

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลบ้านไธสง จังหวัดลำพูน ที่ปรับจากแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งพัฒนาโดย อรพินธ์ สมบัติวัฒนางกูร (2551) ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยต่างๆ ตามหัวข้อดังต่อไปนี้

#### 1. โรคซึมเศร้า

- 1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า
- 1.2 สาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้า
- 1.3 ผลกระทบของโรคซึมเศร้า
- 1.4 การวินิจฉัยโรคและอาการของโรคซึมเศร้า
- 1.5 การบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

#### 2. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

- 2.1 ความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
- 2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
- 2.3 วิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า
- 2.4 การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

#### 3. แนวปฏิบัติทางคลินิก

- 3.1 ความหมายของแนวปฏิบัติทางคลินิก
- 3.2 ขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก
- 3.3 การประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก
- 3.4 แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่

เป็นโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก

#### 4. สถานการณ์การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โรงพยาบาลบ้านไธสง

จังหวัดลำพูน

## โรคซึมเศร้า

### ความหมายของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อย เป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบต่อทั้งสุขภาพ ครอบครัวย สังคมและเศรษฐกิจ เกิดได้ทุกเพศทุกวัย เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีผลกระทบต่อ ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมและสุขภาพ มีอาการสำคัญ คือ ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้า หดหู่ จิตใจหม่นหมอง หดความกระตือรือร้น เบื่อหน่าย ท้อแท้ หรือเบื่อหน่ายเกือบทั้งวัน หดหวัง ลี้หลัง ทำทางการเคลื่อนไหว เชื่องช้า เชื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย และพิรพนธ์ ลือบุญรัชชัย, 2553) แยกตัวเอง ชอบอยู่เงียบๆ คนเดียวและเป็นติดต่อกันนานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป มักจะแยกตัวอยู่เงียบๆ คนเดียวในช่วงแรกๆ ผู้ป่วยอาจรู้สึกเบื่อหน่ายชีวิต รู้สึกสิ้นหวัง ไม่รู้จะมีชีวิตอยู่ไปเพื่ออะไร มองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตนเองไร้ค่าเป็นภาระต่อคนอื่น และเมื่อมีอาการมากขึ้น จะทำให้รู้สึกเบื่อชีวิต มีความคิดอยากตายหรือมีความคิดฆ่าตัวตาย พบได้ร้อยละ 60 เริ่มคิดถึงวิธีการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 15 มีการวางแผนจนถึงการลงมือทำการฆ่าตัวตายในที่สุด (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) นอกจากนี้อาการทางกายที่พบได้บ่อย ได้แก่ ปวดท้อง ท้องอืดท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนแรงหรือปวดเรื้อรัง (University of Michigan Health System, 2005) และผู้ที่มีอารมณ์เศร้ามากจะขาดความสุขในการทำกิจกรรมทุกชนิดโดยสิ้นเชิง นอนไม่หลับรุนแรง กระวนกระวายใจมาก นั่งนิ่งๆ แทบไม่ได้ คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า ผิดและหมดหวังในชีวิต มีอาการหลงผิด คิดว่าตนเองเป็นโรคทางกายร้ายแรง หนาวได้ขึ้นเสียงพูด ไม่สมควรมีชีวิตอยู่ต่อไป เป็นคนไม่มีประโยชน์ เป็นภาระของคนอื่น มีความคิดอยากตายหรือคิดฆ่าตัวตายในที่สุด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ที่ให้ความหมายของโรคซึมเศร้าไว้ดังนี้

สมภพ เรื่องตระกูล (2548) กล่าวว่า โรคซึมเศร้า เป็นความผิดปกติทางอารมณ์เป็นสำคัญ เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ หดความสนใจในสิ่งต่างๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่า และมีความคิดอยากตาย

มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2550) ให้ความหมาย โรคซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์เศร้ายาวนาน โดยไม่มีท่าทีว่าจะดีขึ้นหรือเป็นรุนแรงจนมีอาการต่างๆ เช่น นอนไม่หลับ หงุดหงิด ตื่นๆ เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงมาก หดความสนใจต่อโลกภายนอก ไม่คิดอยากมีชีวิตอยู่ต่อไป อาการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมค่อนข้างมาก การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

อภิชัย มงคลและคณะ (2550) กล่าวว่าโรคซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ เศร้า ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย หมดหวัง มีความรู้สึกผิด ไร้ค่า ต่ำหนิตนเอง อาการนานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไป มีอาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมอย่างชัดเจนรุนแรงมากอันตรายสูงสุด คือ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย

ชรณินทร์ กองสุข (2552) ได้ให้ความหมาย โรคซึมเศร้าหมายถึง ความผิดปกติเกี่ยวกับกระบวนการความคิด อารมณ์ เกิดอารมณ์เศร้า มองตน มอง โลกในแง่ร้าย เก็บกด มีปัญหา ด้านสัมพันธ์ภาพทำให้เกิดความเครียดเรื้อรัง เกิดการสูญเสียการควบคุมตนเองไม่ได้ สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเองเฉื่อยชา ขอมแพ้ หมดหวังในอนาคต

กรมสุขภาพจิต (2554) กล่าวว่าไว้ว่า โรคซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติทางอารมณ์เศร้าหมอง เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวังไม่อยากมีชีวิตอยู่ ต่ำหนิตนเอง มอง โลกในแง่ร้าย มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้สูญเสียหน้าที่การงานชีวิตประจำวัน

สรุปได้ว่าโรคซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติทางด้านอารมณ์ที่มีผลกระทบต่อความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ หมดหวัง สิ้นหวัง เชื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด รู้สึกตัวเองด้อยค่า ต่ำหนิตนเอง มีอาการติดต่อกันนาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป มีผลกระทบต่อกรปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สูญเสียหน้าที่การงาน ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษา ส่งผลทำให้อาการของโรครุนแรง อาจนำไปสู่การทำร้ายตัวเองหรือการฆ่าตัวตายได้



## สาเหตุของโรคซึมเศร้า

สาเหตุของโรคซึมเศร้าในปัจจุบันยังไม่ทราบแน่ชัด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้าสามารถแบ่งได้หลายด้าน ได้แก่ ด้านชีวภาพ ด้านจิตใจ และด้านจิตสังคม ดังนี้

### 1. สาเหตุด้านชีวภาพ

1.1 พันธุกรรม (Genetic factors) เป็นปัจจัยหนึ่งในการเกิดโรคซึมเศร้าและพบว่ามีส่วนบทบาทสำคัญต่อการเกิดโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะในกรณีของผู้ที่มีอาการซ้ำหลายๆ ครั้ง (Recurrent depression) โดยความเสี่ยงในญาติสายตรงร้อยละ 7 (มาโนช หล่อตระกูล, 2548) เป็นลักษณะการบกพร่องในพันธุกรรมที่ถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง มีการศึกษาพบว่าบิดาหรือมารดาเป็นโรคซึมเศร้าเด็กจะมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าสูงกว่าเด็กทั่วไป 2 เท่า (Sadock B.J, Sadock V.A, 2007) ในครอบครัวที่เป็นโรคซึมเศร้าคนอื่นๆ ในครอบครัวมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าทั่วไป 2.8 เท่า

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ  
ห้องสมุดงานวิจัย  
วันที่..... 16 มิ.ย. 2555 .....  
เลขทะเบียน..... 248786 .....  
เลขเรียกหนังสือ.....

(Shyn S. I & Hamilton S. P, 2010) และหากบิดาและมารดาเป็นโรคซึมเศร้าทั้งคู่บุตรมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าสูงถึง 4 เท่า ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากเท่าใด โอกาสที่บุตรจะป่วยด้วยโรคซึมเศร้าก็ยิ่งมากเท่านั้น ถึงแม้พันธุกรรมเป็นปัจจัยหนึ่งในการเกิดโรคซึมเศร้าสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมประมาณ 31-42% ดังนั้นถึงแม้บิดามารดาป่วยเป็นโรคซึมเศร้า บุตรก็ไม่ได้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าทุกคน เพราะยังมีสาเหตุและปัจจัยอื่นร่วมที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต, 2553)

1.2 ความผิดปกติทางชีวเคมี (biochemical theory of depression) สารเคมีหรือสารสื่อประสาทในสมอง (neurotransmitter) พบว่าสารเคมีในสมองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า มีการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติอย่างชัดเจน จะมีความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์และการแสดงออกของอารมณ์ ซึ่งสารสื่อประสาทดังกล่าวจะเสียความสมดุล ทำให้การทำงานของสมองผิดปกติไป สารเคมีในสมองที่สำคัญ ได้แก่ ซีโร โทนิิน (serotonin) และนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) การหลั่งซีโร โทนิินลดลง ทำให้การควบคุมการทำงานต่างๆ ของร่างกายลดลง เช่น ความอยากอาหาร การนอนหลับ ความต้องการทางเพศลดลง ถ้าการหลั่งนอร์อิพิเนฟรินลดลง ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย ความผิดปกติทางอารมณ์ สมาธิและความต้องการทางเพศลดลง สารสื่อประสาทดังกล่าวส่งผลทำให้การทำงานของสมองผิดปกติไป รวมทั้งอาจมีความผิดปกติของเซลล์รับสื่อประสาทเหล่านี้ ปัจจุบันเชื่อว่าเป็นความบกพร่องในการควบคุมประสานงานร่วมกันมากกว่าเป็นความผิดปกติที่ระบบใดระบบหนึ่ง และพบว่ายารักษาโรคซึมเศร้าออกฤทธิ์ต่อสารสื่อประสาทเหล่านี้ โดยเพิ่มปริมาณสารสื่อประสาทบริเวณรอยต่อของเซลล์ประสาท (Synapses) และปรับเปลี่ยนความไวของตัวรับสารสื่อประสาทเหล่านี้ มีผลทำให้ระดับสารสื่อประสาทในสมองเกิดความสมดุล ส่งผลให้อาการซึมเศร้าดีขึ้นได้ (อรพรรณ ถีอนุญวัชชัย และพีรพนธ์ ถีอนุญวัชชัย, 2553)

## 2. สาเหตุด้านจิตใจ

สาเหตุด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคิดจะมักเกิดจากภายหลังที่ผู้ป่วยพบกับปัญหาทางด้านจิตใจที่รุนแรง ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจที่เกิดจากประสบการณ์ในอดีตหรือประสบการณ์ความยากลำบากในวัยเด็ก รวมถึงการขาดการเลี้ยงดูที่ดีในวัยเด็ก การสูญเสียบุคคลที่เป็นที่รัก มีเรื่องบาดหมางกับคู่ครอง การหย่าร้าง ประสบกับปัญหาทางด้านการงานหรือเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ป่วยมีแนวคิดเกี่ยวกับตัวเองในด้านลบ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549) ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าส่วนมากกระบวนการคิดหรือปัจจัยการรู้คิดที่บิดเบือนไม่สมเหตุผล ส่งผลให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า บุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีมุมมองทางลบต่อตนเอง ประสบการณ์และสิ่งภายนอก รวมถึงอนาคตจะมองว่าตนเองไม่มีความสามารถ ไม่เป็นที่ต้องการของใคร มองผู้อื่นคอยกลั่นแกล้งและคอยเอาใจเปรียบ มองอนาคตมีแต่ความยากลำบาก ความทุกข์ทรมานและความล้มเหลว เห็นแต่ความบกพร่องของตนเอง หรือมองโลกในแง่ร้าย (Beck, 1995) อารมณ์เศร้า

เป็นส่วนหนึ่งของอัตลักษณ์ไม่พึงพอใจรูปลักษณะภายนอกของตนเอง การสูญเสียปลัดพรากจากสิ่งที่เป็นที่รัก ภาวะสุขภาพที่เจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือร้ายแรง ความรุนแรงต่างๆ มีปัญหาการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงเป็นต้น (ชรฉินทร์ กองสุข, 2553)

### 3. สาเหตุด้านสังคม

สาเหตุทางด้านสังคมของการเกิดโรคซึมเศร้า เกิดจากสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี รู้สึกไม่พึงพอใจในรูปลักษณะภายนอกของตนเอง การสูญเสีย การพลัดพรากจากสิ่งที่ตนรัก การเผชิญกับสถานการณ์วิกฤต กัดค้น เช่น การถูกทอดทิ้ง ตกงาน การหย่าร้าง ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะตำหนิตนเอง รู้สึกว่าตนเองแย่ เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย หากไม่ได้รับการรับการรักษาและช่วยเหลืออย่างเหมาะสม อาการจะมากขึ้นเรื่อยๆ จนกลายเป็นโรคซึมเศร้าได้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2544) การมีรายได้น้อยทำให้มีปัญหาทางการเงิน ขาดที่อยู่ที่ปลอดภัย ซึ่งเป็นการต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลที่ไม่ได้รับการตอบสนอง ส่งผลให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าตามมา ลักษณะบุคลิกภาพส่วนตัวบางอย่าง เช่น เป็นคนมองโลกในแง่ร้ายอยู่เสมอ สนใจแต่ในด้านไม่ดีหรือด้านลบมากกว่าด้านบวก เมื่อประสบปัญหาจะใช้วิธีหลีกเลี่ยงปัญหา เป็นคนเก็บกดอารมณ์ไม่แสดงออก (Newtown-Howes G, 2006)

สรุปได้ว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากหลายสาเหตุได้แก่ สาเหตุด้านชีวภาพ พันธุกรรม ความผิดปกติทางชีวเคมีของสมอง สาเหตุทางด้านจิตใจและสาเหตุทางด้านสังคม โดยแต่ละสาเหตุจะมีอิทธิพลมากหรือน้อยแตกต่างกันไป การเริ่มเกิดอาการของโรคซึมเศร้ามีปัจจัยกระตุ้นมากบ้าง น้อยบ้างต่างกันตามความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการความคิด อารมณ์ ส่งผลต่อผู้ที่เป็โรคซึมเศร้าทำให้เกิดอารมณ์เศร้า มองตน มองโลกในแง่ร้าย เก็บกด มีปัญหาด้านสัมพันธภาพ ทำให้เกิดความเครียดเรื้อรัง เกิดการสูญเสียการควบคุมตนเอง ไม่ได้ สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง เลือชขายอมแพ้ หมดหวังในอนาคต ทำให้เกิดเป็นโรคซึมเศร้าได้

### ผลกระทบของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยและทวีความรุนแรงมากขึ้น จากการสำรวจทางระบาดวิทยาโรคจิตเวชในคนไทยปี 2551 พบว่าคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 1,311,797 คน ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง (Major Depressive Episode) และจำนวน 181,809 คน ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง (Dysthymia) (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2553) หากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องจะเกิดอาการซ้ำและเป็นเรื้อรังอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพอย่างมาก เพราะจากการประมาณความสูญเสียปีสุขภาวะของคนไทย ในปี 2546 พบว่า

โรคซึมเศร้าทำให้คนไทยโดยเฉพาะผู้หญิงจะเป็นอันดับ 4 เมื่อเปรียบเทียบกับความเจ็บป่วยและโรคที่เกิดขึ้นในคนไทย หมายถึง ผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ และสังคม ที่จะกลายเป็นปัญหาใหญ่ต่อการพัฒนาประเทศได้ สามารถแบ่งผลกระทบได้ดังนี้

### 1. ผลกระทบต่อตนเอง

1.1 ทำให้ประสิทธิภาพทางด้านต่างๆ ลดลง ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคซึมเศร้าเพียงเล็กน้อยจะมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตไม่มาก เช่น การปฏิบัติภารกิจต่างๆ บกพร่อง ซึ่งอาจเกิดจากความคิดที่เชิงข้ออ้าง ทำอะไรได้ไม่นานจากการไม่มีสมาธิ (มาโนช หล่อตระกูล, 2550; สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) มีปัญหาเกี่ยวกับการตัดสินใจ เช่น กรณีแม่บ้านจะมีปัญหาไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าจะทำอาหารอะไรเป็นมื้อเย็น ในนักศึกษาไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าในช่วงพักฤดูร้อนจะเรียนพิเศษที่วิทยาลัยหรือจะกลับบ้านดี (Beck, 1967) ปัญหาความจำ หลงลืมง่าย โดยเฉพาะกับเรื่องใหม่ๆ อาจต้องหยุดงานหรือในกรณีนักเรียนอาจต้องหยุดเรียนเป็นบางครั้ง ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานหรือการเรียนลดลง ในกลุ่มวัยทำงานอาจมีปัญหาเกี่ยวกับการทำงาน บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยจะบ่นว่ารู้สึกเหนื่อยง่าย ไร้เรี่ยวแรง รู้สึกหมดหวัง (Beck, 1967) การรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่อยากทำกิจกรรมต่างๆ ที่เคยชอบ จะทำให้ประสิทธิภาพด้านต่างๆ ลดลงหรือเกิดความบกพร่องในบทบาทหน้าที่ทั้งในเรื่องการทำงาน การเรียน การดำรงชีวิต โดยต้องหยุดงานหรือหยุดเรียน เพื่อรักษาตัวติดต่อกันเป็นครั้ง

### 2. ผลกระทบต่อครอบครัวและผู้อื่น

กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคซึมเศร้ารุนแรงมากต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน และต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้การดำรงชีวิตเปลี่ยนแปลง อาจเกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วยและผู้ดูแล (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548) จากการมองโลกในแง่ร้ายและการมีอารมณ์ที่หงุดหงิดง่าย จะทำให้การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นบกพร่อง ผู้ที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลางจะส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรงและมีความคิดฆ่าตัวตาย อาจฆ่าตัวเองและผู้อื่นซึ่งผู้ป่วยรัก เช่น คู่ครองหรือบุตรไปพร้อมๆ กัน โดยเกิดความคิดว่า เพื่อให้หลุดพ้นจากความทุกข์ และเคราะห์กรรมไปด้วยกันและไปอยู่ร่วมกันใหม่ในชาติหน้า ความคิดดังกล่าวเป็นอาการหลงผิดของคนวิกลจริต ซึ่งเป็นอันตรายอย่างยิ่งที่ควรได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสม

สรุปโรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อย มีผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัวและผู้อื่น ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมาน ทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ บกพร่อง ความคิดเชิงข้ออ้าง ไม่มีสมาธิ มีปัญหาในการตัดสินใจ ไม่สามารถตัดสินใจในการใช้

ชีวิตประจำวันได้ มีความรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้ไม่อยากทำกิจกรรมต่างๆ ที่เคยชอบ บกพร่องในบทบาทหน้าที่ทั้งในเรื่องการเรียน การทำงาน การดำรงชีวิต โดยต้องหยุดเรียนหรือหยุดงานได้ ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด อาจทำให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ทำให้มองโลกในแง่ร้าย หงุดหงิดง่าย การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นบกพร่อง มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย อาจฆ่าตัวเองและผู้อื่นที่ผู้ป่วยรัก เช่น คู่ครองหรือบุตรไปพร้อมๆ กัน โดยมีความคิดว่า เพื่อให้หลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน และเคราะห์กรรมไปด้วยกัน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด

### การวินิจฉัยโรคและอาการของโรคซึมเศร้า

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าต้องอาศัยเกณฑ์มาตรฐานในการวินิจฉัย ปัจจุบันใช้อยู่ 2 เกณฑ์ หรือ 2 ระบบในการวินิจฉัย คือ เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน The DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) และจำแนกตามโรคระหว่างประเทศ ฉบับประเทศไทย ฉบับที่ 10 (The 10<sup>th</sup> Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related health Problems (ICD-10) (กรมสุขภาพจิต, 2554) ดังมีรายละเอียดดังนี้

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน The DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) กล่าวว่าไว้ว่า ผู้เป็นโรคซึมเศร้า ต้องมีอาการ 5 อาการหรือมากกว่า ได้แก่ 1) มีอารมณ์ซึมเศร้า อารมณ์จะมีอยู่เกือบตลอดเวลาและเป็นทุกวันบางวันอาจเป็นมาบางวัน อาจเป็นน้อย (ในเด็กและวัยรุ่นอาจเป็นอารมณ์หงุดหงิดก็ได้) 2) ความสนใจหรือความเพลินใจในกิจกรรมต่างๆ แทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก 3) น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้นมาก (น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือการเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารมาก 4) นอนไม่หลับหรือหลับมาก แทบทุกวัน ส่วนใหญ่จะนอนไม่หลับ กระสับกระส่าย หลับดึก แต่จะตื่นเช้า 1-2 ชั่วโมงก่อนเวลาปกติที่เคยตื่นและไม่สดชื่น 5) ทำอะไรช้า พุดช้า เดินช้า เคลื่อนไหวช้าลง แต่บางรายมีหงุดหงิด กระสับกระส่าย ทำอะไรเหมือนรีบเร่ง 6) อ่อนเพลียหรือไร้เรี่ยวแรง ทั้งวันและแทบทุกวัน 7) รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิดมากเกินไป (หลายรายที่มองตน มองโลก มองอนาคตในด้านลบไปหมด เช่น คนไม่หล่อ ไม่สวยไม่เก่งไม่ดี โลก สังคมแย่มาก โทรมทุกอย่างแก้ไขไม่ได้แล้ว อนาคตต้องยังทุกข์ยากลำบากมีดมน) 8) สมาธิหรือความคิดอ่านช้า ลดลง ใจลอย หรือลึกลงไปหมดหรือตัดสินใจอะไรไม่ได้และ 9) คิดเรื่องการตาย คิดอยากตาย ไม่อยากมีชีวิตอยู่ บางรายพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผนฆ่าตัวตาย ต้องมีอาการดังกล่าวข้างต้นอย่างน้อย 5 อาการ อยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป และมีอาการเศร้า (ข้อ 1) หรือเบื่อหน่าย ไม่มีความสุข (ข้อ 2) และต้องมีอาการเหล่านี้อยู่เกือบตลอดเวลา

แทบทุกวัน ไม่ใช่เป็นเพียงแค่วันสองวันหายไปแล้วกลับมาเป็นใหม่ วินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าได้ในบางรายที่มีอาการรุนแรงมากจะมีอาการประสาทหลอน หูแว่ว ได้ยินเสียงคนพูด ต่ำหนิติเตียน หรือหลงผิดว่าทุกคนรอบข้างมองตนเองไม่ดี แกล้งทำให้ตนล้มเหลว บางรายอาจมีอาการวิตกกังวลร่วมด้วย อย่างไรก็ตามอาการซึมเศร้าจะเด่นกว่าในผู้ป่วยที่มีโรคทางร่างกายหรืออาการบางประการ เช่น อ่อนเพลีย เบื่อหน่าย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นั้นอาจเป็นผลจากโรคทางร่างกายได้เช่นกัน ทำให้การวินิจฉัยค่อนข้างลำบาก อาการซึมเศร้า ร้องไห้บ่อย คิดฆ่าตัวตาย เคลื่อนไหวเชื่องช้า มีส่วนช่วยในการวินิจฉัย (มาโนช หล่อตระกูล, 2548)

การวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวชตามการจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับประเทศไทย ฉบับที่ 10 (The 10<sup>th</sup> Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related health Problems (ICD-10) ในกลุ่มโรค F30-39 วินิจฉัยตามอาการที่แสดง (Symptoms) คือ 1) มีอารมณ์ซึมเศร้า 2) ความสนใจหรือความเพลินใจในกิจกรรมต่างๆ แทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก 3) น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้นมาก (น้ำหนักเปลี่ยนแปลง มากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือการเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารมาก 4) นอนไม่หลับหรือหลับมากไป ส่วนใหญ่จะนอนไม่หลับ 5) กระวนกระวาย อยู่ไม่สุข หรือเชื่องช้าลง 6) อ่อนเพลียหรือไร้เรี่ยวแรง 7) รู้สึกตนเองไร้ค่า 8) สมาธิลดลง ใจลอย หรือลังเลใจไปหมด 9) คิดเรื่องการตาย คิดอยากตาย คิดอยากตายอยู่เรื่อยๆ

สรุปการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าปัจจุบันนิยมใช้อยู่ 2 เกณฑ์มาตรฐานหรือ 2 ระบบ ในการวินิจฉัย คือ เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน The DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) และจำแนกตามโรคระหว่างประเทศฉบับประเทศไทย ฉบับที่ 10 (The 10<sup>th</sup> Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related health Problems (ICD-10) ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้วินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตามระบบการจำแนกโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (The 4<sup>th</sup> Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders [DSM-IV]) และลงรหัสตามเกณฑ์ของ The 10<sup>th</sup> Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related health Problems (ICD-10)

### การบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีหลายวิธีแตกต่างกันไป ได้แก่ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาด้วยวิธีจิตบำบัด การรักษาด้วยการใช้นิเวศบำบัด และครอบครัวบำบัด

## 1. การรักษาด้วยยาด้านเศร้า

ปัจจุบันการรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่จะรักษาด้วยยาด้านเศร้าเป็นหลัก และการรักษาที่นำไปใช้ได้และได้ผลในการควบคุมอาการได้ระยะยาว คือ การรักษาด้วยยา การรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าจำเป็นต้องเข้าใจถึงระดับอาการพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า การวินิจฉัยโรคตลอดจนความรุนแรงของโรค การรักษาด้วยยาโรคซึมเศร้าแบ่งเป็น 3 ระยะ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550; Ministry of health, 2004; Unity health insurance, 2005) ได้แก่

1) การรักษาในระยะเฉียบพลัน (acute phase) เป็นการรักษาเริ่มตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการซึมเศร้าไปจนถึงหายจากอาการซึมเศร้า ยาหลักที่ใช้คือ ยาด้านซึมเศร้าที่นิยมใช้ ได้แก่ ฟลูอออกซิทีน (fluoxetine) เนื่องจากมีผลข้างเคียงต่ำ รับประทานเกินขนาดไม่ทำให้เสียชีวิต เป็นยาที่มีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัยในการรักษาโรคซึมเศร้า โดยเริ่มให้ยาขนาด 20 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า ในระยะนี้ยาด้านเศร้าได้ผลในการรักษาประมาณร้อยละ 70-80 ในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่อาการดีขึ้นไม่มาก ควรเพิ่มขนาดยาขึ้นได้ถึง 40-60 มิลลิกรัมต่อวัน ถ้าให้นาน 4 สัปดาห์แล้วอาการยังไม่ดีขึ้น อาจเปลี่ยนเป็นยาด้านเศร้าชนิดอื่น การป้องกันการเกิดอาการกำเริบ (relapse) หรือการกลับเป็นซ้ำของโรค (recurrence) ในระยะแรกนี้จะเป็นการป้องกันที่ดีที่สุด

2) การรักษาระยะต่อเนื่อง (continuation phase) เป็นการให้การรักษาต่ออีกประมาณ 4-9 เดือนหลังจากผู้ป่วยหายแล้ว เป็นช่วงที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะ recover ทั้งนี้พบว่าถ้าหยุดการรักษาก่อนนี้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการกำเริบ (relapse) สูงมาก เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้คือ เพื่อป้องกันอาการกำเริบ (relapse) ขึ้นมาอีก เมื่อครบระยะเวลาแล้วค่อยๆ ลดยาลงทุก 2-3 สัปดาห์จนหยุดการรักษาขณะลดยา หากผู้ป่วยเริ่มกลับมามีอาการอีกให้เพิ่มยาขึ้นแล้วคงยาอยู่ระยะหนึ่ง เช่น 2-3 เดือนแล้วอาจลดยาลงใหม่ เมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการหลงเหลือถือว่าเป็นระยะอาการสงบ (remission)

3) การรักษาระยะคงสภาพ (maintenance phase) การให้ยาเพื่อป้องกันจะพิจารณาให้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดการกลับเป็นซ้ำสูง มีเป้าหมายเพื่อป้องกันโรคกลับเป็นซ้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยา (recurrence) (American Psychiatric Association [APA], 2003) อาจต้องให้การรักษาระยะยาว โดยทั่วไปจะให้ยาต่อเนื่องในผู้ป่วยที่มีประวัติอาการชัดเจนของโรคซึมเศร้าอย่างน้อย 3 ครั้งขึ้นไปโดยให้ยาเป็นเวลา 5 ปี (Akiskal, 2000; Ministry of health, 2004)

ยารักษาโรคซึมเศร้าจะไปเพิ่มระดับของสารชีวเคมีในสมอง ซึ่งอารมณ์ความรู้สึกต่างๆ เช่น ความรู้สึกเจ็บปวด ความยินดี เป็นผลมาจากการทำหน้าที่ของสารชีวเคมีในสมอง เมื่อสารชีวเคมีในสมองไม่สมดุลเป็นเหตุให้เกิดอาการซึมเศร้า (Kurlowicz, 2003) ดังนั้นผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าต้อง

ได้รับประทานยา เพื่อรักษาอาการของโรค นอกจากยาด้านเศร้ามีฤทธิ์ระงับอาการเศร้าแล้วยังสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้ด้วย ดังนั้นผู้ที่เป็โรคซึมเศร้าจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาด้านเศร้าส่วนใหญ่จะออกฤทธิ์ต่อสารสื่อเคมีในสมอง โดยยาจะไปช่วยปรับความสมดุลของสารเคมีในสมองสามารถลดอาการซึมเศร้าได้ดี (Rot M.A.H., 2009) มีส่วนช่วยในการบำบัดอาการต่างๆ เช่น น้ำหนักลด อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ วิตกกังวล การออกฤทธิ์ของยาต้องใช้เวลาพอสมควรกว่าที่จะทำให้อารมณ์เศร้าหายไปจนกลับมาปกติ โดยทั่วไปหลังรับประทานยาจะพบว่า 2-3 วันแรกจะทำให้หลับได้ดีขึ้น จิตใจสงบลง ลดความหงุดหงิด ลดความกระวนกระวายใจ บางคนอาจยังรู้สึกเพลีย ไม่มีแรง หลังจากนั้น 1-2 สัปดาห์อารมณ์จะดีขึ้น จิตใจสดชื่นแจ่มใสขึ้น บางคนอาจใช้เวลาถึง 8 สัปดาห์กว่ายาจะออกฤทธิ์เต็มที่ ดังนั้นการรักษาโรคซึมเศร้าไม่ควรคาดหวังผลในทันทีทันใด และหลังจากอาการซึมเศร้าหายดีแล้วยังคงต้องรับประทานยาต่อไปอีกระยะหนึ่ง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค โดยทั่วไปจะต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือนถึง 1 ปี และจะต้องติดตามผลอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง (Michigan Quality Improvement Consortium, 2004) แพทย์จะค่อยๆ ลดยาลงจนสามารถหยุดยาได้ (กรมสุขภาพจิต, 2553) การใช้เวลารักษานานเช่นนี้ ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าจำเป็นต้องให้ความร่วมมือซึ่งหมายถึงการที่ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้านึกได้ เต็มใจ และมีพฤติกรรมในการปฏิบัติตามแผนรักษาของแพทย์ในเรื่องการรับประทานยาและการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ยารักษาโรคซึมเศร้าปัจจุบันแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550) ได้แก่

1) ยาระงับอาการซึมเศร้ากลุ่มไตรไซคลิก (Tricyclic Antidepressant) ยากลุ่มนี้ เป็นยาที่ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการดูดกลับของนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) ซีโรโตนิน (serotonin (5-HT)) บริเวณ presynapse เข้าสู่เซลล์ประสาทแต่ละชนิด ออกฤทธิ์สกัดกั้นมัสคารินิกรีเซพเตอร์ในระบบประสาทอัตโนมัติ นอกจากจะส่งผลให้ปริมาณของนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) และซีโรโตนิน (serotonin (5-HT)) เพิ่มขึ้นแล้วยังส่งผลให้ปริมาณของตัวรับสารสื่อประสาท postsynaptic receptors ลดลงด้วย ซึ่งเรียกว่า downregulation of receptors ซึ่งจะส่งผลให้อาการของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยดีขึ้นในเวลา 2-4 สัปดาห์ ยาในกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้าหลักได้ดี โดยเฉพาะที่มีลักษณะอาการทางชีวภาพ (melancholic features) และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า แพทย์นิยมใช้ราคาไม่แพง (มานิช หล่อตระกูล, 2553) แต่เนื่องจากยาในกลุ่มนี้ก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ค่อนข้างมากได้แก่ อาการง่วงนอน (sedation) อาการข้างเคียงทาง anticholinergic effects ได้แก่ อาการปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ท้องผูก วิงเวียนศีรษะ อาจหน้ามืดเวลาเปลี่ยนอิริยาบถ ความดันอาจลดต่ำลง (Hypotension) จนอาจทำให้มีอาการหน้ามืดและหกล้มเมื่อมีการเปลี่ยนท่า และยังมีผลต่อการทำงานของหัวใจ (Cardiac effects) อาจทำให้หัวใจเต้นเร็ว (Arrhythmia) เกิดความผิดปกติ

ของคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบ T wave flattening, prolonged QT interval และ depressed ST segment ได้ หากผู้ป่วยมีโรคหัวใจอยู่เดิมหรือมี heart block อยู่แล้วอาจจะเกิด second หรือ third degree heart block ง่วงซึม น้ำหนักเพิ่ม (weight gain) จากฤทธิ์การยับยั้ง histamine receptors (antihistaminergic) รวมถึงทำให้เกิดสมรรถภาพทางเพศบกพร่อง (sexual dysfunction) หากรับประทานยาเกินขนาด อาจทำให้เสียชีวิตได้ นอกจากนี้ยาในกลุ่มนี้ยังมีปฏิกริยาระหว่างยากับยาตัวอื่นๆ (drug interaction) ได้มาก ซึ่งต้องระมัดระวังในการใช้ยาหากผู้ป่วยใช้ยาอื่นๆ ร่วมด้วย ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ อะมิทริปไทลีน (Amitriptyline) นอร์ทริปไทลีน (nortriptyline) อิมิพรามีน (imipramine) โคลมิพรามีน (clomipramine) ด็อกเซปิน (doxepin) แมโพรทีลีน (maprotiline) ขนาดที่ใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้าที่ได้ผลคือ รับประทาน วันละ 75-150 มิลลิกรัม

2) ยากลุ่มยับยั้งการทำงานของเอนไซม์โมโนเอมิเนน (monoamine oxidase Inhibitor, MAOLs) เป็นยาที่ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์โมโนเอมิเนน (monoamine oxidase) ซึ่งเป็นเอนไซม์สลาย norepinephrine และ serotonin (5-HT) ส่งผลทำให้ระดับของนอร์อิพิเนฟรินและ 5-HT ในสมอง โดยเฉพาะระบบลิมบิกที่เพิ่มมากขึ้น มีผลให้อาการของโรคซึมเศร้าดีขึ้น แต่ต้องระวังการเกิดภาวะ ความดันโลหิตสูงที่รุนแรง (hypertensive crisis) ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้หากรับประทานอาหารที่มี tyramine เป็นส่วนประกอบในปริมาณที่สูง ยากลุ่มนี้ได้แก่ ทรานิลไซคลิโพรมีน (tranylcypromine) ไอโซคาร์บอกซาซิด (isocarboxazid) และฟีเนลซีน (phenelzine) รับประทานวันละ 10-30 มิลลิกรัม อาการข้างเคียงได้แก่ เวียนศีรษะ ความดันโลหิตลดลงเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ปากแห้ง เหงื่อออกมาก ท้องผูก ปัสสาวะลำบาก มือสั่น ประสาทหลอน นอนไม่หลับ สมรรถภาพทางเพศบกพร่อง รีเฟล็กซ์ ไวซันและชักได้

3) ยากลุ่มยับยั้งการนำกลับซีโรโทนีน (selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI) เป็นยาด้านเศร้าที่มีคุณสมบัติยับยั้งการดูดกลับซีโรโทนีน (serotonin) ที่กลับเฉพาะเจาะจงไม่จับกับ ตัวอื่น ไม่มีฤทธิ์กระตุ้น กดประสาทหรือต้าน โคลิเนอร์จิก (anticholinergic) ส่งผลให้สมองมีระบบ ซีโรโทนีนเพิ่มสูงขึ้นบริเวณช่องว่างจุดสานประสาทของเซลล์ประสาท (synaptic cleft) และบริเวณ ตัวเซลล์ประสาท (cell body) ไม่ง่วงซึม มีพิษต่อหัวใจ กดประสาทและไม่รบกวนการเคลื่อนไหว โดยไม่ตั้งใจ (psychomotor performance) ใช้ก่อนข้างปลอดภัยในผู้สูงอายุหรือมีโรคทางกายและไม่ ทำให้น้ำหนักเพิ่ม ปัจจุบันนิยมใช้มาก ได้แก่ ยาฟลูอออกซีทีน (Fluoxetine) ยาฟลูวอกซามีน (Fluvoxamine) ยาเซอร์ทราลีน (Sertraline) และยาพารอกซีทีน (Paroxetine) (มาโนซ หล่อตระกูล และคณะ, 2550) รับประทานวันละ 20-40 มิลลิกรัม ยานี้เหมาะกับคนที่มักจะลืมรับประทานยา หรือรับประทานยา ไม่สม่ำเสมอ ยากลุ่มนี้ไม่ทำให้ง่วง เป็นยาที่นิยมใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้า เนื่องจากเริ่มต้นขนาดยา ในการรักษาเพียงขนาดเม็ดเดียว จึงทำให้สะดวก ในการรับประทานยา มีความปลอดภัยสูง และมี

อาการข้างเคียงน้อยมีประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้าในเด็กและโรคซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ สามารถใช้รักษาผู้ป่วยที่มีโรคทางร่างกายได้ เช่น โรคหัวใจ ปรับขนาดง่ายและค่าครึ่งชีวิตของยาวนาน อาการข้างเคียงได้แก่ ปวดศีรษะ หงุดหงิด กระวนกระวาย กระสับกระส่าย มือสั่น นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว อ่อนเพลีย ผื่นคัน น้ำตาลในเลือดต่ำ โซเดียมในเลือดต่ำ เบื่ออาหาร รบกวนการมองเห็น ตาพร่าเลือดออกง่าย ความต้องการทางเพศลดลง อาการ anticholinergic effects เช่น ปากแห้ง คอแห้ง และมีผลต่อหัวใจน้อย จึงมักถูกเลือกใช้สำหรับการรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

#### 4) ยากลุ่มใหม่ (new generation) ได้แก่

4.1) ยากลุ่มยับยั้งการนำกลับของซีโรโตนินและนอร์อิพิเนพริน (serotonin norepinephrine selective reuptake inhibitors; SNRIs) ออกฤทธิ์ โดยการยับยั้งการนำกลับของซีโรโตนินและนอร์อิพิเนพรินเข้าเซลล์ประสาท แต่ไม่นำกลับ 5-HT มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้าได้รวดเร็ว โดยเริ่มเห็นผลตั้งแต่ 2 สัปดาห์ ซึ่งเร็วกว่ายาโรคซึมเศร้ากลุ่มอื่นๆ ที่อาจใช้เวลา 2-4 สัปดาห์ ยากลุ่มนี้ได้แก่ เวนลาฟาซีน (venlafaxine) มิต้าทาซาปีน (mirtazapine) และยาคุล๊อกซาซีน (reboxetine) รับประทานวันละ 75-200 มิลลิกรัม อาการข้างเคียงที่พบบ่อยของยากลุ่มนี้ได้แก่ ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นผิดจังหวะ น้ำหนักเพิ่มขึ้นและทำให้บวมได้โดยเฉพาะที่ขา

4.2) ยากลุ่มยับยั้งการนำกลับของนอร์อิพิเนพริน (norepinephrine) และโดปามีน (dopamine) แต่ยังไม่ยับยั้งการนำกลับของ 5-HT และไม่มีฤทธิ์สกัดกั้นมัสคารินิกรีเซพเตอร์ ยากลุ่มนี้ได้แก่ บูโพรเพียน (bupropion) รับประทานวันละ 150-300 มิลลิกรัม อาการข้างเคียงคือ ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น

ยาระงับอาการซึมเศร้าไม่สามารถรักษาอาการซึมเศร้าได้ทุกประเภท อาการซึมเศร้าบางอย่างยาระงับอาการซึมเศร้าไม่อาจช่วยได้ จึงมีความจำเป็นต้องใช้วิธีการรักษาอย่างอื่น เช่น การรักษาด้วยไฟฟ้า เมื่อได้รับยาแล้ว 4 สัปดาห์อาการเศร้าค่อยๆ ลดลง เมื่ออาการดีขึ้น จะลดขนาดประมาณร้อยละ 50 ของปริมาณยาที่ให้ในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการและต่อเนื่องประมาณ 4-6 เดือนถึง 1 ปี แพทย์จะค่อยๆ ลดขนาดจนสามารถหยุดยา

การรักษาด้วยยาด้านเศร้าผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลบ้านโอง ใช้ยาฟลูออกซิทีน (fluoxetine) เป็นหลัก เนื่องจากมีผลข้างเคียงต่ำ รับประทานเกินขนาดไม่ทำให้เสียชีวิต มีความปลอดภัยมากกว่า กล่าวคือไม่ก่อให้เกิดอาการข้างเคียงด้านพิษต่อหัวใจ (cardiac toxicity) และให้ผลในการป้องกันการเกิดกลับเป็นซ้ำ (relapse) ในการรักษาระยะยาวได้ ผลการรักษาของยาเป็นการออกฤทธิ์ยับยั้งการขนส่งซีโรโตนิน (selective inhibition of serotonin transporter) ซึ่งจะไปยับยั้งการส่งกระแสประสาท (did inhibit neuronal impulse flow) ในซีโรโตนินนิวโรน (serotonin neuron) ทำให้ซีโรโตนิน (serotonin)

บริเวณช่องของจุดประสาท (synaptic cleft) เพิ่มขึ้น (มาโนช หล่อตระกูล, 2548) เป็นยาที่มีประสิทธิภาพ และมีความปลอดภัยในการรักษาโรคซึมเศร้า โดยเริ่มให้ยาขนาด 20 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 1 ครั้งในตอนเช้า เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะนอนไม่หลับ ยาฟลูอออกซีทีน (fluoxetine) มีการจับตัวกับ 5HT<sub>2C</sub> receptor สูง จึงมีฤทธิ์ทำให้อาการเบื่ออาหารในช่วงแรก และมีฤทธิ์กระตุ้นสูงกว่า selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) ชนิดอื่น ผู้ป่วยบางรายจึงอาจมีอาการวิตกกังวล กระวนกระวาย นอนไม่หลับ ในช่วงแรกได้

2. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electro Convulsive Therapy [ECT]) เป็นการรักษาทางชีวภาพ รูปแบบหนึ่งสำหรับผู้ที่ เป็นโรคซึมเศร้า โดยการปล่อยกระแสไฟฟ้าเข้าไปกระตุ้นสมองผ่านทาง electrode เพื่อปรับสมดุลของระบบสารสื่อประสาทให้เป็นปกติ เช่น เกิดการลดลงของปริมาณตัวรับ postsynaptic beta-adrenergic receptors ดังเช่นกลไกการออกฤทธิ์ของยารักษาโรคซึมเศร้า ส่งผลให้อาการของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยดีขึ้น การรักษาด้วยไฟฟ้ามีประสิทธิภาพสูงที่สุดและผลการรักษาที่รวดเร็วดี แต่ไม่ได้ช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค การรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ด้วยการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) มักทำในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรง ผู้ป่วยที่พยายามทำร้ายตัวเอง และผู้ป่วยให้การรักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล (Kaplan & Sodack, 1998) สอดคล้องกับสมภพ เรืองตระกูล (2549) กล่าวว่า การรักษาด้วยไฟฟ้าใช้รักษาโรคทางจิตเวชหลายชนิดได้ผลดี โดยเฉพาะโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรงที่มีอาการของโรคจิตร่วมด้วยและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อาการที่รักษาได้ผลดีคือ อารมณ์เศร้า นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ความรู้สึกไร้ค่าสิ้นหวัง ความคิดดำหนิ และโทษตัวเอง ความคิดฆ่าตัวตาย อาการเชื่องช้าหรือพลุ่งพล่านกระวนกระวาย และอาการ โรคจิต โดยอาจให้การรักษา 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นหลังจากได้รับการรักษาไปประมาณ 6-12 ครั้ง ในปัจจุบันนิยมใช้กันน้อย เนื่องจากการรักษาด้วยยาใช้ได้ผลดีมากและสะดวกมากกว่า ดังนั้นหลังจากผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าอาการดีขึ้นแล้วควรรักษาต่อด้วยการรักษาด้วยยา (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548; APA, 2006) ซึ่งการรักษาด้วยไฟฟ้ามักใช้ในกรณี ดังนี้

2.1 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง หรือทำร้ายผู้อื่น เพราะการรักษาด้วยไฟฟ้าจะช่วยลดอาการซึมเศร้าได้เร็วกว่าการใช้ยา ซึ่งทำให้ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยลดลง โดยเร็วการเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก็จะลดลงตามไปด้วย

2.2 ผู้ป่วยที่ใช้อายารักษาแล้วไม่ได้ผล

2.3 ผู้ป่วยที่มีอาการ โรคจิตร่วมด้วย และเป็นรุนแรง เช่น อาการหวาดระแวง หูแว่ว ประสาทหลอน

การรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยสูง แต่มีอาการไม่พึงประสงค์ที่สามารถพบได้บ่อยได้แก่ อาการหลงลืม (Amnesia) และปัญหาความจำ (memory impairment) แต่อาการดังกล่าวจะดีขึ้นได้เมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่ง ส่วนใหญ่จะไม่เกิน 6 เดือน และต้องระมัดระวังในการใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะทางกายบางอย่าง ได้แก่ ภาวะที่อาจทำให้เกิดการเพิ่มความดันภายในกะโหลกศีรษะได้ (brain hemiation) โรคความดันโลหิตสูง (hypertention) และโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด (myocardial infarction) ผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการตรวจประเมินจากแพทย์ฝ่ายกายและควบคุมภาวะเสี่ยงดังกล่าวก่อนให้การรักษาด้วยไฟฟ้า (มาโนช หล่อตระกูล และคณะ, 2548)

### 3. การรักษาด้วยจิตสังคม (Psychosocial treatment)

การรักษาด้วยจิตสังคมบำบัดมีความสำคัญในการรักษาอาการทางด้านสัมพันธ์ทางและสังคม (Interpersonal and social symptoms) ช่วยให้ผู้ที่เป็โรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดีและรักษาอาการทางด้านความภาคภูมิใจในตนเอง (Self-esteem symptom) ช่วยเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง แนวทางการรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าในปัจจุบันใช้การรักษาด้วยจิตสังคมบำบัดรักษาร่วมไปกับการรักษาด้วยยา จะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยจิตสังคมบำบัดมีหลายรูปแบบ

3.1 การรักษาด้วยจิตบำบัด เป็นการรักษาด้านจิตใจที่เน้นความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย อาศัยการสนทนาและสัมพันธ์ทางระหว่างการรักษา ระหว่างผู้รักษากับผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้น (มาโนช หล่อตระกูล, 2550) อาจบำบัดได้ทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม โดยผู้บำบัดใช้การพูดคุยกับผู้ป่วย วิเคราะห์สภาพปัญหาของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การเข้าใจการยอมรับปัญหาสาเหตุของปัญหาและมุ่งหาทางแก้ไขรวมทั้งการส่งเสริมการปรับตัวในทางที่ถูกต้องและเหมาะสมพบว่าบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรงที่ได้รับการทำจิตบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลร่วมกับการรักษาด้วยยาด้านเศร้าทำให้ผู้ป่วยลดอาการซึมเศร้าได้มากกว่าการรักษาด้วยยาด้านเศร้า (ชรณินทร์ กองสุข, 2550) การรักษาด้วยจิตบำบัดที่จำเป็นและได้ผลดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่สำคัญอีกวิธีหนึ่งคือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy [CBT]) ที่เชื่อว่าอาการของโรคซึมเศร้า มีสาเหตุมาจากการมีความคิดไม่ตรงความเป็นจริง การรักษามุ่งเน้นแก้ไขกระบวนการคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย สอดคล้องกับความเป็นจริงและตามเหตุผล เพื่อช่วยแก้ไขความคิดที่บิดเบือนและยังนำเทคนิคของพฤติกรรมบำบัดมาใช้ร่วมด้วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีมุมมองทางความคิดอื่นๆ มีความคิดที่ยืดหยุ่นมากขึ้นมีมุมมองความคิดทางบวกเพิ่มขึ้นส่งผลให้อาการของโรคซึมเศร้าดีขึ้น (อรพรรณ ถีอนุชวณิช และพิรพนธ์ ถีอนุชวณิช, 2553)

3.2 ครอบครัวยุคใหม่ เป็นการบำบัดที่รวมเอาบุคคลที่มีความผูกพันกันในฐานะครอบครัว เข้ามาร่วมด้วย เพื่อมุ่งช่วยเหลือครอบครัว เป้าหมายไม่ใช่เพื่อช่วยเหลือคนใดคนหนึ่ง โดยเฉพาะ แต่มุ่งให้เกิดความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นไปอย่างสอดคล้องกลมกลืน เน้นสัมพันธ์ภาพของสมาชิกในครอบครัวมากกว่ากระบวนการลดความขัดแย้งในครอบครัว เพื่อให้บุคคลในครอบครัวเกิดความเข้าใจ ขอมรับสถานการณ์ปัญหา สาเหตุของปัญหา ตลอดจนสามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและนำไปสู่การมีครอบครัวที่อบอุ่น เข้าใจซึ่งกันและกันดำรงความเป็นครอบครัวอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขและสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งครอบครัวของผู้ป่วยมีส่วนสำคัญในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยที่มีปัญหาในชีวิตสมรสจะมีผลทำให้การดำเนินโรคซึมเศร้าเรื้อรังหรือหายช้า หรือถ้าโรคซึมเศร้าหายแล้วแต่สมาชิกในครอบครัวยังมีความบาดหมางกันอยู่เหมือนเดิมอัตราที่ผู้ป่วยจะกลับมาป่วยด้วยโรคซึมเศร้าซ้ำอีกสูง การทำให้ทั้งสมาชิกเกิดความเข้าใจกันดีขึ้น ดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน จะทำให้อาการของโรคซึมเศร้าลดน้อยลง รวมทั้งความเสี่ยงที่จะกลับมาป่วยด้วยโรคซึมเศร้าซ้ำลดลงด้วย ในผู้ป่วยที่เป็นเด็กและวัยรุ่น การสร้างความเข้าใจระหว่างบิดากับมารดาเป็นผลดีอย่างมากต่อการรักษาโรคซึมเศร้า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549)

สรุปการบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีหลายวิธี แต่ส่วนใหญ่นิยมใช้มากที่สุดคือการบำบัดรักษาด้วยยาต้านเศร้าเป็นหลัก นอกจากยาต้านเศร้าจะช่วยในการระงับอาการซึมเศร้าและสามารถช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้ด้วย โดยยาจะช่วยปรับความสมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง ซึ่งการออกฤทธิ์ของยาต้องใช้เวลาพอสมควรกว่าที่จะทำให้อารมณ์เศร้าหายไปจนกลับมาเป็นปกติ หลังจากรับประทานยา 2-3 วันแรกจะทำให้หลับได้ดี จิตใจสงบ 1-2 สัปดาห์อารมณ์ จิตใจสดชื่นแจ่มใสขึ้น และต้องรับประทานยาต่อเนื่องอีกเป็นเวลาประมาณ 6 เดือนถึง 1 ปี ดังนั้นผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ควรปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์โดยการรับประทานยาที่ถูกขนาด และตรงตามเวลาที่รับประทานในแต่ละวัน มีความสนใจและดูแลเอาใจใส่ต่ออาการเจ็บป่วยของตนเองอย่างต่อเนื่อง ไม่ควรหยุดยาเอง เพราะจะทำให้มีอาการกำเริบ หรือกลับเป็นซ้ำได้และการหยุดยาทันที อาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงได้ ดังนั้นผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า จำเป็นต้องให้ความร่วมมือในการรักษา ปัญหาของการรักษาที่พบบ่อยและสำคัญที่สุดคือ ความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา

## ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

### ความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ผู้ที่เป็ นโร คซึมเศร ้าที่รับ การรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ ่จะได้รับการรักษาแบบ ผู้ป่วยนอก รักษาด้วยยาต้านเศร ้าเป็นหลั ก ต้องรับ ประทานยาอย่าง ต่อเนื่องและ ใช้เวลานาน เพื่อควบคุมอาการของโร คไม่ ให้กำเริบและกลับเป็นซ้ำ ดังนั้นความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจึงมี ความสำคัญและจำเป็ นอย่างยั งสำหรั บผู้ที่เป็ นโร คซึมเศร ้า จากการทบทวนวรรณกรรม ได้มีผู้ให้ ความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาไว้หลา กหลาย ดังนี้

กลาสเบอร์เกน (Glasbergen, 1998) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษาเป็นการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากปัญหาสุขภาพ

บอนด์และฮัสซาร์ (Bond & Hussar, 1991) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษา พฤติกรรม ทางบวกของผู้ป่วยที่ได้รับการจูงใจให้ปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น การรับ ประทานยา การออกกำ ลังกาย เนื่องจากได้รั บรู้ถึงผลดีที่จะเกิดขึ้นต่อตนเองและผลบว กที่จะเกิดขึ้น เช่น การมี การทำหน้า ที่ใน ชีวิตประจำวันและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

ดราคัพและเมลลิส (Dracup & Meleis, 1982) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำที่ผู้ป่วยได้เลือกที่จะปฏิบัติด้วยความเต็มใจ โดยที่พฤติกรรม หรือการกระทำนั้นสอดคล้องกับคำแนะน ำและแผนการรักษาของแพทย์

เดรน (Draine, 1997) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การรับ ประทานยาและการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์

แคปแลนและซาดอก (Kaplan & Sadock, 2000) ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษา เป็นความเหนียวแน่นในพฤติกรรมของบุคคลต่อการใช้ยา การรับ ประทานยาหรือเปลี่ยนแบบแผน การดำเนินชีวิต เพื่อให้สอดคล้องกับการรักษาหรือคำแนะน ำด้านสุขภาพ

ออสเทอเบอร์ก (Osterberg, 2005) ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา หมายถึง การที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์และการปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือการปฏิบัติตาม ข้อตกลงระหว่างผู้ป่วยและแพทย์

เลียวนาร์ด โฮล์มส์ (Leonard Holmes, 2003) ให้ความหมายของความร่วมมือในการ รักษาหมายถึง ระดับของการปฏิบัติตามแผนการรักษา ความร่วมมือที่ดีของผู้ป่วย หมายถึงการที่ ผู้ป่วยปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับ ประทานยาที่ถูกต้องตามขนาดและเวลาที่รับ ประทานในแต่ละวัน ใส่ใจในอาการของตัวเองและติดตามกระบวนการรักษาอย่างระมัดระวัง

วิเวียน (Vivian, 1996) ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษา หมายถึง การแบ่งความรับผิดชอบระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายของการรักษาที่วางไว้

วอง (Wong, 2003) ได้ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา หมายถึง เป็นการประเมินค่าของผู้ป่วยถึงการปฏิบัติที่มีต่อแผนการรักษาในการเรื่องเกี่ยวกับการรับประทานยาตามขนาดและเวลารวมไปถึงความถูกต้องและต่อเนื่องตามแผนการรักษา

ธิดาพร จิรวัดนะไพศาล (2548) ได้ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา หมายถึง การรับประทานยาอย่างถูกต้อง ตรงเวลา สม่าเสมอและต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการรับประทานยาอย่างเต็มที่ โดยถูกต้อง หมายถึง ถูกต้องทั้งชนิด ขนาด วิธี และเวลาตรงเวลาหมายถึง สามารถคลาดเคลื่อนจากเวลาปกติไม่เกินครึ่งชั่วโมงสม่าเสมอ หมายถึง รับประทานตรงเวลาเดียวกันทุกวันและต่อเนื่อง หมายถึง รับประทานอย่างต่อเนื่องตลอดไป

สมทรง ชีรตกุลพิศาล (2549) ได้ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีความเข้าใจ ตกลงยินยอมเข้าร่วมและมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล และยังครอบคลุมถึงการเข้าสู่แผนการดูแลและรักษาอย่างต่อเนื่อง การไปพบแพทย์และรับการตรวจร่างกายหรือตรวจเลือดตามนัด การรับประทานยาที่แพทย์สั่ง การปรับชีวิตประจำวันตามความจำเป็น และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ รวมถึงความสม่าเสมอในการดูแลรักษาและความสม่าเสมอในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

เฮเนสและคณะ (Haynes et al, 2008) ได้ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา หมายถึง การประเมินค่าของผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำที่ให้ในการรับประทานยาของผู้ป่วยตามแผนการรักษา

ดังนั้นความร่วมมือในการรักษาด้วยยา หมายถึง พฤติกรรม การกระทำที่บุคคลยินยอมและเต็มใจปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ และมีส่วนร่วมในการรักษา เพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษาหรือคำแนะนำด้านสุขภาพ เพื่อการรักษาอย่างสม่าเสมอและต่อเนื่องตลอดจนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งความร่วมมือที่ดีของผู้ใช้บริการหมายถึง การที่ผู้รับบริการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของผู้ให้บริการอย่างถูกต้อง เช่น การรับประทานยาอย่างถูกต้อง ตามขนาดเวลาที่รับประทานในแต่ละวัน เอาใจใส่ในอาการของตนเอง ตลอดจน การติดตามกระบวนการดูแลรักษาอย่างเคร่งครัด การปรับชีวิตประจำวันตามความจำเป็นและการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ รวมถึงความสม่าเสมอในการดูแล และความสม่าเสมอในการรับประทานยา

## ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อควบคุมอาการของโรคไม่ให้กลับเป็นซ้ำ ซึ่งมีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เกิดจากลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละคนที่ส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้แก่

1.1 บุคลิกภาพ ทักษะคิดต่อการรักษาด้วยยา และความเชื่อของผู้ป่วยที่มีต่อโรคและแผนการรักษาที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาแตกต่างกัน บุคคลที่ดูแลตนเองได้น้อย ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาก็น้อยตามไปด้วย (Osterberg & Bascke, 2005) ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา มักจะรู้สึกว่าเป็นอยู่ไม่รุนแรง เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษา ส่วนใหญ่รู้สึกว่าโรคที่ตนเองเผชิญอยู่มีอาการ ความรุนแรงและจากบุคลิกลักษณะของผู้ป่วยที่สนใจสิ่งแวดล้อม มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ทำให้ได้รับคำแนะนำหลายๆ วิธีจากคนใกล้ชิดทำให้เชื่อการรักษาวิธีอื่นมากกว่า ลักษณะบุคลิกภาพของคนต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยารักษาโรคซึมเศร้า ลักษณะถ่อมตน สาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่พบบ่อย คือ ความไม่สนใจ ไม่คิดว่ายาเป็นสิ่งจำเป็นผู้ป่วยบางรายหยุดรับประทานยาเอง เมื่อตนเองรู้สึกสบายขึ้น เนื่องจากเข้าใจว่าตนเองหายจากโรคแล้ว เมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการของโรคปรากฏจะรู้สึกว่าตนเองปกติดี ทำให้ไม่เห็นความสำคัญว่ายาจำเป็นสำหรับตนเองหรือการที่ผู้ป่วยยังต้องรับประทานยาแสดงว่าตนเองยังป่วยอยู่ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานเช่นนี้ อาจทำให้เกิดความเบื่อหน่ายในการรักษาหรือเกิดความรู้สึกต่อต้านการรับประทานยาได้ ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาจะไม่ค่อยสนใจสุขภาพของตนเอง และไม่เชื่อในแผนการรักษา (สาธุพร พุฒขาว, 2541) การมีความเชื่อและทัศนคติที่ดีต่อการรักษาเป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่ผลการรักษาที่ดี ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือ คือ ระยะเวลาการรักษาที่ใช้เวลานานจากอาการท้อแท้ หมดหวัง ซึมเศร้าของผู้ป่วย ทำให้ความสนใจต่อสิ่งต่างๆ ลดลง ตลอดจนการที่ผู้ป่วยมีลักษณะไม่ชอบรับประทานยา ไม่ชอบรสชาติของยา การที่ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานในระยะคงสภาพการรักษา ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้ว แต่ก็ยังจำเป็นต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องไปอีกระยะหนึ่ง เป็นสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาเช่นกัน (มาโนช หล่อตระกูล, 2544) ผู้ป่วยจะตัดสินใจรับประทานยาตามแผนการรักษาหรือไม่ขึ้นอยู่กับทัศนคติ และความเชื่อของผู้ป่วยที่มีต่อยาและโรคที่เป็น (Smith, 1976)

1.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว จากการศึกษาผลของการให้ความรู้ต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเวชที่แผนกผู้ป่วยนอกของเซนต์เซอรั รอนคาร์ และการ์ฟินเคิล (Seltzer, Roncari & Garfinkeil, 1980) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ให้ความร่วมมือในการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา และจากการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ พบว่าส่วนใหญ่ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา เคลท์เนอร์ชวิกกี และบอสตรอม (Keltner, Schweeke and Bostrom, 2003) กล่าวว่า ในการรักษาด้วยยานั้น บุคคลผู้ดูแล หรือครอบครัวต้องมีความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้ในการรักษา และรู้ถึงความสำคัญในการรับประทานยาตามแผนการรักษาการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นสาเหตุหลักของการทำให้อาการกำเริบ (relapse) และการกลับมารักษาซ้ำ ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่ใกล้ชิดและมีความสำคัญกับผู้ที่ เป็นโรคซึมเศร้า เป็นอย่างมากและเป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ตลอดจนผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องมีต่อการรักษา เช่น การพยากรณ์โรคดี ลดอัตราการเจ็บป่วย ตลอดจนทำให้ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตสามารถมีทักษะทางสังคม ดำเนินชีวิตและทำงาน ได้ด้วยตนเอง (Falloon, 2003)

2. ปัจจัยด้านลักษณะโรค อาการของโรคที่เรื้อรัง รักษาไม่หาย เป็นๆ หายๆ บางช่วงไม่มีอาการ ผู้ป่วยจึงเข้าใจว่าหายแล้ว อาการไม่รุนแรง ความร่วมมือในการรักษาจะลดลง เนื่องจากระยะเวลาที่ใช้ในการรักษานาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ กับการรักษาและ กลัวคิดยา หรืออาจต้องการทดลองรักษาด้วยวิธีการอื่นๆ (มาโนช หล่อตระกูล, 2544) สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ คือ การป่วยเป็นโรคเรื้อรังหลายโรค โรคที่นำอายุ เช่น โรคลมชัก โรคจิต จากการศึกษาของไซเร ราอู และอเล็กโซพอลอส (Sirey, Raue, & Alexopoulos, 2006) พบว่าจากภาวะของโรคซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับการขาดแรงจูงใจ ขาดกำลังใจที่จะให้ความมีส่วนร่วมในการรักษา รวมถึงความรู้สึกเหมือนถูกตีตราว่าเป็นโรคทางจิต (stigma) มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

3. ปัจจัยด้านการรักษา ยารักษาโรคซึมเศร้าต้องใช้เวลาออกฤทธิ์ในการรักษา 1-2 สัปดาห์ และต้องรับประทานติดต่อกัน ไปเป็นเวลานานอาจมีผลต่อความไม่ร่วมมือในการรักษา มาโนช หล่อตระกูล (2544) กล่าวว่าปัญหาของความไม่ร่วมมือในการรักษาที่พบบ่อย มักพบในผู้ป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายขาด โรคเรื้อรังโรคที่หายช้าต้องรับประทานยาเป็นหลายเดือนหรือเป็นปี ยาที่ให้ผลในการรักษาที่รวดเร็ว จะไม่ก่อให้เกิดปัญหาความร่วมมือในการรักษาเท่ากับยาที่ให้ผลในการรักษาช้า การรักษาที่ใช้ระยะเวลานาน การรับประทานยาจำนวนมากในแต่ละครั้ง การรับประทานยวันละหลายครั้งๆ ละหลายเม็ด จะทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเกิดความเบื่อหน่ายต่อการรับประทานยาในที่สุด นอกจากนี้หากผู้ป่วยหยุดยาอย่างกะทันหัน จะทำให้อาการของผู้ป่วยกำเริบขึ้นเนื่องจากเป็นอาการจากการถอนยา (withdrawal symptoms) (จำลอง ดิษยวณิช, 2551)

ทำให้ผู้ป่วยกลับมารับประทานยาอีกความรู้สึกว่าตนเองไม่เป็นอิสระเพราะถูกควบคุมจากยาที่รักษา หรือเป็นการถูกบังคับให้รับประทานยาทางอ้อม ทำให้ผู้ป่วยบางรายเกิดการต่อต้านการรับประทานยา ผู้ป่วยอาจเกิดความรู้สึกกังวลว่าตนเองจะคิดยาที่ใช้รักษาหรือต้องพึ่งพายาที่ใช้รักษา มากเกินไป การรักษาที่ใช้ระยะเวลาานาน วัตถุประสงค์ของการรักษาไม่ชัดเจน ได้รับผลกระทบจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ทำให้ผู้ป่วยเกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และพฤติกรรมปกติของผู้ป่วย เช่น อาการง่วงนอน หรืออาการหน้ามืด อิริยาบถ จะทำให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยลดลง โดยส่วนมากผู้ป่วยจะพึงพอใจต่อการรับประทานยวันละเม็ด เดียวมากกว่าการรับประทานยาหลายเม็ดและพึงพอใจที่จะรับประทานยวันละครั้งเดียวหรือไม่เกิน วันละ 2 ครั้ง มากกว่ารับประทานวันละหลายๆ ครั้ง (Gravaley & Oseasohn, 1991) ระยะเวลาหลังเริ่ม การรักษาได้ 1 ปี ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจะลดลงเหลือร้อยละ 50 และความร่วมมือในการรักษา เหลือเพียงร้อยละ 29-33 หลังจากการรักษาได้ 5 ปี ส่วนระยะเวลาที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา สูงสุดคือ ภายใน 6 เดือน (Perri, 2003)

4. ปัจจัยด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้การรักษา การยอมรับผู้รักษา สัมพันธภาพที่ดี ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ในทีมบุคลากรมีส่วนในการส่งเสริมความร่วมมือ ในการรักษาด้วยยาได้ (Dearing, 2004) ซึ่งสอดคล้องกับมาโนช หล่อตระกูล (2548) กล่าวไว้ว่า การขาด การสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด ปัญหาการสื่อสาร ได้แก่ การอธิบาย ไม่ชัดเจน ทำทางไม่น่าเชื่อถือ ไม่สนใจผู้ป่วย ไม่ใส่ใจเรื่องวิถีชีวิตของผู้ป่วย แพทย์ส่วนใหญ่จะมี เวลาน้อย ผู้ป่วยมักเกรงใจแพทย์ ไม่กล้าถามแม้บางครั้งไม่เข้าใจในสิ่งที่แพทย์พูดหรือให้คำแนะนำ (วนิดา พุ่มไพศาลชัย และสุวัฒน์ มหัตถินันตร์กุล, 2548) การที่ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา มีสาเหตุจากขาดการให้ข้อมูลการใช้ยา บุคลากรไม่ได้อธิบายถึงประโยชน์และผลข้างเคียงของการใช้ยา ผู้ป่วยต้องได้รับการเรียนรู้หรือฝึกฝน การที่ผู้รักษาไม่ใส่ใจกับสิ่งที่ผู้ป่วยกังวล การไม่ยืดหยุ่นใน ข้อตกลงต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าผู้รักษาไม่ได้ให้ความสนใจกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาของผู้ป่วย ถ้าผู้รักษาและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อกัน จะทำให้เกิดผลกระทบต่อการรักษา (Kaplan & Sadock, 2000)

5. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (Social system) หลังจากที่ผู้ป่วย ได้รับการรักษาด้วยยาจนอาการทุเลา แพทย์ผู้รักษาจะจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวและชุมชน ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยในชุมชนจึงมีความสำคัญที่จะสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือใน การรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง ผู้ที่มีบทบาทสำคัญดังกล่าวนี้ได้แก่ ผู้ดูแล เพื่อน หรือบุคลากรด้าน สุขภาพในชุมชน

สรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย ประกอบด้วยปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยเกี่ยวกับ บุคลิกภาพ ทักษะต่อการรักษาด้วยยา ความเชื่อของผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรค และการรักษาของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ปัจจัยด้านลักษณะโรค ปัจจัยด้านการรักษาและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการลดการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติ

### วิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการรักษาด้วยยาด้านเศร้าในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ช่วยในการลดการกลับเป็นซ้ำจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยามีหลายวิธีดังนี้

1. การให้ข้อมูลความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการใช้ยา (disease and medication education) การให้ข้อมูลหรือความรู้เป็นกระบวนการการถ่ายทอดเนื้อหา ความรู้ ทักษะเจตคติหรือกิจกรรม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เกิดประสบการณ์เกิดการเรียนรู้ สามารถคิดเป็น ทำเป็น แก้ไขปัญหาเป็น ส่งผลให้เกิดความเจริญงอกงามในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญา รวมไปถึงสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในชีวิตประจำวันได้ หรือพัฒนาความสามารถที่มีอยู่เดิม เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่มุ่งหวัง การให้ความรู้เป็นกิจกรรมที่ต้องให้ผู้ป่วยมากที่สุดที่จะส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยารวมถึงความสำคัญของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจส่งผลให้สามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ต่อเนื่อง ตลอดจนการติดตามการเยี่ยมผู้ป่วยโดยชำนาญเฉพาะทางและการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง เช่น การติดตามทางโทรศัพท์ (Katon et al, 2001)

2. โปรแกรมการสอน/การให้ความรู้ในด้านความร่วมมือในการรักษาด้วยยา แก่ผู้ป่วยมีหลายวิธีอาจใช้วิธีการสอนปากเปล่าหรือการใช้โปรแกรมการสอน จะช่วยทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับว่า เขา สามารถทำให้หายจากโรคที่เป็นอยู่ได้ ควรรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่ควรปรับยาเอง เพราะอาจทำให้เกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์จากยาด้านเศร้าได้ ควรปรึกษาผู้รักษาทุกครั้งเมื่อมีอาการผิดปกติ ตลอดจนการติดตามอาการผู้ป่วยภายหลังจากที่ได้รับการรักษาด้วยยาด้านเศร้าในเดือนแรก เพื่อประเมินผลการรักษา (Lin et al, 1998; McDonald et al.; 2002)

3. การบำบัดรายบุคคล/รายกลุ่มบำบัด เป็นรูปแบบการบำบัดชนิดหนึ่ง มีเป้าหมายในการรักษา มีการคัดเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมในการรักษา ระยะเวลาและความถี่ของการบำบัดชัดเจน และแน่นอน บทบาทของผู้บำบัดได้รับการฝึกฝน มีจุดประสงค์เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม รวมถึงพฤติกรรมการใช้ยา โดยการใช้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก ผู้นำกลุ่ม เอื้ออำนวยให้สมาชิกกลุ่มแสดงความเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เสนอแนะวิธีการต่างๆ กันเอง จนเกิดการเรียนรู้ สามารถปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมไปในทางที่ดีได้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

4. การจัดการรายกรณี (Case Management) เป็นกระบวนการที่ครอบคลุมตั้งแต่การประเมิน การวางแผน การปฏิบัติ การประสานระบบให้บริการ การติดตามการให้บริการ และการประเมินผล โดยการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ ในทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย รวมถึงยาที่ใช้ในการรักษา โดยการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ มีจุดมุ่งหมาย เพื่อส่งเสริมคุณภาพของการให้บริการของผู้ป่วยครอบครัว และชุมชนอย่างมีคุณภาพประสิทธิภาพ คุ่มค่า คุ่มทุน ต่อทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วย

5. การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) เป็นการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (social cognitive theory) ของแบนดูรา (Bandura) เป็นรูปแบบหนึ่งของการช่วยเหลือด้านจิตใจ โดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ที่มีลักษณะให้คำชี้แนะ และให้ความสำคัญกับผู้รับบริการในการมีส่วนร่วมและรับผิดชอบต่อการรักษา ทั้งนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจ และแก้ไขความลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา ซึ่งเป็นวิธีการเฉพาะที่ช่วยให้บุคคลตระหนักถึงปัญหาของตนเองและลงมือทำบางอย่าง เพื่อแก้ไขปัญหานั้น ซึ่งใช้กับบุคคลที่มีความลังเลต่อการเปลี่ยนแปลง เพราะจะช่วยแก้ไขความไม่แน่ใจและทำให้บุคคลก้าวไปสู่ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างคงที่และถาวร ตลอดจนมีแรงจูงใจให้ความร่วมมือในการรักษา โดยมีพื้นฐานความเชื่อที่ว่ามนุษย์ทุกคนมีศักยภาพที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง

6. การติดตามผู้ป่วยให้มารับการรักษาตามนัดเมื่อใกล้ถึงวันนัด เป็นวิธีการกระตุ้นเตือนง่ายๆ ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมารับบริการการตรวจตามนัด เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญของการรักษาด้วยยา วิธีการติดตามที่เหมาะสม เช่น การใช้โทรศัพท์เตือนผู้ป่วยล่วงหน้าใกล้ถึงวันนัด อาจทำให้ได้รับความสนใจจากผู้ป่วย ทำให้มารับบริการตรวจรักษาตามนัดได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถมารับบริการการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง (Reda & Makhoul, 2001; Simon, 2002)

7. การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) เป็นการผสมผสานเทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เน้นที่การเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยมีแนวคิดที่เชื่อว่าอาการป่วยมีสาเหตุจากการมีแนวคิดที่ไม่ตรงตามความเป็นจริงมุ่งแก้ไขแนวคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความเป็นจริง เป็นการสร้าง

แนวทางเลือกและแบบแผนที่ยืดหยุ่นกว่าเดิม รวมถึงการปรับเปลี่ยนแนวคิดทางลบ ใช้ทักษะใหม่ในการแก้ปัญหา (American Psychiatric Association [APA], 2006)

8. การใช้อุปกรณ์ที่สะดวกในการรับประทานยา เช่น กล่องใส่ยา สำหรับใส่เม็ดยาที่จะรับประทานในแต่ละมื้อในหนึ่งวัน ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกต้องและลดการลืมรับประทานยาได้ การใช้กล่องใส่ยาสำหรับให้ผู้ป่วยรับประทานจะเป็นวิธีที่ง่ายในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา แต่อาจเกิดปัญหาหรือความผิดพลาดขึ้นได้ ควรเลือกใช้วิธีการกระตุ้นเตือนการรับประทานยาของผู้ป่วยให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละรายไป

9. การบันทึกการรับประทานยา จะช่วยให้ทราบถึงปัญหาการรับประทานยา และทำให้สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ เช่น ลืมรับประทานยาด้วยเหตุผลอะไรบ้าง อาจมีประโยชน์ต่อทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ในเรื่องเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา หรือปัญหาอื่นๆ ที่ผู้ป่วยประสบจากการรับประทานยา ทำให้เกิดประโยชน์ที่จะบ่งบอกถึงรูปแบบของการใช้ยาและเหตุผลที่ขาดการรับประทานยา

10. การลดความถี่ในการมาตรวจรักษา เมื่อผู้ป่วยมีอาการตอบสนองต่อการรักษาที่ดีขึ้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการมารับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง (Mc Donald et al., 2002)

11. การให้การปรึกษาเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า ช่วยทำให้ผู้ป่วยและญาติสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการรักษาด้วยยาได้ (Peveler, 1999) วิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาพบว่า การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา โดยการให้การปรึกษาแก่ครอบครัวของผู้ป่วยเป็นวิธีการหนึ่งในการจัดการกับครอบครัวของผู้ป่วย ทำให้เกิดการส่งเสริมให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยได้

12. การสร้างความเชื่อมั่นและความตระหนักในการรักษาด้วยยาโดยการให้คำแนะนำและความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาตลอดจนประโยชน์ของการรักษาแก่ผู้ป่วยให้ตระหนักถึงความจำเป็นว่ายาต้านเศร้า สามารถรักษาโรคซึมเศร้าหายได้ ส่งผลให้ความร่วมมือในการรักษาสูงถึงร้อยละ 85 (Aiken et al., 2005)

13. แรงสนับสนุนทางสังคม (social support) แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือจากคนอื่นๆ ที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ด้วย ในด้านต่างๆ เกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ การยอมรับและมองเห็นคุณค่า การตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคมการช่วยเหลือเงินทอง สิ่งของแรงงานหรือบริการ รวมถึงการให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งการช่วยเหลือนั้นทำให้นักคนได้รับการตอบสนองความต้องการของคนและมีผลดีต่อสุขภาพและพฤติกรรมของบุคคล



สรุปได้ว่าวิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้านั้นมีหลายวิธี ได้แก่ การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาและโรคแก่ผู้ป่วยและญาติ การใช้โปรแกรมการสอน/การให้ความรู้ในด้านความร่วมมือในการรักษาด้วยยาแก่ผู้ป่วย การบำบัดรายบุคคล/รายกลุ่ม บำบัด การจัดการรายกรณี การเสริมสร้างแรงจูงใจ การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม การใช้อุปกรณ์ที่สะดวกในการรับประทานยา การติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดจนการให้การปรึกษา การสร้างความเชื่อมั่นและความตระหนักในการรักษาด้วยยา สอดคล้องกับ เฮนเนสและคณะ (Haynes et al, 2005) กล่าวว่าไว้ว่าวิธีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษามีการผสมผสานหลายๆ วิธี เช่น การให้คำแนะนำ การให้การปรึกษา การทำครอบครัวบำบัดหรือการติดตามทางโทรศัพท์ จะช่วยให้เกิดความร่วมมือในการรักษาได้และเกิดผลดีของการรักษาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าได้รับการรักษาด้วยยาที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ

### การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

การประเมินความร่วมมือในการรักษาจะแตกต่างกันไปในแต่ละโรคขึ้นอยู่กับแนวทางหรือแผนการรักษา Bond & Hussar (1991) กล่าวว่าวิธีการประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสามารถตรวจสอบได้หลายวิธีจะดีกว่าวิธีเดียว ต้องวัดอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุมในเรื่องกฎเกณฑ์ ข้อบังคับ หรือข้อเสนอแนะที่ให้ปฏิบัติ เพื่อให้เกิดผลดีในการรักษา โดยต้องสอดคล้องกับแผนการรักษาการจะเลือกวิธีประเมินวิธีใด ควรคำนึงถึงราคาและความตระหนักของผู้วัดต่อวิธีการนั้น ปัจจุบันทำได้ 2 วิธีใหญ่ๆ คือ การประเมินทางอ้อมและการประเมินทางตรง

1. การประเมินทางอ้อม (Indirect method) ประเมิน โดยการใช้เครื่องมือในการประเมินความร่วมมือที่ผู้วิจัยแต่ละคนได้สร้างขึ้น สามารถกระทำได้โดย

1.1 การประเมินโดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ อาจจะสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรง หรือสัมภาษณ์จากผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น ญาติ พี่ น้องผู้ป่วย เจ้าหน้าที่พยาบาลร่วมด้วย เป็นวิธีที่ใช้บ่อยและง่ายที่สุด ใช้เวลาไม่มาก เสียค่าใช้จ่ายน้อยและทราบได้ทันทีหลังจากการสัมภาษณ์ สิ้นสุดลงและเป็นวิธีที่นิยมใช้ในการประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การประเมินโดยการสัมภาษณ์ เช่น การศึกษาความร่วมมือในการรักษาและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการยาสแตติน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุรินทร์ โดย รัชก สิริโชควงศ์ (2550) การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทของ สาธุพร พุฒขาว (2541) การศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งพัฒนาโดย อรพินธ์

สมบัติวัฒนางกูร (2551) และการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังโป่ง จังหวัดเพชรบูรณ์ โดย อภิสิทธิ์ บุญแจ้ง (2553) ข้อดีของการประเมินโดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์คือ ได้ข้อมูลที่ละเอียดกว่า แต่ข้อจำกัดของวิธีการสอบถามและการสัมภาษณ์คือ ผู้ป่วยให้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง สามารถแก้ไขได้โดยใช้คำถามที่ชัดเจนและขณะสัมภาษณ์ไม่ควรแสดงว่าผู้ป่วยมีความผิด กรณีผู้ป่วยตอบว่าไม่ได้ให้ความร่วมมือในการรักษาหรือไม่รับประทานยา ถ้าคำถามมากเกินไปผู้ป่วยจะรู้สึกเบื่อหน่ายและอาจไม่ยอมตอบสัมภาษณ์ ส่วนปัญหาจากผู้สัมภาษณ์พบว่า การประเมินความร่วมมือในการรักษามักเกินความจริงเสมอ

1.2 การนับเม็ดยาที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย (Pill Counts) เป็นวิธีที่ใช้กันมาก เนื่องจากเป็นวิธีที่ง่ายและสะดวก สามารถบอกได้ถึงจำนวนเม็ดยาที่ใช้ไปทั้งหมดเมื่อผู้ป่วยกลับมารับยาหรือเมื่อไปซื้อยาไปแล้วระยะหนึ่ง เมื่อนับจำนวนเม็ดยาแล้วเหลือมากกว่าจำนวนที่ควรจะเป็น แสดงว่าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา วิธีนี้ควรจ่ายยาในปริมาณที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วย ควรนับเม็ดยาต่อหน้าผู้ป่วยและมีการสัมภาษณ์ประวัติควบคู่กันไปด้วย แต่มีข้อเสีย อาจไม่ได้ผลตรงกับความเป็นจริง ในกรณีที่ผู้ป่วยอาจลืมนำยามา ยาหายหรือแอบทิ้งยาโดยไม่รับประทานหรือให้ผู้อื่นใช้ร่วมด้วย

1.3 การมาตรวจตามนัด (Rates medication monitors) โดยถือว่าผู้ป่วยที่มาใช้บริการตรวจรักษาตามนัดอย่างสม่ำเสมอเป็นผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดี และจากการพิจารณาผลของการรักษาว่าได้ผลดีหรือไม่เพียงไร รวมทั้งการพิจารณาว่ามีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นหรือไม่ หรือมีโรคแทรกซ้อนเข้ามาอีกหรือไม่ ส่วนผู้ที่ไม่มารับบริการตรวจรักษาตามนัดเป็นผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

1.4 การติดตามการรับประทานยาแบบอิเล็กทรอนิกส์ (Medication Event Monitoring System [MEMS]) จะมีการบันทึกการใช้ยาเมื่อมีการเปิดขวดยา โดยการบันทึกวัน เวลา ในการเปิดขวดแต่ละครั้ง วิธีนี้เสียค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง (Vik et al, 2004)

2. การประเมินทางตรง (Direct method) เป็นการวัดโดยอาศัยหลักทางชีววิทยาในช่วงเวลาที่กำหนด เช่น การตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ การวัดระดับสารที่ถูกขับออกทางปัสสาวะหรือสารที่เกิดจากการเมตาโบไลต์ (metabolite) ของยา การสังเกตพฤติกรรม การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโดยตรง (observation) ใช้การติดตามและเยี่ยมบ้านตลอดจนการสังเกตพฤติกรรมความร่วมมือว่าเป็นอย่างไร สามารถที่จะปฏิบัติตามข้อกำหนดของการรักษาหรือไม่ พฤติกรรมที่แสดงออกต่อการปฏิบัติเป็นข้อบ่งชี้ของความร่วมมือในการรักษา การประเมินทางตรงมีข้อจำกัดในการวัดดังนี้

2.1 ความเข้มข้นของยาที่ตรวจพบบอกได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยา แต่ไม่สามารถบอกปริมาณยาที่ผู้ป่วยรับประทานว่ามีจำนวนทั้งหมดเท่าไร รับประทานยาครบตามแผนการรักษาหรือไม่

2.2 ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องมือและวิธีการที่ยุ่งยาก ต้องวิเคราะห์ที่เป็นระยะ ภายหลังการรับประทานยา วิธีนี้จึงไม่สามารถนำมาใช้ได้ในทุกกรณี

2.3 ความเข้มข้นของยา อาจได้รับผลมาจากความแตกต่างในการดูดซึมของยาการสร้างเมตาบอลิซึม และการขับออกของสารในแต่ละบุคคล ดังนั้นระดับความเข้มข้นของยาในร่างกายจึงไม่สามารถเป็นข้อบ่งชี้ของความร่วมมือในการรักษา

2.4 การรับประทานยาก่อนตรวจจะทำให้ค่าของความเข้มข้นของยาในร่างกายสูงไม่ได้แสดงถึงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

สรุปได้ว่าวิธีการประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็่นโรคซึมเศร้านั้นมีวิธีการประเมินได้หลายวิธี ได้แก่ การใช้แบบประเมินสอบถามและการสัมภาษณ์ การนับเม็ดยา การมาตรวจตามนัด การตรวจเลือดหรือตรวจปัสสาวะหาระดับยา แต่ละวิธีมีข้อดีข้อเสียแตกต่างกันไป ไม่มีวิธีใดวิธีหนึ่งที่ถือเป็นมาตรฐาน ควรเลือกใช้หลายๆ วิธีแล้วนำข้อมูลมาปรับใช้ร่วมกัน นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกยังแนะนำการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษา นั้นควรมีความต่อเนื่อง และมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับแต่ละสถานการณ์และช่วงเวลา อยู่เสมอในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการใช้ยาของรชนก สิทธิโชติวงศ์ (2550)

## แนวปฏิบัติทางคลินิก

### ความหมายของแนวปฏิบัติทางคลินิก

แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นแนวทางที่สร้างขึ้นและทบทวนไว้อย่างเป็นระบบเพื่อช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติการดูแลคุณภาพของผู้ป่วยที่เฉพาะเจาะจงทางคลินิก โดยมีแนวทางที่ชัดเจนและมีความน่าเชื่อถือได้และมีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

กลุ่มพัฒนาแนวปฏิบัติแห่งประเทศไทยแลนด์ (NZGG, 2001) ให้ความหมายว่าแนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นคู่มือที่สร้างขึ้นจากประสบการณ์การทำงานของผู้ปฏิบัติที่เชี่ยวชาญที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบและชัดเจนได้ตกลงกันแล้วว่าดีและเหมาะสมกับหน่วยงาน ผ่านการวิเคราะห์ประโยชน์ ความเสี่ยง ความคุ้มค่า กุ่มทุน

จิตร สิทธิอมร และคณะ (2543) ได้ให้ความหมายของแนวปฏิบัติทางคลินิก หมายถึง ข้อความที่จัดทำขึ้นอย่างเป็นระบบเพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพและผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับภาวะใดภาวะหนึ่ง

สภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (Nation Health and Medical Research Council) (NHMRC, 1999) ได้ให้ความหมายของแนวปฏิบัติทางคลินิกไว้ว่าเป็นข้อกำหนดหรือข้อความที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบภายใต้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ ประสพการณ์ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติทางคลินิก ผ่านการคิดวิเคราะห์จากทีมสหวิชาชีพ ให้ได้แนวทางที่เหมาะสมเพื่อช่วยในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสม

สรุป แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นเอกสารหรือข้อความที่จัดทำขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยในการตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เฉพาะเจาะจงมีความเหมาะสมและยืดหยุ่นได้ ใช้เป็นแนวทางในการทำงานของบุคลากรให้เป็นที่ไปในทิศทางเดียวกันเกิดการทำงานร่วมกันเป็นทีม โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรผู้เกี่ยวข้อง ตลอดจนช่วยให้การดูแลรักษามีคุณภาพที่ดีขึ้น

### ขั้นตอนของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นการใช้ผลการวิจัยนำไปสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผลสูงสุดในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยอาศัยการมีส่วนร่วมทีมสหวิชาชีพ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติโดยอาศัยหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ ความรู้เชิงประจักษ์ หลักฐานทางพยาธิวิทยา รวมทั้งการใช้ความรู้จากการฝึกอบรม การใช้สามัญสำนึก และข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ ทำให้การตัดสินใจแก้ไขปัญหาผู้ป่วยทางคลินิกมีความหลากหลายแตกต่างกัน ลดต้นทุนการบริการ ลดค่าใช้จ่าย (จิตร สิทธิอมร และคณะ, 2543) การนำความรู้เชิงประจักษ์ (evidence-based nursing practice) ไปสู่การปฏิบัติ โดยการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดเป็นวิธีการที่ได้ผลดีที่สุด และนำมาเป็นแนวทาง มีกระบวนการพัฒนาอย่างเป็นระบบ การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ มีเครื่องมือสำคัญคือแนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guideline-CPGs) การบูรณาการความชำนาญทางคลินิกเข้ากับความรู้จากงานวิจัยที่เป็นระบบเกิดในหน่วยงานที่เห็นคุณค่าของความรู้ใหม่และมีแหล่งประโยชน์ที่จะเข้าถึงความรู้ (The Scottish Intercollegiate Guideline Network [SIGN], 2001) และยังเป็นการผสมผสานการใช้ผลการวิจัยที่ตรงกับปัญหา การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกตามแนวคิดของสถาบันวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999 อ้างใน ฉวีวรรณ ชงชัย, 2548) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

## 1. ชั้นเตรียมการ

1.1 การสร้างความตระหนักในทีมผู้ให้การบำบัดรักษาในปัญหาที่เกิดขึ้นและประโยชน์ของการใช้แนวปฏิบัติ ทั้งรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

1.2 การทำความเข้าใจร่วมกันในทีมผู้ใช้แนวปฏิบัติ โดยให้ผู้ใช้ปฏิบัติได้ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและสามารถแก้ไขได้โดยการใช้แนวปฏิบัติ การให้ความรู้ ทักษะที่จำเป็นสร้างความคุ้นเคยกับเอกสารและอุปกรณ์ต่างๆ ที่จะใช้ในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ทำให้เกิดแรงจูงใจการใช้แนวปฏิบัติ และเป็นที่ยอมรับในกรณีมีปัญหาในการใช้แนวปฏิบัติ และตอบคำถามต่างๆ

1.3 จัดทำเครื่องมือที่ใช้ในการให้ความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติ ประกอบด้วยเพิ่มแนวปฏิบัติข้อสรุปจากแนวปฏิบัติ จัดทำสื่อ วิธีการใช้เครื่องมือแบบผสมผสานหลายชนิดทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ใช้แนวปฏิบัติ รวมถึงเปลี่ยนแปลงสุขภาพของผู้ป่วยจากการศึกษาพบว่า การใช้เครื่องมือในการให้ความรู้เพียงวิธีเดียวมีผลต่อพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางสุขภาพน้อย การใช้เครื่องมือในการให้ความรู้แบบผสมผสานหลายวิธีมีผลต่อพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางสุขภาพสูง

## 2. ชั้นดำเนินการ

2.1 การติดตามการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก เพื่อให้ทีมผู้ปฏิบัติร่วมกันปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติให้มีความถูกต้องเหมาะสมกับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติ การวางแผนดูแลแก้ไขปัญหาาร่วมกัน โดยยึดหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์เป็นพื้นฐาน

2.2 ติดตามผลที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ โดยอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น ทำให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์ในการที่จะทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น

2.3 กระตุ้น/ย้ำเตือนผู้ปฏิบัติเป็นประจำ ช่วยให้ผู้ปฏิบัติเกิดความตระหนักตื่นตัวและมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติเป็นประจำและการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

2.4 ปรับปรุงการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เป็นการประกันและปรับปรุงคุณภาพ โดยอาศัยงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนอย่างเป็นรูปแบบการดูแลอย่างมีมาตรฐาน ทำให้กิจกรรมการปฏิบัติมีความชัดเจน ประหยัดค่าใช้จ่าย มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการประกันคุณภาพแนวปฏิบัติ จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญในกิจกรรมการประกันคุณภาพ การนำแนวปฏิบัติเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ ช่วยให้ผู้ปฏิบัติสามารถใช้แนวปฏิบัติสอดคล้องกับการดูแล นอกจากนี้การเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ ทำให้สามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์จากการปฏิบัติได้

เป็นประโยชน์ทั้งบุคลากรและผู้ป่วยทำให้ทราบข้อมูลภาวะทางสุขภาพ รวมถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้แนวปฏิบัติ

### 3. ชั้นประเมินผล

การประเมินผลแนวปฏิบัติทางคลินิก มีการประเมินผลในระยะสั้น และระยะยาว ครอบคลุมทั้งด้านกระบวนการ ด้านการปฏิบัติ และด้านผลลัพธ์ (NHMRC, 1999) ดังนี้

1. การประเมินผลการเผยแพร่แนวปฏิบัติ ในลักษณะการใช้สื่อ เช่น จดหมาย การตีพิมพ์ ในวารสาร โปสเตอร์ เป็นต้น ผู้อ่านจะเข้าใจแนวปฏิบัติมากขึ้นเพียงใด แสดงให้ทราบถึงกลยุทธ์การเผยแพร่บรรลุเป้าหมายหรือไม่ และเป็นการบ่งชี้การยอมรับแนวปฏิบัติ

2. การประเมินความต่อเนื่องของการใช้แนวปฏิบัติ โดยการติดตามและรวบรวมข้อมูลสำหรับประเมินผลหลังจากการเผยแพร่แนวปฏิบัติและลงมือปฏิบัติ เพื่อทำการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติและผลลัพธ์ทางสุขภาพ

3. การประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยอาจศึกษาเปรียบเทียบเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ และผลลัพธ์ทางสุขภาพ ระหว่างกลุ่มผู้ปฏิบัติอย่างจริงจังกับกลุ่มผู้ปฏิบัติที่ไม่จริงจัง

4. การประเมินผลจำนวนการใช้แนวปฏิบัติแสดงให้เห็นถึงการยอมรับแนวปฏิบัติ พิจารณาจากการประเมินแนวปฏิบัติ มีความชัดเจน ข้อมูลน่าเชื่อถือ แสดงให้เห็นความแตกต่างของการใช้แนวปฏิบัติ และความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ

5. การประเมินผลค่าใช้จ่าย สามารถประเมินจากขั้นตอนการพัฒนา การเผยแพร่และการปฏิบัติ หรือเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ

6. การประเมินผลการรายงานนำเสนอข้อจำกัดข้อเสนอแนะประโยชน์ที่ได้รับและการนำไปใช้สมาคมพยาบาลออนทารีโอ (RNAO, 2002) ได้เสนอแนวทางการประเมินผล การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้ ด้านโครงสร้างหรือปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ แต่ละด้านควรมีค่าตั้งแต่ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์กร ผู้ปฏิบัติ ผู้ให้บริการและงบประมาณ

### การประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

การประเมินผลแนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นการประเมินคุณภาพการพยาบาล ซึ่งประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ โดยวัดผลลัพธ์ที่เกิดจากการให้บริการ ควรให้ครอบคลุมด้านโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ ประเมินการเปลี่ยนแปลงของบุคลากร การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ประเมินความรู้ ความเข้าใจในแนวปฏิบัติ ความสะดวก

ความยากง่าย ปัญหา อุปสรรคในการใช้ ความพึงพอใจ และทัศนคติของผู้ใช้แนวปฏิบัติเป็นต้น (จิตร สิทธิอมร และคณะ, 2543)

1. การประเมินผลด้านโครงสร้างหรือปัจจัยนำเข้า (structure or input evaluation) เป็นการประเมินเพื่อการตัดสินใจในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ได้แก่ นโยบายขององค์กร ระบบบริการ สถานที่ความเพียงพอ ความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์วิธีปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาล คุณสมบัติของบุคลากร อัตรากำลังบุคลากร ความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพ และทำงานเป็นทีม ความรู้และทักษะของบุคลากรในการปฏิบัติงาน การคำนึงถึงแรงจูงใจและการตัดสินใจ ตลอดจนความเสี่ยงและผลกระทบของผู้ให้บริการ การมีส่วนร่วมของผู้ใช้และผู้รับบริการ ค่าใช้จ่าย เป็นต้น ซึ่งควรมีการประเมินความพร้อมของโครงสร้างในระยะการเตรียมการก่อนการนำโครงการสู่การปฏิบัติด้วย

2. การประเมินผลด้านกระบวนการ (process evaluation) เป็นการติดตามการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกได้แก่ การปรับเปลี่ยนนโยบายให้เหมาะสม ความตระหนัก การยอมรับแนวปฏิบัติ ทัศนคติต่อแนวปฏิบัติของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การฝึกอบรมให้ความรู้แก่บุคลากร การให้ความรู้และการสอนสุขศึกษาแก่ผู้ให้บริการ ความยากง่ายในการปฏิบัติ ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ ตลอดจนการแนวปฏิบัติที่นำไปใช้มีความยืดหยุ่นต่อการนำไปใช้แตกต่างกันหรือไม่

3. การประเมินผลด้านผลลัพธ์ (outcome evaluation) เป็นการประเมินภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงจากกระบวนการการดูแล เป็นผลจากการใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ การปฏิบัติได้ผลลัพธ์ที่บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กรหรือหน่วยงาน ความสม่ำเสมอของบุคลากรในการใช้แนวปฏิบัติ บุคลากรสามารถใช้แนวปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สมรรถนะของบุคลากร ผลลัพธ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมของผู้ให้บริการ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการดูแลรักษา ความพิการหรืออันตรายถึงชีวิต ผลกระทบของผู้ให้และผู้รับบริการ ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลการกลับมารับบริการของผู้ให้บริการ การกลับมารับการดูแลรักษาซ้ำ ความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ เป็นต้น

การประเมินผลแนวปฏิบัติในการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ด้านคือ ด้านผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า และด้านผู้ปฏิบัติทางคลินิก

#### 1. ด้านผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

การศึกษานี้การประเมินผลแนวปฏิบัติ 3 อย่างคือ ความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก การมาตรวจตามนัดและการกลับมารักษาซ้ำ ด้วยอาการกำเริบจากการขาดยา

### ความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

ความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า เป็นความรู้สึกรู้สึกมีความสุข อิ่มเอมใจ ของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก จากการทบทวนวรรณกรรม ความหมายของความพึงพอใจมีดังนี้

โดนามิเดียน (Donamedian, 1980) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ หมายถึง ผู้รับบริการประสบความสำเร็จในการทำให้สมดุลระหว่างความคาดหวังกับอำนาจในการตัดสินใจของผู้รับบริการ เป็นผลมาจากการให้บริการของผู้ให้บริการ

เดวิส (Davis, 2001) ความพึงพอใจเป็นความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังกับผลประโยชน์ที่ได้รับที่เกิดขึ้นกับบุคคล เมื่อความต้องการพื้นฐานทางร่างกายและจิตใจได้รับการตอบสนองจะขจัดความตึงเครียดหรือความกระวนกระวายออกไปทำให้เกิดความสมดุล ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจ

วอนแมน (Wolman, 1973) กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกรู้สึกมีความสุข อิ่มเอมใจของบุคคลที่เกิดจากความต้องการของตนเองได้รับการตอบสนอง

ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกมีความสุข พอใจ อิ่มเอมใจต่อการกระทำของบุคคลหรือการบริการ โดยมีพื้นฐานเกิดจากการยอมรับและตัดสินใจของบุคคล ในการได้รับการบริการที่มีคุณภาพ โดยเกิดจากการยอมรับ ในการได้รับการบริการที่มีคุณภาพ ส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามาตรวจตามนัด ได้รับยาสม่ำเสมอตามคำแนะนำของผู้รักษาและไม่มีการกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยา การศึกษาครั้งนี้ความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ใช้แบบวัดความพึงพอใจของสุพรรณิ เตรียมวิศิษฎ์ และคณะ (2546) ประกอบด้วยข้อคำถามวัดระดับความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าเลือกตอบเกี่ยวกับความรู้สึกพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจและให้คะแนนตามความรู้สึกเป็น ระดับ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ตัวเลข 1-3 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อย ตัวเลข 4-6 หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง ตัวเลข 7-10 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมาก ตัวเลขมีค่าคิดเปอร์เซ็นต์ ความพึงพอใจตามตัวเลขที่ระบุ มีค่าตั้งแต่ 10-100 เปอร์เซ็นต์

### การมาตรวจตามนัด

การมาตรวจตามนัด เป็นผลที่เกิดจากความพึงพอใจในการได้รับการบริการที่ดี มีคุณภาพตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าต้องได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ทำให้ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าไม่มีอาการกำเริบจากการขาดยาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ (กรมสุขภาพจิต, 2554) ประเมินโดยใช้แบบบันทึกการมาตรวจตามนัดของโรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน

## การกลับมารักษาซ้ำด้วยการกำเริบจากการขาดยา

การกลับมารักษาซ้ำด้วยการกำเริบจากการขาดยา หมายถึง การที่ผู้ที่เป็น โรคซึมเศร้า กลับมารับการรักษาซ้ำหลังจากหยุดยาภายใน 28 วัน พบได้มากในผู้ที่เป็น โรคซึมเศร้า ซึ่งควรได้รับการรักษาด้วยยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ผู้ที่เป็น โรคซึมเศร้าได้รับการรักษาด้วยที่ไม่เหมาะสม ขาดยาหรือหยุดยาเองจะทำให้มีอาการกำเริบจากการขาดยา ทำให้มีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำได้ ผู้ที่เป็น โรคซึมเศร้าควรได้รับการรักษาด้วยอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป ประเมินโดยใช้แบบบันทึก การกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยาของโรงพยาบาลบ้านโฮ่ง

## 2. ด้านผู้ใช้แนวปฏิบัติ

ในการศึกษาครั้งนี้การประเมินผลแนวปฏิบัติ 1 เรื่อง คือ ความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติ ความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติ เป็นผลจากการความต้องการที่บรรลุตามวัตถุประสงค์และ เป้าหมายได้รับผลสำเร็จ ความรู้สึกที่ดีของบุคลากรที่มีต่อการปฏิบัติงานที่ประสบผลสำเร็จเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ประเมินจากแบบวัด ความพึงพอใจของ สุพรรณิ เตรีมวิศิษฎ์ และคณะ (2546) โดยวัดระดับความพึงพอใจซึ่งมีให้เลือก ตั้งแต่เลข 1-10 โดยมีเกณฑ์วัดระดับความพึงพอใจ ตั้งแต่ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ตัวเลข 1-3 พึงพอใจน้อย ตัวเลข 4-6 พึงพอใจปานกลาง ตัวเลข 7-10 พึงพอใจมาก ตัวเลขมีค่าตั้งแต่ 10-100 เปอร์เซนต์

**แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า  
แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก**

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็น โรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลกพัฒนาโดย อรพินท์ สมบัติวัฒนางกูร (2551) ซึ่งปรับจากแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา ด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท แผนกงานผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พัฒนาโดย สุครัก พิละกันทา (2550) โดยได้ปรับแนวปฏิบัติทางคลินิกจนเหมาะสมกับหน่วยงาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลกโดยใช้แนวคิดของการนำหลักฐานที่ดีที่สุด ไปใช้ตามกรอบแนวคิดการใช้แนวปฏิบัติของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศ ออสเตรเลีย (Nation Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999) ขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติ ทางคลินิกไปใช้และการประเมินผลลัพธ์ แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการและเตรียมความพร้อม ของหน่วยงาน ขั้นดำเนินการและขั้นประเมินผลลัพธ์ และได้ผ่านการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ ทางคลินิกโดยใช้เครื่องมือ AGREE (The Appraisal of Guideline Research and Evaluation) ที่แปลโดย

ฉวีวรรณ ชงชัย (2547) เป็นแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่มีคุณภาพ เหมาะสม สามารถนำมาปฏิบัติได้ ประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้

1. สิทธิของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า
2. การกระตุ้นให้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาด้วยยาของตนเอง ได้แก่ การปรับขนาดของยาให้ง่ายและเหมาะสมกับผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าแต่ละราย การกำหนดเวลารับประทานยา การใช้ซองบรรจุยาหรือกล่องสำหรับยาที่รับประทานในหนึ่งวัน
3. การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ได้แก่ การบันทึกการรับประทานยาด้วยตนเอง หรือให้ญาติช่วยในกรณีผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า มีภาวะการรับรู้คิดบกพร่อง การให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยเหลือในการรับประทานยาสำหรับผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า มีภาวะการรับรู้คิดบกพร่อง
4. การประเมินอาการซึมเศร้า
5. การประเมินอาการข้างเคียงและปัญหาที่เกิดจากการรักษาด้วยยา ได้แก่ การนัดผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามาพบจิตแพทย์เป็นระยะ เพื่อติดตามผลการตรวจรักษาและลดความวิตกกังวลจากการรักษาด้วยยา การให้คำแนะนำหลังการตรวจเสร็จ
6. การประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาด้วยยา ได้แก่ การให้ความมั่นใจต่ออาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาและวิธีการแก้ไข การมารับบริการการตรวจรักษาก่อนถึงวันนัด เมื่อเกิดความวิตกกังวลและปัญหาที่เกิดจากการรักษาด้วยยา
7. การประเมินการให้ความสำคัญและความมั่นใจต่อการรักษาด้วยยา ได้แก่ การเตือนล่วงหน้าทางโทรศัพท์หรือทางจดหมายก่อนถึงวันนัด ในรายที่ขาดความร่วมมือในการรักษา การให้แรงเสริมโดยการลดความถี่ในการมาตรวจในรายที่มีอาการสงบ การให้คำแนะนำและความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและประโยชน์ของการรักษาสำหรับผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า การใช้โปรแกรมการสอนด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าแบบกลุ่มระยะสั้น การจัดให้มีการให้การศึกษาในกรณีที่มีปัญหาที่เกิดจากการรักษาด้วยยาและหรือการจัดการกับความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย การอภิปรายร่วมกันถึงความเชื่อและความสนใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา การให้คำแนะนำและความรู้แก่ญาติเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและประโยชน์ของการรักษาสำหรับญาติ ให้การปรึกษาแก่ญาติเมื่อมีภาวะเครียดเกิดขึ้น การทำครอบครัวบำบัดเมื่อสมาชิกในครอบครัวรู้สึกเป็นภาระต่อภาวะความเจ็บป่วยของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า การให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสำหรับบุคลากร การติดตามผลการรักษาด้วยยาทางโทรศัพท์ในสัปดาห์แรกของการรักษาในรายที่ขาดความร่วมมือในการรักษา การสร้างเครือข่ายของสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน ในกรณีที่ ต้องส่งต่อผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า การติดตามผลลัพธ์ของการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติทุก 6 เดือน

การติดตามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาทุก 2 เดือนหลังจากการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก

ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า พบว่า

1. ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ร้อยละ 97.87
2. ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า มีความพึงพอใจที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 94.7
3. ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดทุกคน
4. ไม่มีผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ากลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยา
5. ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก มีความพึงพอใจที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 90.91

ข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าไปใช้ควรมีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรให้เห็นความสำคัญในกระบวนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อพัฒนางานให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น การกระตุ้นให้บุคลากรมีส่วนร่วมและดูแลผู้ป่วยไปในทิศทางเดียวกัน ก่อนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ควรมีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นตัวชี้วัด เพื่อเปรียบเทียบกับภายหลังการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และ ผู้ที่จะนำแนวปฏิบัติไปใช้ ควรมีสัมพันธภาพดีในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงานรวมทั้งมีการสื่อสารที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีเครือข่ายและมีสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสามารถประสานความร่วมมือกับหน่วยงานได้ มีภาวะผู้นำและมีทักษะในการสอน การชี้แนะการให้การปรึกษาเป็นต้น

### แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลบ้านไธสง จังหวัดลำพูน

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลบ้านไธสง จังหวัดลำพูน ที่ทีมผู้ศึกษาได้ปรับจากแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก พัฒนาโดย อรพินท์ สมบัติวัฒนากร (2551) ซึ่งปรับจากแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท แผนกงานผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พัฒนาโดยสุดรัก พิละกันทา (2550)

โดยทีมได้ปรับแนวปฏิบัติทางคลินิกให้เหมาะสมกับหน่วยงาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านไธสง จังหวัดลำพูน โดยใช้แนวคิดของการนำหลักฐานที่ดีที่สุดไปใช้ ตามกรอบแนวคิดการใช้แนวปฏิบัติของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (Nation Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999) และได้ผ่านการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยใช้เครื่องมือ AGREE (The Appraisal of Guideline Research and Evaluation) ที่แปลโดย จวีวรรณ ชงชัย (2547) เป็นแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่มีคุณภาพ เหมาะสม สามารถนำมาปฏิบัติได้ ซึ่งมีครบทั้ง 6 องค์ประกอบดังนี้

### 1. ขอบเขตและวัตถุประสงค์

- 1.1 แนวปฏิบัติการระบุวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจง
- 1.2 คำถามในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นปัญหาทางคลินิก
- 1.3 ระบุกลุ่มผู้ป่วยที่จะใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกนี้

### 2. การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง

- 2.1 ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติประกอบด้วยบุคลากรจากสาขาวิชาชีพ
- 2.2 ผู้ใช้บริการมีส่วนออกความคิดเห็น
- 2.3 มีการระบุกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติชัดเจน
- 2.4 แนวปฏิบัติได้ผ่านการทดลองใช้โดยกลุ่มเป้าหมาย

### 3. ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ

- 3.1 มีการสืบค้นงานหลักฐานงานวิจัยอย่างเป็นระบบ
- 3.2 ระบุเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานงานวิจัยที่ชัดเจน
- 3.3 ระบุวิธีการกำหนดข้อเสนอแนะชัดเจน
- 3.4 มีการพิจารณาถึงผลกระทบและความเสี่ยงในการกำหนดข้อเสนอแนะ
- 3.5 ข้อเสนอแนะมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน
- 3.6 แนวปฏิบัติได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒินอกองค์กรก่อนนำมาใช้
- 3.7 ระบุขั้นตอนของการปรับปรุงพัฒนาแนวปฏิบัติให้ทันสมัย

### 4. ความชัดเจนและการนำเสนอ

4.1 ข้อเสนอแนะมีความเป็นรูปธรรมเฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ และกลุ่มผู้ป่วยที่ระบุในหลักฐาน

- 4.2 ระบุทางเลือกสำหรับการจัดการกับแต่ละสถานการณ์
- 4.3 ข้อเสนอแนะเป็นข้อความที่เข้าใจง่าย
- 4.4 มีคำอธิบายวิธีใช้แนวปฏิบัติ เช่น อาจเป็นในรูปแบบของแฟ้มผังสรุปแนวทางที่ต้องทำ

## 5. การประยุกต์ใช้

- 5.1 ระบุสิ่งที่เป็นปัญหาและอุปสรรคของการนำเสนอแนะไปใช้
- 5.2 มีการพิจารณาค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการใช้แนวปฏิบัติ
- 5.3 แนวปฏิบัติได้รับการพัฒนาและปรับปรุงทันสมัยอยู่เสมอ

## 6. ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ

- 6.1 แนวปฏิบัติได้รับการพัฒนาขึ้นมาอย่างอิสระจากผู้จัดทำ
- 6.2 มีการบันทึกความเห็นที่ขัดแย้งกันของทีมในระหว่างการพัฒนาแนวปฏิบัติ

การประเมินกำหนดให้มีผู้ประเมินที่มีความรู้เรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกจำนวน 4 คน หรืออย่างน้อย 2 คน โดยการคิดคะแนน แต่ละหมวด ในแต่ละข้อแบ่งการให้คะแนน 1-4 ใช้สูตรดังต่อไปนี้ (The AGREE Collaboration, 2011)

คะแนนรวมที่ได้ในแต่ละหมวด - คะแนนรวมต่ำสุดของแต่ละหมวด X 100

คะแนนรวมสูงสุดในแต่ละหมวด - คะแนนรวมต่ำสุดในแต่ละหมวด

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก พัฒนาโดย อรพินท์ สมบัติวัฒนางกูร (2551) มาปรับใช้ให้เข้ากับบริบทโรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน ซึ่งได้มาจากการสืบค้นหลักฐานและการประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการนำมาใช้โดยทีมสหวิชาชีพและได้แบ่งตามข้อเสนอแนะของสถาบันรับรองคุณภาพ (JACHO) ประกอบด้วย 6 หมวด ดังนี้ 1) สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 2) การประเมินการรักษาด้วยยา 3) การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 4) การให้ความรู้และการจัดการเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา 5) การดูแลอย่างต่อเนื่องการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และ 6) การติดตามและพัฒนาคุณภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

### 1. สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

1.1 ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการสอบถามความยินยอมในการรักษาด้วยยา

1.2 การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาด้วยยาของตนเองใน

รายการที่มีการรับรู้ที่ดี ได้แก่ การปรับขนาดของยาให้ง่ายและเหมาะสมกับผู้ที่ เป็นโรคซึมเศร้าแต่ละราย การ กำหนดเวลารับประทานยา การปรับขนาดของยาให้ง่าย และเหมาะสมกับผู้ที่ เป็นโรคซึมเศร้าแต่ละราย การ ใช้ซองบรรจุยาสำหรับยาที่รับประทานในหนึ่งวัน

## 2. การประเมินการรักษาด้วยยา

### 2.1 ประเมินการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

2.1.1 ติดตามความสม่ำเสมอของการมาตรวจตามนัด ประเมินโดยใช้แบบบันทึกการมาตรวจตามนัดของโรงพยาบาลบ้านไธสง

2.1.2 ใช้แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาประเมินโดยแบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการใช้ยาของ รัชนก สิทธิโชติวงศ์ (2550)

2.1.3 นับจำนวนเม็ดยาที่รับประทานตามแผนการรักษา

2.1.4 ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) ซึ่งประกอบไปด้วย 9 ข้อคำถาม ทุกครั้งที่ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามารับบริการ เพื่อประเมินผลของการรักษาด้วยยาจากระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้าแต่ละครั้ง

2.1.5 ประเมินอาการข้างเคียงของยาและปัญหาที่เกิดจากการรักษาด้วยยา

2.1.6 ประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาด้วยยา

2.1.7 ประเมินการให้ความสำคัญและความมั่นใจต่อการรักษาด้วยยา ได้แก่ การเตือนล่วงหน้าทางโทรศัพท์หรือทางจดหมายก่อนถึงวันนัด ในรายที่ขาดความร่วมมือในการรักษา การให้แรงเสริมโดยการลดความถี่ในการมาตรวจในรายที่มีอาการสงบ การให้คำแนะนำ ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและประโยชน์ของการรักษาสำหรับผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

## 3. การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

### 3.1 การสร้างกลยุทธ์เพื่อกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

3.1.1 ปรับขนาดยาให้ง่ายและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายโดยแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาปรับขนาดยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

3.1.2 กำหนดเวลาในการรับประทานยา โดยพยาบาลเป็นผู้ที่กำหนดเวลาในการรับประทานยาร่วมกับผู้ป่วย เช่น ยาหลังอาหาร คือ ให้รับประทานหลังอาหาร 15 นาที ยาก่อนนอน คือ ยาที่ต้องรับประทานหลังข่าวในพระราชสำนักเวลา 20.00 น. จบ เป็นต้น

3.1.3 บันทึกการรับประทานยาด้วยตนเองหรือให้ญาติช่วยในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะการรับรู้คิดบกพร่อง เป็นการจดบันทึกการรับประทานยาของผู้ป่วยโดยผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยรับประทานยาครบหรือลืมรับประทานยา พร้อมทั้งระบุเหตุผลในการลืมรับประทานยา

3.1.4 สมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยเหลือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะการรับรู้คิดบกพร่อง โดยพยาบาลกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยเหลือในเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วย

## 3.2 รูปแบบการบริการ

3.2.1 นัดผู้ป่วยมาพบแพทย์เป็นระยะ เพื่อติดตามผลการตรวจรักษาและลดความวิตกกังวลจากการรักษาด้วยยา โดยพยาบาลจะเป็นผู้ลงบันทึกในใบนัดประจำตัวของผู้ป่วยแต่ละราย

3.2.2 ให้คำแนะนำหลังจากตรวจเสร็จ พยาบาลจะเป็นผู้แนะนำเรื่องการมาตรวจตามนัดครั้งต่อไปตลอดจนแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาทุกครั้ง

3.2.3 การมารับบริการการตรวจรักษาก่อนถึงวันนัด เมื่อเกิดความวิตกกังวลและปัญหาที่เกิดจากการรักษาด้วยยา

3.2.4 เตือนล่วงหน้าทางโทรศัพท์หรือทางจดหมายก่อนถึงวันนัดในรายที่ขาดความร่วมมือในการรักษา โดยพยาบาลจะสอบถามเบอร์โทรศัพท์หรือที่อยู่ที่สามารถติดต่อกับผู้ป่วยได้ และบันทึกลงในเวชระเบียนผู้ป่วย เพื่อใช้ในการติดตามผู้ป่วยมารับบริการให้ตรงนัด

3.2.5 ให้แรงเสริมโดยการลดความถี่ของการมาตรวจในรายที่มีอาการสงบโดยแพทย์เป็นผู้พิจารณาปรับวันนัดในรายที่มีอาการสงบ

## 4. การให้ความรู้และการจัดการเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา

### 4.1 สำหรับผู้ป่วย

4.1.1 พยาบาลให้คำแนะนำและความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและประโยชน์ของการรักษา

4.1.2 พยาบาลใช้โปรแกรมการสอนด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วย แบบกลุ่มระยะสั้น เช่น ความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ที่ เป็นโรคซึมเศร้า

4.1.3 จัดให้มีการให้การปรึกษาโดยพยาบาลในกรณีดังต่อไปนี้

4.1.3.1 การจัดการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการรักษาด้วยยา

4.1.3.2 การจัดการกับความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย

4.1.3.3 อภิปรายร่วมกันถึงความเชื่อและความสนใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา

### 4.2 สำหรับญาติ

4.2.1 ให้คำแนะนำและความรู้แก่ญาติเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและประโยชน์ของการรักษา

4.2.2 ให้การปรึกษาแก่ญาติเมื่อมีภาวะเครียด วิตกกังวลเกิดขึ้น

4.2.3 ทำครอบครัวบำบัดเมื่อสมาชิกในครอบครัวรู้สึกเป็นภาระต่อภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย



### 4.3 สำหรับบุคลากร

4.3.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา  
ครอบครองคลุมในประเด็นต่อไปนี้

4.3.1.1 ความสำคัญของการรักษาด้วยยา

4.3.1.2 กลยุทธ์การสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

4.3.1.3 ทักษะในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

4.3.1.4 จริยธรรมในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

5. การดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

5.1 พยาบาลติดตามผลการรักษาทางโทรศัพท์ในสัปดาห์แรกของการรักษาในรายที่  
ขาดความร่วมมือในการรักษา โดยมีเป้าหมายดังนี้

5.1.1 ให้แรงเสริมทางบวกในพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยา

5.1.2 ให้ความจริงใจเกี่ยวกับการรักษา

5.2.3 ประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

5.2.4 ส่งเสริมการดูแลตนเองและให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ ที่พบ

5.2 สร้างเครือข่ายของสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน

6. การติดตามและพัฒนาคุณภาพ

6.1 ติดตามผลลัพธ์ของการดำเนินการตามแนวปฏิบัติทุก 6 เดือน

6.2 ติดตามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาทุก 1 เดือน

6.3 ติดตามผลลัพธ์ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดังนี้

6.3.1 ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาประเมินโดยแบบสัมภาษณ์ความร่วมมือ  
ในการใช้ยาของ รัชนก สิทธิโชติวงศ์ (2550)

6.3.2 การกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยา ภายใน 28 วัน ด้วย  
อาการกำเริบการขาดยา ทั้งที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านไธสง ประเมินโดย  
ใช้แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยาของโรงพยาบาลบ้านไธสง

6.3.3 การมาตรวจตามนัด ประเมินโดยใช้แบบบันทึกการมาตรวจตามนัดของ  
โรงพยาบาลบ้านไธสง

6.3.4 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ประเมินโดยแบบวัดความพึงพอใจของผู้ที่  
เป็นโรคซึมเศร้าต่อการใช้นโยบายทางคลินิกของ สุพรรณิ เจริญวิศิษฐ์ และคณะ (2546)

6.4 ติดตามความพึงพอใจของทีมผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกประเมิน โดยแบบวัด  
ความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกของ สุพรรณิ เจริญวิศิษฐ์ และคณะ (2546)

การศึกษาครั้งนี้รับรองประกอบของแนวปฏิบัติทางคลินิกในองค์ประกอบที่ 3 การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในหัวข้อของรูปแบบบริการที่ปรับจากการนัดผู้ป่วย มาพบจิตแพทย์ เป็นการนัดผู้ป่วยมาพบแพทย์ ตามบริบทของโรงพยาบาล เนื่องจากโรงพยาบาลบ้านโอง ไม่มีจิตแพทย์ มีแต่แพทย์ที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต

**สถานการณ์การให้บริการผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการ โรงพยาบาลบ้านโอง จังหวัดลำพูน ลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาลบ้านโอง จังหวัดลำพูน**

โรงพยาบาลบ้านโอง จังหวัดลำพูน เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน ให้บริการด้านส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่อง มีวิสัยทัศน์ มุ่งสู่การเป็นโรงพยาบาลคุณภาพที่มีความเป็นเลิศในเขต 15,16 ภายในปี 2555 และพันธกิจ ให้บริการสุขภาพองค์รวมครอบคลุม 4 มิติ อย่างมีคุณภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการ ชุมชน และองค์กรมีสุขภาพะภายใต้การบริหารทรัพยากรที่เหมาะสม ผ่านการประเมินและรับรองกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปี กาญจนภิเษกในปี 2546 และผ่านการรับรองการพัฒนาคุณภาพ (Re-accreditation) ตามมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี 2549

โรงพยาบาลบ้านโองรับผิดชอบดูแลสุขภาพประชากรในอำเภอบ้านโอง จำนวน 43,672 คน และประชากรในอำเภอใกล้เคียง ผู้มารับบริการ 318 คนต่อวัน สาเหตุการป่วย 10 อันดับแรกของ อำเภอบ้านโอง คือ ระบบทางเดินหายใจในอัตราส่วน 75.0 ต่อพันประชากร สาเหตุการตาย คือ โรคหัวใจ อัตรา 125.52 ต่อแสนประชากร จำนวนวันนอนเฉลี่ย 7.12 วัน อัตราการครองเตียง 67.69 จำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 300 รายต่อวัน จำนวนผู้ป่วยในเฉลี่ย 27 รายต่อวัน มีบุคลากร 141 คน ประกอบด้วยแพทย์ 4 คน ทันตแพทย์ 3 คน เภสัชกร 3 คน พยาบาลวิชาชีพ 52 คน และเจ้าหน้าที่ อื่นๆ 79 คน งานสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นงานหนึ่งในกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้าน ปฐมภูมิ ให้บริการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชและสารเสพติดทุกชนิด ประกอบด้วยพยาบาลจิตเวช จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน รวม 4 คน

## การให้บริการผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน ให้การดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าโดยการรักษาด้วยยาเป็นหลัก มีพยาบาลจิตเวช 1 คน ไม่มีจิตแพทย์และแพทย์เฉพาะทางด้านจิตเวช โรงพยาบาลบ้านโฮ่งได้เป็นเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่และโรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน ได้รับการสนับสนุนด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเวชรวมถึงโรคซึมเศร้า การให้บริการให้การปรึกษา การรักษาผู้ป่วย การออกมาตรการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่อำเภอบ้านโฮ่ง ทุก 4 เดือน โดยจิตแพทย์และทีมสหวิชาชีพ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตลอดจนการนิเทศติดตามการดูแลผู้ป่วย และการส่งต่อผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านโฮ่งมากขึ้น จากสถิติผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง ปี 2550-2552 มีผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าเข้ารับการรักษาจำนวน 36, 63 และ 70 คน ตามลำดับ (รายงานประจำปีโรงพยาบาลบ้านโฮ่ง, 2552) ปัญหาในการดูแลผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลบ้านโฮ่ง พบว่าอัตราผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าไม่มาตรวจตามนัดร้อยละ 48 อัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 28 ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าฆ่าตัวตายสำเร็จคิดเป็นร้อยละ 57.12 ของการฆ่าตัวตายสำเร็จทั้งหมด (งานสุขภาพจิตโรงพยาบาลบ้านโฮ่ง, 2552) และทีมผู้ให้บริการไม่มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกันในการบริการบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

การดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าโรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน เป็นการดูแลผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาด้วยยาด้านเศร้าเป็นหลัก ให้บริการตรวจรักษาในคลินิกจิตเวชทุกวันจันทร์ โดยมีพยาบาลจิตเวชเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรง การซักประวัติตรวจร่างกาย เช่น ชั่งน้ำหนัก วัดสัญญาณชีพ คัดกรองภาวะซึมเศร้าโดยแบบคัดกรองของกรมสุขภาพจิต (Patient Health Questionnaire Depression Module) ตอบคำถามเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าจำนวน 2 ข้อ ถ้าพบว่ามีอาการข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้งสองข้อจะประเมินต่อโดยใช้คำถาม 9 ข้อถ้ามีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนนถือว่ามีความเสี่ยงซึมเศร้า พยาบาลจะส่งผู้ป่วยพบแพทย์ เพื่อรับการตรวจวินิจฉัย หลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ประเมินภาวะซึมเศร้าความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ปัญหาด้านจิตใจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล พยาบาลจิตเวชทำการบำบัดทางจิตหรือจิตบำบัด เปลี่ยนแปลงความรู้สึกไปในทางที่ดีขึ้น หรือมีเป้าหมายของชีวิตที่ดีขึ้น ในกรณีผู้รับบริการได้รับการรักษาด้วยยาเท่านั้น ส่วนผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีอาการรุนแรงแพทย์จะรับไว้รักษาในโรงพยาบาลหรือส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลที่สูงกว่า การตรวจวินิจฉัยและการบำบัดรักษาด้วยยาด้านเศร้า แพทย์จะทำหน้าที่ตรวจวินิจฉัยและสั่งการรักษาด้วยยา เพื่อปรับการทำงานของสารเคมีในสมองให้ดีขึ้น สามารถดำเนินชีวิตในสังคมและชุมชนได้ พยาบาลจะทำหน้าที่ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย

และครอบครัวให้คำแนะนำเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค อาการที่เป็นอยู่ การปฏิบัติตัว การรักษา ด้วยยา อาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา และความสม่ำเสมอของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีความรู้ความ เข้าใจถึงผลที่จะตามมาเมื่อขาดยา มีความร่วมมือในการรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด ถ้ามี ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าสามารถมารับบริการก่อนนัดได้ เพื่อจะได้ปรับขนาด ของยาและตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ตลอดจนการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม

### กรอบแนวคิดการศึกษา

โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง พบสถิติผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าไม่มาตรวจตามนัด การกลับมารักษาซ้ำ จากการขาดยา การพยายามฆ่าตัวตายและบุคลากรผู้ให้การดูแลรักษาให้บริการที่แตกต่างกัน เนื่องจากไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติ ทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน โดยปรับให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จากประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติ ทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลกของ อรพินท์ สมบัติวัฒนางกูร (2551) มาใช้ ผู้ศึกษาใช้ กรอบแนวคิดในการนำหลักฐานที่ดีที่สุดไปใช้ของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศ ออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999) มีขั้นตอนในการใช้ แนวปฏิบัติ 3 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนเตรียมการและเตรียมความพร้อมของหน่วยงาน สร้างความเข้าใจ การมี ส่วนร่วมแก่หน่วยงาน และผู้ใช้แนวปฏิบัติ ขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติไปใช้กำกับติดตามปรับปรุง กระบวนการอย่างต่อเนื่องและขึ้นประเมินผลลัพธ์ โดยการประเมินประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทาง คลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าโดยประเมินจากผู้ที่เป็น โรคซึมเศร้าให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การมาตรวจรักษาตามนัด การกลับมารักษาซ้ำด้วย อาการกำเริบจากการขาดยา ความพึงพอใจหลังจากได้รับการดูแลรักษาโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ส่งผลทำให้หน่วยงานมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแล ผู้ที่เป็นโรคซึมเศราร่วมกัน การทำงานเป็นทีม ตลอดจนการดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มี คุณภาพต่อไป