonin reuptake inhibitors) คือ เป็นยาที่ออกฤทธิ์ปิดกั้นการกลับคืนของซีโรโทนิน (serotonin reuptake) ซึ่งทำให้ปริมาณของซีโรโทนินเพิ่มมากขึ้นที่บริเวณประสาน (synapse) (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2545) ยาในกลุ่มนี้มักจะถูกเลือกมาใช้เป็นอันดับต้นๆ ของการรักษา ทั้งนี้เนื่องจากคุณภาพชีวิตของผู้ใช้ยาในกลุ่มนี้จะดีกว่า มีประสิทธิภาพและปลอดภัยในการรักษาผู้ป่วย (Nemeroff et al., 2002) โดยมีอาการข้างเคียงจากฤทธิ์แอนติโคลิเนอร์จิก (anticholinergic) พืชต่อหัวใจ ความดันต่ำจากการ เปลี่ยนท่า (postural hypotension) และอันตรายจากการใช้ยาเกินขนาดจะน้อยกว่ายารักษาโรค ซึมเศร้าในกลุ่มออกฤทธิ์ปิดกั้นซีโรโทเนอจิกและการกลับคืนของนอร์อโดรีเนอจิก (tricyclic antidepressants) ซึ่งยารักษาโรคซึมเศร้าในกลุ่มไตรไซคลิกมีพืชต่อหัวใจคือ ทำให้เกิดการเต้นของ หัวใจที่ผิดปกติ (arrhythmias heart block) ทำให้เกิดการชัก ถ้าใส่เป็นอัมพาต (paralytic ileus) และ พยาธิสภาพของเลือด (blood dyscrasias) (Puri et al., 2002) และยาในกลุ่มนี้ยังมีข้อได้เปรียบคือ สามารถรับประทานยาเพียงวันละครั้ง ซึ่งจะทำให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยดีขึ้น (พูนศรี รังษิณีและคณะ, 2547) แต่ยาในกลุ่มนี้สามารถพบผลข้างเคียงทั่วไปได้ คือ อาการทางระบบทางเดิน อาหาร คลื่นไส้ อาเจียน แน่นท้อง ปวดศีรษะ อยู่ไม่นิ่ง (akathisia) การเปลี่ยนแปลงของการอยาก อาหาร การนอนหลับ และความต้องการทางเพศลดลง (มาโนช หล่อตระกูล, 2546; Frankin, 2003)

ยาในกลุ่มนี้ เช่น ไซตาโลแพรม (citalopram), ฟลูออกซิทีน (fluoxetine), ฟลูโวซามาย (fluvoxamine), พารอกซิทีน (paroxetine), เซอร์ทาลีน (sertraline) (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2545)

1.3 ยารักษาโรคซึมเศร้ากลุ่มออกฤทธิ์ปิดกั้นซีโรโทเนอจิก (serotonergic) และการกลับคืนของนอร์อโดรีเนอจิก (noradrenergic) คือ ยาในกลุ่มของไตรไซคลิกแอนติดีเพรสแซส (tricyclic Antidepressants) ซึ่งเป็นยาที่ออกฤทธิ์ในการปิดกั้นซีโรโทเนอจิก และการกลับคืนของนอร์อโดรีเนอจิก (noradrenergic reuptake) เข้าไปในเซลล์ประสาททำให้มีการเพิ่มปริมาณของซีโรโทนินและนอร์อิพรีนฟรินที่บริเวณประสาน แต่การรักษาด้วยยานี้ต้องใช้เวลามากหลายสัปดาห์ อาการเศร้าจึงจะหายไป ยาในกลุ่มนี้ เช่น อมิทริปไทลีน (amitriptyline), อิมิพรามิน (imipramine) นอร์ทริปไทลีน (nortriptyline), โคลมิพรามิน (clomipramine), ด็อกซิพิน (doxepin) (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2545; มาโนช หล่อตระกูล, 2546)

1.4 ยากลุ่มนอร์อโดรีเนอจิก (noradrenergic) เป็นยาที่พัฒนาขึ้นมาในช่วงหลัง จำแนกได้ดังนี้ คือ (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2545)

1.4.1 ยาออกฤทธิ์ในการกั้นทั้งซีโรโทเนอจิกและการกลับคืนของนอร์อโดรีเนอจิก (serotonin noradrenergic reuptake inhibitors) มีฤทธิ์ในการปิดกั้นการกลับคืนของซีโรโทนินและนอร์อิพรีนฟริน แต่มีผลข้างเคียงน้อยกว่า และมีผลไม่พึงประสงค์น้อยกว่า ตัวอย่างในกลุ่มนี้ คือ เวนลาฟาซีน (venlafaxine) เวนลาฟาซีนเอกซ์อาร์ (venlafaxine XR) ประเทศไทยมีแต่ในรูป XR โดยสามารถให้ได้วันละครั้ง

1.4.2 ยารักษาโรคซึมเศร้าที่ออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงซีโรโทเนอจิก (noradrenergic and specific serotonergic antidepressants) เช่น เมอทาซาพีน (mirtazapine) มีฤทธิ์ในการปิดกั้นแอลฟาอโดรีเนอจิก ( $\alpha$ -adrenergic) กลุ่มเซลล์ที่รับการกระตุ้นของซีโรโทนิน

1.5 ยาในกลุ่มที่ลดการเก็บกลับของนอร์อิพรีนฟริน ซีโรโทนิน ยังยั้งตัวรับมัสคารานิกอซิทีวโคลิน และฮิสตามีน (tetracyclic antidepressant) โดยยาในกลุ่มนี้จะถูกดูดซึมในทางเดินอาหารได้ดี กระจายตัวและจับกับโปรตีนได้ดี มีครึ่งชีวิต (half life) 6-39 ชั่วโมง ถูกทำลายที่ตับและขับออกทางปัสสาวะและอุจจาระ การรับประทานยาในช่วง 2-3 วันแรกของการรักษา ให้รับประทานวันละ 30-40 มิลลิกรัม ระดับยาที่ให้กับผู้ป่วยอาจถึงวันละ 200 mg สำหรับผู้สูงอายุไม่ควรรับประทานยาเกินวันละ 30 มิลลิกรัม ถ้าจำเป็นต้องเพิ่มขนาดยาควรเพิ่มทีละน้อยผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยคือ ง่วงซึม (drowsiness) ใจกระตุกถูกกด ชัก รบกวนการทำงานของตับ หัวนมกดเจ็บ (nipple tenderness) ผื่นผิวหนัง (skin rash) ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า (orthostatic hypotension) บวม (edema) เวียนศีรษะ (dizziness) และอาจมีผลต่อหัวใจแต่พบได้น้อย (มานิต

ศรีสุรภานนท์, 2545) นอกจากนี้อาจพบอาการตาพร่ามัว ท้องผูก เหงื่อออกน้อย คอแห้ง ปัสสาวะไม่ออก ยาในกลุ่มนี้ เช่น อม็อกซาพีน (amoxapine), มาซิดอล (mazindol), ไมแอนเซอริน (mianserin), มาโปรไทลีน (maprotiline) (มาโนช หล่อตระกูล, 2546)

ยาที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลสวนปรุง ได้รับ ได้แก่ ยากลุ่มออกฤทธิ์ปิดกั้นการกลับคืนของ ซีโรโทนิน (selective serotonin reuptake inhibitors) เช่น fluoxetine ยาในกลุ่มยารักษาโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ออกฤทธิ์ในการปิดกั้นซีโรโทเนอิจิกและการกลับคืนของนอร์อโดรีเนอิจิก (tricyclic antidepressants) เช่น อิมิพรามิน (imipramine) อมิทริปไทลีน (amitriptyline) โคลมิพรามิน (clomipramine) นอร์ทริปไทลีน (nortriptyline) ยาในกลุ่มที่ลดการกลับของนอร์อิพรีเนพรีน ซีโรโทนิน ยับยั้งตัวรับมัสคารานิกอซิทิวโคลิน และฮิสตามีน (tetracyclic antidepressant) เช่น ไมแอสเซอร์ิน ไฮโดรคลอไรด์ (mianserin hydrochloride) (กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสวนปรุง, 2553)

## 2. จิตบำบัด (psychotherapy)

การรักษาด้วยจิตบำบัดเป็นการรักษาเพื่อแก้ไขปัญหาคือความผิดปกติในจิตใจ เน้นการประคับประคองจิตใจ โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพของผู้ป่วย ด้วยการใช้วิธีสื่อสารด้วยคำพูด และการสื่อสารโดยใช้ท่าทางกิริยา ท่าที สีหน้า และสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย (ณรงค์ สุภัทรพันธุ์, 2548; สมภพ เรืองตระกูล, 2552) การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยใช้วิธีจิตบำบัดเพียงอย่างเดียวได้ผลดี ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับน้อย (mild) ถึงระดับปานกลาง (moderate) ซึ่งการทำจิตบำบัดมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย การอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทราบเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและวิธีในการรักษา ผลข้างเคียงจากยาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การสนับสนุนให้กำลังใจ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยาที่สามารถทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคซึมเศร้าได้แต่ต้องรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ การให้คำแนะนำผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหาด้านจิตใจ การดำเนินชีวิตที่เหมาะสม รวมทั้งการเฝ้าระวังในอาการที่เคยเป็นเพื่อที่จะได้รับมาพบแพทย์ นอกจากนี้การทำจิตบำบัดต้องมีการวิเคราะห์ทางด้านจิตพลวัตซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้ค้นหาความเครียด ที่อาจจะกระตุ้นให้เกิดอาการหรืออาการกำเริบ (สมภพ เรืองตระกูล, 2552) ซึ่งเป็นการแก้ไขข้อขัดแย้งที่ฝังลึกอยู่ในจิตใจ โดยการใช้ความสัมพันธ์ระหว่างตัวผู้ป่วยและผู้รักษา โดยให้ผู้ป่วยเล่าข้อขัดแย้งในจิตใจออกมาให้ผู้รักษาฟัง ซึ่งผู้รักษาจะทำการสะท้อนพฤติกรรมของผู้ป่วยเห็นข้อขัดแย้งในตนเอง และทำให้เข้าใจพฤติกรรมของตนเองมากขึ้น โดยการรักษาด้วยจิตบำบัดมีข้อบ่งชี้ในการรักษา คือ ผู้ป่วยหรือครอบครัวต้อง

รักษาด้วยจิตบำบัด ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้เรื่องการใช้จ่าย เช่น การตั้งครรภ์ ผู้ป่วยมีความเครียดในชีวิต ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองด้วยยา (Weller et al., 2007) การรักษาด้วยจิตบำบัด ได้แก่

