

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในปัจจุบันและอนาคต ซึ่งเป็นโรคที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง การศึกษา ความเชื่อ และมีการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยี ก่อให้เกิดความสูญเสียที่รุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ มีความสำคัญลำดับต้นๆ ในด้านการเสียชีวิต ความเจ็บป่วยตลอดจนคุณภาพเป็นภาวะโรคที่สำคัญ (กรมสุขภาพจิต, 2554) จากการศึกษาร่วมกันระหว่างองค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 1996) ธนาคารโลกและโรงเรียนการสาธารณสุขฮาร์วาร์ดในการคาดการณ์ภาระของโรคซึมเศร้า จะเป็นภาระทางสังคมและเศรษฐกิจ (Burden of disease) ที่มีต่อประชากรในทุกภูมิภาคของโลก โดยวัดความสูญเสียเป็นจำนวนปีที่ดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดี (Disability Adjusted Life Years, DALYs) พบว่าในปี 2547 ค่า DALYs เพศชายเท่ากับ 137 (2.4 %) เพศหญิงเท่ากับ 191 (6.9%) ในปี 2552 ค่า DALYs เพศชายเพิ่มขึ้นเป็น 165 (3.0%) เพศหญิงเพิ่มสูงขึ้นเป็น 309 (7.3%) และภายในปี 2563 โรคซึมเศร้าจะเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียที่สำคัญเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพของประชากรไทย (Years Lost due to Disability, YLD) เป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด จะก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพของประชากรโลกเป็นเท่าตัว ถึงแม้ว่าจะไม่มีการสูญเสียก่อนวัยอันควร แต่ผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ต้องทนอยู่กับอาการเจ็บป่วยเป็นเวลานานกว่าโรคอื่นๆ ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสมจะไม่สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติได้ ทำให้เป็นภาระต่อญาติ ครอบครัวและชุมชน ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจและสังคมค่อนข้างสูง จะเป็นปัญหาใหญ่ต่อการพัฒนาประเทศ สิ่งสำคัญพบว่าร้อยละ 17 ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มีอาการนานเกิน 1 เดือนจะเสียชีวิตโดยการฆ่าตัวตายให้พ้นไปจากความทุกข์ทรมาน (สรยุทธ วาสิกนันท์, 2547) เพื่อเป็นการป้องกันความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นกรมสุขภาพจิตได้กำหนดนโยบายให้ปี 2553-2563 เป็นทศวรรษแห่งการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้า มีเป้าหมายที่สำคัญโดยการลดภาระและความสูญเสียจากโรคซึมเศร้า เพิ่มการเข้าถึงบริการ เพิ่มคุณภาพ

การดูแลรักษา ลดอัตราการป่วยของโรคซึมเศร้าและบูรณาการเข้าไปในระบบสุขภาพทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ (ชรินทร์ กองสุข และคณะ, 2553)

โรคซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้ในช่วงชีวิตของเรา และเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่มีแนวโน้มสูงขึ้น พบได้โดยทั่วไปในประชาชนทุกเพศทุกวัย และสร้างความเสียหายต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนได้สูงกว่าโรคอื่นๆ จากการสำรวจทางระบาดวิทยาโรคทางจิตเวชในคนไทย ปี 2551 พบว่าคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 1,311,7971 คน ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (major depressive episode) และจำนวน 181,809 คน ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง (dysthymia) จากสถิติของการเกิดโรคซึมเศร้าพบว่า มีอัตราการเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าล้านคนใน 1 ปี ของประชากรโลก และคาดการณ์ว่าประชากรทุกปีต่อไปจะมีประชากรทุก 3 คน มีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าจากการดำรงชีวิต (Obenauer, 2005) โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่รุนแรงเป็นอันดับต้นๆ ในระดับโลก และระดับประเทศ ถ้าผู้ที่ เป็นโรคซึมเศร้าไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง และต่อเนื่องทำให้เป็นโรคเรื้อรัง และรุนแรงกว่าอาการเป็นอยู่นานกว่ามีโอกาสเกิดซ้ำได้ ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต สูญเสียหน้าที่การทำงานชีวิตประจำวันมาก สามารถนำไปสู่การฆ่าตัวตายหรือการทำร้ายตนเองเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายที่สุด ซึ่งผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า และ 3% ของผู้ที่ฆ่าตัวตาย จะฆ่าผู้อื่นร่วมด้วย (WHO, 2001) มีอุบัติการณ์และความชุกสูงขึ้น เนื่องจากส่วนใหญ่ไม่รู้ตัวว่าตนเองป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและไม่คิดว่าอาการซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยทางจิต และพบว่า มีข้อมูลอัตราการเข้าถึงบริการเฉลี่ยย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปี 2550-2552 ว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 100 คน มีโอกาสเข้าถึงบริการและได้รับการดูแลรักษาเพียง 11 คนหรือแค่ 3.94% เท่านั้น และมีความชุกประมาณ 5 % (วชิระ เฟื่องจันทร์ และคณะ, 2551) ช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาพบว่า โรคซึมเศร้า เป็นความเจ็บป่วยยาวนานตลอดชีวิต (Brodady, 2001) มีอาการเกิดขึ้นเป็นช่วงๆ เมื่อได้รับการรักษาอาการทุเลาและสามารถกลับเป็นซ้ำได้ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีอาการอยู่ตลอดไม่ทุเลา (Thomicroft, 1993) ในช่วงชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะเกิดอาการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าประมาณ 5 ครั้ง โดยเฉลี่ย และในการเจ็บป่วยแต่ละครั้งก่อให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว ต่อความสามารถในการทำงาน และเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมาก (Judd, 1997) ตลอดช่วงชีวิตคนเรา 1 ใน 4 ของเพศหญิงและ 1 ใน 10 ของเพศชายเคยมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้า

จากการสำรวจโดยกรมสุขภาพจิตปี พ.ศ.2549 (วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 2552) ได้รายงานเกี่ยวกับสถิติของผู้ที่มารับบริการด้านสุขภาพจิตในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2550-2552 พบอัตราผู้ที่มีเป็นโรคซึมเศร้าเท่ากับ 130.37, 94.90 และ 168.28 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2549) จากรายงานของสำนักงานสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2550-2552

ในจังหวัดลำพูน มีอัตราการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าคิดเป็น 146.12, 157.13, และ 165.35 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน, 2552) และจากสถิติโรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน ที่ผ่านมามีผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า เข้ามาเข้ารับการรักษา โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน ปีงบประมาณ 2550-2552 จำนวน 36, 55 ราย และ 65 ราย ตามลำดับ (รายงานประจำปี โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง, 2552)

การรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า (มาโนช หล่อตระกูล, 2547; Ministry of health, 2004; Unity health insurance, 2004) แบ่งเป็น 3 ระยะได้แก่ การรักษาในระยะเฉียบพลัน (acute phase) การรักษา ระยะต่อเนื่อง (continuation phase) และการรักษาในระยะคงสภาพ (maintenance phase) แม้ว่าผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าอาการปกติแล้ว เพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยาต้องให้การรักษาระยะยาว เพื่อป้องกันอาการของโรคกำเริบ (American Psychiatric Association [APA], 2003) ในกรณีที่ได้รับการรักษาไม่ถูกต้อง ไม่ต่อเนื่อง โรคซึมเศร้าจะมีอาการเรื้อรังและกลับเป็นซ้ำได้สูง (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2553)

ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค (สมภพ เรืองตระกูล, 2548) จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง หากไม่ได้รับการรักษามีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน บางรายมองตัวเองเป็นคนไร้ค่า ไม่มีความสามารถ มองสังคมนรอบตัวว่าขาดความเป็นธรรมและไม่ให้อภัยต่อความผิดพลาดของตน เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง เบื่อหน่าย เศร้าใจและทุกข์ระทมใจเป็นอย่างมาก ตัดสินใจฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายที่สุด สูญเสียทรัพยากรบุคคลของชาติโดยที่สามารถป้องกันและแก้ไขได้ จากการศึกษาการวินิจฉัยทางจิตเวชของผู้ที่ฆ่าตัวตาย 5,588 ราย พบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสูงสุดมาจากป่วยด้วยโรคซึมเศร้า โรคนี้มักเป็นซ้ำ ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าครั้งแรกจะมีโอกาสเป็นซ้ำ ร้อยละ 50 ผู้ที่เป็นครั้งที่ 2 มีโอกาสเป็นซ้ำร้อยละ 70 และผู้ที่เป็นครั้งที่ 3 จะมีโอกาสเป็นซ้ำ ร้อยละ 90 (University of Michigan System, 2005) และพบว่า การรักษาด้วยยาต้านเศร้าจะออกฤทธิ์ต่อสารเคมีในสมอง เพื่อปรับการทำงานของระบบสารเคมีในสมอง ช่วยให้อาการดีขึ้นเร็วกว่าการรักษาทางจิตใจ นอกจากยาด้านเศร้าจะมีฤทธิ์ระงับอาการซึมเศร้าแล้วยังสามารถช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้ด้วย การรักษาที่ใช้ระยะเวลาในการรักษานาน จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย อย่างต่อเนื่องหรือการมารับบริการตรวจตามนัด เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ สามารถลดระยะเวลาและลดความรุนแรงในการเจ็บป่วยด้วย โรคซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต, 2553) ผลกระทบของการที่ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาและเข้ารับการรักษาที่ต่อเนื่อง จะทำให้อาการของโรคซึมเศร้าไม่ตอบสนองต่อแผนการรักษาของแพทย์ อาการป่วยไม่ทุเลา ประสิทธิภาพของยาที่มีต่อการรักษาลดลงและคือยา

