

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางจิตที่พบได้โดยทั่วไป เป็นภาวะที่เป็นนานจนถึงเรื้อรังและเป็นซ้ำได้บ่อย โดยทั่วโลกจะพบได้ประมาณ 121 ล้านคน (World Health Organization [WHO], 2006) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) พบว่าในปัจจุบันโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับสองของประชากรในกลุ่มอายุ 15-44 ปี ทั้งชายและหญิง และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับสองของทุกประเทศทั่วโลก ในทุกเพศทุกวัย จากการสำรวจในประชากรโลกพบว่าอัตราความชุกในเพศชายสูงถึงร้อยละ 7-12 และอัตราความชุกในเพศหญิงสูงถึงร้อยละ 20-25 (WHO, 2006) ในปี พ.ศ. 2546 กรมสุขภาพจิตได้ทำการสำรวจทางระบาดวิทยาในประเทศไทย พบว่าอัตราความชุกของ โรคซึมเศร้าโดยรวมคิดเป็นร้อยละ 4.76 (กรมสุขภาพจิต, 2551) ในปี พ.ศ. 2549-2551 กรมสุขภาพจิตได้ดำเนินโครงการวิจัยการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาและป้องกัน ความสูญเสียจากโรคซึมเศร้า พบว่าวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของคนไทยมีผลต่อลักษณะอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นอย่างมาก ประชาชนยังคิดว่าโรคซึมเศร้าเป็นเรื่องธรรมดา หายเองได้ และมีอคติต่อความเจ็บป่วย การเข้าถึงบริการของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าน้อยมาก แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ในโรงพยาบาลทุกระดับไม่มั่นใจในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า มีข้อจำกัดของการดูแลรักษา ขาดเทคโนโลยีและแนวทางป้องกัน รวมทั้งระบบติดตามเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำที่มีประสิทธิภาพ (กรมสุขภาพจิต, 2552) และคาดว่าในปี พ.ศ. 2549-2551 จะมีผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าทั่วประเทศจำนวน 2.75, 2.76 และ 2.77 ล้านคน แต่พบมีผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าไม่ได้เข้ามารับบริการถึงร้อยละ 95.58, 95.51 และ 94.6 สำหรับจังหวัดสุโขทัย ในปี พ.ศ. 2549-2550 มีผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามารับบริการ คิดเป็นอัตรา 61.21 และ 73.19 ต่อประชากรแสนคน (กรมสุขภาพจิต, 2551) ซึ่งคิดเป็นอัตรา การเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 0.06 และ 0.07 ต่อมากรมสุขภาพจิตได้กำหนดให้ปี พ.ศ. 2552-2563 เป็นปีทศวรรษแห่งการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้าโดยมีเป้าหมายสำคัญคือ การลดภาระ และความสูญเสียจากโรคซึมเศร้า เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษาลดอัตราการป่วยของโรคซึมเศร้า โดยให้ระบบการดูแลรักษา

มีความเชื่อมโยงกันในทุกระดับของบริการสาธารณสุข สอดคล้องกับลักษณะการเกิดโรคตามบริบทของสังคมไทย (กรมสุขภาพจิต, 2552) จากผลการดำเนินการดังกล่าว ทำให้อัตราการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2552-2553 จังหวัดสุโขทัยมีผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามารับบริการคิดเป็นอัตรา 257.92 และ 274.45 ต่อประชากรแสนคน (กรมสุขภาพจิต, 2553)