2.1 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavior therapy) เชื่อว่าการแปลความหมายของเหตุการณ์ในชีวิตที่บิดเบือนไม่ถูกต้อง คือสนใจแต่แง่ลบของเหตุการณ์เป็นสิ่งที่ส่งผลต่อการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรม ดังนั้นในผู้ที่มีกระบวนการคิดที่ผิดหวังหรือบิดเบือนไปมีโอกาที่จะเกิดโรคซึมเศร้าได้ ซึ่งหากมีการแก้ไขแนวคิดของผู้ป่วยให้มีความคิดที่เหมาะสมพัฒนาแนวคิดไปในอีกทางหนึ่งที่ยืดหยุ่นกว่า และเป็นไปในทางบวกจะทำให้ผู้ป่วยมีความคิดใหม่ๆ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าลดลง (Beck, 1995)

2.2 การรักษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal therapy) เป็นจิตบำบัดประเภทใช้ระยะเวลาสั้น โดยจิตแพทย์จะพบกับผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 12-16 ครั้ง ซึ่งเป็นการรักษาที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น เพื่อมุ่งให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมและกับผู้อื่นดีขึ้น เน้นในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ของชีวิตในปัจจุบัน เนื่องจากปัญหาในเรื่องของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า (Weller et al., 2007)

2.3 พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) เป็นการรักษาที่ให้ความสนใจกับปัญหาในปัจจุบัน มุ่งในการแก้ไขวิธีการคิดในทางลบเกี่ยวกับตนเอง การมองโลกและการมองอนาคตของผู้ป่วย (พูนศรี รังษิณีและคณะ, 2547)

การรักษาด้วยจิตบำบัดสามารถทำร่วมกับการรักษาด้วยยาได้ ซึ่งผลคือ ทำให้อาการดีขึ้นและทำให้ได้รับการบำบัดทางด้านจิตสังคมไปด้วย ซึ่งการรักษานั้นสามารถทำได้โดยรักษาโดยใช้วิธีทั้ง 2 อย่างพร้อมกัน คือ รักษาด้วยยาพร้อมกับการใช้จิตบำบัด หรือการใช้จิตบำบัดหลังจากที่มีการรักษาด้วยยาแล้วมีการตอบสนองที่ดีขึ้นบางส่วนและอีกวิธีหนึ่ง คือ การใช้จ่ายเมื่อมีการตอบสนองไปบางส่วนจากการใช้จิตบำบัด (Little, 2009)

3. การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy) เป็นการรักษาที่ทำให้ชักด้วยไฟฟ้า เป็นการรักษาผู้ป่วยโดยการใช้เครื่องมือกระตุ้นให้เกิดการชักแบบทั้งตัว (generalized tonic clonic seizure) โดยการควบคุมปริมาณ และระยะเวลาที่พอเหมาะของกระแสไฟฟ้าผ่านอิเล็กโทรด (electrode) ที่วางบริเวณเทมโปรอล (temporal area) ของศีรษะทั้ง 2 ข้าง หรือวางอิเล็กโทรดทั้ง 2 อันบนศีรษะข้างเดียว จากนั้นปล่อยกระแสไฟฟ้าผ่านหัวไฟฟ้าเข้าไปในสมอง โดยใช้เวลาประมาณ 2 นาที เพื่อทำให้เกิดการชัก ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อยา ทนต่ออาการข้างเคียงของยาไม่ได้ หรือโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย และผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าแบบเรื้อรังซึ่งจะตอบสนองต่อการรักษาด้วยไฟฟ้า (First and Tasman, 2006; Little, 2009) หรือใช้ในการรักษา



ร่วมกับวิธีอื่น จำนวนในการรักษาไฟฟ้าประมาณ 6-12 ครั้ง โดยข้อควรระวังในการรักษาด้วยไฟฟ้า คือ ห้ามใช้ในผู้ที่มีความดันในสมองสูง เช่น มีเนื้องอกในสมอง และควรระวังในผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบเลือดหัวใจ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีภาวะกระดูกพรุนรุนแรง การรักษาด้วยไฟฟ้าจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่ผู้ป่วยจะต้องรับประทานยา รักษาโรคซึมเศร้าควบคู่กันไป (Puri et al., 2002) เนื่องจากการรักษาด้วยไฟฟ้าไม่ได้เป็นวิธีที่ช่วยในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ดังนั้นหลังจากผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้วควรได้รับการรักษาด้วยยาต่อ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550)

### ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

#### ความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีโอกาสในการกลับเป็นซ้ำได้สูง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 50 ในขณะที่ผู้ป่วยที่รับประทานยาต่อเนื่องมีโอกากลับเป็นซ้ำร้อยละ 20 (Mayall et al., 2004) ดังนั้นการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ เพราะฉะนั้นความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง และจากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ดังนี้

แมคโดนัลด์ และคณะ (McDonald et al., 2002) เบอเนียร์ (Burnier, 2006) และโบสลี และคณะ (Bhosle et al., 2007) กล่าวว่าความร่วมมือในการรักษาด้วยยา คือ พฤติกรรมของผู้ป่วย ได้แก่ การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการปฏิบัติทางคลินิกที่สอดคล้องกับคำแนะนำทางการแพทย์หรือคำแนะนำทางด้านสุขภาพ

เชียร์ และคณะ (Sher et al., 2005) กล่าวว่าความร่วมมือในการรักษาด้วยยา คือ การที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างต่อเนื่องในการรับประทานยาและปฏิบัติตามแผนการรักษาบนพื้นฐานความเชื่อส่วนบุคคล ทศนคติ ความคาดหวังต่ออาการเจ็บป่วย

ออสเทอเบิร์ก และบลาสเค (Osterberg and Blaschke, 2005) กล่าวว่าความร่วมมือในการรักษาด้วยยา คือ ผู้ป่วยรับประทานยาตามคำชี้แนะของผู้ให้การดูแลทางสุขภาพ ทั้งจำนวนของยาที่รับประทานในแต่ละวัน เวลาที่รับประทานยา รวมไปถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือสิ่งที่กำหนดระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์

สรุปความร่วมมือในการรักษาด้วยยา คือ พฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ การรับประทานยา ทั้งจำนวนของยาที่รับประทานแต่ละวัน เวลาที่รับประทาน การรับประทานอาหาร การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม หรือการปฏิบัติทางคลินิกที่สอดคล้องกับคำแนะนำหรือข้อเสนอนี้จากผู้เชี่ยวชาญทาง สุขภาพ และต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่อง บนพื้นฐานความเชื่อส่วนบุคคล ทักษะ ความคาดหวัง ต่ออาการเจ็บป่วย โดยจะต้องมีความเห็นชอบทั้ง 2 ฝ่าย ระหว่างผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพและผู้ป่วย

### วิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นแนวทางหนึ่ง ของการป้องกันกำเริบกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยการกำเริบจากการขาดยา โดยจาก การทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้แนวทางในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ดังนี้

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา ปริมาณ วัตถุประสงค์ รวมทั้งผลข้างเคียง ในการรับประทานยาและช่วยเหลือผู้ป่วยให้เข้าใจถึงความสำคัญของความร่วมมือในการรักษาด้วย ยา และการกระตุ้นผู้ป่วยในการปฏิบัติตามแผนการรักษา รวมทั้งสนับสนุนให้เห็นความสำคัญของการ รักษาด้วยยา (Bucci et al., 2003; Sleath et al., 2003)

2. การสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการส่งเสริมในการรักษาด้วยยา เชื่อว่ามีผล ปานกลางในการควบคุมอาการป่วย (Voils et al., 2005; Corrine et al., 2005) แต่การมีตราใบทาง สังคมร่วมกับการป่วยทางด้านจิตใจของบุคคลจะมีเป็นอุปสรรคต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการ รักษาด้วยยา (Sirey et al., 2001)

3. การประสานงาน การติดต่อสื่อสารของผู้ป่วยและจิตแพทย์ช่วยในการส่งเสริม ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Sleath, 2005)

4. การติดตามผู้ป่วยโดยการใช้โทรศัพท์ โดยเป็นการติดต่อกับพยาบาล ในการ ติดตามทางโทรศัพท์ในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะขาดยา (Simon, 2002)

5. การใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วย เช่น การใช้เครื่องช่วยเตือน และการใส่ยาในกล่อง ที่จัดยาเป็นสัดส่วน ซึ่งอาจจะช่วยในผู้ป่วยที่ยากในการรับประทานยาตามแผนการรักษา (Osterberg and Blaschke, 2005) นอกจากนี้การใช้กล่องยาที่เป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถบันทึกการเปิด กล่องยาในแต่ละวันได้ รวมทั้งการใช้วีดีโอเทปในการให้ผู้ป่วยดูอยู่ที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็น ความสำคัญของการร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Brook et al., 2005)

6. การเพิ่มการให้คำปรึกษา โดยการใช้โทรศัพท์ การใช้คอมพิวเตอร์ การติดตามผู้ป่วยโดยการใช้โทรศัพท์ การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม การสนับสนุนให้กำลังใจหรือให้รางวัล (McDonald et al., 2002)

7. การให้ความรู้ผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ได้แก่ สาเหตุ ทักษะการรักษากาย จะทำให้ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการสนับสนุนดูแลผู้ป่วยซึ่งจะก่อให้เกิดพฤติกรรมในการร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย (Sher et al., 2005)

8. การให้ผู้ป่วยเชื่อและตระหนักในความสำคัญของการรักษาด้วยยา โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับความรู้ประโยชน์ของการรักษาด้วยยา ความเชื่อว่ายาสามารถรักษาให้หายได้ จะทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Aikens et al., 2005)

9. การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยเพื่อทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และเห็นถึงความจำเป็นในการรักษาด้วยยา (Haynes, 2005)

สรุป การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เป็นการสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร การให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการให้ผู้ป่วยเชื่อและตระหนักในความสำคัญของการรักษาด้วยยา นอกจากนี้การให้การสนับสนุนทางสังคม การติดตามผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน รวมถึงการนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในส่งเสริมการรับประทานยาเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

### ผลลัพธ์จากความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ผลลัพธ์จากความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ผลที่ได้จากการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย

1. ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

จากการทบทวนวรรณกรรม มีผู้ให้ความหมายของความพึงพอใจหลายความหมาย ดังนี้

ราชบัณฑิตยสถาน (2546) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจ ว่าเป็น ความพอใจ ชอบใจ ซึ่งความพึงพอใจของแต่ละบุคคลไม่มีที่สิ้นสุด สามารถเปลี่ยนแปลงได้เสมอตามกาลเวลา สิ่งแวดล้อม

อดุลย์ศักดิ์ สุนทรโรจน์ (2546) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจ ว่าเป็นความรู้สึกชอบ หรือความพอใจที่มีต่อองค์ประกอบ สิ่งงูใจในด้านต่างๆ ของงาน โดยผู้ปฏิบัติงาน ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ปฏิบัติงานนั้นมีการเสียสละ อุทิศแรงกาย แรงใจและสติปัญญาให้กับงานอย่างเต็มความสามารถ ซึ่งความพึงพอใจเกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึก เจตคติของบุคคลอันเนื่องมาจากสิ่งเร้า แรงงูใจ โดยปรากฏออกมาทางพฤติกรรมและ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการทำกิจกรรมต่างๆ ของบุคคล

พาร์เกอร์ และแมทธิว (Parker and Mathew, 2001) ได้ให้ความหมายของความ พึงพอใจว่า เป็นความรู้สึกของการได้รับผลตามที่คาดหวัง สิ่งที่ต้องการอาจเป็นสิ่งที่หรือบริการ

เวสท์ (Weiss, 2002) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจว่า เป็นอารมณ์ที่ เกิดขึ้นจากการได้รับสิ่งที่คาดหวัง หรือสิ่งที่ควรได้รับ

สรุป ความพึงพอใจหมายถึง ความพอใจ ชอบใจ ซึ่งความพึงพอใจของแต่ละ บุคคลไม่มีที่สิ้นสุด สามารถเปลี่ยนแปลงได้เสมอ ตามกาลเวลา สิ่งแวดล้อม เกิดจากเมื่อบุคคล ได้รับผลสำเร็จตามความมุ่งหมายที่ต้องการอาจเป็นสิ่งที่หรือบริการ ซึ่งความพึงพอใจเกี่ยวข้องกับอารมณ์ความรู้สึก เจตคติของบุคคลอันเนื่องมาจากสิ่งเร้า แรงงูใจ โดยปรากฏออกมาทาง พฤติกรรมและเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการทำกิจกรรมต่างๆ ของบุคคล

การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตึกจิระ โรงพยาบาล สวนปรุง หลังได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกใช้แบบสอบถามความพึงพอใจ ซึ่งพัฒนา โดย สุพรรณิ เจริญวิศิษฐ์ และคณะ (2546) เป็นแบบสอบถามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถึงความพอใจเมื่อ ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โดยเกณฑ์วัดระดับความพึงพอใจมีค่าตั้งแต่ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ตัวเลข 1-3 หมายถึง พึงพอใจน้อย ตัวเลข 4-6 หมายถึงพึงพอใจปานกลาง ตัวเลข 7-10 หมายถึง พึงพอใจมาก การคิดระดับความพึงพอใจจะนำมาคิดเป็นเปอร์เซ็นต์โดยเทียบจากตัวเลข ความพึงพอใจคือ 1-10 เทียบเป็น 10-100 เปอร์เซ็นต์

## 2. การมาตรวจตามนัด

หมายถึง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา โดยมารับการรักษา อย่างสม่ำเสมอ ตรงกันกับเวลานัดหมาย โดยวัดจากแบบบันทึกการมาตรวจตามนัดของโรงพยาบาล สวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

## 3. การกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากมีอาการกำเริบจากการขาดยา

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่รับประทานยา ไม่ต่อเนื่องมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 50 ในขณะที่ผู้ป่วยที่รับประทานยาต่อเนื่องมีโอกาส

กลับเป็นซ้ำร้อยละ 20 (Mayall et al., 2004) ฉะนั้นผู้ป่วยจึงต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Hollon et al., 2005) และในการป้องกันกลับเป็นซ้ำผู้ป่วยจะต้องได้รับยาป้องกันอย่างน้อย 2-3 ปี จากนั้นควรมีการประเมินอีกครั้งว่าควรให้ยาป้องกันต่อหรือไม่ โดยถ้าผู้ป่วยมีประวัติการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล 3 ครั้งขึ้นไปจะให้ยาป้องกันเป็นเวลาอย่างน้อย 5 ปี (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550) เนื่องจากผู้ป่วยต้องรับประทานยาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานเพราะฉะนั้นผู้ป่วยจึงต้องให้ความร่วมมือ คือ ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ด้วย การรับประทานยาและการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารับประทานยาอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งที่สำคัญเพื่อป้องกันในการกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากการขาดยา ซึ่งหากมีแนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากการขาดยา (Melfi et al., 1998)

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับมารักษาซ้ำเนื่องจากมีอาการกำเริบจากการขาดยา ประเมินจากแบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากมีอาการกำเริบจากการขาดยา ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเอง

### แนวปฏิบัติทางคลินิก

#### ความหมายของแนวปฏิบัติคลินิก

แนวปฏิบัติทางคลินิก คือ ข้อความที่จัดขึ้นอย่างเป็นระบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ระบุถึงแนวปฏิบัติที่ช่วยในการตัดสินใจ จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ให้ความหมายของแนวปฏิบัติทางคลินิกดังนี้

โคลาตา (Kolata, 2004) กล่าวว่าแนวปฏิบัติหมายถึง ข้อความสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมทางวารสารทางการแพทย์และสิ่งพิมพ์ ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยแนวปฏิบัติจะเป็นแนวทางในการปฏิบัติกรพยาบาลและการรักษาของแพทย์

เพนนี่ และฟอย (Penney and Foy, 2007) กล่าวว่าแนวปฏิบัติหมายถึง การให้คำแนะนำทางคลินิกที่ช่วยในการปรับปรุงประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการดูแลผู้ป่วยโดยมีการนำแนวทางที่มีประโยชน์มาบรรยาย ซึ่งแนวปฏิบัติจะช่วยผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพในการทำงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ซับซ้อน และยังช่วยลดความไม่ชัดเจนทางคลินิก

มัสซีเดอร์ และคณะ (Muscedere et al., 2008) ได้กล่าวว่าแนวปฏิบัติหมายถึง วิธีหนึ่งในการปรับปรุงความเข้ากันได้และการใช้ประโยชน์ของวรรณกรรมทางการแพทย์สำหรับการความเจ็บป่วยของผู้ป่วย แนวปฏิบัติสามารถปรับปรุง กระบวนการ ผลลัพธ์ และค่าใช้จ่ายที่ยังไม่ดี

สรุป แนวปฏิบัติทางคลินิก คือ ข้อความที่จัดขึ้นอย่างเป็นระบบที่ระบุถึงแนวปฏิบัติ ที่ช่วยในการตัดสินใจ เพื่อปฏิบัติการ ช่วยให้บุคลากรมีความสะดวกในการใช้ เกิดการทำงานร่วมกันเป็นทีม และลดความหลากหลายของการปฏิบัติทำให้ค่าใช้จ่ายและคุณภาพในการรักษาดีขึ้น มีความเหมาะสมในการดูแลสำหรับสถานการณ์ทางคลินิกที่เฉพาะ โดยอาศัยหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์จากการค้นคว้าอย่างเป็นระบบ

### การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

กรอบแนวคิดในการใช้แนวปฏิบัติจากการสภาวะวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999) แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ขั้นดำเนินการตามแนวปฏิบัติทางคลินิก และขั้นประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

##### 1. ขั้นเตรียมการการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

1.1 การทำให้แนวปฏิบัติเป็นสิ่งที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย โดยควรจะมีการนำเสนอแนวปฏิบัติในรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มเป้าหมาย

1.2 การตีพิมพ์แนวปฏิบัติ สามารถตีพิมพ์ได้ในรูปแบบของเอกสารที่มีข้อมูลครอบคลุมหรือในรูปแบบสรุปที่ให้ข้อมูลเฉพาะส่วนต่างๆ โดยรูปแบบสรุปอาจตีพิมพ์ในวารสารจดหมายข่าว แผ่นพับ เป็นต้น

1.3 การแจ้งให้กลุ่มเป้าหมายทราบว่า มีแนวปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ได้ให้กลุ่มเป้าหมายรับทราบว่ามีการพัฒนาหรือปรับปรุงแนวปฏิบัติ โดยแจ้งให้กลุ่มเป้าหมายทราบขั้นตอนในการดำเนินงานซึ่งอาจทำได้โดยการตีพิมพ์ในวารสาร หรือแจ้งแก่ผู้ใช้โดยตรง เป็นต้น

##### 2. ขั้นดำเนินการตามแนวปฏิบัติทางคลินิก

การเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นเมื่อใช้วิธีการที่เหมาะสม โดยจะต้องมีการปรับให้เหมาะสมกับสถานการณ์

2.1 ผู้นำแนวปฏิบัติทางคลินิก ควรเป็นบุคคลที่ได้รับการยอมรับ รวมทั้งควรมีความสามารถโน้มน้าวการร่วมในการปฏิบัติของผู้ร่วมงาน ผู้นำแนวปฏิบัติทางคลินิกสามารถช่วยส่งเสริมแนวทางในการปฏิบัติได้ในทุกโอกาสทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

2.2 การสนับสนุนรับรองจากกลุ่มคลินิก โดยแนวปฏิบัติที่ได้รับการรับรองจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจะได้รับการยอมรับและนำไปใช้ และถือว่าได้รับการตรวจสอบอย่างดี ซึ่งจะนำไปสู่การปรับใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกให้เหมาะสมกับบริบท

2.3 การติดตามจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ในการให้คำแนะนำข้อเสนอแนะ

2.4 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย โดยการพูดคุยให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งการให้ความรู้ผู้ป่วยจะเพิ่มความคาดหวังของผู้ป่วยที่จะนำไปสู่การร่วมมือ

2.5 แนวปฏิบัติทางคลินิกที่ได้มีการปรับให้เข้าใจได้ตรงกัน

2.6 การประชุมต้องเป็นการประชุมที่เป็นการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ และมีการติดตามผล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยโดยให้ผู้ดูแลรักษามีส่วนร่วมในการวางแผน

2.7 ควรมีระบบเตือนความจำในการทำงานแต่ละวันของผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก โดยใช้การบันทึกหรือการใช้คอมพิวเตอร์ ซึ่งจะเป็นการช่วยเตรียมความพร้อมในการทำงาน

2.8 การปรับปรุงคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก ควรมีการปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงคุณภาพและค่าใช้จ่าย

2.9 ควรมีการปรับใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ และส่งเสริมความรู้สึกเป็นเจ้าของของผู้ใช้

2.10 การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้จะประสบความสำเร็จหากผู้รักษามีสิ่งสนับสนุน เช่น ค่าใช้จ่าย ความพึงพอใจ เป็นต้น และต้องไม่มีสิ่งขัดขวางในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เช่น เป็นปริมาณงานที่มากเกินไป หรือค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องในการรักษา เป็นต้น

2.11 การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น อินเทอร์เน็ตและระบบการจัดการและจัดเก็บข้อมูลนับวันมีแต่จะมีความสำคัญเพิ่มขึ้น สามารถใช้อินเทอร์เน็ตเป็นช่องทางในการเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิกได้ และเทคโนโลยีสารสนเทศก็สามารถช่วยในการติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยเพื่อที่ผู้ให้การรักษาจะได้ดำเนินตามแนวปฏิบัติที่เหมาะสม

### 3. การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

3.1 เป็นการประเมินว่ากลยุทธ์ที่ใช้การเผยแพร่แนวปฏิบัติประสบความสำเร็จหรือไม่เพียงใด



3.2 การประเมินการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติงานทางคลินิก และผลดีหรือด้านสุขภาพ ควรมีการวิเคราะห์และรวบรวมข้อมูลซ้ำๆ หลังมีการเผยแพร่และการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ซึ่งเป็นการประเมินการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการปฏิบัติงานที่สัมพันธ์กับแนวปฏิบัติ และประเมินผลการรักษาดีขึ้นหรือไม่

3.3 การประเมินผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติงานทางคลินิก

3.4 การประเมินผลของผู้ใช้แนวปฏิบัติ ควรคำนึงถึงความสะดวกในการใช้งาน ความชัดเจนของแนวปฏิบัติ เป็นต้น ซึ่งผู้ที่มีส่วนร่วมในการประเมินคือผู้ใช้แนวปฏิบัตินั้นๆ

3.5 การประเมินต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่ายทั้งในการดำเนินการ และค่าใช้จ่ายก่อนและหลังการนำไปปฏิบัติ และมีการวิเคราะห์ความคุ้มค่า

3.6 การรายงานผลการประเมิน ควรมีการรายงานผลทั้งที่เป็นประโยชน์และเป็นจุดบกพร่องของแนวปฏิบัติ และหากเป็นไปได้ควรมีข้อเสนอแนะด้วย

สรุป แนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นข้อความที่จัดขึ้นอย่างเป็นระบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ระบุถึงแนวปฏิบัติที่ช่วยในการตัดสินใจปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วย

### **แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก**

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการปรับจากแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ของอรพินท์ สมบัติวัฒนางกูร (2551) ที่รับมาจากแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท แผนกงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งพัฒนาโดย สุตรัก พิละกันทา (2550) ซึ่งแนวปฏิบัติสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ที่ปรับโดย อรพินท์ สมบัติวัฒนางกูร (2551) ได้มีการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก (Appraisal of guidelines of research & evaluation [AGREE] instrument) พบว่ามีความเหมาะสมตามคุณลักษณะของแนวปฏิบัติทางคลินิก คือมี 1) วัตถุประสงค์ของการนำไปใช้ที่ชัดเจน (scope and purpose) 2) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการ

พัฒนา (stakeholder involvement) 3) มีขั้นตอนของการพัฒนาที่ดีถูกต้อง ชัดเจน (rigour of development) 4) มีความชัดเจนในการนำเสนอ (clarity and presentation) 5) ง่ายต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน (editorial independence) โดยแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ที่ปรับโดย อรพินท์ สมบัติวัฒนางกูร (2551) ประกอบด้วยเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. สิทธิของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. การให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีส่วนร่วมในการรักษาด้วยยา เช่น การกำหนดเวลาในการรับประทานยา การปรับขนาดของยาให้ง่ายและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย
3. การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เช่น การบันทึกการรับประทานยาด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หรือจากญาติหากว่าผู้ป่วยยังมีการอยู่และไม่สามารถดูแลตนเองได้ การประเมินอาการซึมเศร้า
4. การประเมินอาการซึมเศร้า
5. การประเมินผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษาด้วยยา
6. การประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับผลข้างเคียงของการรักษาด้วยยา ได้แก่ การให้ความมั่นใจต่อการใช้ยาและการแก้ไขต่อผลข้างเคียงของการรักษาด้วยยา
7. การประเมินการให้ความสำคัญและความมั่นใจต่อการรักษาด้วยยา เช่น ในการเตือนล่วงหน้าทางโทรศัพท์ หรือการเตือนทางจดหมายก่อนถึงวันนัดของรายที่ขาดร่วมมือในการรักษา การให้ความรู้ การสอนด้านสุขภาพจิต ประโยชน์ของการรักษาด้วยยา การให้คำปรึกษาในกรณีที่เกิดปัญหาจากการรักษาด้วยยาทั้งในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและญาติที่ให้การดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการให้คำปรึกษา หรือการทำการรอบคอบบำบัดกับญาติเมื่อเกิดความเครียดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย การให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสำหรับบุคคลากร การติดตามผลการรักษาด้วยยาทางโทรศัพท์ในสัปดาห์แรกของการรักษาในรายที่ขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีการสร้างเครือข่ายของสถานสุขภาพใกล้บ้าน เพื่อทำการส่งต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และมีการติดตามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาภายในระยะเวลา 2 เดือน โดยมีการประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจากแบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ที่ได้ปรับมาจากแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท แผนกงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งพัฒนาโดย สุตกริก พิลังกันทา (2550) โดยประเมินเมื่อผู้ป่วยมารับการตรวจรักษา ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย

โรคซึมเศร้าในการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก เมื่อผู้ป่วยมารับการตรวจรักษา ประเมินการมาตรวจตามนัด โดยประเมินจากการมาตรวจตรงตามนัดภายในระยะเวลา 2 เดือน ประเมินการกลับมารักษาซ้ำจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ประเมินจากผู้ป่วยไม่กลับมารักษาซ้ำเนื่องมาจากมีอาการกำเริบจากการขาดยาภายในระยะเวลา 2 เดือน

### สถานการณ์การส่งเสริมความมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตึกจิระ

#### โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

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 ราย ตามลำดับ (รายงานประจำปี โรงพยาบาลสวนปรุง, 2551-2553) ตึกจิระ โรงพยาบาลสวนปรุง พบความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยจากสถิติของผู้ป่วยที่กลับ มารักษาซ้ำเนื่องจากมีอาการกำเริบจากการขาดยา ปี 2551 มีจำนวน 19 คน จากจำนวนผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำทั้งหมด 36 คน คิดเป็นร้อยละ 52.77 ปี 2552 มีจำนวน 18 คน จากจำนวนผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำทั้งหมด 44 คน คิดเป็นร้อยละ 40.9 ปี 2553 มีจำนวน 20 คน จากจำนวนผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำ 37 คน คิดเป็นร้อยละ 54.05 (แฟ้มประวัติผู้ป่วย โรงพยาบาลสวนปรุง, 2551-2553) และจากสถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่มาตรวจตามนัดตึกจิระ โรงพยาบาลสวนปรุง ปี 2551 มีจำนวน 21 คน จากจำนวนผู้ป่วยที่เคยรับการรักษาทั้งหมด 36 คน คิดเป็นร้อยละ 58.33 ปี 2552 มีจำนวน 19 คน จากจำนวนผู้ป่วยที่เคยรับการรักษาทั้งหมด 44 คน คิดเป็นร้อยละ 43.18 ปี 2553 มีจำนวน 20 คน จากจำนวนผู้ป่วยที่เคยรับการรักษาทั้งหมด 37 คน คิดเป็นร้อยละ 54.05 (แฟ้มประวัติผู้ป่วย โรงพยาบาลสวนปรุง, 2551-2553) จากสถิติของการกลับมารักษาซ้ำจากการขาดยาและสถิติการไม่มาตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตึกจิระ ดังที่กล่าวมานั้นมีสถิติค่อนข้างสูง ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญของตึกจิระ และจากรายงานเรื่องสาเหตุการขาดยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตึกจิระ โรงพยาบาลสวนปรุง ตั้งแต่เดือนกันยายน-ตุลาคม 2553 พบว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 10 คน ที่มารับการรักษาที่ตึกจิระ โรงพยาบาลสวนปรุง รับประทานยาไม่ต่อเนื่องจนต้องกลับมาได้รับการรักษาซ้ำเนื่องจากคิดว่าตนเองหายดีจึงไม่ต้องรับประทานยาต่อมีจำนวน 7 คน รับประทานยาแล้วว่างจำนวน 3 คน (กุลธิดา สิทธิวัง, 2553ข) ซึ่งจากรายงานสามารถสรุปได้ว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

รับประทานยาไม่ต่อเนื่องและกลับมารักษาล้ำในช่วงเดือนกันยายน-ตุลาคม 2553 เนื่องจากผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานอย่างต่อเนื่อง รวมถึงความรู้ความเข้าใจต่ออาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นและแนวทางในการแก้ไข

นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังจากที่แพทย์มีแผนการรักษาให้นอนโรงพยาบาลผู้ป่วย จะได้รับการดูแลรักษาในตึกผู้ป่วยในโดยมีพยาบาลเป็นผู้ที่ให้การพยาบาล แต่จากรายงานเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ตึกจิระะ โรงพยาบาลสวนปรุง ในเดือนตุลาคม 2553 จำนวน 10 คน พบว่าพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่เหมือนกัน โดยให้การพยาบาลไปตามความรู้และทักษะของแต่ละคน สาเหตุมาจากยังไม่มีแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ชัดเจนในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาที่จะสามารถร่วมทำงานเป็นทีมได้ ดังเช่น พยาบาลบางคนมีการปฏิบัติการพยาบาลโดยการสร้างสัมพันธภาพ สนทนาเชิงบำบัด ให้คำปรึกษารายบุคคล ให้สุขภาพจิตศึกษาขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลและก่อนกลับบ้าน ให้จิตบำบัดรายบุคคล ให้จิตบำบัดรายกลุ่ม พยาบาลบางคนมีการปฏิบัติการพยาบาลโดยมีการประเมินทัศนคติต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย การให้ความรู้เรื่องโรค เรื่องยา การรักษากับผู้ป่วยและผู้ดูแล ในขณะที่บางคนนอกจากจะมีการให้สุขภาพจิตศึกษากับผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลและก่อนกลับบ้านแล้ว ยังมีการสร้างความตระหนักให้กับผู้ป่วยให้เห็นถึงความสำคัญของการรับประทานยา รวมถึงการส่งต่อให้กับชุมชนในการดูแลผู้ป่วยในการรับประทานอย่างต่อเนื่อง ส่วนพยาบาลอีกส่วนหนึ่งมีวิธีการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะมีการเตือนผู้ป่วยให้รับประทานยาทางการโทรศัพท์ (กุลธิดา สิริวิ้ง, 2553ก) ดังนั้นหากมีแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ชัดเจนในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าน่าจะทำให้ผู้ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีแนวทางในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานอย่างต่อเนื่อง มาตรวจตามนัด และลดอัตราการกลับมารักษา

### กรอบแนวคิดทฤษฎี

ตึกจิระ โรงพยาบาลสวนปรุงมีสถิติของการกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากมีอาการกำเริบจากการขาดยา และการไม่มาตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าค่อนข้างสูง รวมทั้งพยาบาลผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ให้การพยาบาลไปตามความรู้และทักษะของแต่ละคน เนื่องจากยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ที่ปรับโดยอรพินท์ สมบัติวัฒนางกูร (2551) มาใช้ โดยอ้างอิงกรอบแนวคิดในการใช้แนวปฏิบัติจากสภานโยบายทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999) แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ขั้นดำเนินการตามแนวปฏิบัติทางคลินิก และขั้นประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้านี้น่าจะทำให้ผู้ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีแนวทางในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งน่าจะช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มาตรวจตามนัด และลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