ซึ่งเป็นการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจทั้งต่อตัวผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ (Smith, 1976)

ดังนั้นการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพที่ดี และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ซึ่งวิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและยาแก่ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการติดตามการเยี่ยมผู้ป่วยโดยผู้ชำนาญเฉพาะทางและการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง เช่น การติดตามทางโทรศัพท์ โทรศัพท์ (Katon et al, 2001; Reda & Makhoul, 2001) ตลอดจนการจัดโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับ เกิดความตระหนักในการรักษาด้วยยา ไม่ปรับยาหรือหยุดยาเอง อาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาได้

โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูนเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง ให้บริการด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่อง ไม่มีติดกับผู้ป่วยจิตเวชไว้ในอนรักษาในโรงพยาบาล มีเฉพาะการตรวจรักษาในคลินิกจิตเวชเท่านั้น ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าจะได้รับการรักษาด้วยยาด้านเศร้าเป็นหลัก ในด้านการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการ โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน หลังจากที่ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าและได้รับการรักษาด้วยยาด้านเศร้าจากแพทย์แล้ว ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าและญาติจะถูกส่งมาพบพยาบาลจิตเวชเพื่อให้คำแนะนำ โรงพยาบาลบ้านโฮ่งมีพยาบาลจิตเวช 1 คนไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ทุกราย ในกรณีพยาบาลจิตเวชไม่อยู่โรงพยาบาลหรือวันหยุดราชการ ในทางปฏิบัติการดูแลให้คำแนะนำผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าจะแตกต่างกันแล้วแต่องค์ความรู้ของพยาบาลแต่ละคน หลังจากนั้นพยาบาลจะทำการออกบัตรนัดและนัดผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าให้กลับมาพบแพทย์อีกครั้ง เมื่อรับยาไปแล้ว 2 สัปดาห์ 1 เดือน และ 2 เดือนเพื่อประเมินอาการ ถ้าอาการดีขึ้น ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าจะได้อาไปรับประทานต่อบ้าน จากรายงานสถิติโรงพยาบาลบ้านโฮ่ง ปี พ.ศ.2553 มีผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ารายใหม่ที่มาใช้บริการ ได้รับการรักษาด้วยยาด้านเศร้า ให้ไปรับประทานต่อบ้าน และนัดมาเป็นระยะ ทั้งหมดจำนวน 25 ราย แพทย์จะนัดผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามาพบอีกครั้งหลังจากให้ยาไปรับประทานเป็นเวลา 2 สัปดาห์ พบว่าผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าไม่มาตามนัดครั้งแรก จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 32.00 ขาดการรักษาเป็นเวลา 3 เดือน จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 ขาดการรักษาเป็นเวลา 6 เดือน จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 และผู้ที่กลับเป็นซ้ำมารับการรักษาใหม่ ปี 2553 จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 16.00 ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาใหม่ส่วนใหญ่มีเหตุผลเนื่องจากการขาดยา คิดเป็นร้อยละ 33.33 เพราะผู้ป่วยคิดว่าตนเองอาการดีขึ้นและหายป่วยแล้ว จึงหยุดยาเอง อย่างไรก็ตามมีผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าไม่มาตามนัด ในเวลา 1 ปี

ซึ่งพัฒนาโดย อรพินธ์ สมบัติวัฒนางกูร (2551) พบว่า ผลการศึกษาพบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ทำให้ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาร้อยละ 97.87 ความพึงพอใจหลังจากได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 94.70 ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยามาตรวจตามนัดทุกคนและไม่มีอาการกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยา ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 90.91 (อรพินธ์ สมบัติวัฒนางกูร, 2551) ซึ่งปรับจากแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท แผนกงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ โดย สุครัก พิละกันทา (2550) จาก การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยทีมผู้ดูแลและผู้ทรงคุณวุฒิ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก (The Appraisal of Guideline Research and Evaluation {AGREE}, 2001) พบว่า ประสิทธิภาพแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท แผนกงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ โดย สุครัก พิละกันทา (2550) ได้คะแนนคุณภาพอยู่ในระดับมาก (AGREE, 2001) และจากการศึกษา ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังโป่ง จังหวัดเพชรบูรณ์ โดย อักยิพร บุญแจ้ง (2553) ได้นำแนวปฏิบัติทางคลินิกทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ที่พัฒนา โดย อรพินธ์ สมบัติวัฒนางกูร (2551) ไปปรับใช้ผลการศึกษาพบว่าหลังจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น ความพึงพอใจหลังจากได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกอยู่ในระดับมาก มาตรฐานนัดทุกคน ไม่มีอาการกำเริบจากการขาดยา และผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกระดับมาก (อักยิพร บุญแจ้ง, 2553) และจากการศึกษาประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยใน ตึกจิระ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ โดย กุศลธิดา สิทธิวงษ์ (2554) พบว่า ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 10 คน จากผู้ป่วยทั้งหมด 11 คน มาตรฐานนัดทุกคน ไม่มีอาการกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากอาการกำเริบจากการขาดยาภายใน 28 วัน ทุกคนมีความพึงพอใจหลังจากที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับมาก และทีมบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก มีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา

ด้วยอายุในระดับมาก 45 คน คิดเป็นร้อยละ 95.74 ฟังพอใจระดับปานกลาง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4.44 และได้มีการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยทีมผู้ดูแลและผู้ทรงคุณวุฒิ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก (The Appraisal of Guideline Research and Evaluation {AGREE}, 2001) พบว่า ประสิทธิภาพผลแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งพัฒนาโดย อรพินธ์ สมบัติวัฒนางกูร (2551) ได้คะแนนอยู่ในระดับมาก (AGREE, 2001) มีองค์ประกอบครบทั้ง 6 องค์ประกอบตามคุณลักษณะของแนวปฏิบัติคือ 1) ขอบเขตและวัตถุประสงค์ของการนำไปใช้ชัดเจน 2) การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนา 3) ความเข้มแข็งของกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ถูกต้องและชัดเจน 4) มีความชัดเจนและรูปแบบในการนำเสนอ 5) ง่ายต่อการประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน 6) ทีมผู้จัดทำแนวปฏิบัติมีอิสระในการตรวจสอบคุณภาพ (กุลธิดา สิริธิวงษ์, 2554)

ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงสนใจนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งพัฒนาโดย อรพินธ์ สมบัติวัฒนางกูร (2551) มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทและศึกษาประสิทธิภาพผลแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ลดการกลับเป็นซ้ำ และมาตรวจตรงตามนัดของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน ถึงแม้จะเป็นการดำเนินการในโรงพยาบาลระดับตติภูมิ โรงพยาบาลศูนย์ขนาด 900 เตียง ไม่มีเตียงผู้ป่วยจิตเวชไว้นอนรักษาในโรงพยาบาลมีเฉพาะการตรวจรักษาในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกเท่านั้น ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าจะได้รับการรักษาด้วยยาด้านเศร้าเป็นหลักมีรูปแบบการดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามัลติคลิงกับโรงพยาบาลบ้านโฮ่งของผู้ศึกษา ถึงแม้จะเป็นโรงพยาบาลระดับตติภูมิขนาด 30 เตียงที่มีความแตกต่างในด้านของบุคลากรที่ให้บริการคลินิกจิตเวช ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมแล้วพบว่า การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า มีองค์ประกอบหลักของแนวปฏิบัติทางคลินิกที่คล้ายกันหลายส่วน แม้ว่าผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีลักษณะการเจ็บป่วยที่ไม่เหมือนกัน การวินิจฉัยโรคต่างกัน แต่กระบวนการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของ อรพินธ์ สมบัติวัฒนางกูร (2551) ซึ่งมีแนวทางชัดเจน จึงสามารถนำมาปรับใช้เพื่อแก้ปัญหาการดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน จะสามารถแก้ไขปัญหาการดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าของ

โรงพยาบาลบ้านโฮ้งได้ และใช้ในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ นำไปสู่การแก้ไข พร้อมทั้งสามารถนำไปสู่การจัดระบบการดูแลผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูนให้เป็นแนวทางเดียวกันได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูน โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะคือ

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า หลังจากรับการดูแลรักษาตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า
2. เพื่อศึกษาการมาตรวจรักษาตามนัดของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า หลังจากรับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า
3. เพื่อศึกษาการกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า หลังจากรับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า
4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า หลังจากรับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า
5. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

คำถามการศึกษา

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูนเป็นอย่างไร โดยมีคำถามเฉพาะคือ

1. ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นอย่างไร
2. ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า มาตรวจตามนัดหลังจากรับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นอย่างไร

3. ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ากลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยาหลังจากที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างไร
4. ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีความพึงพอใจที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นอย่างไร
5. บุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าเป็นอย่างไร

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Operational study) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้นโยบายทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน เก็บข้อมูลระหว่าง เดือนเมษายน-มิถุนายน 2554

นิยามศัพท์

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า หมายถึง กระบวนการที่จัดทำขึ้นอย่างเป็นระบบสำหรับช่วยในการตัดสินใจเพื่อปฏิบัติการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน ที่ได้ปรับจากแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก โดย อรพินธ์ สมบัติวัฒนางกูร (2551)

ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้ทำการรักษาโรคว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorder fourth edition [DSM-IV]) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association [APA], 1995) และลรหัสโรคตามเกณฑ์ของ The 10th Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related health Problems (ICD-10) และอยู่ในระหว่างการรักษาด้วยวิธีการรับประทานยาต้านเศร้า โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูนระหว่างเดือนเมษายน-มิถุนายน 2554

ประสิทธิผลของการใช้นโยบายทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า หมายถึง ผลลัพธ์ของพฤติกรรมและความรู้สึกของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า และผู้ใช้แนวปฏิบัติที่ได้เกิดจากการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ได้แก่

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็โรคมิมเศร้า หมายถึง การที่ผู้ที่เป็นโรคมิมเศร้า ปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างถูกต้องตามขนาด เวลา ที่รับประทานในแต่ละวัน เอาใจใส่ในอาการของตนเองและติดตามกระบวนการรักษาอย่างระมัดระวัง และมารับการรักษาด้วยยาตามนัด สอดคล้องกับแผนการรักษาด้วยยาของแพทย์ ประเมิน โดยแบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการรักษา ด้วยยาของรชชนก สิริทธิโชติวงศ์ (2550)

ความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคมิมเศร้าที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก หมายถึง ความรู้สึกมีความสุข พอดี อิ่มเอมใจของผู้ที่เป็น โรคมิมเศร้าที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก เกิดจากการยอมรับในการ ได้รับการบริการ ที่มีคุณภาพ ประเมิน โดยแบบวัดความพึงพอใจของ สุพรรณณี เตรียมวิศิษฏ์ และคณะ (2546)

การมาตรวจตามนัด หมายถึง ผู้ที่เป็น โรคมิมเศร้าที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา โดยมา รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ตรงกันกับเวลานัดหมายเดือนละ 1 ครั้ง ประเมิน โดยใช้แบบบันทึกการมา ตรวจตามนัดของโรงพยาบาลบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูน

การกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยา หมายถึง ผู้ที่เป็น โรคมิมเศร้าที่ กลับมารับการรักษาซ้ำหลังจากหยุดยาภายในเวลา 28 วัน หรือมีอาการกำเริบจากการขาดยาประเมิน โดยใช้แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยาของโรงพยาบาลบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูน

ความพึงพอใจของบุคลากรสุขภาพผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก หมายถึง ความรู้สึกพอใจ ของบุคลากรสุขภาพผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ที่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายส่วนบุคคลซึ่ง สมาชิกบุคลากรสุขภาพเป็นผู้ประเมินผลการทำงาน ประเมิน โดยแบบวัดความพึงพอใจของ สุพรรณณี เตรียมวิศิษฏ์และคณะ (2546)