โรคซึมเศร้ามีอาการสำคัญคือ อารมณ์เศร้า ผู้ป่วยจะซึมเศร้า หดหู่ สะเทือนใจ ร้องไห้ง่าย ในผู้ป่วยไทยอาจบอกว่ารู้สึกเบื่อหน่ายไปหมด จิตใจไม่สดชื่นเหมือนเดิม อารมณ์เศร้า หรือเบื่อหน่ายนี้จะเป็นเกือบทั้งวัน และเป็นติดต่อกันเกือบทุกวันนานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป ผู้ป่วยมักมีอาการหงุดหงิด รู้สึกทนเสียงดังหรือมีคนรบกวนไม่ได้ มักอยากอยู่คนเดียวเงียบๆ สมาธิเสื่อมลงจากเดิมเหม่อลอย หลงลืมง่าย ความคิดอ่านเชิงซ้าลง ลังเล ตัดสินใจไม่แน่นอน ไม่มั่นใจตัวเอง มองโลกภายนอกและมองชีวิตตนเองในแง่ลบ รู้สึกชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความหมายต่อใคร บางคนมีความรู้สึกผิดหรือกล่าวโทษ ต่ำหนีดตนเองต่อสิ่งที่ได้กระทำลงไป แม้เป็นการกระทำที่ผู้อื่นเห็นเป็นเรื่องเล็กน้อย (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) ซึ่งอาการต่างๆ เหล่านี้เป็นไปตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem [ICD-10]) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2006) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 69-70 จะมาด้วยอาการทางด้านร่างกาย ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 31 จะมาด้วยอาการทางจิตอย่างเดียว (นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ, 2548) ในผู้สูงอายุ มีส่วนน้อยที่จะบ่นเกี่ยวกับความโศกเศร้า ส่วนในเด็กและวัยรุ่นอาการแสดงอาจแตกต่างกันไปตามระยะของพัฒนาการ อาจแสดงอาการวิตกกังวลมากขึ้นเกี่ยวกับทางร่างกายและการเห็นภาพหลอน มีอาการรบกวนมากขึ้นเกี่ยวกับการนอนหลับและความอยากอาหาร (Mahendran and Yap, 2005)

โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุต้นๆ ของทุพพลภาพ (Years Lived with Disability [YLDs]) คนที่เป็นโรคซึมเศร้าจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ การใช้สุราหรือยาเสพติด มีเหตุต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคทางร่างกายสูง การที่มีอาการเรื้อรังทำให้คุณภาพการทำงานด้อยลง (Impair Performance) และสูญเสียผลิตภาพ (Productivity) ภาวะซึมเศร้านำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 15 และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในทุกประเทศทั่วโลกถึงแปดแสนห้าหมื่นคนในแต่ละปี (WHO, 2006) ความคิดอยากตายพบได้ถึงร้อยละ 60 และพบว่าร้อยละ 60-90 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายมีประวัติป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามาก่อน (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) จากการประเมินผลโครงการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2548 ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต ซึ่งมีจังหวัดต่างๆ เข้าร่วมโครงการทั่วประเทศรวม 76 จังหวัด พบมีอัตราการฆ่าตัวตายตนเองในปี พ.ศ.2547 เท่ากับ 41.1 ต่อประชากรแสนคน และในปี พ.ศ. 2548 เท่ากับ 27.9 ต่อประชากรแสนคน มีอัตราการฆ่าตัวตาย

ในปี พ.ศ. 2547 เท่ากับ 6.9 ต่อประชากรแสนคน และปี พ.ศ. 2548 เท่ากับ 6.3 ต่อประชากรแสนคน พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 35.9 มีการทำร้ายตนเองมีผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและทำร้ายตนเองจนเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 13.6 (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2551)

การรักษาโรคซึมเศร้า มีจุดประสงค์เพื่อรักษาอาการให้หายขาดหรือบรรเทาอาการ ทำให้อารมณ์ดีขึ้นหรือไม่แย่ลงไปกว่าเดิม ป้องกันหรือลดอัตราการกลับมาเป็นซ้ำ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาอย่างถูกต้องตั้งแต่ระยะเริ่มแรก จะมีโอกาสกลับมาเป็นโรคซึมเศร้า ได้ใหม่น้อยกว่าผู้ที่ป่วยอยู่เป็นระยะเวลานานเป็นๆ หายๆ หรือถ้าไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม จะรักษาได้ยากและมีโอกาสกลับมาเป็นใหม่ได้สูง (นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ, 2548) ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ไม่ได้รับการรักษาจะมีอาการอยู่นานประมาณ 9 เดือน หากได้รับการรักษาจะมีอาการนานประมาณ 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรกมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำในครั้งต่อไปร้อยละ 50 และผู้ป่วยที่มีอาการครั้งที่ 2 และ 3 มีโอกาสเกิดครั้งต่อไปร้อยละ 70 และ 90 ตามลำดับ (มานิช หล่อตระกูล, 2550) ในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย แนะนำการออกกำลังกายและ การดูแลตนเองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง แนะนำการทำจิตบำบัด ผู้ที่มี ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง แนะนำการรักษาด้วยยา การทำจิตบำบัด และการสนับสนุนทางสังคม สำหรับรายที่ต่อต้านการบำบัดรักษา กลับเป็นซ้ำ มีอาการทางจิตเวชหรือเสี่ยงต่อชีวิต แนะนำการรักษาด้วยยา จิตบำบัดแบบซับซ้อน การบำบัดแบบร่วมและการรักษาด้วยไฟฟ้า (National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2009) ในปัจจุบันมีวิธี การบำบัดรักษาหลายชนิดและหลายรูปแบบ การจะพิจารณาเลือกใช้วิธีใดนั้น ขึ้นอยู่กับระดับ ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและสภาพปัญหาของแต่ละบุคคล (สายฝน เอกวารงกูร, 2553) อย่างไรก็ตาม พบว่ามีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 30 เท่านั้นที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม (WHO, 2006) การรักษาส่วนใหญ่ เป็นการรักษาด้วยยาและจิตบำบัด (National Institute of Mental Health [NIMH], 2010) พบว่าหากให้การรักษาด้วยจิตบำบัดเพียงวิธีเดียว มักไม่ทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น (นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ, 2548)

การรักษาด้วยยาแบ่งออกเป็น 3 ระยะตามการดำเนินของโรค (มานิช หล่อตระกูล, 2550)

- 1) การรักษาระยะเฉียบพลัน (Acute Treatment) เป็นการรักษาเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมาพบขณะ มีอาการ ไปจนถึงหายจากอาการ ในระยะนี้ยาต้านเศร้าได้ผลในการรักษาประมาณร้อยละ 70-80 (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548)
- 2) การรักษาระยะต่อเนื่อง (Continuation Treatment) เป็นการให้การรักษาค่อยๆ ไปอีก 6 เดือนหลังจากผู้ป่วยอาการดีขึ้น หากหยุด การรักษาตอนนี้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการกำเริบ (Relapse) สูงมาก เมื่อครบกำหนดเวลาแล้วจึงค่อยๆ ลดยาลงช้าๆ จนหยุดการรักษาใช้เวลาประมาณ 6-8 สัปดาห์ (มานิช หล่อตระกูล, 2550) การหยุดทันทีอาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงได้ (กรมสุขภาพจิต, 2552)
- 3) การป้องกันระยะยาว (Prophylactic Treatment)

พิจารณาให้ในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ (Recurrence) สูง ระยะเวลาให้ยาป้องกันควรนานอย่างน้อย 2-3 ปี หลังจากนั้นจึงประเมินซ้ำว่าควรให้ยาป้องกันต่อหรือไม่ ถ้าเป็นมากกว่า 3 ครั้ง ควรให้นานอย่างน้อย 5 ปี (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548)

ปัญหาที่พบในการรักษาด้วยยาต้านเศร้า คือ มีผู้ป่วยถึงร้อยละ 20-50 ที่ไม่รับประทานยาตามที่สั่ง รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หรือไม่ร่วมมือในการรักษา (Kripalani et al, 2007) มีผู้ป่วยร้อยละ 30-83 หยุดรับประทานยาต้านเศร้าก่อนถึงระยะเวลาที่กำหนด ร้อยละ 21 หยุดรับประทานยาภายใน 2 สัปดาห์หลังจากเริ่มมีการสั่งใช้ยา (Aikens et al, 2005) ร้อยละ 27.2 หยุดรับประทานยา ในเดือนแรกของการรักษา และร้อยละ 46.0 หยุดรับประทานยาในเดือนที่ 3 ของการรักษา (Sawada et al, 2009) มีผู้ป่วยเพียงประมาณร้อยละ 50 ที่ยังคงรับประทานยาต่อเนื่องถึง 4 เดือน (Aikens et al, 2005) มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 44.3 ที่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องนาน 6 เดือน (Sawada et al, 2009) การหยุดรับประทานยาก่อนกำหนด ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบ (Relapse) (Aikens et al, 2005) พบว่าผู้ที่เป็โรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 50 ที่ได้รับการส่งต่อจากหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อไปรับการดูแลรักษาแบบเฉพาะเนื่องจากความล้มเหลวในการรักษา (Trivedi et al, 2007) ส่วนเหตุผลที่ผู้ป่วยไม่รับประทานยานั้นมีหลายประการ เช่น ผู้ป่วยเห็นว่าไม่มีความจำเป็นต้องรับประทานยา ผู้ให้บริการไม่ได้ให้คำแนะนำ และสัมพันธ์ภาพที่ไม่ดีระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย (Haynes et al, 2005) ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา (Tamburrino et al, 2009) การใช้ยาด้านเศร้าทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นการเจ็บป่วยที่ร้ายแรง แสดงถึงความอ่อนแอ หรือล้มเหลวต่อการจัดการกับปัญหาจนต้องใช้ยา (Interian et al, 2008)

การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาแบ่งตามประเภทของการดำเนินการ ได้แก่

- 1) การให้ข้อมูล (Information Intervention) เป็นการให้ความรู้และกระตุ้นผู้ป่วยตามแนวคิดที่ว่าผู้ป่วยที่เข้าใจสภาพและการรักษาของตนเอง จะมีพลังอำนาจและมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตาม ทำโดยการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม เช่น การให้ความรู้แบบพูดคุยต่อหน้า การให้ความรู้ทางโทรศัพท์ หนังสือ สื่อทัศนศึกษา การจัดส่งวัสดุให้ความรู้ทางไปรษณีย์ 2) การดำเนินการทางพฤติกรรม (Behavioral Intervention) เป็นวิธีการที่ออกแบบเพื่อให้ส่งผล ต่อพฤติกรรมโดยการเตือน การให้รางวัลหรือแรงเสริมจากพฤติกรรม เช่น กล่องใส่ยา ปฏิทิน การเปลี่ยนแปลงการบรรยายและตารางการรับประทานยาให้ง่ายสำหรับชีวิตประจำวันของผู้ป่วย 3) การดำเนินการทางครอบครัวและสังคม (Family and Social Intervention) รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมทั้งที่ได้จากครอบครัวหรือกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มสนับสนุน การให้คำปรึกษาครอบครัว 4) การดำเนินการแบบรวม (Combined Intervention) พบว่าการดำเนินการหลายชนิดร่วมกัน มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างสม่ำเสมอ (Kripalani et al, 2007) สำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา

ด้วยยาในระยะสั้นทำได้โดยการให้คำปรึกษา การให้ข้อมูลที่เป็น ลายลักษณ์อักษร โทรศัพท์ส่วนบุคคลเพื่อขอความช่วยเหลือ ในระยะยาวควรมีการผสมผสาน การดูแลที่สะดวกมากขึ้นโดยการให้ข้อมูล การให้คำปรึกษา การเตือน การติดตามด้วยตนเอง การเสริมแรง ครอบครัวบำบัด การบำบัดทางจิต การสื่อสารทางไปรษณีย์ การปฏิบัติในภาวะวิกฤติ การติดตามทางโทรศัพท์ และรูปแบบอื่นๆ ที่เพิ่มการดูแลหรือเพิ่มความสนใจ (Haynes et al, 2008) ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงถึงร้อยละ 85 เมื่อรับรู้ความจำเป็นในการรักษาด้วยยามากกว่ารับรู้ถึงอันตรายของยา และให้ความร่วมมือต่ำเมื่อรับรู้ถึงอันตรายของยามากกว่า ความจำเป็นในการรักษาด้วยยา (Aikens et al, 2005) การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อการกระตุ้นทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral and Motivational-Interviewing Techniques) ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาจะทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างมีนัยสำคัญ (Cook et al, 2008)

โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 40 เตียง ยังไม่มีตึกเฉพาะสำหรับรับผู้ป่วยจิตเวชไว้นอนโรงพยาบาล บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นบริการ ที่อยู่ในขอบเขตความรับผิดชอบของแผนกผู้ป่วยนอก มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบจำนวน 2 คน ซึ่งมีการรับผิดชอบงานบริการด้านอื่นร่วมด้วย ไม่มีจิตแพทย์และนักจิตวิทยา ยังไม่มีคลินิกบริการเฉพาะสำหรับผู้ที่ เป็นโรคซึมเศร้า เปิดให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชทุกวันในเวลาราชการ มีขั้นตอนการให้บริการผู้ที่ มีภาวะซึมเศร้า คือ พยาบาลวิชาชีพประจำจุดซักประวัติแผนกผู้ป่วยนอกคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยทั่วไปที่มารับบริการโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) หากพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า จะส่งต่อมาพบพยาบาลจิตเวช เพื่อประเมินระดับ ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) แล้วให้บริการปรึกษาแนะนำตามพื้นฐานความรู้ของพยาบาลแต่ละคน หลังจากนั้นส่งผู้ป่วยพบแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยโรค และให้การรักษา แล้วส่งผู้ป่วยรับบัตรนัดที่จุดบริการนัด แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งระยะเวลาในการนัดติดตามขึ้นอยู่กับพิจารณาของพยาบาลผู้ให้บริการปรึกษาและแพทย์แต่ละคน หลังจากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการจ่ายยา และได้รับคำแนะนำสั้นๆ เกี่ยวกับการใช้ยาโดยเภสัชกร เนื่องจากจำนวนผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกซึ่งมีมากในแต่ละวัน และสถิติจำนวนผู้รับบริการที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2550-2552 มีผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกรายเก่า/ใหม่ จำนวน 22/199, 28/191 และ 36/256 ราย (รายงานสถิติโรงพยาบาลศิริราช, 2552) ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ใช้แนวทางการดูแล ฝั่ระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2552) มีเนื้อหาเกี่ยวกับแนวปฏิบัติทั่วไป แต่ยังไม่มีความเฉพาะสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา ด้วยยา ดังนั้นผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

ที่จึงยังไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคลากรอย่างครบถ้วน ไม่ได้รับการเน้นย้ำเกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานยา การจัดการกับอาการข้างเคียงของยา ระยะเวลาในการรักษา การมาตามนัด และการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่สม่ำเสมอ มีอาการกำเริบจากการขาดยาและการกลับเป็นซ้ำ จากสถิติของโรงพยาบาลศิริราช ในปี พ.ศ. 2550 อัตราผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ไม่มาตามนัดคิดเป็นร้อยละ 52.28 อัตราการกลับเป็นซ้ำที่พบที่แผนกผู้ป่วยนอกคิดเป็นร้อยละ 1.81 ปี พ.ศ. 2551 อัตราผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดคิดเป็นร้อยละ 76.92 อัตราการกลับเป็นซ้ำที่พบที่แผนกผู้ป่วยนอกคิดเป็นร้อยละ 4.41 ในปี พ.ศ. 2552 อัตราผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ไม่มาตามนัด คิดเป็นร้อยละ 66.67 อัตราการกลับเป็นซ้ำที่พบที่แผนกผู้ป่วยนอกคิดเป็นร้อยละ 5.14 (รายงานสถิติโรงพยาบาลศิริราช, 2552) ในปี พ.ศ. 2553 มีจำนวนผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า รายเก่า/ใหม่ จำนวน 50/275 ราย มีผู้ที่ได้รับการรักษาด้วย ยาต้านเศร้าจำนวน 255 ราย อัตราการไม่มาตามนัด คิดเป็นร้อยละ 17.64 อัตราการกลับเป็นซ้ำ ที่พบในแผนกผู้ป่วยนอก คิดเป็นร้อยละ 8.23

แนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline) หมายถึง เอกสารหรือข้อความที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยผู้ปฏิบัติทางคลินิกหรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ในการตัดสินใจอย่างเหมาะสมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในปัญหาทางคลินิกที่เฉพาะเจาะจง ช่วยลดความหลากหลายของการปฏิบัติ ลดความเสี่ยงของการเกิด ความผิดพลาดจากการปฏิบัติ เพิ่มคุณภาพการดูแลในปัญหาเฉพาะทางคลินิกด้วยค่าใช้จ่าย ที่เหมาะสมคุ้มค่า (พองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549) การวิจัยในปัจจุบันแสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติ ทางคลินิกมีประสิทธิภาพในการนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลง และการปรับปรุงผลลัพธ์ทางสุขภาพ เป็นการเชื่อมโยงที่สำคัญระหว่างหลักฐานที่ใช้ได้ดีที่สุดและการปฏิบัติทางคลินิกที่ดี เป็นองค์ประกอบหนึ่งของระบบการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ สภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC]) ได้เสนอรูปแบบการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ประกอบด้วย การเผยแพร่ การนำไปใช้ และการประเมินผล ([NHMRC], 1999) จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า พบว่าการศึกษาของ อรพิน สมบัติวัฒนากูร (2551) เรื่องประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับส่งเสริม ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ทำให้ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาถึงร้อยละ 97.87 มีความพึงพอใจในการดูแลตนเองตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือ ในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 94.70 มาตราจตามนัดทุกคน ไม่มี การกลับมา รักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยา และผู้ใช้นโยบายทางคลินิกมีความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 90.91 แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือใน

การรักษาด้วยยาทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยมีการพัฒนาแนวปฏิบัติตามกรอบแนวคิดของสภาวิชาชีพทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิและได้มีการทดลองใช้มาแล้ว ดังนั้น แนวปฏิบัติดังกล่าวจึงเป็นแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice)

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย โดยพิจารณานำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งดัดแปลงโดย อรพิน สมบัติวัฒนางกูร (2551) มาใช้เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย ซึ่งถึงแม้จะมีบริบทที่แตกต่างกัน แต่ต้องการผลลัพธ์ในการดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะการเจ็บป่วย และการวินิจฉัยโรคเหมือนกัน เพราะในการดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าด้วยยาต้านเศร้านั้นสามารถกระทำได้ทั้งในสถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิและตติยภูมิโดยใช้มาตรฐานเดียวกันยกเว้นเฉพาะบางกรณีที่มีความรุนแรงซึ่งต้องส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชหรือ พบจิตแพทย์ตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดเท่านั้น นอกจากนี้ในการประเมินความเป็นไปได้ของการนำลงสู่การปฏิบัติพบว่าหน่วยงานสามารถปรับระบบบริการผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าให้มีความสอดคล้องกับการนำแนวปฏิบัติดังกล่าวมาใช้ได้ โดยแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งดัดแปลงโดย อรพิน สมบัติวัฒนางกูร (2551) มีความเหมาะสมตามคุณลักษณะของแนวปฏิบัติที่ดี คือ 1) มีวัตถุประสงค์การนำไปใช้ที่ชัดเจน (Scope and Purpose) 2) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการพัฒนา (Stakeholder Involvement) 3) มีขั้นตอนของการพัฒนาที่ดี ถูกต้อง ชัดเจน (Rigour of Development) 4) มีความชัดเจนในการนำเสนอ (Clarity and Presentation) 5) ง่ายต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน (Applicability) 6) มีความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ (Editorial Independence) (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation [AGREE], 2009) เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัยได้รับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่เหมาะสมมากขึ้น

วัตถุประสงค์การศึกษา

การศึกษานี้เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย

1. เพื่อประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
3. เพื่อประเมินการมาตรวจตามนัดของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าหลังจากได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
4. เพื่อประเมินการกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าหลังจากได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
5. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

คำถามในการศึกษา

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าเป็นอย่างไร โดยมีคำถามเฉพาะ คือ

1. ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างไร
2. ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีความพึงพอใจที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างไร
3. ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามาตรวจตามนัดหลังจากที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างไร
4. ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ากลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยาหลังจากที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างไร
5. บุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างไร

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Operational Research) เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย ระหว่างเดือนมิถุนายน-สิงหาคม พ.ศ. 2554

นิยามศัพท์

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า หมายถึง ข้อความที่จัดทำขึ้นอย่างเป็นระบบสำหรับช่วยในการตัดสินใจ เพื่อปฏิบัติการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย ของ อรพิน สมบัติวัฒนางกูร (2551) มีเนื้อหาประกอบด้วย 1) สิทธิของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า 2) การกระตุ้นให้ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในการรักษาด้วยยาของตนเองในรายที่มีการรู้คิดดี 3) การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า 4) การประเมินอาการซึมเศร้า 5) การประเมินอาการข้างเคียงและปัญหาที่เกิดจากการรักษาด้วยยา 6) การประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาด้วยยา 7) การประเมินการให้ความสำคัญและความมั่นใจต่อการรักษาด้วยยา

ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้ทำการรักษาโรค ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem Tenth Revision [ICD-10]) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2006) (F32) และได้รับการรักษาด้วยวิธีการรับประทานยาต้านเศร้า ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า หมายถึง พฤติกรรมและความรู้สึกรู้สึกของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าและผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่เกิดจากการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก ได้แก่

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็โรคซึมเศร้า หมายถึง การที่ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างถูกต้องตามขนาด และเวลาที่รับประทานในแต่ละวัน เอาใจใส่ในอาการของตนเอง และติดตามกระบวนการรักษาอย่างระมัดระวัง สอดคล้องกับแผนการรักษาด้วยยาของแพทย์ วัดด้วยแบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการใช้ยาของ รัชกสิทธิโชติวงศ์ (2550)

ความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก หมายถึง ความรู้สึกมีความสุข พอใจ อิ่มเอมใจ ของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งเกิดจากการยอมรับบริการที่มีคุณภาพ ประเมินโดยใช้แบบวัด ความพึงพอใจของ อรพิน สมบัติวัฒนางกูร (2551) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดความพึงพอใจของ สุพรรณิ เจริญวิศิษฐ์ และคณะ (2546)

การมาตรวจตามนัด หมายถึง ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโดยมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ตรงกันกับเวลานัดหมายทุกครั้ง ประเมินโดยใช้แบบบันทึกการมาตามนัดของโรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย

ความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก หมายถึง ความรู้สึกพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายส่วนบุคคลซึ่งสมาชิกกลุ่มเป็นผู้ประเมินผลการทำงาน ประเมินโดยแบบวัดความพึงพอใจของ อรพิน สมบัติวัฒนางกูร (2551) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดความพึงพอใจของ สุพรรณิ เจริญวิศิษฐ์ และคณะ (2546)

การกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยา หมายถึง ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่กลับมารับการรักษาซ้ำหลังจากหยุดยาภายในระยะเวลา 28 วันที่พบในแผนกผู้ป่วยนอก ประเมินโดยใช้แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยาของ โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย