

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสิทธิภาพการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรธานีในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสาร บทความ ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาตามหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคซึมเศร้า

1.1 ความหมายโรคซึมเศร้า

1.2 ลักษณะอาการและเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

1.3 ปัจจัยการเกิดโรคซึมเศร้า

1.4 ผลกระทบของโรคซึมเศร้า

1.5 การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า

2. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

2.1 ความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

2.3 การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

2.4 การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

3. แนวปฏิบัติทางคลินิก

3.1 ความหมายของแนวปฏิบัติทางคลินิก

3.2 การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

3.3 การประเมินผลแนวปฏิบัติทางคลินิก

3.4 แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก

4. สถานการณ์การให้บริการผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี

โรคซึมเศร้า

ความหมายโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้ในประชากรทั่วไป จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความหมายของโรคซึมเศร้าได้มีผู้ให้ความหมายของโรคซึมเศร้าไว้ดังนี้

American Psychiatric Association (2000) ได้ให้ความหมายของโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR) ว่าผู้ที่ เป็นโรคซึมเศร้าต้องมีอาการอย่างน้อย 5 อาการหรือมากกว่า อาการต่างๆเหล่านี้ได้แก่ 1) มีอารมณ์ซึมเศร้า 2) ความสนใจหรือความสุขใจในกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งหมดหรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก 3) น้ำหนักลดลงโดยมิได้เป็นจากการคุมอาหาร หรือเพิ่มขึ้นอย่างมีความสำคัญ (ได้แก่น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) 4) นอนไม่หลับ หรือหลับมาก 5) กระวนกระวาย อยู่ไม่สุขหรือทำกิจกรรมเชื่องช้าลง 6) อ่อนเพลีย หรือไร้เรี่ยวแรง 7) รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่าง ไม่เหมาะสมหรือมากเกินไป 8) สมาธิหรือความสามารถในการคิดอ่านลดลง หรือตัดสินใจอะไรไม่ได้ และ 9) คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อย ๆ คิดอยากตายอยู่เรื่อย ๆ

กรมสุขภาพจิต (2550) โรคซึมเศร้าคือ ภาวะที่บุคคลมีจิตใจเศร้าหมอง หดหู่ร่วมกับมีความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง มีความรู้สึกผิด ต่ำหนืดเตียนตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า มองโลกในแง่ร้าย โดยที่ความรุนแรงเริ่มตั้งแต่อาการเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ใจ จนกระทั่งมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ที่เห็นได้ชัดเจน จนกระทั่งเกิดเป็นโรคทางจิตเวช

พูนศรี รังษิณี (2547) ได้ให้คำนิยามของอารมณ์เศร้า ไว้ว่า เป็นความรู้สึกที่ไม่เป็นสุข บ่งบอกได้ถึงอารมณ์เศร้า

มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์ (2550) ได้ให้ความหมายของโรคซึมเศร้าว่า อารมณ์เศร้าที่เป็นอยู่ยาวนาน และไม่ดีขึ้นหรือมีอาการที่รุนแรงขึ้น จนมีอาการต่างๆ เช่นนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ไร้ค่า หดหู่ความสนใจ ต่อสิ่งต่างๆรอบตัว ไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป มีความคิดที่จะทำร้ายตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

อภิชัย มงคลและคณะ (2548) โรคซึมเศร้า คือภาวะที่จิตใจ เศร้าหมอง หดหู่ร่วมกับความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ใจ มีความรู้สึกผิด ต่ำหนืดเตียนตนเอง ไร้ค่า หดหู่ มักมีอาการนานอย่าง

น้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไป และมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมอย่างเห็นได้ชัด อันตรายจากอารมณ์เศร้าที่รุนแรงที่สุดคือ การพยายามฆ่าตัวตาย

เบค (Beck, 1967) ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่เด่นชัด เช่น โศกเศร้า เสียใจ โดดเดี่ยว อ้างว้าง เจ็บปวด มีอึดอัด โทษณ์ในทางลบเกี่ยวกับตนเอง คำหิติดี้นตนเอง มีพฤติกรรมลดถอยและโทษตัวเอง มีความต้องการที่จะหลีกหนีหรืออยากตาย ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น น้ำหนักลด นอนไม่หลับ

โนรีนและลอเรน (Noreen & Lawrence, 2002) โรคซึมเศร้าคือโรคที่มีลักษณะอาการเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (DSM-IV-TR) ประกอบไปด้วย 1) มีอาการนานมากกว่า 2 สัปดาห์ 2) มีผลทำให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่องไป 3) เป็นสาเหตุที่ทำให้บุคคลอ่อนแอลง ความสนใจต่อสังคมลดลง หรือมีผลต่อการประกอบอาชีพและต้องมีอาการอย่างน้อย 5 อาการหรือมากกว่า ในอาการต่อไปนี้ 1) มีอารมณ์เศร้า 2) ความสนใจในกิจกรรมลดลง 3) มีการเปลี่ยนแปลงความอยากอาหารและน้ำหนัก 4) แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง 5) กระวนกระวาย อยู่ไม่สุขหรือทำกิจกรรมเชิงซ้ำลง 6) อ่อนเพลียหรือความรู้สึกสูญเสียพลังงาน 7) รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิด 8) มีความลำบากในการคิดและการตัดสินใจ และ 9) มีความคิดอยากตายและพยายามทำร้ายตนเอง

เคทเทอร์และแพทริเซีย (Katherine & Patricia, 2003) โรคซึมเศร้าคือ โรคที่ทำให้บุคคลสูญเสียความหวัง เป็นทุกข์ ขาดการ มีมนุษยสัมพันธ์กับผู้อื่น สูญเสียความสามารถ และอาจมีการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย

โดยสรุปโรคซึมเศร้าจึงหมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของอารมณ์อย่างเด่นชัด อันได้แก่ อารมณ์เศร้าหมอง ไม่มีความสุข หดหู่ใจ เบื่อหน่าย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคม เช่น นอนหลับไม่สนิท หลับๆ ตื่นๆ ความอยากอาหารลดลง ผอมลง ความต้องการทางเพศลดลง ความสนใจต่อโลกภายนอกลดลง ในช่วงระยะเวลาที่มากกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป และเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR)

ลักษณะอาการและเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้า เป็นโรคที่อยู่ในกลุ่มของโรคอารมณ์แปรปรวน (Mood disorder) ที่สามารถเกิดขึ้นได้ทุกเพศทุกวัย ที่มีลักษณะความผิดปกติของอารมณ์เป็นอาการสำคัญ มีอารมณ์

เศร้ามากผิดปกติ ร่วมกับอาการอื่น ๆ เช่น มีความรู้สึกเบื่อหน่าย และหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่า มีความคิดอยากตาย ร้องไห้ อ่อนเพลีย อยากตาย (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2550; สมกพ เรื่องตระกูล, 2548; WHO, 2010)

American Psychiatric Association (2000) กล่าวถึงโรคซึมเศร้าตาม เกณฑ์การวินิจฉัย แยกโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR) ว่าผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าต้องมีอาการ อย่างน้อย 5 อาการหรือมากกว่า อาการต่างๆเหล่านี้ได้แก่ 1) มีอารมณ์ซึมเศร้า 2) ความสนใจหรือ ความสุขใจในกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งหมดหรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก 3) น้ำหนักลดลงโดยมิได้ เป็นจากการคุมอาหาร หรือเพิ่มขึ้นอย่างมีความสำคัญ (ได้แก่น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) 4) นอนไม่หลับ หรือหลับมาก 5) กระวนกระวาย อยู่ไม่สุขหรือทำกิจกรรมเชิงช้าลง 6) อ่อนเพลีย หรือไร้เรี่ยวแรง 7) รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินไป 8) สมาธิหรือความสามารถในการคิดอ่านลดลง หรือตัดสินใจอะไรไม่ได้ และ 9) คิดถึงเรื่องการตายอยู่ เรื่อย ๆ คิดอยากตายอยู่เรื่อย ๆ

องค์การอนามัยโลกกล่าวถึงโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวชตาม การจำแนกโรคระหว่างประเทศ (International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) ในรหัสโรค F30 - F39 Mood [affective] disorders วินิจฉัยตามอาการที่ผู้ป่วย แสดง (Symptoms) คือ 1) มีอารมณ์ซึมเศร้า 2) ความสนใจหรือความเพลินใจในกิจกรรมต่างๆ แทบทั้งหมดลดลงอย่าง มาก 3) น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้นมาก (น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือการเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารมาก 4) นอนไม่หลับ หรือหลับมากไป 5) กระวนกระวาย อยู่ไม่สุข หรือเชื่องช้าลง 6) อ่อนเพลีย ไร้เรี่ยวแรง 7) รู้สึกตนเองไร้ค่า 8) สมาธิลดลง ใจลอย หรือลังเลใจไปหมด 9) คิดเรื่องการตาย คิดอยากตาย กล่าวคือ ถ้ามีอาการแสดง 4 อาการ จะวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าเล็กน้อย (mild depression) อาการแสดง 5-6 อาการ จะ วินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าปานกลาง (moderate depression) ถ้ามีอาการ 7 อาการหรือมากกว่า 1 มี อาการทางจิตหรือไม่มี จะวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้ารุนแรง (severe depression) (National Institute for Clinical Excellence [NICE], 2003)

มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (2550) ได้อธิบายลักษณะอาการของโรค ซึมเศร้า (major depressive disorder: MDD) ไว้ว่ามีอาการสำคัญ คืออารมณ์เศร้า หดหู่ สะเทือนใจ ร้องไห้ง่าย เบื่อหน่าย จะเป็นเกือบทั้งวัน และเป็นติดต่อกันเกือบทุกวันนานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป ซึ่ง ประกอบด้วยอาการและอาการแสดงต่อไปนี้

ด้านร่างกาย ที่พบบ่อยคือผู้ป่วยจะมีอาการนอนไม่หลับ ซึ่งเป็นลักษณะที่เฉพาะของโรคซึมเศร้าซึมเศร้า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะเบื่ออาหารทำให้น้ำหนักลด หรือบางครั้งจะรับประทานอาหารที่เพิ่มมากกว่าเดิมส่งผลให้น้ำหนักเพิ่มมากขึ้นผิดปกติ และมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่มีอาการปวดมึนศีรษะ หน้ามืดตาลาย เหนื่อยง่ายกว่าปกติ และมีอาการปวดเรื้อรังตามส่วนต่างๆของร่างกาย ผู้หญิงอาจมีรอบประจำเดือนที่ผิดปกติ

ด้านจิตใจ มีทั้งสภาพของจิตใจที่ถดถอยได้แก่ เชื่องช้า คิดนาน ซึม สมาธิลดลง เหม่อลอย หลงลืมได้ง่าย มีความคิดอยากตายซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 60 และฆ่าตัวตายสำเร็จถึงร้อยละ 15 สภาพของจิตใจ ที่ไม่หยุดนิ่ง ได้แก่อาการกระสับกระส่าย หยุดนิ่งไม่ได้ เดินไปเดินมา

ด้านสังคม ความสนใจในตนเอง คนรอบข้าง และสิ่งที่อยู่รอบตัวลดน้อยลง แยกตัวเอง ไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร ละเลยกิจกรรมที่เคยชอบทำ

ด้านจิตวิญญาณ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า มองโลกภายนอกในทางลบ มีความรู้สึกผิดในสิ่งที่ตนเองทำลงไปแม้จะเป็นเรื่องเล็กน้อย

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2010) ได้กล่าวถึงลักษณะอาการของโรคซึมเศร้าว่ามีลักษณะของความโศกเศร้า อารมณ์หดหู่ สูญเสียผลประโยชน์หรือความสุข ความรู้สึกของความผิดหรือความมีคุณค่าในตนเองลดลง นอนไม่หลับ กระวนกระวายใจ ความอยากอาหารลดลง มีลักษณะที่เกิดเรื้อรังและส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน สิ่งที่รุนแรงที่สุดคือโรคซึมเศร้าอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย

เบค (Beck, 1967; Beck et al.,1979) อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า มีการแสดงออกถึงความผิดปกติ 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้า หดหู่ ไม่สดชื่นแจ่มใส มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์เศร้าที่ง่ายตลอดทั้งวัน บางครั้งก็สดชื่น บางครั้งก็มีอารมณ์ที่เศร้ามาก เป็นการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ขึ้นๆลง สลับกันไป มีความรู้สึกสนใจต่อสิ่งรอบข้างลดลง ด้านความคิด คิดว่าตนเองด้อยค่ากว่าคนอื่น มักกล่าวโทษตนเอง คิดว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของตนเอง มองสิ่งต่างๆในด้านลบ รู้สึกผิดมากแม้เป็นความผิดที่เล็ก ด้านแรงจูงใจ ความสนใจในตนเองและการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ไม่อยากทำอะไร มีความคิดอยากตาย และพยายามทำร้ายตนเอง ด้านร่างกายและพฤติกรรม รู้สึกเบื่ออาหาร ความอยากอาหารลดลง นอนไม่ค่อยหลับ หรือหลับมากกว่าปกติ ไม่ค่อยมีแรง เหนื่อยง่าย ความต้องการทางเพศลดลง โดยที่จะมีอาการที่มากขึ้นตามระดับของความซึมเศร้า

สวานีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2544) ได้กล่าวถึงอาการแสดงของภาวะซึมเศร้ามนี้ ด้านร่างกาย มีเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ง่วงนอนมากกว่าปกติ ท้องผูก เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลดลง ในผู้หญิงจะมีการเปลี่ยนแปลงของรอบเดือน ความต้องการทางเพศลดลง ด้านจิตใจ การรับรู้ช้า คิดช้า ไม่มีสมาธิ

รู้สึกถูกปิดกั้นทางความคิดอย่างมาก ด้านอารมณ์ มีอารมณ์ไม่คงที่มีทั้งอารมณ์โกรธ วิตกกังวล เศร้าซึม ปฏิเสธ รู้สึกผิด ความหวัง เศร้าและการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม จะมีอาการ สนใจ สิ่งแวดล้อมรอบตัวลดลง ชอบอยู่คนเดียว แยกตัว หนีสังคม

แกทเทอร์รินและแพทรีเคีย (Katherine & Patricia, 2003) อาการของโรคซึมเศร้าจะมี ลักษณะของอารมณ์ที่ขึ้นๆลงๆสลับกันไปทั้งอารมณ์ขัน อารมณ์ที่เป็นสุข อารมณ์เศร้า วิตกกังวล ร่าเริง และตกใจกลัว และโดยอาการแสดงของโรคซึมเศร้าจะปรากฏให้เห็นคือ เศร้า หงอยเหงา และชักช้าอืดอาด

กล่าวโดยสรุปผู้ที่ เป็นโรคซึมเศร้าจะมีลักษณะอาการเด่นชัด คือมีอารมณ์เศร้า ซึมเศร้า หดหู่ใจ สะเทือนใจร้องไห้ง่าย ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด ร่างกายและพฤติกรรม อัน ได้แก่ คิดว่าตนเองไร้ค่า รู้สึกคนค่าในตนเองลดลง ความอยากอาหารลดลง นอนไม่ค่อยหลับ ไม่มีสมาธิ ความคิดและการตัดสินใจไม่ดี ความสนใจต่อตนเองและโลกภายนอกลดลง เมื่อมีอาการมากขึ้นจะมีความรู้สึกอยากตายและพยายามทำร้ายตนเองในที่สุด (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR)

ปัจจัยของการเกิดโรคซึมเศร้า

การเกิดโรคซึมเศร้า ในปัจจุบันยังไม่ทราบถึงปัจจัยการเกิดที่แน่ชัด จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า พอสรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่

1.1 พันธุกรรม พบว่าพันธุกรรมก็เป็นปัจจัยหนึ่งในการเกิดโรคซึมเศร้า (Vancarolis, 1998) การถ่ายทอดทางพันธุกรรมพบได้ประมาณร้อยละ 31 - 42 การเกิดความผิดปกติด้านอารมณ์ประเภท depressive disorder พบได้ในบุคคลที่มีสายเลือดเดียวกันมากถึงร้อยละ 20 สำหรับการเกิด recurrent depression พบว่ามีความเสี่ยงสูงในญาติสายตรงร้อยละ 7 (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2550) และครอบครัวที่มีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้าบุคคลอื่นๆในครอบครัวมีโอกาสป่วยได้มากกว่าคนทั่วไป 2.8 เท่า (กรมสุขภาพจิต, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของซูลลิแวนและคณะ (Sullivan et al., 2000) พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคทางครอบครัวที่มีปัจจัยเสี่ยงสำคัญมาจากอิทธิพลของพันธุกรรม โดยญาติสายตรงของผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า จะมีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 2.84 เท่า และจากการศึกษาการเกิดโรคซึมเศร้าในฝาแฝดพบว่า ในฝาแฝดไข่ใบเดียวกันพบอัตราความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอารมณ์แปรปรวนสูง ร้อยละ 33-99 และโรคซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 50 การศึกษาในฝาแฝดไข่คนละใบพบอัตราสัมพันธ์กับการเกิดโรค

ซึมเศร้าชนิดรุนแรงร้อยละ 10-25 (สมภพ เรืองตระกูล, 2548; อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2549) ซึ่งการศึกษาดังกล่าวในข้างต้นสามารถยืนยันได้ □ ว่าพันธุกรรมเป็นปัจจัยหนึ่งของการเกิดโรคซึมเศร้า

1.2 ความผิดปกติของสารสื่อประสาท ที่ช่วยส่งกระแสคลื่นระหว่างเซลล์ประสาท ในสมอง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความผิดปกติของสารสื่อประสาท (neurotransmitter) ในสมอง โดยเฉพาะสมองบริเวณส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์และการแสดงออกของอารมณ์ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2549; Rush et al., 1998) ซึ่งสารสื่อประสาทดังกล่าวจะเสียสมดุล ทำให้การทำงานของสมองผิดปกติไป โดยมีสารที่สำคัญได้แก่ ซีโรโทนิน (serotonin) และนอร์เอพิเนฟริน (norepinephrine) ที่พบว่ามีความผิดปกติลดลง (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2550; สมภพ เรืองตระกูล, 2548) การขาดสาร monoamine transmitters ในระบบประสาทส่วนกลาง รวมทั้งอาจมีความผิดปกติของเซลล์รับสื่อเคมีเหล่านี้ ปัจจุบันเชื่อว่าเป็นความบกพร่องในการควบคุมประสานงานร่วมกัน มากกว่าเป็นความผิดปกติที่ระบบใดระบบหนึ่ง (กรมสุขภาพจิต, 2551; มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2550)

1.3 โรคทางกายและยาบางชนิด

โรคทางกายหลายโรคและยาบางชนิดสามารถทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ เช่น โรคไขข้ออักเสบ โรคหัวใจ โรคไต โรคเบาหวาน โรคเลือดจาง ยาคุมกำเนิดบางชนิด การดื่มสุรา หรือแอลกอฮอล์ ยาโรคหัวใจ ยาลดความดันโลหิตสูงบางประเภท เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต, 2551) และจากการศึกษาการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าเกิดจากปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเครียดที่เรื้อรัง จนส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกิดความไม่มั่นใจในตนเอง มีการแสดงออกและปรับตัวต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จนกลายเป็นโรคซึมเศร้า (พิไลลักษณ์ ทองอุไร, 2542) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัมพร โอตระกูล (2548) ที่พบว่าผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะส่งผลต่อหน้าที่การงาน เกิดการสูญเสียอำนาจ มีผลต่อภาพลักษณ์ในสังคม ก่อให้เกิดความรู้สึกที่ไร้ค่า และเกิดเป็นอารมณ์เศร้าขึ้นได้

2. ปัจจัยด้านจิตสังคม

2.1 เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด

เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด นับได้ว่าเป็นสาเหตุสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้าครั้งแรก (First onset) และยังเป็นตัวกระตุ้นการกลับเป็นซ้ำ (Relapse) เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดดังกล่าวได้แก่ การประสบปัญหาทางการเงิน ตกงาน ถูกให้ออกจากงาน คลอดบุตร การสูญเสียของรักหรือบุคคลอันเป็นที่รัก ขัดแย้งหรือทะเลาะเบาะแว้งกับคนอื่น เป็นต้น ซึ่งในคนที่มีแนวโน้มจะป่วยอยู่แล้วเมื่อประสบกับเหตุการณ์เหล่านั้น ก็อาจส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้าได้

ในทันที แต่ก็มียางรายที่จะเกิดอาการซึมเศร้าจะเกิดขึ้นหลังจากนั้น 2-3 เดือน (กรมสุขภาพจิต, 2551) ซึ่งสอดคล้องกับสาเหตุของการเกิดอาการซึมเศร้าของธรรณิทร์ กองสุข (2550) ที่ได้กล่าวว่า สัมพันธภาพในครอบครัวที่ไม่ดี การมีภาระหน้าที่การงานที่มากจนเกินไป เหล่านี้เป็นสาเหตุของการเกิดความรู้สึกเครียดขึ้นได้ อีกทั้งการศึกษายังพบว่าโรคซึมเศร้านั้นมักเกิดภายหลังผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านจิตใจอย่างรุนแรง เช่น การเสียชีวิตของบุคคลผู้เป็นที่รักหรือการหย่าร้าง การทะเลาะกับคู่ครอง ทำให้มีความคิดกับตนเองในด้านลบ(สมภพ เรื่องตระกูล, 2548) ผู้ป่วยมักมีแนวคิดด้านลบที่ทำให้ตนเองซึมเศร้า เช่น การมองตนเองในแง่ลบ เห็นแต่ความบกพร่องของตนเอง (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับเบค (Beck, 1967) ที่กล่าวว่าความซึมเศร้า เกิดจากความคิดอัตโนมัติทางลบ บุคคลมีความคิดกับตนเองทางลบ มองตนเองในแง่ลบ คิดโทษและตำหนิตนเอง มองอดีตเห็นแต่ความบกพร่องของตนเอง และส่วนหนึ่งของผู้ป่วยพบว่ามี การสูญเสียบิดา มารดาก่อนอายุ 11 ปี (พูนศรี รังษิณี, 2547; มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2550)

2.2 บุคลิกภาพส่วนบุคคล

บุคคลที่มีลักษณะบุคลิกภาพส่วนตัวบางอย่างก็จะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคซึมเศร้า เช่นเป็นคนที่มีมองโลกในแง่ร้ายอยู่เสมอ สนใจแต่ด้านไม่ดีหรือด้านลบของสิ่งต่าง ๆ มากกว่าด้านบวก ไม่มีความมั่นใจในตัวเองเมื่อประสบกับปัญหาที่ใช้วิธีหลีกเลี่ยงหรือหนีปัญหา เป็นคนเก็บกดอารมณ์ไม่แสดงออกแม้ในสถานการณ์ที่ควรแก่การแสดงอารมณ์นั้น บุคคลที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบนี้มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอาการซึมเศร้าหรือเป็นโรคซึมเศร้า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548) โดยลักษณะบุคลิกภาพที่ผิดปกติแบบพึ่งพา และย้ำคิดย้ำทำ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอารมณ์เศร้าได้มากกว่าบุคคลที่มีบุคลิกภาพผิดปกติแบบต่อต้านสังคม (พูนศรี รังษิณี, 2547; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2550)

จากสาเหตุต่างๆ ที่ได้กล่าวมาในข้างต้น สรุปได้ว่าการเกิดโรคซึมเศร้ามีหลายสาเหตุด้วยกัน แต่ละสาเหตุมีอิทธิพลก่อให้เกิดเป็นโรคซึมเศร้าที่ต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล โดยการเกิดโรคซึมเศร้านี้ส่งผลต่ออารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้านั้นๆ

ผลกระทบของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยมากในประชากรทั่วไป ผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่มักไม่รู้ตัวว่าตัวเองกำลังป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ทำให้ไม่ได้รับการรักษา และก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมาทั้งกับตัวผู้ป่วยเอง ผู้คนรอบข้าง และกลายเป็นปัญหาสังคม หลายครั้ง

ที่ โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุหลักที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย ซึ่งส่งผลกระทบตามมามากมายทั้งต่อตนเอง ครอบครัวและประเทศชาติ

จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถสรุปผลกระทบของโรคซึมเศร้าได้ดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ทั้งในส่วนของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

ผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะมีลักษณะความผิดปกติของอารมณ์เป็นอาการสำคัญทำให้ผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามีอาการเศร้ามากผิดปกติ มีความรู้สึกเบื่อหน่าย หดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ เบื่ออาหารทำให้น้ำหนักลด อ่อนเพลียหน้ามืดตาลาย เหนื่อยง่ายกว่าปกติ นอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิ รู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์ ไร้ค่า มีความคิดอยากตาย (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550; สมภพ เรืองตระกูล, 2548; WHO, 2010) โรคซึมเศร้าถึงแม้ว่าความรุนแรงของโรคจะไม่ทำให้เกิดการเสียชีวิตโดยตรงแต่การป่วยด้วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการตั้งแต่ระดับปานกลางจนถึงระดับรุนแรง จะสามารถก่อให้เกิดความพิการได้เท่ากับการป่วยด้วยโรคหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure) (Wells et al., 1989) และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องทนอยู่กับอาการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้เป็นเวลานานกว่าโรคทางจิตอื่นๆ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ผลกระทบที่สำคัญอันเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคซึมเศร้าคือการทำร้ายตนเอง โดยพบว่าร้อยละ 60-90 ของผู้ที่ทำร้ายตนเองมีประวัติเป็นโรคซึมเศร้ามาก่อน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการนานมากกว่า 1 เดือน และมีระดับที่รุนแรง จะเสียชีวิตโดยการทำร้ายร่างกายตนเองร้อยละ 15 (กรมสุขภาพจิต, 2550) ในทุกปีจะมีผู้ที่เสียชีวิตจากการทำร้ายตนเองเฉลี่ย 850,000 คน (WHO, 2010)

2. ผลกระทบต่อครอบครัว ถ้าหากผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าเป็นหัวหน้าครอบครัว จะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว ตลอดจนความเป็นอยู่ของครอบครัว อันเนื่องมาจากผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรงจะไม่สามารถประกอบอาชีพได้ รวมถึงอาการและอาการแสดงของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่แสดงออกมายังส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของบุคคลในครอบครัว ทำให้รู้สึกกังวล เครียดกับสิ่งที่เกิดขึ้น (มาโนช หล่อตระกูล, 2553) การดูแลผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าเกิดภาระและปัญหาแก่ครอบครัว ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคซึมเศร้าที่รุนแรงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน และต้องการดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้แบบแผนในการดำเนินชีวิตของบุคคลในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป (สมภพ เรืองตระกูล, 2543)

3. ผลกระทบต่อประเทศชาติ ผลการศึกษาความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทยพบว่าคนไทยร้อยละ 3.2 ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า และประมาณการว่าคนไทยอายุระหว่าง 15-59 ปี จำนวนไม่น้อยกว่า 800,000 คน ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าประเภทรุนแรงและอีกประมาณ 300,000 คน ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าประเภทเรื้อรัง (กรมสุขภาพจิต, 2551) โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) สูงที่สุดจากการประมาณภาระโรคโดยวัดจากการสูญเสียปีสุขภาวะ

(DALYs) พบว่าโรคซึมเศร้าก่อให้เกิดความสูญเสียเป็นอันดับ 4 (Murray & Lopez, 1996) ซึ่งโรคซึมเศร้านี้เป็นปัญหาเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและการพัฒนาประเทศ อันมาจากการขาดรายได้จากการเจ็บป่วย (กรมสุขภาพจิต, 2551)

การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า

แนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในปัจจุบันมีอยู่หลายวิธี ดังนี้

1. การรักษาด้วยยาต้านเศร้า จากการค้นพบการลดระดับสารชีวเคมีในสมองเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคซึมเศร้า โดยที่อารมณ์ความรู้สึกต่างๆ เช่น อารมณ์เศร้าหมอง ความรู้สึกยินดี มีความสัมพันธ์กับระดับสารชีวเคมีในสมอง เมื่อสารชีวเคมีในสมองไม่สมดุลเป็นเหตุให้เกิดอาการซึมเศร้า ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับประทานยาเพื่อรักษาโรคซึมเศร้า โดยยาจะไปเพิ่มระดับของสารชีวเคมีในสมองช่วยรักษาความสมดุลของระดับสารชีวเคมีในสมองให้กลับมาอยู่ในระดับปกติ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543; Kurlowicz, 2003) การรักษาด้วยยาต้านเศร้า แบ่งเป็นการรักษา 3 ระยะดังนี้ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2550; Ministry of health, 2004; University of Michigan Health System , 2005)

1.1 การรักษาระยะเฉียบพลัน (acute treatment) เป็นการรักษาตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการซึมเศร้า ไปจนถึงหายจากอาการซึมเศร้า ยาที่ใช้ในการรักษาและที่นิยมใช้คือ ยาฟลูออกซิทีน (fluoxetine) เนื่องจากมีผลข้างเคียงต่ำ การรับประทานเกินขนาดไม่ทำให้เสียชีวิต เริ่มโดยให้ยาขนาด 20 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 1 มื้อ หลังอาหารเช้า ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการกระวนกระวาย หรือวิตกกังวลมากกรวบรวมด้วย อาจให้ยาไดอะซีแพม (diazepam) ขนาด 2 มิลลิกรัม รับประทาน เข้า-เย็น ร่วมด้วยในช่วง 2 สัปดาห์แรก ถ้ามีอาการนอนไม่หลับอาจให้ยาอะมิทริปไทลีน (amitriptyline) 10 มิลลิกรัม หรือยาไดอะซีแพม 2-5 มิลลิกรัมรับประทานก่อนนอน ในระยะนี้ ยาด้านเศร้าจะแสดงผลในการรักษาประมาณร้อยละ 70-80 ในผู้ป่วยที่อาการดีขึ้นไม่มากควรเพิ่มขนาดยาขึ้นถึง 40-60 มิลลิกรัม/วัน หากให้ยานาน 4 สัปดาห์แล้วยังไม่ตอบสนองอาจเปลี่ยนเป็นยารักษาอื่น

1.2 การรักษาระยะต่อเนื่อง (continuation treatment) เป็นการให้การรักษาต่ออีกประมาณ 4-9 เดือนหลังจากผู้ป่วยหายแล้ว ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะคืนสภาพเป็นปกติ ทั้งนี้พบว่าหากหยุดการรักษาก่อนระยะนี้ ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดกลับเป็นซ้ำสูงมาก (APA, 2003) ถ้าผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าหยุดรับประทานยาภายใน 1 ปี จะมีอัตราการกลับซ้ำของโรคซึมเศร้าร้อยละ 37 (Lin et al., 1998) เมื่อครบระยะเวลาแล้วให้ค่อยๆ ลดยาลงทุก 2-3 สัปดาห์จนหยุดการรักษา

ขณะลดยาหากผู้ป่วยเริ่มกลับมามีอาการอีก ให้เพิ่มยาขึ้นแล้วคงยาอยู่ระยะหนึ่ง เช่น 2-3 เดือนแล้วลองลดยาใหม่

1.3 การรักษาระยะยาว (prophylactic treatment) เป็นการให้ยาเพื่อป้องกันจะการกลับเป็นซ้ำ ระยะเวลาในการให้ยาควรนาน 2-5 ปี โดยทั่วไปจะให้ยาต่อเนื่องในผู้ป่วยที่มีประวัติอาการชัดเจนของโรคซึมเศร้าอย่างน้อย 3 ครั้งขึ้นไป (Akiskal, 2000; Ministry of health, 2004)

ในปัจจุบันยารักษาโรคซึมเศร้าแบ่งออกได้หลายกลุ่มตามลักษณะโครงสร้างทางเคมี และวิธีการออกฤทธิ์ ที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2543; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2550; สมภพ เรืองตระกูล, 2548)

1. ยากลุ่มไตรไซคลิก (Tricyclic Antidepressants-TCA)
2. ยากลุ่มที่ยับยั้งการทำงานของโมโนเอมีน (Monoamine oxidase inhibitors)
3. ยากลุ่มที่ช่วยยับยั้งการดูดกลับของซีโรโตนิน (Selective serotonin reuptake Inhibitors; SSRIs)
4. ยากลุ่มใหม่ (new generation)

1. ยากลุ่มไตรไซคลิก (Tricyclic Antidepressants-TCA)

ยาในกลุ่มนี้มีการใช้กันอย่างแพร่หลาย และใช้มานานเนื่องจากราคาไม่แพง ประสิทธิภาพในการรักษาเป็นที่ยืนยันแน่นอนทั้งในการรักษาระยะเฉียบพลันและการรักษาระยะยาว (มาโนช หล่อตระกูล, 2553) ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการเก็บกลับของสารสื่อประสาทโมโนเอมีนส่งผลให้ระดับนอร์อิพิเนเฟริน และ 5-HT เพิ่มขึ้นในเซลล์ประสาท ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ อะมิทริปไททีลีน (amitriptyline) นอร์ทริปไททีลีน (nortriptyline) อิมิพรามิน (imipramine) โคลมิพรามิน (clomipramine) และ ด็อกซีพิน (doxepin) เป็นต้น ยาที่นิยมใช้ในปัจจุบันคือ อะมิทริปไททีลีน (amitriptyline) อิมิพรามิน (imipramine) นอร์ทริปไททีลีน (nortriptyline) และ โคลมิพรามิน (clomipramine) ขนาดยาที่ใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้าที่ยอมรับว่าได้ผลคือ 75-150 มิลลิกรัมต่อวัน ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาในกลุ่มนี้คือ อาการง่วงซึม อาการปากแห้งคอแห้ง ท้องผูก ท้องอืด น้ำหนักเพิ่ม มีอาการหน้ามืดเมื่อเปลี่ยนกิริยาบิด ตาพร่า วิงเวียนศีรษะและเหงื่อออกมาก หัวใจเต้นเร็ว ปัสสาวะคั่งเนื่องจากมีอาการปัสสาวะลำบาก มีอาการทางระบบประสาทอื่นได้แก่ มือสั่น กล้ามเนื้อกระตุก พุดไม่ชัด เสียการทรงตัว ที่สำคัญคือหากรับประทานเกินขนาดทำให้เสียชีวิตได้ ปัจจุบันพบว่าการใช้ที่น้อยลงเนื่องจากผลข้างเคียงที่มาก (สุวนิชย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545)

2. ยากลุ่มที่ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์โมโนเอมีน (Monoamine oxidase inhibitors; MAOIs)

ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการทำงานของเอนไซม์โมโนเอมีนที่ปลายประสาท ส่งผลให้ระดับอะดรีนาลีน (adrenaline) โดปามีน (dopamine) ซีโรโตนิน (serotonin) ฮิสตามีน (histamine) นอร์อีพิเนฟริน (norepinephrine) และ 5-HT เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะที่สมองส่วนลิมบิกที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ โมโคลบีมาย (moclobemide) ไอโซคาร์บอกซาซิด (isocarboxazid) ทรานิลไซโพรมีน (tranylcypromine) และ ฟีนเอลซีน (phenelzine) ยาในกลุ่มนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้าที่หาสาเหตุไม่ได้และเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงของยาชนิดอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยที่เกิดอาการชักจากการใช้ยาในกลุ่มนไตรไซคลิกหรือผู้ป่วยที่ใช้ยากลุ่มไตรไซคลิกไม่ได้ผล (สุวนิชย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545) ขนาดยาที่ใช้คือ 10-30 มิลลิกรัมต่อวัน การรักษาต้องใช้เวลานาน 2 สัปดาห์หรือมากกว่า อาการข้างเคียงที่พบได้ในยากลุ่มนี้ได้แก่ อาการปวดศีรษะอย่างแรง อาเจียน ตัวร้อน เหงื่อออก กล้ามเนื้อกระตุก ระดับความดันโลหิตต่ำ มีอาการหน้ามืดตาลาย ปากแห้งคอแห้ง และการใช้ยาเกินขนาดอาจอันตรายถึงชีวิตได้เนื่องจากยามีผลต่อการทำงานของหัวใจ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2550)

3. ยากลุ่มที่ช่วยยับยั้งการดูดกลับของซีโรโตนิน (Selective serotonin reuptake Inhibitors; SSRIs)

ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ยับยั้งเฉพาะการดูดกลับของซีโรโตนิน เท่านั้น ส่งผลให้สมองมีระบบซีโรโตนินเพิ่มสูงขึ้นบริเวณช่องว่างจุดประสานประสาทของเซลล์ประสาท (synaptic cleft) และบริเวณตัวเซลล์ประสาท (cell body) ข้อเด่นของยากลุ่มนี้ คือ มีฤทธิ์ข้างเคียงต่ำได้แก่ ไม่มีฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิก (anticholinergic) ฤทธิ์ง่วงซึมต่ำ ใช้ได้ก่อนข้างปอดภัยในผู้ป่วยสูงอายุหรือมีโรคทางกายและไม่ทำให้น้ำหนักเพิ่ม จึงเป็นที่นิยมใช้กันมากในปัจจุบันเนื่องจากคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีกว่าการใช้ยากลุ่มอื่น แต่ราคาค่อนข้างที่จะสูง (พูนศรี รังษิยจิ และคณะ, 2547) ยาในกลุ่มนี้แม้จะมีอาการข้างเคียงต่ำแต่ประสิทธิภาพในการรักษาไม่ได้เหนือไปกว่ายาแก้ซึมเศร้ากลุ่มเดิม ยาในกลุ่มนี้มีทั้งหมด 5 ชนิด ได้แก่ ยาฟลูออกซีทีน (Fluoxetine) ยาฟลูวอกซามีน (fluvoxamine) ยาพารอกซีทีน (paroxetine) ยาเซอร์ทราลีน (sertraline) และยาเอสซิตาโลพราม (escitalopram) (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2550; สมภพ เรืองตระกูล, 2548) ขนาดที่ใช้ในการรักษาคือ 20-60 มิลลิกรัมต่อวัน โดยทั่วไปควรคงยาที่ขนาดในการรักษาไว้ประมาณ 4 สัปดาห์หากไม่ได้ผลจริงจึงพิจารณาเพิ่มขนาดยา หากมีการตอบสนองบ้าง อาจรอต่ออีก 2 สัปดาห์เพราะส่วนใหญ่มักมีการตอบสนองเพิ่มขึ้นไปอีก อาการข้างเคียงที่พบได้จากการใช้ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ อาการปวดศีรษะได้ในช่วงแรก ผู้ป่วยอาจมีอาการมือสั่นหรือกระวนกระวาย อาจพบอาการนอนไม่หลับ อาการอึดแน่นท้อง ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ความต้องการทางเพศลดลง หลังง่วงเหงื่อ

แตก สะบัดร้อนสะบัดหนาว อุณหภูมิของร่างกายเพิ่มขึ้น อ่อนเพลีย สับสน มือสั่น อารมณ์ราบเรียบ เฉยเมย ไม่ยินดีในร้าย ความคิดไม่แล่น หรืออ่อนล้า หงุดหงิด วิตกกังวล เดินเซ ขาอาจทำให้เกิดภาวะเลือดออกง่าย การเสียชีวิตจากการใช้ยาเกินขนาดพบได้น้อย (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์□, 2550)

4. ยากลุ่มใหม่ (new generation)

ยาในกลุ่มนี้นับได้ว่าเป็นยาที่เพิ่งค้นคว้าและผลิตขึ้นใหม่ ได้แก่ยาที่ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการดูดกลับของซีโรโตนินและนอร์อีพิเนฟริน (serotonin norepinephrine selective reuptake Inhibitors ; SNRIs) ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการดูดกลับของซีโรโตนินและนอร์อีพิเนฟริน แต่ไม่ยับยั้งการดูดกลับของ 5-HT ยาในกลุ่มนี้ที่สำคัญได้แก่ ยามิต้าทาซาปีน(mirtazapine)ยาเวนลาฟาซีน(venlafaxine) และยา duloxetine (duloxetine) ขนาดในการรักษาคือ ยามิต้าทาซาปีน(mirtazapine) ให้ในขนาด 100 มิลลิกรัมต่อวัน ขนาดยาเวนลาฟาซีน (venlafaxine)ให้ 75-225 มิลลิกรัมต่อวัน และยา duloxetine (duloxetine) ขนาด10-30 มิลลิกรัมต่อวัน อาการข้างเคียงที่พบได้จากการใช้ยาในกลุ่มนี้คือ ระดับความดันเลือดเพิ่มสูงขึ้น หัวใจเต้นผิดปกติ หายใจลำบากและน้ำหนักเพิ่มมากขึ้น มีความผิดปกติทางเพศ เช่นการหลั่งช้า และมีอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (สมภพ เรืองตระกูล, 2548) และอีกกลุ่มหนึ่งคือยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดกลับของนอร์อีพิเนฟรินและโดปามีน (norepinephrine and dopamine reuptake inhibitors) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการดูดกลับของนอร์อีพิเนฟริน และ โดปามีน แต่ไม่ยับยั้งการดูดกลับของ 5-HT เข้าเซลล์ประสาท ยาในกลุ่มนี้ที่สำคัญคือ ยาบูโพรเพียน (bupropion) ขนาดที่ใช้ในการรักษาคือ 150-300 มิลลิกรัมต่อวัน ผลข้างเคียงที่พบได้คือ ระดับความดันเลือดที่เพิ่มสูงขึ้น อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะ

ข้อบ่งใช้ในการรักษาด้วยยาด้านเศร้า

การรักษาโรคซึมเศร้าด้วยยาด้านเศร้านั้น โดยทั่วไปแพทย์มักนิยมใช้กลุ่มไตรไซคลิก (Tricyclic Antidepressants-TCA) เนื่องจากว่าหาได้ง่ายในท้องตลาด ราคาไม่แพง แต่มีข้อเสียเรื่องผลข้างเคียงของยาที่อาจจะมีมากกว่ายากลุ่มใหม่ที่ออกมาทีหลัง (มานิช หล่อตระกูล, 2553) คำแนะนำการรักษาโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์ทั่วไปของ National Institute for Clinical Excellence (NICE) ของประเทศสหราชอาณาจักร ได้รับรองให้ใช้ยาในกลุ่มยับยั้งการดูดกลับของซีโรโตนิน (Selective serotonin reuptake Inhibitors; SSRIs) เป็นยาขนานแรกในการรักษาโรคซึมเศร้า (National Institute for Clinical Excellence, 2003) ซึ่งในประเทศไทยยาที่ใช้บ่อยและอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติได้แก่ฟลูอออกซีทีน (Fluoxetine) (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์□, 2550)

การรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลบ้านโคก นิยมใช้ยาฟลูออกซิทีน (Fluoxetine) เป็นตัวหลักในการรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า เนื่องจากมีฤทธิ์ข้างเคียงต่ำ ใช้ได้ค่อนข้างปลอดภัยในผู้ป่วยสูงอายุหรือมีโรคทางกายและไม่ทำให้น้ำหนักเพิ่มมาก (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2550; สมภพ เรืองตระกูล, 2548) การรักษาด้วยยาฟลูออกซิทีน (Fluoxetine) จะเริ่มให้ที่ขนาด 20 มิลลิกรัมต่อวัน ให้รับประทานวันละ 1 ครั้ง และมีการนัดติดตามผลการรักษาด้วยยาในอีก 2 สัปดาห์ถ้าผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ายังไม่ตอบสนองต่อการรักษาแพทย์จะพิจารณาปรับขนาดของยาเพิ่มขึ้น

2. การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy: ECT)

เป็นการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการเศร้ารุนแรง ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือทนต่ออาการข้างเคียงของยาไม่ได้ มักทำในผู้ป่วยที่มีอาการเศร้ารุนแรง มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่พยายามทำร้ายตนเอง (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2550; Kaplan & Sodack, 2007; Ministry of health, 2004; Rush, 2000) การรักษาี้เกิดขึ้นด้วยความเชื่อที่ว่าไฟฟ้าในปริมาณ และเวลาที่เหมาะสมจะสามารถกระตุ้นเซลล์สมองทำให้เกิดความสมดุลของระบบสื่อประสาท ซึ่งทำให้ลดภาวะซึมเศร้าลงได้ วิธีนี้ได้ผลดีในผู้ป่วยที่อาการรุนแรง หรือมีอาการโรคจิต แต่การรักษาด้วยไฟฟ้าไม่ได้ช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ดังนั้นหลังจากผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้วควรรักษาต่อโดยการให้ยา (มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์, 2550; APA, 2006)

3. การทำจิตบำบัด การรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าระดับน้อย (mild depression) ถึงปานกลาง (moderate depression) (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548; Ministry of health, 2004) เป็นการรักษาด้านจิตใจที่เน้นความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย การทำจิตบำบัดที่นิยมใช้และได้ผลดีคือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-behavior therapy) (Ministry of health, 2004) เป็นการรักษาที่ใช้เทคนิคการปรับความคิดและการปรับพฤติกรรม กล่าวคือต้องการแก้ไขความผิดปกติของการนึกคิด (cognition) อารมณ์ (emotion) และพฤติกรรม (behavior) การรักษามุ่งแก้ไขแนวคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความจริงมากขึ้น รวมถึงการปรับเปลี่ยนความคิดทางลบ ใช้ทักษะใหม่ในการแก้ปัญหา เนื่องจากแนวคิดที่ว่าความคิดส่งผลต่ออารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม ถ้ามีการปรับความคิดก็จะส่งผลต่อการแสดงออกถึงอารมณ์และพฤติกรรมด้วย (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548; มานิต ศรีสุรภานนท์, 2545; American Psychiatric Association [APA], 2006; Beck, 1967)

4. การรักษาแบบอื่นๆ เช่น การรักษาด้วยแสง (light therapy) ในผู้ป่วยที่มีลักษณะการป่วยแบบตามฤดูกาลที่เฉพาะ (seasonal pattern) หรือวิธี sleep deprivation ที่ทำให้ผู้ป่วยจะมีการดีขึ้นหลังจากที่ผ่านการอดนอนในวันต่อมา (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2550; Rush, 2000)

อย่างไรก็ตามการรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่นิยมมากที่สุดคือ การรักษาด้วยยาต้านเศร้า เนื่องจากผลในการรักษาที่ดี ยาออกฤทธิ์ภายใน 2 สัปดาห์ ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าจำเป็นต้องได้รับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันอาการกำเริบจากการขาดยา ดังนั้นการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจึงเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่ง เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ความร่วมมือ (compliance) ในปัจจุบันได้เปลี่ยนมาใช้คำว่า “adherence” มีความหมายทางการแพทย์ว่าเป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ปรากฏออกมาให้เห็นด้านการปฏิบัติตัวต่อภาวะสุขภาพของตนเอง เป็นพฤติกรรมของบุคคลเล็กที่ปฏิบัติให้สอดคล้องกับแผนการรักษา หรือพฤติกรรม การดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยซึ่งป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หาย เป็นเรื้อรังและที่ป่วยด้วยโรคที่หายช้า ต้องรับประทานยาเป็นเวลานานหลายปี หรือหลาย ๆ เดือน ความร่วมมือนี้จะเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อการประสพผลสำเร็จในการรักษา ตรงกันข้ามหากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ย่อมส่งผลทำให้การรักษานั้นไม่ประสพผลสำเร็จเช่นเดียวกัน (มาโนช หล่อตระกูล, 2543)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

โจรสและเบิร์ต (Joyce and Bert, 1991) ให้ความหมาย ความร่วมมือในการรักษา (Compliance) หมายถึง การเปลี่ยนรูปแบบพฤติกรรมของบุคคลในการใช้ยา การควบคุมอาหาร ตามคำแนะนำผู้ให้บริการสุขภาพ

ดราคัพและเมลลิส (Dracup & Meleis, 1982 อ้างใน ทศนีย์ ทิพสุนะนิน, 2544) ให้ความหมายความร่วมมือในการรักษาว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมและรับพฤติกรรมใหม่ ด้วยความเต็มใจ โดยที่พฤติกรรมหรือการกระทำนั้นสอดคล้องกับคำแนะนำและแผนการรักษาของแพทย์

วิเวียน (Vivian, 1996) ให้ความหมายความร่วมมือไว้ว่า เป็นการปฏิบัติตามรูปแบบการทำงานร่วมกัน โดยมีการปฏิบัติตามการตัดสินใจและความรับผิดชอบสำหรับผลลัพธ์ทางสุขภาพร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

แคลปแลน และซาดอค (Kaplan & Sadock, 2007) ให้ความหมายความร่วมมือไว้ว่า เป็นความยึดมั่นต่อแผนการรักษาของบุคคลในการใช้ยา การรับประทานอาหาร ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงวิถีในการดำเนินชีวิต เพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์

แคลแมนและเลทตินเนน(Kampman & Lehtinen, 1999) ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษา คือ การปฏิบัติตามขอบเขตหรือข้อกำหนดทางการแพทย์ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นพร้อมกับการได้รับคำแนะนำทางการแพทย์

เพลินจันท์ □ เซมูโซติคคี้และสวณีย์ สุญพันธ์ (2549) ให้ความหมายของความร่วมมือ (adherence) ไว้ว่าเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยเข้าใจ ให้การยอมรับ และตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามให้เหมาะสมกับแผนการรักษาของแพทย์ ตลอดจนรับประทานยาให้ □ ถูกขนาด ถูกเวลา ตามที่แพทย์ได้ให้การแนะนำ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการรักษาที่ดี

ธิดาพร จิรวัดนะไพศาล (2548) ได้ □ ให้ □ ความหมายความร่วมมือในการรักษาด้วยยา คือการรับประทานยาถูกต้อง ตรงเวลา สม่าเสมอ ต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยมีส่วนในการวางแผนและตัดสินใจในการรับประทานยาอย่างเต็มที่

รัชก ลิทธิโชติวงศ์ (2550) ได้กล่าวถึงความร่วมมือในการรักษา ว่าเป็นระดับของพฤติกรรมของบุคคลในการใช้ยาตามคำแนะนำจากผู้ให้บริการทางสุขภาพ

ดังนั้นความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจึงหมายถึง ระดับพฤติกรรมของบุคคลที่ได้ปฏิบัติ ภายหลังจากการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาโดยการใช้อยู่ตามแผนการรักษา ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมและรับพฤติกรรมใหม่ โดยที่พฤติกรรมหรือการกระทำนั้นสอดคล้องกับคำแนะนำและแผนการรักษาของแพทย์

ลักษณะของผู้ที่ให้ความร่วมมือในการรักษา

ผู้ที่ให้ความร่วมมือในการรักษา แมททิส และ ฮิงสัน (Matthews & Hingson อ้างใน พจนันท์ กาศสกุล, 2550) ได้สรุปลักษณะของผู้ที่มีความร่วมมือในการรักษาไว้ดังนี้

1. เข้าใจในสภาพปัญหาความเจ็บป่วยเจ็บป่วยของตนเอง
2. ปฏิบัติตามข้อปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับแผนการรักษา โดยเกิดจากความยินยอมของผู้ป่วย โดยที่ข้อปฏิบัติเหล่านี้มีความเหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วย และผู้ป่วยสามารถที่จะปฏิบัติตามได้
3. ความพึงพอใจต่อผู้ให้บริการดี เนื่องจากสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการย่อมส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา

ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

การรักษาโรคซึมเศร้าผู้ที่เป็โรคซึมเศร้าจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมอาการของโรค ไม่ให้กลับเป็นซ้ำ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา สรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยมีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในหลายองค์ประกอบ ได้แก่

1.1 เพศ ผู้ป่วยเพศหญิงจะให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีกว่าเพศชาย (สุตกรัง พิละกันทา, 2550)

1.2 อายุ ผู้ป่วยที่มีอายุมาก มักมีปัญหาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 88 ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้องเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล (Van Vliet, Schuurmans, Grypdonck & Duijnste, 2006) และการหลงลืมตามวัยของผู้สูงอายุเป็นสาเหตุหนึ่งของความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Wikipedia, n.d.)

1.3 ทักษะคิด - อการรักษาด้วยยาพบว่า ความไม่สนใจในการรับประทานยาคิดว่ายาเป็นสิ่งที่ไม่จำเป็น ยาไม่ได้ช่วยแก้ปัญหการเจ็บป่วยของตนเอง เป็นสาเหตุหนึ่งของความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Byrne, Livingston & Regan, 2006; Rochester, 2005)

1.4 การรับรู้ต่อการเจ็บป่วย พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยที่ไม่ดี ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย จะส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ทำให้ผลลัพธ์ของการรักษาด้วยยาไม่ดี (Rusch & Corrigan, 2002) และพบว่าผู้ป่วยหยุดรับประทานยาเองเมื่อรู้สึกว่าการดีขึ้นเนื่องจากคิดว่าตนเองหายจากโรคแล้ว (Rochester, 2005)

2. ปัจจัยด้านครอบครัว บุคคลในครอบครัวมีส่วนสำคัญต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยพบว่าความสามารถของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าและได้รับการรักษาด้วยยานั้นญาติและบุคคลผู้ที่ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัว ความรู้เรื่องยาที่ใช้ในการรักษา การรับประทานยาและความสำคัญของการรับประทานยาตามแผนการรักษา เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ดี (Keltner, Schweeke & Bostrom, 2003)

3. ปัจจัยด้านการรักษา การรักษาด้วยยาต้านเศร้าต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนานตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าต้องรับประทานยาเป็นเวลานานตามแผนการรักษา ระยะเวลาการรักษาที่นานอาจส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษามีดังนี้

3.1 เจ้าหน้าที่ผู้ให้การรักษาไม่ได้อธิบายถึงประโยชน์ และผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยหยุดการรับประทานยาเมื่อมีอาการข้างเคียงของยาเกิดขึ้น (Roe & Swarbrick, 2007)

3.2 จำนวนครั้งของการรับประทานยาในหนึ่งวัน พบว่า การให้ผู้ที่ เป็นโรคซึมเศร้ารับประทานยาต้านเศร้าวันละ 1 ครั้งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยามากกว่าการให้ผู้ป่วยรับประทานยาวันละ 3 ครั้ง (Rush, 2000)

3.3 ผลข้างเคียงจากยา ได้แก่ การมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น และปัญหาความบกพร่องทางเพศ เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Barbara & Wells, 2000)

4. ปัจจัยด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ผู้ที่ให้การรักษามีส่วนสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาโดยพบว่า เมื่อผู้ป่วยให้การยอมรับในตัวผู้รักษาอันเกิดจากสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้ (Dearing (2004) อ้างในสุครัก พิละกันทา, 2550) สอดคล้องกับมาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2548) ที่กล่าวว่า การขาดการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดผลลัพธ์ทางการรักษาที่ไม่ดี ปัญหาในการสื่อสารได้แก่ การอธิบายไม่ชัดเจน ทำทางไม่น่าเชื่อถือ ไม่สนใจผู้ป่วย ผู้ป่วยเกรงใจแพทย์ ไม่กล้าถามในสิ่งที่ตนเองไม่เข้าใจ

โดยสรุปจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีหลายปัจจัยด้วยกัน ซึ่งการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจะช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อการดำเนินของโรคที่ดี ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าไม่กลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยา

การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

วิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้องมีแนวทางที่ชัดเจน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าวิธีในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยามีดังนี้

1. การจัดการรายกรณี (Case Management) เป็นกระบวนการในการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ กระบวนการนี้ครอบคลุมถึงการประเมิน การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การประสานระบบให้บริการ การติดตามการให้บริการ และการประเมินผล ในทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยรวมถึงยาที่ใช้ในการรักษาโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพของการให้บริการต่อผู้ป่วย และครอบคลุมในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ คุ่มค่าต่อทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วย (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

2. การบำบัดรายบุคคลกับการกลุ่มบำบัด กลุ่มบำบัด หมายถึง รูปแบบการบำบัดชนิดหนึ่ง มีการคัดเลือกสมาชิกเข้ากลุ่ม ดำเนินกลุ่มโดยผู้นำที่ได้รับการฝึกฝนด้านนี้มาแล้ว มีจุดประสงค์เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมรวมถึงพฤติกรรมการใช้ยา โดยการใช้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก ผู้นำกลุ่มเอื้ออำนวยให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เสนอแนะวิธีการต่าง ๆ กันเอง จนเกิดการเรียนรู้ สามารถปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ ภายใต้บรรยากาศของตน ให้เกียรติยอมรับ รู้สึกปลอดภัย ไว้วางใจและได้กำลังใจ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

3. การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เน้นที่การเปลี่ยนแปลงทางความคิด เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมนี้ เป็นส่วนหนึ่งในแนวคิดการบำบัดทางปัญญา (Cognitive therapy) โดยมีความเชื่อว่าพฤติกรรมที่ปรับตัวไม่ได้ของคนเรานั้น เป็นเพราะเราคิดแบบไม่มีเหตุผล ไม่ใช่เป็นเพราะว่ามีอะไรหรือใครทำอะไรกับเรา แต่ขึ้นอยู่กับความคิดที่เราคิดถึงสิ่งที่เกิดขึ้นกับเรามากกว่า วิธีการบำบัดก็คือ เปลี่ยนแปลงความคิดของเราจากไม่มีเหตุผลให้มีเหตุผล (Beck, 1967; Dobson, 1989)

4. การให้ผู้ป่วย และญาติ ได้รับความรู้เรื่องยาและโรค ตลอดจนการติดตามการเยี่ยมผู้ป่วยโดยผู้ชำนาญเฉพาะทางและการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องเช่นการติดตามทางโทรศัพท์ (Katon et al, 2001; Reda & Makhoul, 2001)

5. โปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ในเรื่องความร่วมมือในการรักษาด้วยยา อาจใช้วิธีการสอนปากเปล่าหรือรูปแบบของโปรแกรมการสอน ซึ่งวิธีการเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับว่า ยา สามารถทำให้หายจากโรคที่เป็นอยู่ได้ และเกิดความตระหนักว่าไม่ควรปรับยาเอง

เพราะอาจทำให้เกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์จากยาด้านเสริมได้ เมื่อมีอาการผิดปกติที่คาดว่าจะเกิดจากการใช้ยาควรปรึกษาผู้รักษาทุกครั้ง รวมถึงการติดตามอาการผู้ป่วยภายหลังที่ได้รับการรักษาด้วยยาด้านเสริมในเดือนแรก เพื่อประเมินผลการรักษา (Lin et al, 1998; McDonald et al., 2002; Pampallona et al, 2002)

6.การติดตามผู้ป่วยให้มารับการรักษาตามนัดเมื่อใกล้ถึงวันนัด เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญของการรักษาด้วยยา โดยวิธีการติดตามที่เหมาะสม เช่นการใช้โทรศัพท์โทรเตือนผู้ป่วยล่วงหน้า เพื่อให้มาตามนัด (Reda & Makhoul, 2001; Simon, 2002)

7.การใช้อุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการรับประทานยา เช่นกล่องใส่ยา สำหรับใส่เม็ดยาที่จะรับประทานในแต่ละมื้อในหนึ่งวัน จะช่วยทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกต้องและลดการลืมรับประทานยาได้ (Leo et al, 2005)

8.การลดความถี่ในการมาตรวจรักษา เมื่อผู้ป่วยมีอาการตอบสนองต่อการรักษาที่ดีขึ้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการมารับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง (McDonald et al., 2002)

จากที่ได้กล่าวมาในข้างต้นแสดงให้เห็นถึงวิธีการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรักษาที่ดี และในการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาที่ดีนั้นต้องเป็นไปในทิศทางเดียวกันเพื่อให้เกิดแนวทางการปฏิบัติที่มีคุณภาพ ดังนั้นการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยามาใช้จึงเป็นหนึ่งในวิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่มีประสิทธิภาพ

การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

วิธีการประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสามารถทำได้ 2 วิธีใหญ่ๆ คือการประเมินทางอ้อม และการประเมินทางตรง รายละเอียดดังต่อไปนี้ (รัชนก สิทธิโชติวงศ์, 2550; Bond & Hussar, 1991 และ Marston, 1970 อ้างใน สารุพร พุฒขาว, 2541; WHO, 2003)

1. การประเมินทางอ้อม (Indirect method) โดยการใช้เครื่องมือในการประเมินความร่วมมือ ที่ผู้วิจัยแต่ละคนได้สร้างขึ้น

1.1 การประเมินโดยแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ให้ผู้ป่วยตอบคำถาม เป็นวิธีที่ง่ายและง่ายที่สุด อาจจะสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรง หรือสัมภาษณ์จากผู้ที่เกี่ยวข้องเช่น ญาติ พี่น้องผู้ป่วย เจ้าหน้าที่พยาบาล ร่วมด้วย เป็นต้น

1.2 การนับเม็ดยาที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย (Pill Counts) เป็นวิธีที่ใช้กันมาก เนื่องจากเป็นวิธีที่ง่ายและสะดวก วิธีนี้ควรจ่ายยาในปริมาณที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วย ควรนับเม็ดยาต่อหน้า

ผู้ป่วยและมีการสัมภาษณ์ประวัติควบคู่กันไปด้วย แต่มีข้อเสียคือผู้ป่วยอาจลืมนำยามาหรือมีการทิ้งยาบางส่วนก่อนมาโรงพยาบาลเมื่อทราบว่าจะมีการนับเม็ดยา

1.3 การสังเกตผู้ป่วยรับประทานยา (Observation) เช่นการใช้โปรแกรมสังเกตการรับประทานยาแต่ละมื้อของผู้ป่วย (Direct Observed Treatment, DOT) ในผู้ป่วยวัณโรคจัดเป็นวิธีการวัดโดยตรงที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการวัดความร่วมมือการรักษา แต่มีข้อเสียคือทำได้ยากและสิ้นเปลืองทรัพยากรมาก

1.4 ดูจากบันทึกประวัติการจ่ายยา (Dispensing Records) ที่เคยจ่ายให้กับผู้ป่วยไปกี่ครั้งก่อนๆ หรือจากวันนัดในครั้งต่อไป โดยการคำนวณจากจำนวนวันที่ผู้ป่วยต้องมารับยา เป็นต้น ข้อดีคือช่วยเตือนความจำในการรับประทานยาของผู้ป่วยแต่วิธีนี้อาจมีข้อจำกัดสำหรับผู้ป่วยที่รับการรักษาจากสถานบริการหลายแห่ง

1.5 การบันทึกข้อมูลเวลา และวันในการเปิดขวดยา ด้วยระบบคอมพิวเตอร์ (Medication Event Monitoring Systems, MEMS) เป็นวิธีเดียวที่วัดแบบแผน (Pattern) การรับประทานยาของผู้ป่วยได้ แต่พบข้อจำกัดคือเครื่องมือที่ใช้มีราคาแพงและไม่อาจวัดจำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยรับประทานแต่ละครั้งได้

1.6 การพิจารณาการมารับการตรวจรักษาตามนัด โดยประเมินจากสมุดนัดประจำตัวหรือใบนัดการตรวจรักษาครั้งต่อไปของผู้ป่วย โดยถือว่าผู้ป่วยที่มารับการตรวจอย่างสม่ำเสมอ ตามเวลานัด เป็นผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษา ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยที่ไม่มารับการตรวจตามนัดเป็นผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

2. การประเมินทางตรง (Direct method) เป็นการการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Physical tests) ในช่วงเวลาที่กำหนด เช่นการตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ การตรวจนี้มีข้อเสียคือ ราคาแพง ผู้ป่วยต้องทนเจ็บปวดขณะเจาะเลือด ผลที่ได้เป็นผลจากการรับประทานยาในช่วงเวลาจำกัดขึ้นกับการตอบสนองของผู้ป่วยแต่ละคนและคุณภาพของการเก็บตัวอย่าง

สรุปวิธีการประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าสามารถประเมินได้หลายวิธี ซึ่งควรมีการเลือกใช้ให้เหมาะสม ในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการประเมินทางอ้อม โดยแบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการใช้ยาของ รัชนก สิทธิโชติวงศ์ (2550) เนื่องจากลักษณะของแบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการใช้ยาของ รัชนก สิทธิโชติวงศ์ ทำให้ได้มาซึ่งผลลัพธ์ที่ต้องการด้านความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาด้านเศร้าของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

แนวปฏิบัติทางคลินิก

ความหมายของแนวปฏิบัติทางคลินิก

สภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) ได้ให้ความหมายของแนวปฏิบัติทางคลินิกไว้ว่า เป็นเอกสารที่ผ่านการพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ ภายใต้ข้อมูล หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ผ่านการคิดวิเคราะห์จากทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้ได้แนวทางที่เหมาะสม เพื่อช่วยในการตัดสินใจ สามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ

จิตร สิทธิอมรและคณะ (2543) ได้ให้ความหมายของแนวปฏิบัติทางคลินิกไว้ว่า เป็นข้อความที่สร้างขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยในการตัดสินใจของทีมผู้ประกอบวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม

เพียร์สัน ฟีลด์ และจอร์แดน (Pearson., Field., & Jordan, 2007) ได้ให้ความหมายของแนวปฏิบัติทางคลินิกไว้ว่า แหล่งข้อมูลที่ทำขึ้นสำหรับการดูแลผู้ป่วย สารสำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิกได้มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ หรืองานวิจัยที่เป็นเลิศ

สรุป ความหมายของแนวปฏิบัติทางคลินิกคือ เป็นเอกสารที่ผ่านการพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยในการตัดสินใจ ก่อให้เกิดการทำงานที่ง่ายมีความสะดวกใช้ ช่วยลดช่องว่างระหว่างสิ่งที่เป็ข้อมูลทางด้านการวิชาการและการปฏิบัติ ลดการปฏิบัติที่ขัดแย้ง โดยที่บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการใช้แนวปฏิบัติเป็นเจ้าของร่วมกัน ใช้เป็นแนวทางในการทำงานของบุคลากรให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันเกิดการทำงานร่วมกันเป็นทีม ก่อให้เกิดแนวทางในการดูแลทางคลินิก ลดความหลากหลายของการปฏิบัติด้านการรักษาพยาบาล ตลอดจนช่วยให้คุณภาพในการดูแลรักษาดีขึ้น

การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

การใช้แนวปฏิบัติหรือการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ เป็นขั้นตอนของการนำเอาหลักฐานเชิงประจักษ์ต่างๆ ไปใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพของการให้บริการให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ภายใต้การควบคุมจากหน่วยงาน เพื่อให้เกิดคุณภาพในการรักษาพยาบาลที่ดี (NHMRC, 1999; Pearson, Field & Jordan, 2007)

ในการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรดิตถ์ ในครั้งนี้เป็นการ

ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกตามกรอบแนวคิดการใช้แนวปฏิบัติของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999) ในขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้ตามกรอบแนวคิดการใช้แนวปฏิบัติของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) ประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การจัดพิมพ์และการเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก 2) การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และ 3) การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การจัดพิมพ์และการเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก มีรูปแบบการปฏิบัติดังนี้

1.1 การทำให้แนวปฏิบัติเป็นสิ่งที่เข้าใจง่าย โดยการจัดทำเป็นรูปแบบของแนวปฏิบัติทางคลินิกให้เข้าใจได้ง่าย มีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกนั้น ซึ่งรูปแบบที่ทำขึ้นนั้นต้องประกอบด้วยรายละเอียดของแนวปฏิบัติที่ครบถ้วน มีทั้งข้อเสนอแนะและหลักฐานที่สนับสนุนข้อเสนอแนะซึ่งต้องเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์

1.2 การจัดพิมพ์เผยแพร่แนวปฏิบัติ ซึ่งรูปแบบการจัดพิมพ์สามารถนั้นสามารถทำได้หลายอย่าง ดังเช่น การจัดทำเป็นวารสาร จดหมายข่าวและแมกกาซีน การตีพิมพ์ในหนังสือพิมพ์ แผ่นพับสำหรับผู้ใช้ในโรงพยาบาล หรือจัดทำเป็นรูปแบบที่นิยมใช้กันในปัจจุบัน เช่น โปสเตอร์ การสรุปใจความสำคัญของแนวปฏิบัติลงในอินเทอร์เน็ต การบันทึกเสียง วิดีโอเทป และแผ่นดิสก์ ทั้งนี้ต้องใช้ภาษาและรูปแบบการเขียนที่เข้าใจง่าย และครบตามเนื้อหาสาระสำคัญของแนวปฏิบัติ

1.3 การให้ข้อมูลสำหรับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายที่ใช้แนวปฏิบัติทราบว่าให้ว่ามีแนวปฏิบัติเกิดขึ้นและสามารถนำไปใช้ได้ โดยการให้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินั้นต้องให้รู้ถึงกระบวนการพัฒนาหรือการปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติ วิธีในการให้ข้อมูลในกลุ่มเป้าหมายสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การใช้สื่อต่างๆ ในการให้ข้อมูล ไม่ว่าจะเป็นตีพิมพ์ในวารสาร การเขียนบทความเป็นต้น การให้ความรู้ในขณะที่กำลังศึกษาในระดับปริญญาตรี หรือหลังจบการศึกษา การจัดประชุมวิชาการ การจัดสัมมนา การทำหนังสือเวียนตามหน่วยงานเป็นต้น

2. การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

แนวปฏิบัติที่นำไปใช้จะสำเร็จไม่ได้หากไม่มีความร่วมมือของผู้ใช้กลุ่มเป้าหมายและทีมพัฒนา ตลอดระยะเวลาของการนำไปใช้จนเกิดเป็นความต่อเนื่องและมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในหน่วยงาน โดยมีวิธีการดังนี้

2.1 หัวหน้าหน่วยงานต้องมีความเห็นชอบต่อการใช้ และร่วมวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ จนเกิดความเข้าใจในหลักการ และ

สังเกตผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และเป็นผู้ที่ช่วยเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งอาจเป็นรูปแบบที่เป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ

2.2 การได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มผู้ปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการที่สำคัญมาก เพราะการใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มผู้ปฏิบัติต้องให้การสนับสนุน และนำไปใช้ในหน่วยงานตามเหมาะสมต่อไป

2.3 ติดตามตรวจสอบการลงปฏิบัติโดยผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่เหมาะสม และนำไปปรับปรุงต่อไป

2.4 ความรู้ที่ให้กับผู้ป่วยและวิธีการปฏิบัติทางคลินิกกับผู้ป่วย ต้องมีความเหมาะสม เนื่องจากเป็นวิธีการที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดี

2.5 จัดทำเอกสารที่ให้ความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติ ประกอบไปด้วย การประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติ ข้อสรุปของแนวปฏิบัติ รายละเอียดของการจัดทำสื่อ การผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ และการเผยแพร่ให้ทราบโดยทั่วกัน ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมของผู้ใช้แนวปฏิบัติ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

2.6 การจัดสัมมนาและประชุมวิชาการต่างๆ จะสนับสนุนให้มีการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ อยู่บนพื้นฐานหลักการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่และการศึกษาถึงผลลัพธ์ของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างต่อเนื่อง ในหัวข้อต่อไปนี้

2.6.1 วัตถุประสงค์ของกิจกรรม ที่สามารถบอกถึงคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย

2.6.2 เนื้อหากิจกรรมต้องแสดงให้เห็นถึงคุณภาพทางคลินิกที่ดี และมีความเหมาะสมทางจริยธรรม

2.6.3 ผู้ปฏิบัติทางคลินิกมีส่วนร่วมในการวางแผนกิจกรรม

2.6.4 การได้เรียนรู้ถึงการประเมินติดตามการใช้แนวปฏิบัติ

2.6.5 กิจกรรมจะต้องมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน

2.6.6 สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมแก่การเรียนรู้ต้องส่งเสริมการเรียนรู้ตามเป้าหมาย และการเรียนรู้ตามกิจกรรม ตลอดจนการประเมินผล

2.7 การจัดระบบการเตือนความจำในการปฏิบัติงานในแต่ละวัน โดยการจดบันทึก และการใช้ระบบคอมพิวเตอร์

2.8 การประกันคุณภาพและพัฒนาคุณภาพ เป็นสิ่งที่ช่วยให้การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีความสมบูรณ์ เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

2.9 การปรับแนวปฏิบัติให้มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ รายละเอียดมีดังนี้

2.9.1 การศึกษาที่ระบุเฉพาะกลุ่มผู้ป่วย

2.9.2 รายละเอียดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นต้องบอกถึง ประโยชน์ที่เกิดขึ้น ผลข้างเคียงการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงความเจ็บปวด และการเปลี่ยนแปลงทั้งอัตราป่วยและอัตราการตาย

2.9.3 ข้อบ่งชี้ที่แสดงถึงความเป็นไปได้ ความแตกต่างที่เกิดขึ้น

2.9.4 มีคำแนะนำที่เหมาะสมแก่การรักษา

2.9.5 มีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนจากผู้เชี่ยวชาญ เกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของแนวปฏิบัติ ความคาดหวังในแนวปฏิบัติ สถานการณ์ที่จะนำไปใช้ โดยที่ยังไม่ผ่านการดัดแปลง

2.9.6 แสดงให้เห็นถึงการสนับสนุนการบริการที่ตรงจุด

2.9.7 ข้อมูลการรักษาตรงกับความต้องการทางด้านคลินิกและ อุปกรณ์ที่ใช้มีความปลอดภัยต่อการรักษา

2.9.8 มีความคุ้มค่า คำนวณราคา

2.10 แรงจูงใจหรือสิ่งกระตุ้น ถือได้ว่าเป็นวิธีที่ส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย

2.10.1 งบประมาณ

2.10.2 ความพึงพอใจในส่วนบุคคล

2.10.3 การรับรองคุณภาพ ความต่อเนื่องของการใช้แนวปฏิบัติ

2.10.4 การเข้าร่วมการจัดประชุมวิชาการ

2.10.5 มีการรองรับและป้องกันการฟ้องร้อง

2.10.6 กฎระเบียบ ข้อบังคับต่างๆ

2.10.7 มีการประเมินผลตามความเป็นจริง

2.11 การใช้เทคโนโลยี สารสนเทศ เพื่อการตอบสนองต่อการใช้อุปกรณ์ที่เป็นปัจจุบัน ถูกต้อง และรวดเร็ว ตัวอย่างเช่น การใช้อินเทอร์เน็ต การพัฒนาระบบฐานข้อมูล

3. การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

นับได้ว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นเนื่องเป็นการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกให้ได้ทราบว่าแนวปฏิบัติที่นำมาใช้มีคุณภาพ การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย การประเมินผล 2 ด้าน ดังนี้

3.1 การประเมินด้านกระบวนการ

เป็นการประเมินผลขั้นตอนการปฏิบัติ และการจัดพิมพ์เผยแพร่ โดยประเมินเกี่ยวกับความตระหนักรู้ การเห็นถึงความสำคัญของผู้ใช้แนวปฏิบัติ ความเชื่อมโยงหรือ

ความสัมพันธ์กันของแนวปฏิบัติทางคลินิกกับกลุ่มผู้ป่วย ปัญหาที่เกิดขึ้น และความเหมาะสมของการใช้แนวปฏิบัติในแต่ละพื้นที่เป็นอย่างไร

3.2 การประเมินด้านผลลัพธ์

เป็นการประเมินผลในส่วนของผู้ใช้แนวปฏิบัติและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งต้องคำนึงถึง 6 องค์ประกอบดังนี้

3.2.1 การประเมินผลการเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก ในส่วนของวิธีการที่ใช้ในการเผยแพร่ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ เทปเสียง ว่าวิธีการเหล่านี้ผู้อ่านมีความเข้าใจมากน้อยเพียงใด มีความสนใจที่จะใช้แนวปฏิบัตินั้นหรือไม่ บ่งบอกถึงการประสบผลสำเร็จในวิธีการเผยแพร่และการยอมรับแนวปฏิบัติ

3.2.2 การประเมินการเปลี่ยนแปลงแนวปฏิบัติทางคลินิกและผลลัพธ์ทางสุขภาพ เป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งอาจประเมินผลโดยการทำวิจัยในกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติ และ ไม่ใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งอาจประเมินผลในสถานที่เดียวกันหรือต่างสถานที่ ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการประเมิน

3.2.3 การประเมินผลแนวปฏิบัติที่ช่วยสนับสนุนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติและผลลัพธ์ทางสุขภาพ เป็นการประเมินผลความต่อเนื่องของการใช้แนวปฏิบัติกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยการติดตาม เก็บข้อมูลตั้งแต่หลังการเผยแพร่แนวปฏิบัติและการนำแนวปฏิบัติไปใช้ จากนั้นวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติและผลลัพธ์ทางสุขภาพ

3.2.4 การประเมินผลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ด้านความคิดเห็นที่มีต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โดยการประเมินความรู้ ความเข้าใจที่มีต่อแนวปฏิบัติ การเข้าถึงแนวปฏิบัติ ความยากง่ายในการใช้ เป็นการบอกถึงการยอมรับในแนวปฏิบัติทางคลินิก แนวปฏิบัติมีความชัดเจนในการใช้ ความน่าเชื่อถือของข้อมูลในแนวปฏิบัติที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของแนวปฏิบัติและความพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ

3.2.5 การประเมินผลด้านค่าใช้จ่าย เพื่อให้ทราบว่าในค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทั้งกระบวนการเป็นอย่างไร ทั้งในส่วนของการพัฒนาแนวปฏิบัติ การเผยแพร่แนวปฏิบัติ และค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ประเมินดูว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นก่อนที่จะมีการนำแนวปฏิบัติมาใช้ และหลังจากที่มีการนำแนวปฏิบัติมาใช้แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

3.2.6 การรายงานผลการประเมินการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ต้องประกอบไปด้วยข้อจำกัดของการใช้แนวปฏิบัติ สิ่งที่ควรแก้การนำไปใช้ แต่ไม่ควรที่จะนำเสนอสิ่งที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง

การประเมินผลแนวปฏิบัติทางคลินิก

ในการศึกษาครั้งนี้การประเมินผลแนวปฏิบัติทางคลินิกศึกษา 2 ด้านคือ ด้านผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกและด้านผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

1.ด้านผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ศึกษาในส่วนของความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความหมายของความพึงพอใจ พอสรุปได้ดังนี้

โดนามีเดียน (Donamedian, 1980) ความพึงพอใจของผู้รับบริการคือ ความสมดุลระหว่างความคาดหวังและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากการให้บริการของผู้ให้บริการ และเป็นการแสดงถึงความสำเร็จในการให้บริการ

เดวิส (Davis, 1968) ให้ความหมายเกี่ยวกับความพึงพอใจ หมายถึงความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่คาดหวังกับสิ่งที่เกิดขึ้นของบุคคล เมื่อความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลได้รับการตอบสนองตามที่คาดหวังไว้ ความตึงเครียดก็จะถูกจำกัดออกจากร่างกาย เกิดเป็นความพึงพอใจ

สรุปได้ว่าความพึงพอใจหมายถึง ความรู้สึกเป็นสุข มีความสุขพอใจเมื่อความต้องการขั้นพื้นฐานได้รับการตอบสนอง สำหรับความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก จึงหมายถึง ความรู้สึกพอใจ ชอบใจเมื่อได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกประเมินโดยแบบวัดความพึงพอใจของสุพรรณิ เจริญวิศิษฐ์ และคณะ(2546) ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ ให้เลือกคำตอบเห็นด้วยและไม่เห็นด้วย และมีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบเกี่ยวกับความรู้สึกพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจ และให้คะแนนตามความรู้สึกเป็น 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 ตัวเลขมีค่าเปอร์เซ็นต์ ความพึงพอใจตามตัวเลข ที่ระบุ ตั้งแต่ 10-100 เปอร์เซ็นต์

2.ด้านผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

ศึกษาในส่วนของความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิก การมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่องและการกลับมารักษารักษาด้วยอาการกำเริบจากการขาดยา

ความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิก เป็นความรู้สึกเป็นสุข มีความสุข พึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ประเมินโดยแบบวัดความพึงพอใจของสุพรรณิ เจริญวิศิษฐ์ และคณะ(2546) ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ ให้เลือกคำตอบเห็นด้วยและไม่เห็นด้วย และมีลักษณะคำถามเป็น

แบบเลือกตอบเกี่ยวกับความรู้สึกพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจ และให้คะแนนตามความรู้สึกเป็นระดับ 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 ตัวเลขมีค่าเปอร์เซ็นต์ความพึงพอใจตามตัวเลข ที่ระบุ ตั้งแต่ 10-100 เปอร์เซ็นต์

การมาตรวจตามนัด เป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย พิจารณาจากการมาตามนัดอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วย โดยถือว่าผู้ที่มารับยาสม่ำเสมอตามวันนัด คือผู้ที่ให้ความร่วมมือในการรักษาดี (Nose, Barbui, Gray, & Tan, 2003)

สรุปการมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การที่บุคคลผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าได้ให้ความร่วมมือในการใช้ยา โดยมารับการรักษาตรงกับวันที่ได้นัดหมายอย่างสม่ำเสมอ ประเมินโดยใช้แบบบันทึกการมาตรวจตามนัดของโรงพยาบาลบ้านโคก

การกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยา คือการที่ผู้ป่วยมารับการรักษา โดยที่แพทย์ไม่ได้นัด อันเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าหากเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบน้อยลง (Meijel, Gaag, Kahn & Grypdonck, 2003) และพบว่าผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ทานยาไม่สม่ำเสมอ จะมีอาการทางจิตกำเริบสูงกว่าผู้ป่วยที่ทานยาอย่างสม่ำเสมอ (Perkin, Gu, Boteva & Lieberman, 2005)

สรุปการกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยา หมายถึง การที่บุคคลผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่กลับมาได้รับการรักษาซ้ำภายหลังหยุดยาภายใน 28 วัน ทั้งที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านโคก ประเมินโดยใช้แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยาของโรงพยาบาลบ้านโคก

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งพัฒนาโดย อรพินท์ สมบัติวัฒนางกูร (2551) เป็นการปรับจากแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท แผนกงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาล

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งพัฒนาโดยสุตกรัก พิละกันทา (2550) โดยทีมปรับแนวปฏิบัติทางคลินิก โรงพยาบาลพุทธชินราชได้ปรับแนวปฏิบัติทางคลินิก จนมีความเหมาะสมกับหน่วยงานแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ตามแนวคิดของการนำหลักฐานที่ดีที่สุดไปใช้ตามกรอบแนวคิดการใช้แนวปฏิบัติของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999)

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย อรพินท์ สมบัติวัฒนากูร (2551) ได้ผ่านการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยใช้เครื่องมือ AGREE (The Appraisal of Guideline Research and Evaluation) ที่แปลโดยจิวิวรรณ ธงชัย (2547) พบว่าเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีคุณภาพ สามารถนำมาปฏิบัติได้ เนื่องจากมีองค์ประกอบครบทั้ง 6 องค์ประกอบอันเป็นสาระสำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ดี (กุลธิดา สิทธิวัง, 2554) สำหรับเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิกทั้ง 6 ด้าน มีรายละเอียดดังนี้ (จิวิวรรณ ธงชัย , 2547)

1. ขอบเขตและวัตถุประสงค์
 - 1.1 แนวปฏิบัติมีการระบุวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจง
 - 1.2 คำถามในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นปัญหาทางคลินิก
 - 1.3 ระบุกลุ่มผู้ป่วยที่จะใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกนี้
2. การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง
 - 2.1 ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติประกอบด้วยบุคลากรจากสหสาขาวิชาชีพ
 - 2.2 ผู้ให้บริการมีส่วนออกความคิดเห็น
 - 2.3 มีการระบุกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติชัดเจน
 - 2.4 แนวปฏิบัติได้ผ่านการทดลองใช้โดยกลุ่มเป้าหมาย
3. ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ
 - 3.1 มีการสืบค้นงานหลักฐานงานวิจัยอย่างเป็นระบบ
 - 3.2 ระบุเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานงานวิจัยที่ชัดเจน
 - 3.3 ระบุวิธีการกำหนดข้อเสนอแนะชัดเจน
 - 3.4 มีการพิจารณาถึงผลกระทบและ ความเสี่ยงในการกำหนดข้อเสนอแนะ
 - 3.5 ข้อเสนอแนะมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน
 - 3.6 แนวปฏิบัติได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิในองค์กรก่อนนำมาใช้
 - 3.7 ระบุขั้นตอนของการปรับปรุงพัฒนาแนวปฏิบัติ

4. ความชัดเจนและการนำเสนอ

4.1 ข้อเสนอแนะมีความเป็นรูปธรรมเฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ และกลุ่มผู้ป่วยที่ระบุในหลักฐาน

4.2 ระบุทางเลือกสำหรับการจัดการกับแต่ละสถานการณ์

4.3 ข้อเสนอแนะเป็นข้อความที่เข้าใจง่าย

4.4 มีคำอธิบายวิธีใช้แนวปฏิบัติ เช่น อาจเป็นในรูปของแผนผังสรุปแนวทางที่ต้องทำ

5. การประยุกต์ใช้

5.1 ระบุสิ่งที่เป็นปัญหาและอุปสรรคของการนำข้อเสนอแนะไปใช้

5.2 มีการพิจารณาค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการใช้แนวปฏิบัติ

5.3 แนวปฏิบัติได้รับการพัฒนาและปรับปรุงทันสมัยเสมอ

6. ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ

6.1 แนวปฏิบัติได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างอิสระจากผู้จัดทำ

6.2 มีการบันทึกความเห็นที่ขัดแย้งกันของทีมในระหว่างการพัฒนาแนวปฏิบัติ

สำหรับการคำนวณหาคะแนนคุณภาพของแนวปฏิบัติสามารถคำนวณได้โดยใช้สูตรต่อไปนี้

คะแนนรวมที่ได้ในแต่ละหมวด – คะแนนรวมต่ำสุดของแต่ละหมวด X 100

คะแนนรวมสูงสุดในแต่ละหมวด – คะแนนรวมต่ำสุดในแต่ละหมวด

ค่าความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัติจะพิจารณาคะแนนที่คำนวณได้ในแต่ละองค์ประกอบที่เป็นอิสระต่อกัน และแนวปฏิบัติทางคลินิกนี้สามารถนำไปปฏิบัติได้มากน้อยแค่ไหน สามารถพิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้

มากกว่าร้อยละ 60 หมายถึง แนวปฏิบัติทางคลินิกนั้นมีคุณภาพมาก สามารถนำไปปฏิบัติได้โดยไม่ต้องมีคำแนะนำหรือไม่ต้องดัดแปลงเพิ่มเติม

ร้อยละ 30 – 60 หมายถึง แนวปฏิบัติทางคลินิกนี้น่าเชื่อถือปานกลาง อาจขาดข้อมูลบางอย่างแต่ถ้าหากมีข้อมูลสนับสนุนหรือสามารถอธิบายเพิ่มเติม สามารถนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติได้

น้อยกว่าร้อยละ 30 หมายถึง แนวปฏิบัติทางคลินิกนี้มีคุณภาพต่ำ ไม่ควรนำมาเป็นแนวปฏิบัติ

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงได้เลือกแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของออร์พินท์ สมบัติวัฒนางกูร (2551) มาปรับใช้ที่โรงพยาบาลบ้านโลก

สาระสำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความเชื่อมั่นในการรักษาด้วยยาของออร์พินท์ สมบัติพัฒนางกูร (2551) ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบดังนี้

1. สิทธิของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า
2. การกระตุ้นให้ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาด้วยยาของตนเอง ได้แก่การปรับขนาดยาให้ง่ายและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย การกำหนดเวลาในการรับประทานยา การใช้ซองหรือกล่องสำหรับยาที่รับประทานใน 1 วัน
3. การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ได้แก่การบันทึกการรับประทานยาด้วยตนเองหรือให้ญาติช่วยในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะการรับรู้คิดบกพร่อง การให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยเหลือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะการรับรู้คิดบกพร่อง
4. การประเมินภาวะซึมเศร้า
5. การประเมินอาการข้างเคียงและปัญหาที่เกิดจากการรักษาด้วยยา ได้แก่การนัดผู้ป่วยมาพบกับจิตแพทย์เป็นระยะเพื่อติดตามผลการตรวจรักษาและลดความวิตกกังวลจากการรักษาด้วยยา การให้คำแนะนำหลังการตรวจเสร็จ
6. การประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่เกิดการรักษาด้วยยา ได้แก่การให้ความมั่นใจต่ออาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาและวิธีการแก้ไข การมารับบริการการตรวจรักษาก่อนถึงวันนัดเมื่อเกิดความวิตกกังวลและปัญหาที่เกิดจากการรักษาด้วยยา
7. การประเมินการให้ความสำคัญและความมั่นใจต่อการรักษาด้วยยา ได้แก่ การเตือนล่วงหน้าทางโทรศัพท์หรือทางจดหมายก่อนถึงวันนัดในรายที่ขาดความร่วมมือในการรักษา การให้แรงเสริมโดยการลดความถี่ของการมาตรวจในรายที่มีอาการสงบ การให้คำแนะนำและความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและประโยชน์ของการรักษาสำหรับผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า การใช้โปรแกรมการสอนด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยแบบเป็นกลุ่มระยะสั้น การจัดให้มีการให้การศึกษาในกรณีที่มีปัญหาที่เกิดจากการรักษาด้วยยาหรือการจัดการกับความวิตกกังวลสองฝักสองฝ่าย การอภิปรายร่วมกันถึงความเชื่อและความสนใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา การให้คำแนะนำและความรู้แก่ญาติเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและประโยชน์ของการรักษา การให้การปรึกษาแก่ญาติเมื่อมีภาวะเครียดเกิดขึ้น การทำครอบครัวบำบัดเมื่อสมาชิกในครอบครัวรู้สึกเป็นภาระต่อภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย การให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสำหรับบุคลากร การติดตามผลการรักษาทางโทรศัพท์ในสัปดาห์แรกของการรักษาในรายที่ขาดความร่วมมือในการรักษา การสร้างเครือข่ายของสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ในกรณีส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการ

ดูแลที่ต่อเนื่อง การติดตามผลลัพธ์ของการดำเนินการตามแนวปฏิบัติทุก 6 เดือน การติดตามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาทุก 1 เดือน

สถานการณ์การให้บริการผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรดิตถ์

โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรดิตถ์ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ให้บริการตรวจรักษาและรับผู้ป่วยไว้นอนในโรงพยาบาลด้วยโรคทั่วไป สำหรับผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นโรคทางด้านจิตเวชที่มารับบริการด้านการตรวจรักษา ทางโรงพยาบาลบ้านโคกได้ให้การดูแลร่วมกับจุดบริการผู้ป่วยโรคทั่วไป เนื่องด้วยทางโรงพยาบาลบ้านโคกไม่มีจิตแพทย์ ไม่มีนักจิตวิทยา มีแพทย์ที่ผ่านอนุมัติบัตรจิตเวชชุมชน 1 ท่าน มีพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิต 1 ท่าน ไม่มีคลินิกจิตเวชที่แยกเฉพาะและไม่มีเตียงสำหรับผู้ป่วยทางด้านสุขภาพจิต การให้บริการคลินิกจิตเวชรวมอยู่ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านโคกเป็นเครือข่ายด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ซึ่งให้การสนับสนุนด้านการดูแลผู้ป่วยด้านจิตเวชทุกโรค รวมถึงโรคซึมเศร้า เช่นการรับปรึกษาด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย การพัฒนาบุคลากรด้านองค์ความรู้ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า การนิเทศติดตามงาน การรับและส่งต่อผู้ป่วยมารับบริการทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง สถิติข้อมูลการรับบริการตรวจรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลบ้านโคกปีงบประมาณ 2551, 2552 และ 2553 พบว่ามีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าทั้งหมดจำนวน 8, 21 และ 30 ราย ตามลำดับ (ทะเบียนผู้ป่วยสุขภาพจิตโรงพยาบาลบ้านโคก, 2553)

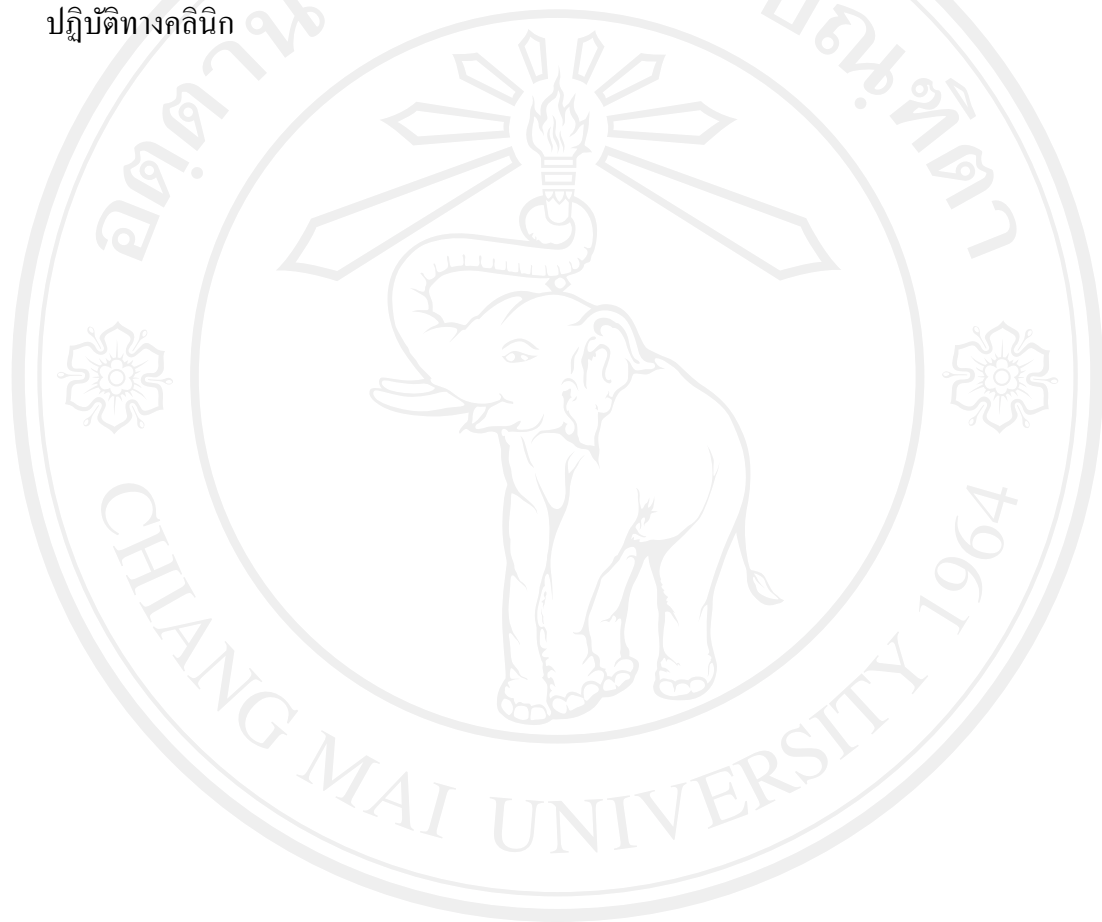
การให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรดิตถ์ เมื่อผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลประจำโต๊ะซักประวัติ จะซักประวัติอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล การเจ็บป่วยในปัจจุบัน การรับประทานยา และการประเมินอาการซึมเศร้า ถ้าพบว่าอาการซึมเศร้าไม่รุนแรง พยาบาลจะลงวันนัดให้มาตรวจรักษาครั้งต่อไปในบัตัรนัดประจำตัวผู้ป่วย ส่วนมากจะนัดตรวจทุก 1 เดือน จากนั้นส่งผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าเข้าพบแพทย์ เพื่อรับการตรวจรักษาจากแพทย์ แต่ถ้าพบว่ามีอาการซึมเศร้าที่มาก รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย พยาบาลประจำโต๊ะซักประวัติจะส่งผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามาพบพยาบาลจิตเวช เพื่อให้การปรึกษาหรือทำจิตบำบัดต่อไป เมื่อผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าเข้าไปพบแพทย์ในห้องตรวจ แพทย์จะเป็นผู้สั่งให้การรักษา การรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่โรงพยาบาลบ้านโคกจะให้การรักษาด้านยาต้านเศร้าเป็นหลัก ยาต้านเศร้าที่นิยมใช้มากที่สุดคือยา ฟลูออกซิทีน (Fluoxetine) ขนาด 20 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า ในกรณีที่แพทย์พบว่า

ผู้ป่วยมีอาการไม่คงที่ แพทย์อาจจะปรับวันนัดจากเดือนละ 1 ครั้ง เป็น 2 สัปดาห์เพื่อติดตามผลลัพธ์จากการใช้ยาต้านเศร้าของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า หลังจากนั้นผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าจะไปรับยาต้านเศร้าที่ห้องยา เกสซกรจะเป็นผู้จ่ายยาใส่ซองสำหรับรับประทานใน 1 วันและจ่ายยาให้กับผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า สอบถามประวัติการแพ้ยา แนะนำวิธีการรับประทานยา ตลอดจนอาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการใช้ยาให้กับผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งในขั้นตอนเหล่านี้ไม่ได้มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนในการให้บริการผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า เป็นเพียงการปฏิบัติตามประสบการณ์ในการทำงานของแต่ละคน และปัญหาในการดูแลผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรดิตถ์ ในปีงบประมาณ 2551, 2552 และ 2553 ที่ผ่านมามีผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าไม่มาตามนัด ร้อยละ 37.5 , 71.43 และ 62 ของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าทั้งหมดตามลำดับ ในปีงบประมาณ 2553 พบว่ามีผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าเข้ารับการรักษายาใน 1-2 เดือนแรก ร้อยละ 16.67 และมีจำนวนผู้ที่กลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 20 อีกทั้งยังพบว่ามีผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าได้เคยพยายามทำร้ายตนเอง 1 คนคิดเป็นร้อยละ 3.33 และมีความคิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าตายไปคงจะดี โดยการใช้แบบประเมิน PHQ-8 (Patient Health Questionnaire -8) ของกรมสุขภาพจิต ร้อยละ 20 ซึ่งในจำนวนที่กล่าวมานี้ ล้วนเป็นผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาทั้งสิ้น(สรุปรายงานสุขภาพจิต โรงพยาบาลบ้านโคก, 2553)

กรอบแนวคิดทฤษฎี

การดำเนินงานด้านการดูแลผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่โรงพยาบาลบ้านโคกมีปัญหาคือไม่มาตรวจตามนัดและการกลับเป็นซ้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยา เป็นปัญหาที่สำคัญที่ส่งผลให้มีจำนวนผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีการกลับเป็นซ้ำ และมีผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าพยายามทำร้ายตนเอง ประกอบกับการให้บริการด้านการดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร่ายังไม่มีรูปแบบการปฏิบัติงานที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ผู้ศึกษาจึงสนใจแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งพัฒนาโดย อรพินท์ สมบัติวัฒนางกูร (2551) มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของทางโรงพยาบาลบ้านโคก ในการศึกษาเรื่องประสิทธิภาพการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรดิตถ์ในครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดการใช้แนวปฏิบัติของสภาวิชาชีพทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999) ในขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้และการประเมินผลลัพธ์ โดยมีการดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นเตรียมการ

และเตรียมความพร้อมของหน่วยงาน 2) ขั้นตอนปฏิบัติการ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนได้แก่ การจัดพิมพ์และการเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิกและการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และ 3) ขั้นตอนประเมินผลลัพธ์เป็นการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะทำให้อัตราการขาดนัดและการกลับเป็นซ้ำด้วยอาการกำเริบซ้ำจากการขาดยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าโรงพยาบาลบ้านโคกลดลง ตลอดจนผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าและผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิก



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved