

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย ผู้ศึกษาได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจาก ตำรา เอกสาร งานวิจัย บทความต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. โรคซึมเศร้า

1.1 ความหมายและลักษณะอาการของโรคซึมเศร้า

1.2 สาเหตุของโรคซึมเศร้า

1.3 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

1.4 การบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

1.5 ผลกระทบจากความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาของโรคซึมเศร้า

2. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

2.1 ความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

2.2 วิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

2.3 การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

3. แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก

4. การใช้และประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย

4.1 แนวคิดของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

4.2 ขั้นตอนของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

4.3 การประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

5. สถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาด้วยยา โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย

โรคซึมเศร้า

ความหมายและลักษณะอาการของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่เศร้าหมองหดหู่ ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หดห้วง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด ไร้ค่า ต่ำหนืดตนเอง (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2548)

โรคซึมเศร้า เกิดขึ้นโดยมีอาการซึมเศร้าเป็นอาการนำและเป็นอาการเด่นชัดที่สุด และพบว่าอาการซึมเศร้านักเกิดร่วมกับอาการอื่นๆ ได้แก่ ขาดชีวิตชีวา ท้อแท้ หดหู่ อ้างว้าง เหงา โดดเดี่ยว สิ้นหวัง สิ้นพลัง สิ้นความสามารถ นอนไม่หลับอ่อนเพลีย ไร้เรี่ยวแรง เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง ไม่มีสมาธิ ไม่สนใจตัวเอง ไม่สนใจในสิ่งแวดล้อม ไร้อารมณ์ รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง และไม่ต้องการมีชีวิตอยู่ต่อไป อาจมีภาวะหลุดจากโลกของความเป็นจริง ได้แก่ ประสาทหลอน หลงผิด การรับรู้สิ่งแวดล้อมหรือสิ่งเร้าผิด การรู้จักตนเองลดลงหรือเสียไป และความสามารถในการคิดตัดสินใจลดลง อาการดังกล่าวมักเกิดขึ้นเป็นครั้งๆ แล้วหายไป แต่สามารถเกิดขึ้นได้บ่อยๆ มีผลรบกวนการทำงานและการดำเนินชีวิตประจำวัน (สายฝน เอกวรณกุล, 2553; สมภพ เรื่องตระกูล, 2548) ซึ่งอาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นติดต่อกันยาวนานหลายสัปดาห์จนถึงหลายปี โรคซึมเศร้าจึงมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางอารมณ์ ความคิด การเรียนรู้ และทางพฤติกรรม มีลักษณะ ที่แตกต่างจากอารมณ์เศร้าโดยทั่วไปอย่างชัดเจน (กรมสุขภาพจิต, 2547)

มานิช หล่อตระกูล (2548) กล่าวว่า โรคซึมเศร้ามีอาการสำคัญคือ อารมณ์เศร้า ผู้ป่วยจะซึมเศร้า หดหู่ สะเทือนใจ ร้องไห้ง่าย ในผู้ป่วยไทยอาจไม่บอกว่าเศร้า แต่จะบอกว่ารู้สึกเบื่อหน่ายไปหมด จิตใจไม่สดชื่นเหมือนเดิม อารมณ์เศร้าหรือเบื่อหน่ายนี้จะ เป็นเกือบทั้งวัน และเป็นติดต่อกันเกือบทุกวันนานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป อารมณ์หงุดหงิดพบได้บ่อยเช่นกัน ผู้ป่วยรู้สึกทนต่อเสียงดังหรือมีคนรบกวนไม่ได้ มักอยากอยู่คนเดียวเงียบๆ

สถาบันสุขภาพจิตแห่งสหรัฐอเมริกา (National Institute of Mental Health [NIMH], 2010) กล่าวว่าโรคซึมเศร้าเป็นลักษณะที่ประกอบด้วยอาการที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของบุคคลในการทำงาน การนอน การเรียน การรับประทาน ความสนุกกับกิจกรรมที่เคยมี ความพึงพอใจ โรคซึมเศร้าเป็นการไร้ความสามารถ และทำให้บุคคลไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2006) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าเป็นการที่บุคคลมีความทุกข์ทรมานจากอารมณ์ที่แย่ง อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ความเพิดเพลินและความสนใจในกิจกรรมต่างๆ ลดลง ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร รู้สึกไร้ค่าและขาดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกผิด มีอารมณ์เศร้าเกือบทุกวัน ไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม อาจมีอาการแสดงทางด้านร่างกาย เช่น การสูญเสียความสนใจและ

ความรู้สึกพึงพอใจ ตื่นเช้ากว่าเวลาปกติหลายชั่วโมง เสร้ามากในตอนเช้า การกระทำเชิงซ้ำ สับสน สูญเสียความอยากอาหาร น้ำหนักลด สูญเสียความต้องการทาง ซึ่งอาการเหล่านี้ขึ้นอยู่กับระดับ ความรุนแรง

สรุปได้ว่าโรคซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่ เสร้าหมอง หดหู่ ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หดหู่ ที่แตกต่างจากอารมณ์เศร้าโดยทั่วไป อาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นติดต่อกันเกือบทุกวัน ยาวนานกว่าสองสัปดาห์ขึ้นไป ส่งผลให้เกิดอาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ความคิด และ พฤติกรรม จนมีผลรบกวนการทำงานและการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยโรค (International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem Tenth Revision [ICD-10]) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2006) (F32)

สาเหตุของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นความผิดปกติที่ซับซ้อน เกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน รูปแบบทางชีวจิต สังคมทำให้เข้าใจถึงสาเหตุที่ส่งเสริมทำให้เกิดโรคซึมเศร้า งานวิจัยในช่วง 50 ปีที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าไม่ได้มีเพียงสาเหตุเดียวที่จะสามารถอธิบายถึงการเกิดของโรคซึมเศร้าได้ (WHO, 2006)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สามารถแบ่งสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าได้ เป็น 3 ด้านดังนี้

1. ด้านชีวภาพ

1.1 พันธุกรรม มีหลักฐานพบว่าปัจจัยทางด้านพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องอย่างสูงกับ โรคทางอารมณ์ทุกชนิด (ชัชชัย กฤษณะประกรกิจ และนวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, 2546) โดยพบว่า พ่อแม่พี่น้องและลูกหลานของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรงมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 10-15 เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไปซึ่งพบได้ร้อยละ 1-2 หากพ่อและแม่เป็นโรคซึมเศร้า ลูกจะมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 50-75 อย่างไรก็ตาม ปัจจัยทางพันธุกรรมมีบทบาท เพียงบางส่วน เนื่องจากโรคซึมเศร้ายังเกิดขึ้นในกลุ่มบุคคลที่ไม่มีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ยังไม่มีการค้นพบการคาดการณ์ที่ถูกต้องใดๆ เกี่ยวกับทางพันธุกรรม (Genetic) หรือโครโมโซม (Chromosomal) (กรมสุขภาพจิต, 2552; WHO, 2006; NIMH, 2010)

1.2 ด้านชีววิทยา

1.2.1 สารสื่อประสาท (Neurotransmitters) จากการศึกษาหาความผิดปกติในสมอง ของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า พบว่าสารสื่อประสาทในกลุ่มโมโนเอมีนส์ (Monoamines) เช่น ซีโรโทนิน (Serotonin) แคลทีโคลามีนส์ (Catecholamines) มีปริมาณลดลงหรือทำงานน้อยลง แต่ทฤษฎีดังกล่าว

ยังไม่สามารถอธิบายพยาธิสภาพของความผิดปกติทางอารมณ์ได้อย่างสมบูรณ์ เนื่องจากการออกฤทธิ์ของยาและประสิทธิภาพในการควบคุมอาการของโรคไม่สอดคล้องกัน ในขณะที่ยาที่มีผลต่อปริมาณสารสื่อประสาททันที แต่ผลในการยับยั้งอาการของโรคต้องใช้เวลาประมาณ 10-15 วันหลังได้รับยา จึงได้มีการศึกษาขยายผลออกไป พบว่าผู้ที่เป็โรคซึมเศร้ามีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของสมอง (Neurophysiological Deficits Underlying Cognitive Impairments) โดยเฉพาะผลการศึกษากเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสมองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม ซึ่งขึ้นอยู่กับระยะเวลาของอาการป่วย โดยจะปรากฏให้เห็นได้ชัดในผู้ป่วยที่อายุมาก ได้แก่ สมองมีขนาดและน้ำหนักลดลง สมองส่วนฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) มีขนาดเล็กลง มีการเพิ่มขึ้นของกลูโคคอร์ติคอยด์ (Glucocorticoid) มีการทำงานของสารสื่อประสาทโดปามีน (Dopamine) ซีโรโทนิน (Serotonin) และนอร์เอปิเนฟริน (Norepinephrine) ลดลง (นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ, 2548)

1.2.2 ระบบต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine systems) พบมีการหลั่งคอร์ติซอล (Cortisol) มากขึ้น มีความผิดปกติของฮอร์โมนกระตุ้นไทรอยด์ (Thyroid Stimulating Hormone [TSH]) มีการลดลงของฮอร์โมนการเจริญเติบโต (Growth hormone [GH]) ฮอร์โมนเพศ (Follicle Stimulating Hormone [FSH], Luteinizing Hormone [LH], Testosterone) นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับระบบภูมิคุ้มกันที่บกพร่อง (พูนศรี รังสีจิ และคณะ, 2547)

2. ด้านจิตสังคม

2.1 ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Theory [CT]) กล่าวว่า ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า เกิดจากองค์ความคิดที่มีอยู่ในบุคคลนั้นเป็นไปในด้านไม่ดี (Negative Thoughts) ขาดเหตุผล การรับรู้สภาพการณ์ต่างๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผล จึงคิดว่าตนเองไม่ดี กำหนดคุณค่าของตนเองต่ำกว่าความเป็นจริง ใช้ข้อสรุปต่างๆ มาอ้างความคิดของตนเอง จนยากที่จะแก้ไขได้โดยการอธิบายเหตุผล ทำให้เกิดความรู้สึกในด้านไม่ดีกับตนเอง อนาคต และสิ่งแวดล้อม (อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) เมื่อประสบปัญหาที่ใช้วิธีการหลีกเลี่ยงหรือหนีปัญหา เป็นคนเก็บกดอารมณ์ ไม่แสดงออกแม้ในสถานการณ์ที่ควร (กรมสุขภาพจิต, 2552) ส่งผลให้บุคคลแยกตัวจากเพื่อนและสังคม ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับตนเอง คิดหมกมุ่นอยู่กับตนเองในทางลบ ร้องไห้ หดหู่ เศร้า ลักษณะความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมดังกล่าวจะเกิดขึ้นวนเวียนซ้ำไปมาตลอดเวลาเป็นวงจร (Vicious Cycle) จนส่งผลให้บุคคลเกิดความผิดปกติทางจิตได้ในที่สุด (Beck, Steer, and Garbin, 1988; อ้างใน สายฝน เอกวารงกูร, 2553)

2.2 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย ซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud) เชื่อว่าอารมณ์เศร้าเกี่ยวข้องกับ การสูญเสียความสัมพันธ์ (Attachment) ในระยะแรกเกิดจนถึง 18 เดือน (Oral Stage) ทารกจะหลงรักตนเอง (Infantile Narcissism) ถ้ามีเหตุการณ์

ที่ทำให้ทารกผิดหวัง เช่น สัมพันธภาพระหว่างบิดามารดากับทารกไม่ดี จะทำให้เกิดบาดแผลทางใจ (Infantile Trauma) ซึ่งเป็นสาเหตุของอารมณ์เศร้าได้โดยที่เมื่อโตขึ้นอาจจะไม่สามารถจัดการกับการสูญเสียในชีวิต ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า บุคคลจะรับเอาสิ่งที่ตนเองทั้งรักและเกลียดมาไว้ในจิตใจ (Internalization) โดยจิตไร้สำนึกและใช้กลไกทางจิตแบบรับเอาไว้เป็นของตนเอง (Introjections) หันความรู้สึกเกลียดเข้าหาตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกเกลียดตนเองและเกิดอารมณ์เศร้าในที่สุด (พูนศรี รังสิขจิ และคณะ, 2547)

2.3 ทฤษฎีการสูญเสียและความเศร้าโศก (Grief and Loss Theory) กล่าวว่า การสูญเสีย (Loss) เป็นสถานการณ์ที่บุคคลประสบกับความสูญเสียสิ่งที่มีค่า มีความหมาย และมีความสำคัญต่อชีวิตของบุคคล ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียสิ่งที่เห็นได้อย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม (Actual Loss) ได้แก่ การสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิต สูญเสียอวัยวะ สูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย สูญเสียทรัพย์สิน สัตว์ สิ่งของ และการสูญเสียที่เป็นการรับรู้ความรู้สึกซึ่งมีลักษณะเป็นนามธรรม มองเห็นได้ไม่ชัดเจน (Perceive Loss) ได้แก่ การสูญเสียภาพลักษณ์ สูญเสียความรู้สึก ความรัก ความหวัง ความภาคภูมิใจในตนเอง เป้าหมาย ความหมายในชีวิต รวมทั้งการสูญเสียความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยในชีวิต หรือความก้าวหน้าในอาชีพ ส่วนความเศร้าโศก (Grief) เป็นกระบวนการตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional Response) ต่อประสบการณ์การสูญเสียของบุคคล การปรับตัวต่อการสูญเสียจะเกิดขึ้นในกระบวนการเศร้าโศก (Grieving Process) หากบุคคลสามารถผ่านกระบวนการเศร้าโศกได้ก็จะสามารถก้าวผ่านวิกฤติกลับสู่ภาวะปกติได้ ตรงกันข้ามผู้ที่ไม่สามารถผ่านกระบวนการเศร้าโศกไปได้จะนำไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้าในที่สุด โดยทั่วไปปฏิบัติการความเศร้าโศกมักเกิดขึ้นประมาณ 6-12 เดือน แต่บางรายอาจมีระยะยาวไปถึง 3-6 ปี (สายฝน เอกวารงกูร, 2553)

2.4 ทฤษฎีทางสังคม (Social Theory) มองว่าลักษณะสภาพแวดล้อมทางกายภาพ และสังคมแวดล้อม มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของบุคคล โดยลักษณะทางสังคม สิ่งแวดล้อมและสถานการณ์ปัญหา ส่งผลกระทบต่อความแปรปรวนด้านความสมดุลของบุคคล ระดับความรุนแรงของสถานการณ์ และการได้รับการสนับสนุนจากสังคม มีผลต่อความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ผู้ที่สามารถปรับตัวได้กับสิ่งเร้าภายนอกที่เข้ามาคุกคามจะสามารถก้าวผ่านวิกฤติไปได้ ส่วนผู้ที่ไม่สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลง จะส่งผลให้บุคคลเกิดความเครียด วิตกกังวล ล้มเหลวในการปรับตัว รู้สึกผิด ไร้พลัง ไร้ความสามารถ ไร้คุณค่า ไม่มีใครต้องการ รู้สึกเป็นภาระของสังคม หวาดระแวงคนรอบข้าง แยกตัวเองออกจากสิ่งแวดล้อม สังคม และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า (สายฝน เอกวารงกูร, 2553)

นอกจากสาเหตุทางด้านชีวภาพ และจิตสังคมแล้ว ระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้า พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายถึงสองเท่า (พูนศรี รังสิขจิ และคณะ, 2547) สถานภาพนอกสมรส การแยกกันอยู่

การหย่าร้างมีความเสี่ยงสูงสุด ในขณะที่คนโสดและคนที่แต่งงานมีความเสี่ยงต่ำสุด ความเป็นมาของความสัมพันธ์กับอัตราของโรคซึมเศร้าที่สูงขึ้น แต่ความสัมพันธ์ของการแต่งงานและเริ่มมีอาการของภาวะซึมเศร้าอาจจะซับซ้อน และเกี่ยวข้องกับหลายตัวแปร นอกจากนี้ยังพบว่าทุกช่วงวัยมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า อายุที่เริ่มเป็นโรคซึมเศร้าโดยเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 20-40 ปี แต่มีการศึกษามากมายที่ยืนยันว่าโรคซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้ในวัยเด็กและพบมีโรคซึมเศร้าในผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยทางร่างกายสูงถึงร้อยละ 30 (WHO, 2006) โรคทางกายและยาบางชนิดทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ เช่น ไข้หวัดใหญ่ ตับอักเสบ ไทรอยด์ โลหิตจาง เบาหวาน ยาคุมกำเนิดบางชนิด การดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์ ยารักษาโรคหัวใจ ยาลดความดันโลหิตบางประเภท เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต, 2552)

จากที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากหลายสาเหตุที่ส่งเสริมกันทั้งทางด้านชีวภาพ และทางด้านจิตสังคม ไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนว่าสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งทำให้เกิดโรคซึมเศร้า

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการยอมรับ และใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน ได้แก่ เกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, Forth Edition, Text Revision [DSM-IV-TR]) และเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem Tenth Revision [ICD-10]) (กรมสุขภาพจิต, 2552)

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน(DSM-IV-TR) ประกอบด้วยอาการอย่างน้อยหนึ่งข้อของ 1) อารมณ์ซึมเศร้า 2) เบื่อหน่ายไม่มีความสุข และอาการในข้อต่อไปนี้อย่างน้อย 5 อาการร่วมกันอยู่นานอย่างน้อย 2 สัปดาห์โดยมีอาการเป็นส่วนใหญ่ของวันเกือบทุกวัน แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ได้แก่ 1) มีอารมณ์เศร้า ในเด็กและวัยรุ่น อาจเป็นอารมณ์โกรธง่าย 2) ความสนใจ หรือความพึงพอใจในกิจกรรมส่วนใหญ่ หรือทั้งหมดลดลงอย่างมาก 3) น้ำหนักลดลงอย่างมากโดยไม่ตั้งใจอดอาหาร หรือน้ำหนักเพิ่มอย่างมากเพราะกินจุ เช่น มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวมากกว่าร้อยละ 5 ในระยะเวลา 1 เดือน 4) นอนไม่หลับหรือนอนมากกว่าที่เคย 5) การเคลื่อนไหวและความคิดเชื่องช้า หรือกระวนกระวาย อยู่ไม่สุขจนคนอื่นอาจสังเกตได้ 6) รู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยล้าไม่มีเรี่ยวแรง 7) รู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกผิดมากกว่าปกติ 8) สมาธิไม่ได้ คิดไม่ออก หรือตัดสินใจลำบาก 9) มีความคิดเกี่ยวกับการตายหรือการฆ่าตัวตายบ่อยๆ (โดยที่อาจมีการวางแผนหรือไม่มีการวางแผน) หรือพยายามฆ่าตัวตาย โดยที่อาการเหล่านี้ไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยอาการ

แบบผสม (Mixed episode) มีผลกระทบต่อหน้าที่การทำงานและสังคมอย่างมีนัยสำคัญ อาการไม่ได้เกิดจากการใช้สารเสพติดหรือโรคทางกายและไม่ได้เป็นผลจากความเศร้าโศกเสียใจตามธรรมดา (นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ, 2548; สมภพ เรืองตระกูล, 2548; American Psychiatric Association [APA], 2010)

สำหรับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าขององค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem Tenth Revision [ICD-10]) หากเป็นการป่วยครั้งแรกจะแบ่งเป็น 4 ชนิดตามความรุนแรง คือ ระดับเล็กน้อย ผู้ป่วยจะมีระยะเวลาที่เป็นอารมณ์เศร้าอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ไม่เคยมีอาการไฮโปแมเนีย (Hypomania) หรือแมเนีย (Mania) มาก่อน อาการไม่ได้เกิดจากการใช้สารเสพติดหรือโรคทางกายและมีอาการหลักที่ต้องมีอย่างน้อย 2 ข้อต่อไปนี้ คือ 1) อารมณ์เศร้ามากกว่าปกติ เป็นอยู่ตลอดทั้งวันหรือเกือบทุกวัน 2) ขาดความสนใจหรือความสนุกสนานเกี่ยวกับกิจกรรมที่เคย 3) รู้สึกขาดพลังหรืออ่อนล้า และจะต้องมีอาการรองดังต่อไปนี้เพิ่มเติมและเมื่อรวมกับกับอาการหลักแล้วจะต้องมีอย่างน้อย 4 ข้อ คือ 1) ขาดความมั่นใจหรือความภาคภูมิใจในตนเอง 2) ต่ำห็นตนเองโดยไม่มีเหตุผลอันควรหรือรู้สึกผิดมากเกินไปและไม่เหมาะสม 3) มีความคิดเกี่ยวกับความตาย หรือการฆ่าตัวตายซ้ำๆ หรือมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย 4) ความสามารถในการคิดหรือสมาธิลดลง เช่น ไม่กล้าตัดสินใจ 5) มีการเปลี่ยนแปลงของกิจกรรมไปในทางเชื่องช้าหรือกระวนกระวาย 6) มีความผิดปกติของการนอน ได้ทุกรูปแบบ 7) มีความเปลี่ยนแปลงของความอยากอาหารและน้ำหนัก เกณฑ์การวินิจฉัยระดับปานกลาง จะต้องมีอาการหลักและอาการรองรวมกันได้อย่างน้อย 6 ข้อ เกณฑ์การวินิจฉัยระดับปานกลางโดยไม่มีอาการทางจิต จะต้องมีอาการหลักครบทั้งสามข้อ เมื่อรวมกับอาการรองแล้วจะต้องมีอย่างน้อย 8 ข้อ เกณฑ์การวินิจฉัยระดับปานกลางโดยมีอาการทางจิต จะต้องมีอาการหลักครบทั้งสามข้อ เมื่อรวมกับอาการรองแล้วจะต้องมีอย่างน้อย 8 ข้อ ร่วมกับมีอาการหลงผิด (Delusion) หรือประสาทหลอน (Hallucination) หรืออาการง่วงซึมจากภาวะซึมเศร้า (Depressive Stupor) อย่างใดอย่างหนึ่ง แต่ต้องไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยของโรคจิตเภท (Schizophrenia) หรือโรคจิตอารมณ์ (Schizoaffective Disorder) หากเป็นการป่วยครั้งที่สองเป็นต้นไป จะแบ่งเป็นชนิดย่อยตามความรุนแรงเช่นเดียวกัน แต่จะระบุว่าเป็นการป่วยซ้ำไว้ด้วย (พูนศรี รังษิณี และคณะ, 2547)

สำหรับประเทศไทย กรมสุขภาพจิตได้กำหนดแนวทางสำหรับการปฏิบัติงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) เป็นหลัก ซึ่งมีรายละเอียดของเกณฑ์การวินิจฉัยตามรหัสดังต่อไปนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2552)

F32 Depressive episode

จะต้องมีอาการหลัก (Most Typical Symptoms) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่ว่าจะมีอาการน้อย ปานกลาง หรือรุนแรง คือ 1) อารมณ์เศร้า 2) สูญเสียความสนุกสนานเพลิดเพลินและความสนใจ 3) เหนื่อยแรงถดถอย เหนื่อย เพลียง่ายขึ้น และมีกิจกรรมน้อยลง และมีอาการอื่น (Other Symptoms) ร่วม ดังนี้

1. สมาธิและความสนใจลดลง
2. ความมั่นใจ และความภาคภูมิใจในตนเองลดลง
3. รู้สึกผิด และไร้ค่า (แม้ว่าจะซึมเศร้าระดับน้อย)
4. มองอนาคตในทางลบ
5. มีความคิดหรือการกระทำที่ทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตาย
6. การนอนผิดปกติ
7. ความอยากอาหารลดลง

อารมณ์ที่แย่งนั้น มีการเปลี่ยนแปลงบ้างเล็กน้อย วันต่อวัน และมักไม่ตอบสนองกับสิ่งรอบข้าง ระยะเวลาที่เกิดอาการอย่างน้อย 2 สัปดาห์ แต่อาจสั้นกว่านี้ได้หากอาการรุนแรง และเกิดขึ้นเร็วกว่าปกติ ผู้ป่วยอาจมีอาการทางร่างกาย (Somatic Symptoms) ดังต่อไปนี้

1. สูญเสียความสนใจ หรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมที่ปกติเคยสนุกสนาน
2. ขาดปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่อเหตุการณ์หรือสิ่งรอบข้างที่ปกติเคยเพลิดเพลินใจ
3. ตื่นเช้ากว่าปกติ 2 ชั่วโมงหรือมากกว่า
4. อารมณ์เศร้าจะมีมากในตอนเช้า
5. ผู้อื่นสังเกตได้ว่าการเคลื่อนไหวที่เชื่องช้าลง หรือกระวนกระวายมากขึ้น
6. เบื่ออาหารอย่างมาก
7. น้ำหนักลด (ร้อยละ 5 ภายใน 1 เดือน)
8. ความต้องการทางเพศลดลงอย่างมาก

F32.0 Mild Depressive Episode ผู้ป่วยจะต้องมีอาการหลัก (Most Typical Symptoms) อย่างน้อย 2 อาการ ร่วมกับอาการอื่น (Other Symptoms) อย่างน้อย 2 อาการและไม่มีอาการใดที่รุนแรง ระยะเวลาที่เกิดอาการทั้งหมดไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์ และโดยปกติ ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าระดับน้อย จะมีความทุกข์จากอาการและความยากลำบากในการดำเนินงานให้ต่อเนื่องทั้งในงานประจำและกิจกรรมสังคมแต่ก็ยังทำได้ ไม่หยุดจนหมดสิ้น

F32.1 Moderate Depressive Episode ผู้ป่วยจะต้องมี 2 ใน 3 อาการหลัก (Most Typical Symptoms) ร่วมกับอาการอื่น (Other Symptoms) อย่างน้อย 3 อาการ ในอาการทั้งหลายมี 2-

3 อาการที่มีระดับเห็นชัดเจนแต่ไม่สำคัญนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีอาการหลากหลายแสดง ให้เห็น โดยรวม ระยะเวลาที่เกิดอาการทั้งหมดไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์ และโดยปกติ ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า ระดับปานกลาง จะมีความลำบากอย่างมากในการดำเนินงานให้ต่อเนื่องทั้งในงานประจำ งานสังคม และงานบ้าน

F33.2 Severe Depressive Episode ผู้ป่วยจะต้องมีครบ 3 อาการหลัก (Most Typical Symptoms) ร่วมกับอาการอื่น (Other Symptoms) อย่างน้อย 4 อาการ บางอาการควรมีระดับรุนแรง แต่ถ้ามีอาการสำคัญ เช่น ภาวะวุ่นวาย หรือการเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ ผู้ป่วยอาจไม่เต็มใจหรือไม่สามารถบรรยายรายละเอียดของอาการจำนวนมากได้ โดยภาพรวมของอาการที่เกิดขึ้นรุนแรง ระยะเวลาที่เกิดอาการทั้งหมดไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงจะไม่สามารถดำเนินกิจกรรมให้ต่อเนื่องทั้งในงานประจำ งานสังคม และงานบ้าน

กล่าวโดยสรุป เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน ได้แก่ เกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, Forth Edition, Text Revision [DSM-IV-TR]) และเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem Tenth Revision [ICD-10]) ซึ่งมีรายละเอียดในการวินิจฉัยใกล้เคียงกัน สำหรับเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของแพทย์และจิตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขนั้น กรมสุขภาพจิต กำหนดให้ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) เป็นหลัก (กรมสุขภาพจิต, 2552) และโรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย เป็นหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามแบบขององค์การอนามัยโลก (ICD-10)

การบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

ผู้ที่มีแนวโน้มจะป่วยเป็นโรคซึมเศร้า จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยและประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าเพื่อให้การดูแลช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอัตราการฆ่าตัวตายสูง (กรมสุขภาพจิต, 2552) ในการประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า สามารถประเมินได้ 2 วิธี คือ 1) ให้ผู้รับการประเมินเป็นผู้รายงานอาการด้วยตนเอง (Self Report) เครื่องมือที่ได้รับความนิยม เช่น Beck Depression Inventory (BDI), Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D), Children's Depression Inventory (CDI) เป็นต้น 2) ให้ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์เป็นผู้ประเมินและรายงานอาการซึมเศร้า (Professional Report)

เครื่องมือที่ได้รับความนิยม เช่น Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD), Cronholm-Ottosson Depression Scale (CODS) เป็นต้น การเลือกใช้เครื่องมือที่มีความเที่ยงตรงสูง ถูกต้อง ครบคลุม จะทำให้การประเมินมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถวิเคราะห์ วินิจฉัย ตลอดจนวางแผนการดูแลช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง (สายฝน เอกวรังกูร, 2553)

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้องตั้งแต่เริ่มแรก จะมีโอกาสกลับมาเป็นโรคซึมเศร้าได้น้อยกว่าผู้ที่ป่วยอยู่เป็นระยะเวลานานๆ เป็นๆ หายๆ หรือไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมจะรักษาได้ยากและมีโอกาสกลับมาเป็นใหม่ได้สูง จุดประสงค์ในการรักษาโรคซึมเศร้าเพื่อรักษาอาการให้หายขาดหรือบรรเทาอาการ ทำให้อาการดีขึ้นหรือไม่แย่ลงไปกว่าเดิมและเพื่อป้องกันหรือลดอัตราการกลับมาเป็นซ้ำ (นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ, 2548) พบว่าผู้ป่วย ร้อยละ 55-95 จะมีช่วงของการป่วยมากกว่า 1 ครั้ง ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบ 3-4 ครั้งขึ้นไป จำเป็นต้องให้การบำบัดรักษาอย่างยาวนานหรือตลอดชีวิต (พูนศรี รังษิณี และคณะ, 2547) ปัจจุบันมีวิธีการบำบัดรักษาหลายชนิดและหลายรูปแบบ ทางเลือกในการรักษาขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า สภาพปัญหาของแต่ละบุคคล (สายฝน เอกวรังกูร, 2553) ลักษณะทางคลินิก และปัจจัยอื่นๆ เช่น ความพึงพอใจของผู้ป่วย ประสบการณ์ของการรักษาที่ผ่านมา วิธีการรักษาต่างๆ ควรผสมผสานกับการบริหารจัดการทางจิตเวช (APA, 2010)

สมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association [APA], 2010) ได้แนะนำแนวทางในการวางแผนเพื่อการบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยการบริหารจัดการทางจิตเวช คือ 1) การสร้างและรักษาสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เป็นการสร้างความร่วมมือ โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ใส่ใจต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและความวิตกกังวลต่อการรักษา ปัญหาของความไม่ร่วมมือในการรักษาอาจมีสาเหตุจากอาการของภาวะซึมเศร้าเอง 2) การประเมินทางจิตเวชอย่างครบถ้วนถูกต้องสำหรับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า ระบุโรคทางจิตเวชหรือการเจ็บป่วยทางกายอื่นๆ และปรับแผนการรักษาให้ครอบคลุม 3) การประเมินความปลอดภัยของผู้ป่วย การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ความเครียดที่มีอยู่ ปัจจัยปกป้อง ระดับของการดูแลตนเอง การได้รับน้ำและอาหาร ประสิทธิภาพการกระทำรุนแรงหรือการถูกกระทำรุนแรง 4) การกำหนดวิธีการรักษาที่เหมาะสม ควรเป็นวิธีการรักษาที่มีข้อจำกัดน้อยที่สุด เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและส่งเสริมให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น 5) การประเมินการสูญเสียหน้าที่และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพื่อพัฒนาแผนการรักษาให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติหน้าที่ในระดับสูงสุดเท่าที่เป็นไปได้ 6) การประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ 7) การติดตามสถานะทางจิตเวชของผู้ป่วย การตอบสนองในการรักษา โรคร่วมทางจิตเวช โรคร่วมทางกาย เพื่อพัฒนาและปรับปรุงแผนการรักษา 8) การใช้เครื่องมือสำหรับวัดผลของการจัดการทางจิตเวช 9) การเพิ่มความร่วมมือ

ในการรักษา โดยประเมินปัญหาอุปสรรคต่อการรักษาและประสานความร่วมมือกับผู้ป่วยเกี่ยวกับความกลัวและความวิตกกังวลต่อการรักษา ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาในระยะต่างๆ ระยะเวลาของการตอบสนองต่อการรักษา 10) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวด้วยภาษาที่เข้าใจได้ง่ายเกี่ยวกับอาการ การรักษา ความสำคัญของการรับประทานยาต้านเศร้าอย่างต่อเนื่อง การส่งเสริมสุขภาพตนเอง เช่น การออกกำลังกาย สุขนิสัยที่ดีในการนอน โภชนาการที่ดี ลดการสูบบุหรี่ ลดการดื่มแอลกอฮอล์หรือยาเสพติดอื่นๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า สามารถแบ่งวิธีการบำบัดรักษาได้ดังนี้

1. การรักษาด้วยยา (Medication)

การรักษาด้วยยา แนะนำเป็นทางเลือกแรกสำหรับผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และอาจใช้สำหรับผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าระดับรุนแรงที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า เนื่องจากมีประสิทธิภาพ (APA, 2010) ยาต้านเศร้ามีผลต่อการทำหน้าที่ของสมองส่วนที่ควบคุมความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคล มีผลต่อกระบวนการสังเคราะห์ (Synthesis) การส่งผ่าน (Transport) การสะสม (Storage) การปลดปล่อย (Release) การดูดกลับ (Reuptake) หรือการทำลาย (Degradation) สารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitter) ซึ่งมีผลโดยตรงกับการเกิดภาวะซึมเศร้าให้กลับสู่ภาวะสมดุล (สายฝน เอกวรารังกูร, 2553) สถาบันเพื่อความเป็นเลิศทางสุขภาพและคลินิกแห่งประเทศอังกฤษ (National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE]) แนะนำว่าควรพิจารณาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น เช่น อาการข้างเคียง อาการที่ต้องยุติการรักษา ปฏิกริยาจากการใช้ยาร่วมกัน หรือปัญหาทางสุขภาพ (NICE, 2009)

การรักษาด้วยยาแบ่งออกเป็น 3 ระยะตามการดำเนินของโรค

1) ระยะเฉียบพลัน (Acute Phase) มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากอาการและสามารถกลับไปปฏิบัติหน้าที่ได้ดังเดิม (British Columbia Medical Association [BCMA], 2004; Thase, 2003) เป็นการรักษาเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมาพบขณะมีอาการไปจนถึงหายจากอาการ ในระยะนี้ ยาต้านเศร้าได้ผลในการรักษาประมาณร้อยละ 70-80 (มานิช หล่อตระกูล, 2548) โดยทั่วไปจะใช้เวลา 4-8 สัปดาห์หลังการรักษา เพื่อประเมินความเพียงพอของการตอบสนองต่อการรักษา หากผู้ป่วยไม่มีการเปลี่ยนแปลงของอาการ หรือเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย ควรพิจารณาเปลี่ยนแผนการรักษา (APA, 2010) ในผู้ป่วยที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ควรนัดติดตามหลังจากเริ่มการรักษาด้วยยาต้านเศร้า 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นนัดติดตามอย่างสม่ำเสมอทุก 2-4 สัปดาห์ในช่วง 3 เดือนแรก และนัดห่างขึ้นหากมีการตอบสนองต่อการรักษาดี ส่วนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

หรืออายุน้อยกว่า 30 ปี ควรนัดติดตามหลังเริ่มการรักษาด้วยยานาน 1 สัปดาห์ และหลังจากนั้นพิจารณาความถี่ในการนัดตามความเหมาะสม (NICE, 2009)

2) ระยะต่อเนื่อง (Continuation Phase) ผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จต่อการรักษาด้วยยาในระยะเฉียบพลัน ควรรับประทานยาในขนาดเดิมต่อไปอีก 4-9 เดือน (APA, 2010) พบว่าหากหยุดการรักษาก่อนนี้ ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการกำเริบ (relapse) สูงมาก เมื่อครบกำหนดเวลาแล้วจึงค่อยๆ ลดขนาดลงช้าๆ จนหยุดการรักษา ใช้เวลาประมาณ 6-8 สัปดาห์ (มานิช หล่อตระกูล, 2550) การหยุดทันทีอาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงได้ ดังนั้น จึงควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด (กรมสุขภาพจิต, 2552) ระยะนี้ควรติดตามประเมินอาการผู้ป่วย อาการข้างเคียงจากการรักษา ความร่วมมือ ระดับความสามารถในการทำหน้าที่ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบ ผู้ป่วยควรได้รับการแนะนำว่าไม่ให้หยุดยาเองและให้รับประทานยาสม่ำเสมอ ความรู้ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การเข้ารับการรักษาเมื่อมีอาการกลับเป็นซ้ำ และหลังจากหยุดยาแล้ว ผู้ป่วยควรได้รับการติดตามอีกเป็นเวลาหลายเดือน (APA, 2010)

3) ระยะคงสภาพ (Maintenance Phase) พิจารณาให้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ (Recurrence) สูง ได้แก่ มีประวัติการกลับเป็นซ้ำหรือไบโพลาร์ (Bipolar) ในญาติใกล้ชิด (First-Degree Relative) มีประวัติกลับเป็นซ้ำภายใน 1 ปีหลังจากหยุดการรักษา เริ่มมีอาการครั้งแรกขณะอายุน้อย (ต่ำกว่า 20 ปี) มีอาการที่เป็นเร็ว รุนแรง หรืออันตรายต่อผู้ป่วยมา 2 ครั้งภายในช่วงเวลา 3 ปี ระยะเวลาให้ยาป้องกันควรนานอย่างน้อย 2-3 ปี จากนั้นจึงประเมินซ้ำว่าควรให้ยาป้องกันต่ออีกหรือไม่ ถ้าเป็นมากกว่า 3 ครั้งควรให้ยานานอย่างน้อย 5 ปี (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์สุคนิษฐ์, 2548) ผู้ป่วยที่ได้รับยาป้องกัน พบว่าส่วนน้อยอาจเกิดอาการเหมือนเดิมอีก บางคนเกิดอาการอีกแต่เป็นน้อยและเป็นแค่ช่วงสั้นๆ บางคนอาจไม่เป็นอีก การให้ยาในขนาดเดิมหรือใกล้เคียงกับขนาดเดิมจะป้องกันได้ดีกว่าการลดขนาดมาเป็นขนาดต่ำ (มานิช หล่อตระกูล, 2550)

การยุติการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้เวลานานกว่า 4 สัปดาห์ เพื่อให้เกิดอาการที่เป็นผลจากการหยุดยาน้อยที่สุด ควรลดขนาดลงอย่างช้าๆ หรือเปลี่ยนเป็นยาที่มีค่าครึ่งชีวิตยาวนานกว่า ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำและให้ความมั่นใจเกี่ยวกับอาการที่อาจเกิดขึ้นจากการหยุดยามีมักเป็นอาการที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยและเป็นอยู่ประมาณ 1 สัปดาห์ ให้ความรู้ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การรักษาเมื่อมีอาการกลับเป็นซ้ำ และหลังจากหยุดยาผู้ป่วยควรได้รับการติดตามอีกเป็นเวลาหลายเดือน (APA, 2010; NICE, 2009)

ยาด้านเศร้าที่ใช้ในการรักษา แบ่งออกเป็น 4 ประเภทใหญ่ (มานิช หล่อตระกูล, 2550) ได้แก่

1) กลุ่มไตรไซคลิก (Tricyclic) ออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลาง ยับยั้งการดูดกลับของสารสื่อประสาทนอร์อิพิเนพริน (Norepinephrine) และซีโรโทนิน (Serotonin) (กรมสุขภาพจิต, 2552) ยากลุ่มนี้ได้แก่ อิมิพรามิน (Imipramine) อมิทริปไทลีน (Amitriptyline) นอร์ทริปไทลีน (Nortriptyline) โคลมิพรามิน (Clomipramine) และโดเซพีน (Doxepine) ถูกดูดซึมได้ดีในระบบทางเดินอาหาร ระดับของยาสูงสุดภายใน 1-6 ชั่วโมง มีค่าครึ่งชีวิต 10-90 ชั่วโมง โดยเฉลี่ยประมาณ 24 ชั่วโมง ดังนั้นการที่ระดับยาในพลาสมาจะคงที่ควรใช้เวลาอย่างน้อย 5-7 วัน และสามารถให้ยาเพียงครั้งเดียวต่อวันได้ (มานิช หล่อตระกูล, 2550) อาการข้างเคียงที่พบได้บ่อย คือ ปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก ลูกแล้วหน้ามืด (Postural Hypotension) (นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ, 2548) ง่วงซึม การค่อยๆ ปรับขนาดยาโดยเริ่มจากการขนาดต่ำ อาจเริ่มจาก 50 มิลลิกรัมต่อวัน ให้วันละครั้งในมื้อเย็นหรือก่อนนอน จะทำให้ผู้ป่วยทนต่อการได้ดื่กว่า หลังจากนั้นเพิ่มขนาดยาครั้งละ 25-50 มิลลิกรัม ทุก 3-5 วัน หลังจาก 1 สัปดาห์ไปแล้ว ผู้ป่วยควรได้ยาในขนาด 75 มิลลิกรัม หากอาการข้างเคียงไม่มาก สามารถเพิ่มได้จนถึง 150 มิลลิกรัม ใน 2 สัปดาห์ หากผู้ป่วยยังมีอาการอยู่ให้ปรับขนาดยาได้จนถึง 200-250 มิลลิกรัมต่อวัน ในผู้ป่วยที่ได้รับยาในขนาดสูงนานเกิน 3 เดือน ควรค่อยๆ ลดขนาดยาลง การหยุดยาทันทีอาจทำให้เกิดอาการถอนยา (Withdrawal Syndrome) เช่น อาการวิงเวียนศีรษะ หนาวสั่น นอนไม่หลับ ท้องไส้ปั่นป่วน (มานิช หล่อตระกูล, 2550)

2) กลุ่มโมโนเอมีน (Monoamine Oxidase Inhibitor) ที่มีใช้ในประเทศไทย ได้แก่ โมโคลบีไมด์ (Moclobemide) (มานิช หล่อตระกูล, 2550) ออกฤทธิ์ในการยับยั้งโมโนเอมีนออกซิเดส เอ และ บี (Monoamine Oxidase A & B) ในระบบประสาทส่วนกลาง ไม่ค่อยนิยมใช้เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงในการเกิดความดันโลหิตสูงวิกฤติ (Hypertensive Crisis) หากผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีไทรามิน (Tyramine) ร่วมด้วย ดังนั้นผู้ป่วยต้องหลีกเลี่ยง ไวน์แดง เบียร์ ยีสต์ เนยแข็ง (พูนศรี รังษิณี และคณะ, 2547)

3) กลุ่มยับยั้งการดูดกลับของสารสื่อประสาทซีโรโทนิน (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors [SSRI]) ออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดกลับเฉพาะซีโรโทนิน (Serotonin) เท่านั้น ทำให้ระดับของซีโรโทนิน (Serotonin) ในช่องว่างระหว่างเซลล์ประสาท (Synapse) เพิ่มขึ้น (พูนศรี รังษิณี และคณะ, 2547) ยาในกลุ่มนี้มีด้วยกันทั้งหมด 5 ชนิด ได้แก่ ฟลูออกซีทีน (Fluoxetine), ฟลูออกซามีน (Fluvoxamine), พารอกซีทีน (Paroxetine), เซอทราลีน (Sertraline) และซิทาโลแพรม (Citalopram) (มานิช หล่อตระกูล, 2550) ควรพิจารณาเลือกใช้เป็นกลุ่มแรก เนื่องจากได้ผลดีเทียบเท่ากับยาอื่นแต่มีผลข้างเคียงต่ำ (NICE, 2009) ถูกดูดซึมได้ดีในระบบทางเดินอาหาร ระดับ

ของยาสูงสุดภายใน 4-8 ชั่วโมง มีค่าครึ่งชีวิตนานประมาณ 7 วัน การใช้ยาในขนาดที่สูงไม่ได้ทำให้เกิดผลในการรักษาเพิ่มขึ้น (Flat Dose Response Curve) แต่อาจทำให้อาการเลวลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่เพิ่มขึ้น ควรคงยาที่ขนาดในการรักษาไว้ประมาณ 4 สัปดาห์ หากไม่ได้ผลจึงพิจารณาเพิ่มขนาดยา หากมีการตอบสนองบ้างอาจรอต่อไปอีก 2 สัปดาห์ (มาโนช หล่อตระกูล, 2550) อาการข้างเคียงที่พบได้ เช่น ท้องเสีย เบื่ออาหาร และการตอบสนองทางเพศช้า (Slow Sexual Response) (นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ, 2548)

4) ยาด้านเซร่ากลุ่มใหม่ (New Generation) ได้แก่

1. ยากลุ่มยับยั้งการดูดกลับของซีโรโทนินและนอร์อิพิเนพริน (Serotonin Norepinephrine Selective Reuptake Inhibitors [SNRIs]) ที่มีอยู่ในปัจจุบันคือ เวนลาแฟกซิน (Venlafaxine) เดสเวนลาแฟกซิน (Desvenlafaxine) ดูโลเซทีน (Duloxetine) (APA, 2010) ในขนาดต่ำกว่า 150 มิลลิกรัมต่อวัน จะออกฤทธิ์เด่นต่อระบบซีโรโทนิน (Serotonin) ในขนาดสูง จะออกฤทธิ์ต่อระบบนอร์อิพิเนพริน (Norepinephrine) และหากในขนาดสูงขึ้นไปอีกจะออกฤทธิ์ต่อระบบโดปามีน (Dopamine) การตอบสนองต่อยาจะเร็วกว่ายากลุ่มยับยั้งการดูดกลับของสารสื่อประสาทซีโรโทนิน (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors [SSRI]) และอาจดีกว่า สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง เนื่องจากการตอบสนองต่อการรักษาจะเพิ่มขึ้นเมื่อให้ยาในขนาดที่เพิ่มขึ้น ฤทธิ์ข้างเคียงที่อาจพบได้แก่ คลื่นไส้ นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ และอาจพบ อาการเหงื่อออกได้ ในขนาดสูงกว่า 125 มิลลิกรัมต่อวัน อาจพบความดันโลหิตสูงขึ้นได้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2550)

2. ยากลุ่มยับยั้งการดูดกลับของนอร์อิพิเนพรินและโดปามีน (Norepinephrine and Dopamine Selective Reuptake Inhibitors) ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ บูโพรเพียน (Bupropion) นิยมใช้รักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไบโพลาร์ (Bipolar Depression) อาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยได้แก่ คลื่นไส้ ปวดศีรษะ มือสั่น วิดกกังวล นอนไม่หลับ เหงื่อออก หากให้ยาในขนาดที่สูงอาจพบอาการชักได้ หากใช้ในผู้ป่วยโรคจิตอาจกระตุ้นให้อาการโรคจิตกำเริบได้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2550)

2. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electro Convulsive Therapy [ECT])

เป็นการรักษาแบบเฉียบพลันในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต และต้องการการตอบสนองต่อการรักษาอย่างรวดเร็ว หรือใช้ในรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาอื่นๆ (NICE, 2007) เป็นทางเลือกสุดท้ายของการบำบัดรักษา มุ่งเน้นการปรับสมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง โดยใช้กระแสไฟฟ้าเป็นตัวบำบัด เป็นการรักษาทางด้านร่างกาย (สายฝน เอกวรังกูร, 2553) การรักษาด้วยไฟฟ้าไม่ได้ช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ดังนั้น จึงควรให้การรักษาด้วยยาต่อหลังจากผู้ป่วยอาการดีขึ้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดแนะนำการใช้ลิเทียม (Lithium) ร่วมกับนอร์ทริปไทลีน (Nortriptyline) (APA, 2010)

3. การบำบัดทางจิต (Psychotherapy)

แนะนำการบำบัดทางจิตสำหรับผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (APA, 2010) เป็นกระบวนการช่วยเหลือที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการลดภาวะซึมเศร้า รวมทั้งการจัดการความเครียดและป้องกันโรคซึมเศร้าของบุคคลในระยะยาว เป้าหมายของการบำบัดเพื่อช่วยให้บุคคลมองเห็น รู้จัก เข้าใจตนเองอย่างถูกต้องและชัดเจนตามสภาพความเป็นจริง เข้าใจสาเหตุของปัญหา สามารถแก้ไขปัญหผ่านกระบวนการคิด เพิ่มขีดความรู้ความสามารถในการวิเคราะห์ แยกแยะสถานการณ์ชีวิตให้เป็นไปในแนวทางที่เหมาะสม นำบุคคลไปสู่วิธีการให้ความหมายและให้คุณค่ากับชีวิตตนเอง เกิดคุณภาพทางสุขภาพ เกิดความสุขและความพึงพอใจจากการกระทำของตนเอง (สายฝน เอกวรังกูร, 2553) แนวทางการบำบัด ได้แก่

3.1 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy [CBT]) ซึ่งพัฒนาโดย เอรอน เบค (Aron Beck) มีขั้นตอนของการรักษาเริ่มจาก 1) การหาความคิดอัตโนมัติ (Eliciting Automatic Thought) 2) การทดสอบว่าความคิดนั้นถูกต้องหรือเป็นไปได้หรือไม่ (Testing Accuracy and Viability) 3) การแทนด้วยวิธีการคิดใหม่ที่เหมาะสมตามความเป็นจริง (Developing Realistic Alternatives) 4) การค้นหาและท้าทายแบบแผนการแปลข้อมูลที่ไม่เหมาะสม (Identifying and Challenging Maladaptive Schemata) การรักษาแบบนี้มีเป้าหมายที่สำคัญอยู่สองระดับคือ ระดับแรกช่วยลดความเครียด (Stress) หรืออาการของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการจำแนก ประเมิน และเปลี่ยนแปลงกระบวนการนึกคิดที่ไม่เหมาะสม และในขั้นที่สอง ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในสาระสำคัญของความคิดอ่านของตนที่เป็นจุดอ่อน เพื่อดัดแปลงแก้ไขให้เป็นการคิดอ่าน ความเชื่อหรือทัศนคติที่เหมาะสม (จันทิมา องค์กรโฆยิต, 2545; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550) จากการติดตามผู้ป่วยที่ระยะเวลา 18 เดือนหลังจากได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม หรือการบำบัดโดยสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล มีรายงานว่าผู้ป่วยสามารถสร้างและดำรงสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ยอมรับและเข้าใจสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าของตนเองอย่างมีนัยสำคัญ (Blatt et al, 2000)

3.2 การบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior Therapy) คือ การบำบัดที่เน้นการแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่ต้องการโดยมีรากฐานอยู่บนทฤษฎีเกี่ยวกับการเรียนรู้ คือ อาการหรือพฤติกรรมต่างๆ นั้น มีการเรียนรู้ได้ วิธีการรักษาจะมีการกำหนดเป้าหมายชัดเจนว่าต้องการจำกัดพฤติกรรมใดหรือต้องการพฤติกรรมแบบใด แล้วจึงวางแผนการรักษา เช่น การให้แรงจูงใจทางบวกเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ต้องการ การเรียนรู้โดยการสังเกตและทำตามผู้อื่น เป็นต้น (พูนศรี รังสีจิ และคณะ, 2547)

3.3 การบำบัดแบบสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Therapy [IPT]) เป็นการบำบัดที่มุ่งให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและผู้อื่นดีขึ้น ไม่เน้นถึงความขัดแย้งภายในจิตใจ (สายฝน เอกวรังกูร, 2553) ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแยกแยะและแก้ไขปัญหามีกับผู้อื่น

โดยเน้นทักษะการสื่อสาร (Communication Skills) และให้ความสนใจต่อเรื่องปัจจุบัน ไม่ใช่อุดมคติ บุคลิกภาพ หรือแหล่งกำเนิดของปัญหา โดยปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่นแบ่งได้เป็น 1) การมีข้อวิวาทกับผู้อื่น (Interpersonal disputes) 2) การเปลี่ยนแปลงบทบาท (Role Transition) 3) ความเศร้าโศกจากการสูญเสีย (Grief) 4) การขาดความสัมพันธ์กับผู้อื่น (Interpersonal Deficits) (จันทิมา องค์โมษิต, 2545) พบว่าการบำบัดแบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีประสิทธิภาพในการรักษาหญิงตั้งครรภ์ และหญิงหลังคลอดที่เป็นโรคซึมเศร้า (Cho et al, 2008)

3.4 จิตบำบัดแบบจิตพลวัต (Psychodynamic Psychotherapy) เป็นการบำบัดทางจิตที่ครอบคลุมทั้งระยะสั้นและระยะยาว เริ่มมาจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ที่เชื่อว่าปัญหาทางจิตใจเป็นผลมาจากความขัดแย้งที่สะสมมาตั้งแต่วัยเด็ก เกี่ยวข้องกับความรู้สึกผิด ละอาย ความสัมพันธ์กับผู้อื่น การจัดการกับความวิตกกังวล การเก็บกด และไม่สามารถยอมรับได้ ทำให้เกิดความบกพร่องต่อพัฒนาการทางด้านจิตใจ ส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความมั่นคงของจิตใจ การควบคุมอารมณ์ของตนเอง (APA, 2010) ในผู้ป่วยที่ไม่ประสบความสำเร็จในการรักษาด้วยยา การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การบำบัดแบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การกระตุ้นทางพฤติกรรมและการบำบัดแบบคู่สมรส ควรพิจารณาการบำบัด แบบจิตพลวัตระยะสั้น (Short-Term Psychodynamic Psychotherapy) (NICE, 2009) สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง อย่างไรก็ตาม ยังมีการศึกษาจำนวนน้อยเกี่ยวกับประสิทธิภาพของจิตบำบัดแบบจิตพลวัตสำหรับผู้ที่ เป็นโรคซึมเศร้าในระยะเฉียบพลันเมื่อเทียบกับจิตบำบัดรูปแบบอื่นๆ (APA, 2010)

3.5 การบำบัดคู่สมรสและการบำบัดครอบครัว (Marital Therapy and Family Therapy) มีพื้นฐานมาจากความคิดที่ว่าครอบครัวเป็นระบบหนึ่งซึ่งมีส่วนทำให้เกิดการเจ็บป่วย และมีส่วนทำให้การเจ็บป่วยนั้นดำรงอยู่ ความเจ็บป่วยที่เกิดกับสมาชิกในครอบครัว จะมีผลต่อสมาชิกคนอื่นๆ ทุกคน ครอบครัวที่ไม่สามารถปรับตัวได้ตามวงจรชีวิต หรือเมื่อมีวิกฤติเข้ามากระทบก็จะทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความผิดปกติขึ้นมาได้ เป้าหมายของการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากอาการที่เป็นหรือมีอาการดีขึ้นมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (พูนศรี รังสีขจี และคณะ, 2547) และเพื่อปรับปรุงระบบการทำงานของครอบครัวให้ดีขึ้น ไม่ใช่เพื่อทำให้ครอบครัวกลายเป็นครอบครัวที่สมบูรณ์แบบ หรือครอบครัวในอุดมคติ (ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ, 2545) ปัญหาคู่สมรส และปัญหาครอบครัวเป็นสาเหตุที่พบได้ทั่วไปในโรคซึมเศร้า การรักษาโรคซึมเศร้าจึงต้องแก้ไขปัญหเหล่านี้ด้วย มีการบำบัดรูปแบบนี้จำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่ามีประสิทธิภาพสำหรับการรักษาโรคซึมเศร้า (APA, 2010)

3.6 การบำบัดโดยการจัดการกับปัญหา (Problem-Solving Therapy) เป็นแนวทางการรักษาช่วงสั้นๆจำนวน 6-12 ครั้ง มักดำเนินการโดยพยาบาลหรือนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อป้องกัน

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และรักษาผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย ใช้ร่วมกับการบำบัดทางปัญญา การบำบัดแบบสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคล มีการรายงานว่าช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น (APA, 2010)

3.7 การบำบัดแบบกลุ่ม (Group Therapy) เป็นการบำบัดทางด้านจิตสังคมรูปแบบหนึ่งโดยการนำสมาชิกรวมกัน มีผู้บำบัดเป็นผู้นำกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แบ่งปันประสบการณ์เกิดภาวะการหยั่งรู้ในตนเอง (Personal Insight) และปรับปรุงวิธีการแก้ไขปัญหาให้เข้มแข็งมากยิ่งขึ้น (ภัทรภรณ์ หุ่นปันคำ, 2551) มีหลักฐานเชิงประจักษ์บางส่วนที่สนับสนุนว่าการบำบัดแบบกลุ่มสามารถใช้ได้ดีโดยมีค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่าผู้บำบัด 1-2 คน สามารถที่จะรักษาผู้ป่วยจำนวนมากได้พร้อมกัน แต่มีความยากลำบากในการทำกลุ่ม (APA, 2010)

4. การบำบัดทางจิตร่วมกับการรักษาด้วยยา (Combining Psychotherapy and Medication)

อาจใช้สำหรับการรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรงในระยะแรก และยังมีประโยชน์สำหรับผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อยที่มีปัญหาทางจิตสังคม สัมพันธภาพ ความขัดแย้งทางจิต หรือมีความผิดปกติอื่นๆ ร่วมด้วย และแนะนำการทำจิตบำบัดร่วมกับการรักษาด้วยยาเพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบในระยะต่อเนื่อง หลักฐานเชิงประจักษ์ที่พบว่าดีที่สุด คือ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) (APA, 2010)

เนื่องจากอาการซึมเศร้าเกิดได้จากทั้งการมีปัญหาด้านจิตสังคมและการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง ดังนั้น การรักษาโรคซึมเศร้าที่ดีที่สุดคือ การรักษาทางการแพทย์ร่วมกับการรักษาทางจิตใจ ในการรักษาทางการแพทย์ ประกอบด้วย การให้ยาต้านเศร้า การรักษาด้วยไฟฟ้า ในรายที่มีอาการรุนแรง การให้ยาต้านโรคจิตในรายที่มีอาการหลงผิด ประสาทหลอนร่วมด้วย ส่วนการรักษาทางจิตใจ ประกอบด้วย จิตบำบัด การให้การปรึกษา การเรียนรู้ทักษะต่างๆ (กรมสุขภาพจิต, 2552) ในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยแนะนำการออกกำลังกายและการดูแลตนเอง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางแนะนำการทำจิตบำบัด ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรงแนะนำการรักษาด้วยยา การทำจิตบำบัด และการสนับสนุนทางสังคม สำหรับรายที่ต่อต้านการบำบัดรักษา กลับเป็นซ้ำ มีอาการทางจิตเวชหรือเสี่ยงต่อชีวิต แนะนำการรักษาด้วยยา จิตบำบัดแบบซับซ้อน การบำบัดแบบร่วม และการรักษาด้วยไฟฟ้า (National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2009)

สรุปได้ว่าแนวทางในการบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าประกอบด้วย 1) การรักษาด้วยยา 2) การรักษาด้วยไฟฟ้า 3) การบำบัดทางจิต 4) การบำบัดทางจิตร่วมกับการรักษาด้วยยา ทางเลือกในการรักษาขึ้นอยู่กับลักษณะทางคลินิก ความพึงพอใจของผู้ป่วย ประสบการณ์ของการรักษาที่ผ่านมา ระดับความรุนแรงของโรคและสภาพปัญหาของแต่ละบุคคล โดยมีจุดประสงค์เพื่อรักษาอาการให้หายขาดหรือบรรเทาอาการ ทำให้อาการดีขึ้นหรือไม่แย่ลงไปกว่าเดิม และเพื่อ

ป้องกันหรือลดอัตราการกลับมาเป็นซ้ำ การรักษาด้วยยาได้รับการแนะนำให้เป็นแนวทางแรกของการรักษาผู้ที่เป็โรคซึมเศร้า เนื่องจากพบว่ามีประสิทธิภาพในการช่วยให้หายจากอาการ และสามารถกลับมาปฏิบัติหน้าที่ได้ดังเดิม (Akincigil et al, 2007) และความสำเร็จในการรักษาด้วยยาขึ้นอยู่กับความร่วมมือของผู้ป่วย แต่ปัญหาที่พบบ่อยในการรักษาด้วยยาคือ ความไม่ร่วมมือในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และเกิดผลกระทบเชิงลบตามมา

ผลกระทบจากความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาของโรคซึมเศร้า

การรักษาโรคซึมเศร้า มีจุดประสงค์เพื่อรักษาอาการให้หายขาดหรือบรรเทาอาการ ทำให้อารมณ์ดีขึ้นหรือไม่แย่ลงไปกว่าเดิม ป้องกันหรือลดอัตราการกลับมาเป็นซ้ำ (นิพัทธ์ กาญจนธนาธิศ, 2548)

การรักษาด้วยยาได้รับการแนะนำให้เป็นแนวทางแรกของการรักษาผู้ที่เป็โรคซึมเศร้า เนื่องจากพบว่ามีประสิทธิภาพในการช่วยให้หายจากอาการ และสามารถกลับมาปฏิบัติหน้าที่ได้ดังเดิม (Akincigil et al, 2007) ถึงแม้ว่าการรักษาด้วยยาเป็นสิ่งที่สำคัญแต่มีหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่าผู้ที่เป็โรคซึมเศร้ามีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาค่ำ (Sawada et al, 2009) พบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 20-50 ที่ไม่ได้รับประทานยาตามที่สั่ง รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หรือไม่ร่วมมือในการรักษา (Kripalani et al, 2007) มีผู้ป่วยร้อยละ 30-83 หยุดรับประทานยาด้านเศร้าก่อนถึงระยะเวลาที่กำหนด ร้อยละ 21 หยุดรับประทานยาภายใน 2 สัปดาห์หลังจากเริ่มมีการสั่งใช้ยา (Aikens et al, 2005) ร้อยละ 27.2 หยุดรับประทานยาในเดือนแรกของการรักษา และร้อยละ 46.0 หยุดรับประทานยาในเดือนที่ 3 ของการรักษา (Sawada et al, 2009) มีผู้ป่วยเพียงประมาณร้อยละ 50 ที่ยังคงรับประทานยาต่อจนถึง 4 เดือน (Aikens et al, 2005) มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 44.3 ที่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องนาน 6 เดือน (Sawada et al, 2009) การหยุดรับประทานยาก่อนกำหนด ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบ (Relapse) (Aikens et al, 2005) พบว่ามีผู้ที่เป็โรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 50 ที่ได้รับการส่งต่อจากหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อไปรับการดูแลรักษาแบบเฉพาะเนื่องจากความล้มเหลวในการรักษา (Trivedi et al, 2007)

ความไม่ร่วมมือในการรักษามีหลายลักษณะ เช่น ไม่รับประทานยา รับประทานยาไม่ครบตามขนาด รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ไม่ปฏิบัติตามคำสั่ง หรือไม่มาตามนัด ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนจะมีลักษณะแตกต่างกันไป ข้อสังเกตประการหนึ่งคือ เมื่อผู้รักษาพบผู้ป่วยมีปัญหาลักษณะนี้ก็จะเกิดความรู้สึกในทางลบ มองว่าเป็นผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการรักษา แต่ความเป็นจริงแล้วผู้ป่วยมักไม่ได้ปฏิเสธการรักษาไปทั้งหมด แต่อาจไม่ร่วมมือเป็นบางเรื่อง เช่น แพทย์สั่งให้รับประทานยาสามมื้อ

ก็อาจรับประทานสองมือ แต่ก็ควบคุมอาหารอย่างเคร่งครัดตามแพทย์สั่ง หรือรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งทุกมือยกเว้นมือก่อนนอนเพราะเข้าใจว่าเป็นยานอนหลับ และมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่แพทย์ไม่ทราบว่าความจริงแล้วผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาหรือไม่ได้ปฏิบัติตามที่ผู้รักษาสั่ง ทั้งๆ ที่ยังคงมาตามนัด เพราะผู้รักษาไม่ได้ตระหนักหรือสอบถามเรื่องนี้ หรือผู้ป่วยปิดบังไม่ได้บอกตามความจริงเพราะเกรงจะถูกตำหนิ เกรงว่าจะไม่ได้รับการรักษาต่อความไม่ร่วมมือในการรักษาอาจเป็นเพียงบางช่วง ในขณะที่บางเวลาก็ปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด ซึ่งอาจกล่าวในเชิงทฤษฎีว่า การไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยนั้น เป็นภาวะที่ไม่คงที่ตายตัว หากแต่มีการเปลี่ยนแปลงไปมาได้ตามแต่การรับรู้ ความคาดหวังของผู้ป่วย สภาพแวดล้อม และท่าทีของผู้รักษา เป็นต้น (มาโนช หล่อตระกูล, 2544)

สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา หรือรับประทานยาไม่ครบ เช่น สาเหตุจากตัวผู้ป่วยเองที่มีความท้อแท้ หดหู่ หรือซึมเศร้า เชื่อการรักษาวิธีอื่นมากกว่า เชื่อคำแนะนำของคนใกล้ชิด ไม่ชอบรับประทานยา ไม่ชอบพินยา พึงแพทย์ไม่เข้าใจ ไม่กล้าถาม ปฏิเสธความจริง ไม่เข้าใจเหตุผลของการรักษา รู้สึกอับอายที่ต้องรับประทานยา มีความจำเป็นในการหาเลี้ยงครอบครัว รู้สึกว่าได้ประโยชน์จากการเจ็บป่วย สาเหตุจากยา ได้แก่ การใช้ยาหลายชนิด การรับประทานยาตามสั่งลำบาก มีอาการข้างเคียงมาก กลัวคิดยา ค่ายาแพง สาเหตุจากตัวโรค ได้แก่ เป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หาย โรคเป็นๆ หายๆ บางช่วงไม่มีอาการ ผู้ป่วยจึงเข้าใจว่าหายแล้ว ป่วยเป็นโรคเรื้อรังหลายโรค สาเหตุจากแพทย์ ได้แก่ อธิบายไม่ชัดเจน ขัดแย้งกันเอง ท่าทางไม่น่าเชื่อถือ ไม่สนใจผู้ป่วย ผู้ป่วยมาพบแพทย์ลำบาก ผู้รักษาหลายคน เป็นต้น (ชวัชชัย ฤกษ์ณะประกรกิจ และนวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, 2546; มาโนช หล่อตระกูล, 2550)

ความไม่ร่วมมือในการรักษาเป็นปัญหาที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ โดยเฉพาะในผู้ที่ป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายขาด โรคเรื้อรัง โรคที่หายช้า ต้องรับประทานยานานหลายเดือนหรือเป็นปี ความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาทำให้เกิดผลกระทบต่างๆ ดังนี้

1. ทำให้การรักษาไม่ประสบผลสำเร็จ โรคหายช้า เกิดอาการกำเริบ เกิดการดื้อยา (มาโนช หล่อตระกูล, 2544) รักษาได้ยากและมีโอกาสกลับมาเป็นใหม่ได้สูง (นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ, 2548) จากการทดลองทางคลินิก พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาด้วยยาหรือการใช้ยาหลอกมีการพยากรณ์โรคแย่กว่ากลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา รวมทั้งการพยากรณ์ถึงผลลัพธ์ที่ดีกว่า (Osterberg and Blaschke, 2005)

2. ทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ ในประเทศสหรัฐอเมริกา ความร่วมมือที่ไม่ดีต่อการรักษาด้วยยาทำให้เกิดค่าใช้จ่ายประมาณหนึ่งแสนล้านดอลลาร์ต่อปี (Osterberg and Blaschke, 2005; Akincigil et al, 2007)

2.1 การที่ต้องใช้ยาหรือการรักษาที่ยู้งยากมากขึ้น ในประเทศสหรัฐอเมริกา ความร่วมมือที่ไม่ดีต่อการรักษาด้วยยาส่งผลอย่างมีนัยสำคัญสำหรับโรคที่แย่ง การเสียชีวิต และเพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลร้อยละ 33-69 เนื่องจากความร่วมมือที่ไม่ดีในการรักษาด้วยยา (Osterberg and Blaschke, 2005)

2.2 ผู้ป่วยมีความพร่อง ทำให้คุณภาพการทำงานด้อยลง (Impair Performance) สูญเสียผลิตภาพ (Productivity) และมีคุณภาพชีวิตที่แย่ง (มาโนช หล่อตระกูล, 2554; Akincigil et al, 2007; WHO, 2006)

3. ทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย จากการประเมินผลโครงการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2548 ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต ซึ่งมีจังหวัดต่างๆ เข้าร่วมโครงการทั่วประเทศรวม 76 จังหวัด พบมีอัตราการทำร้ายตนเองในปี พ.ศ. 2547 เท่ากับ 41.1 ต่อประชากรแสนคน และในปี พ.ศ. 2548 เท่ากับ 27.9 ต่อประชากรแสนคน มีอัตราการฆ่าตัวตายในปี พ.ศ. 2547 เท่ากับ 6.9 ต่อประชากรแสนคน และปี พ.ศ. 2548 เท่ากับ 6.3 ต่อประชากรแสนคน พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 35.9 มีการทำร้ายตนเองมีผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและทำร้ายตนเองจนเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 13.6 (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ราชนครินทร์, 2551)

4. เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ การใช้สุราหรือยาเสพติด (WHO, 2006) สรุปได้ว่าการรักษาด้วยยาเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ที่เป็โรคซึมเศร้า และความสำเร็จในการรักษาด้วยยาขึ้นอยู่กับความร่วมมือของผู้ป่วย แต่ปัญหาที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติคือความไม่ร่วมมือในการรักษาส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดผลกระทบเชิงลบ ได้แก่ การเกิดอาการกำเริบ การฆ่าตัวตาย มีความพร่อง มีคุณภาพชีวิตที่แย่ง มีการใช้บริการทางด้านสุขภาพและค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ตั้งแต่เริ่มแรก จะเป็นการช่วยลดผลกระทบเชิงลบดังกล่าวได้

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

จากข้อสรุปของผู้เข้าร่วมประชุมขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในเดือนมิถุนายน ปี ค.ศ. 2001 เรื่องความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Adherence) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยา (Prukkanone et al, 2010)

ออสเทอเบิร์ก และ บลาส (Osterberg and Blaschke, 2005) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา หมายถึง การที่ผู้ป่วยรับประทานยาตามที่ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพกำหนด

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาแบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบคือ 1) ความคงอยู่ หมายถึง การได้รับยาอย่างต่อเนื่องตามระยะเวลาที่แนะนำ ซึ่งประเมินได้จากความต่อเนื่องในการรักษา 2) การปฏิบัติตาม หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีการรับประทานยาตามขนาดและเวลาที่กำหนดซึ่งสามารถประเมินได้จากอัตราการครอบครองยา (Medication Possession Rate [MPR]) ทั้งสององค์ประกอบแสดงถึงพฤติกรรมที่แตกต่างกันของผู้ป่วย จึงควรมีการแยกประเมิน (Sawada et al, 2009)

รัชนก ลิทธิโชติวงศ์ (2550) ได้ให้ความหมายว่า ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย (Compliance) หมายถึง ระดับของการติดตามการรักษาหรือการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

สรุปได้ว่า ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยา ซึ่งพิจารณาได้จาก 2 องค์ประกอบคือ ความต่อเนื่องของการรักษาด้วยยาและการรับประทานยาตามขนาดและเวลาที่กำหนด สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า หมายถึง การที่ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างถูกต้องตามขนาด และเวลาที่รับประทานในแต่ละวัน เอาใจใส่ในอาการของตนเอง และติดตามกระบวนการรักษาอย่างระมัดระวัง สอดคล้องกับแผนการรักษาด้วยยาของแพทย์ (อรพิน สมบัติวัฒนางกูร, 2551)

วิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา สามารถแบ่งตามประเภทของการดำเนินการได้ดังนี้ (Kripalani et al, 2007)

1. การให้ข้อมูล (Information Intervention) เป็นการให้ความรู้และกระตุ้นผู้ป่วยโดยวิธีการเรียนการสอนตามแนวคิดที่ว่าผู้ป่วยที่เข้าใจสภาพและการรักษาของตนเอง จะมีพลังอำนาจและมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตาม โดยการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม เช่น การให้ความรู้แบบพูดคุยต่อหน้า การให้ความรู้ทางโทรศัพท์ หนังสือ โสตทัศนศึกษา การจัดส่งวัสดุให้ความรู้ทางไปรษณีย์

2. การดำเนินการทางพฤติกรรม (Behavioral Intervention) เป็นวิธีการที่ออกแบบเพื่อให้ส่งผลต่อพฤติกรรมโดยการเตือน การให้รางวัล หรือแรงเสริมจากพฤติกรรม เช่น การทำให้เกิดทักษะโดยผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ กล้องใส่ยา การเปลี่ยนแปลงการบรรจยา ปฏิทิน การเปลี่ยนแปลงตารางการรับประทานยาให้ง่ายสำหรับชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

3. การดำเนินการทางครอบครัวและสังคม (Family and Social Intervention) รวมถึงวิธีการการสนับสนุนทางสังคมทั้งที่ได้จากครอบครัวหรือกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มสนับสนุน และการให้คำปรึกษาครอบครัว

4. การดำเนินการแบบรวม (Combined Intervention) พบว่าการดำเนินการหลายชนิดมีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างสม่ำเสมอ

นอกจากนี้ ยังสามารถแบ่งประเภทของการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามระยะเวลาได้ดังนี้ (Haynes et al, 2008)

1. การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระยะสั้น ทำได้โดยการให้คำปรึกษาการให้ข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษร โทรศัพท์ส่วนบุคคลสำหรับการขอความช่วยเหลือ

2. สำหรับการรักษาด้วยยาในระยะยาว ควรมีการผสมผสานการดูแลที่สะดวกมากขึ้น โดยการให้ข้อมูล การให้คำปรึกษา การเตือน การติดตามด้วยตนเอง การเสริมแรง ครอบครัวบำบัด การบำบัดทางจิต การสื่อสารทางไปรษณีย์ การปฏิบัติในภาวะวิกฤติ การติดตามทางโทรศัพท์ และรูปแบบอื่นๆ ที่เพิ่มการดูแลหรือเพิ่มความสนใจ

สำหรับวิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในแต่ละบุคคลนั้น อาจแตกต่างกัน โดยทั่วไปควรให้ความสำคัญกับการปฏิบัติดังต่อไปนี้ (APA, 2010)

1. อธิบายว่าจะรับประทานยาเมื่อใดและบ่อยอย่างไร
2. การแนะนำระบบเตือนความจำ เช่น กล้องใส่ยา สัญญาณเตือน หรืออื่นๆ
3. การพูดคุยถึงความจำเป็นที่จะต้องรับประทานยาเป็นเวลาอย่างน้อย 2-4 สัปดาห์ก่อนที่จะเห็นผล

4. เน้นความจำเป็นที่จะต้องรับประทานยาต่อเนื่องหลังจากที่รู้สึกดีขึ้นแล้ว
5. บอกถึงความจำเป็นที่จะต้องปรึกษากับจิตแพทย์ก่อนที่จะหยุดการรับประทานยานั้น
6. ให้ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะแสดงออกถึงความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา รับฟังความวิตกกังวลและแก้ไขความเข้าใจผิด
7. อธิบายสิ่งที่จะต้องทำหากมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น ทำให้การใช้ยาสำหรับชีวิตประจำวัน ลดความซับซ้อนของวิธีการรักษา

ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงถึงร้อยละ 85 เมื่อรับรู้ความจำเป็นในการรักษาด้วยยาต้านเศร้ามากกว่าการรับรู้ถึงอันตรายของยา และให้ร่วมมือต่ำเมื่อรับรู้ถึงอันตรายของยามากกว่าความจำเป็นในการรักษาด้วยยา (Aikens et al, 2005) การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ โดยใช้เทคนิคการกระตุ้นโดยการสัมภาษณ์ทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-behavioral and

Motivational-interviewing Techniques) ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา จะทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างมีนัยสำคัญ (Cook et al, 2008)

ในด้านของผู้รักษา สามารถส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาได้โดย การมีสัมพันธภาพ ในการรักษาที่ดีกับผู้ป่วย การสื่อสารที่ดี การทำให้วิธีการรักษาง่ายขึ้น ให้คำแนะนำที่ชัดเจน เข้าใจง่าย พูดในภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจ และตรวจสอบความเข้าใจ ให้คำชมเมื่อผู้ป่วยทำได้ดี พยายามไม่ให้ผู้ป่วย รอนาน ใช้เวลาในการพูดคุยกับผู้ป่วยให้มากขึ้น (มาโนช หล่อตระกูล, 2550; ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และนวนันท์ ปิยะวัฒนกุล, 2546)

สรุปได้ว่าการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา สามารถทำได้โดย การให้ข้อมูล ความรู้ การดำเนินการเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การให้ครอบครัว มีส่วนร่วม และผู้รักษามีส่วนสำคัญในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย ดังนั้นในการวางแผนดำเนินการเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ จึงต้องมีการประเมินว่าผู้ป่วยมี ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาหรือไม่ เพียงใด

การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยมีการใช้ตั้งแต่สมัยฮิปปอกเรติส (Hippocrates) ในปัจจุบันมีหลายวิธีที่สามารถใช้ประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา แต่ยังไม่ มีวิธีใดที่พบว่ามีความมาตรฐานสูงสุด การใช้วิธีประเมินความร่วมมือในการรักษาหลายๆ วิธี มีประสิทธิภาพดีกว่าวิธีเดียว และต้องประเมินอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม วิธีประเมินความร่วมมือ ในการรักษาด้วยยาแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท (Osterberg and Blaschke, 2005) คือ

1. การประเมินโดยตรง (Direct method) เป็นการวัดโดยอาศัยหลักทางชีววิทยาใน ช่วงเวลาที่กำหนด ได้แก่

1.1 การสังเกตจากพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโดยตรง (Observation) พฤติกรรม ที่แสดงออกต่อการปฏิบัติเป็นข้อบ่งชี้ของความร่วมมือในการรักษา

1.2 การวัดระดับสารที่เกิดจากการเมตาโบไลต์ (metabolite) และการวัดทางชีววิทยา (Biologic Marker) ในเลือด สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยา แต่ไม่สามารถบอกปริมาณยา ที่ผู้ป่วยรับประทานได้ครบตามแผนการรักษาหรือไม่ รวมทั้งไม่สามารถบอกได้ในรายที่ผู้ป่วยมี การดูดซึมของยาไม่ดี วิธีนี้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายสูง เป็นการกระทำสำหรับผู้ให้บริการ และเสี่ยงต่อการไม่ ร่วมมือของผู้ป่วย แต่สำหรับยาบางชนิด, การวัดระดับเหล่านี้เป็นวิธีที่ดีและนิยมใช้ในการประเมิน ความร่วมมือ

2. การประเมินทางอ้อม (Indirect method) อาศัยเครื่องมือในการประเมินความร่วมมือของผู้ป่วยซึ่งผู้วิจัยแต่ละคนสร้างขึ้น

2.1 การประเมินโดยแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ เป็นวิธีที่ใช้บ่อยและง่ายที่สุด อาจจะสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรง หรือสัมภาษณ์จากญาติของผู้ป่วยร่วมด้วย หรืออาจใช้การสัมภาษณ์เพียงวิธีเดียวก็ได้ ข้อดีของการสอบถามและการสัมภาษณ์คือ ได้ข้อมูลที่ละเอียดกว่า ส่วนข้อจำกัดของวิธีนี้คือ มักพบปัญหาว่าผู้ป่วยให้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริงและผลลัพธ์ของความร่วมมือมีแนวโน้มที่จะเกินกว่าความเป็นจริง แต่สามารถแก้ไขได้โดยการปรับปรุงความแม่นยำของคำถาม ใช้คำถามที่ชัดเจน

2.2 การนับจำนวนเม็ดยา เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ใช้บ่อย และทำได้ง่ายสามารถบอกได้ถึงจำนวนเม็ดยาที่ใช้ไปทั้งหมด แต่วิธีนี้มีข้อจำกัดและอาจได้ผลไม่ตรงกับความเป็นจริงถ้าหากผู้ป่วยทำเม็ดยาหายไป หรือทิ้งยาก่อนที่จะมาตามนัด โดยไม่รับประทาน หรือให้ผู้อื่นใช้าร่วมด้วย วิธีนี้ยังไม่ให้ข้อมูลในด้านอื่นๆ เช่น เวลาในการรับประทานยา และการหยุดยา ซึ่งทั้งสองประการนี้อาจมีความสำคัญในการกำหนดผลลัพธ์ทางคลินิก

2.3 การตรวจสอบทางอิเล็กทรอนิกส์สามารถบันทึกเวลาของการเปิดขวด จำนวนยาที่ลดลง อุปกรณ์เหล่านี้ให้ข้อมูลเชิงลึกที่แม่นยำและให้รายละเอียดพฤติกรรมของผู้ป่วยในการรับประทานยา แต่ยังไม่มียี่ห้อผู้ป่วยรับประทานยาถูกชนิด หรือถูกขนาด ผู้ป่วยอาจจะเปิดภาชนะบรรจุและไม่ได้รับประทานยา รับประทานยาไม่ถูกจำนวน หรือทำให้ข้อมูลไม่ถูกต้องโดยนำไปใส่ภาชนะบรรจุอื่น แต่วิธีนี้ให้ข้อมูลที่ถูกต้องมากที่สุดสำหรับความร่วมมือในสถานการณ์ทางคลินิกที่วัดได้ยาก

สรุปได้ว่า การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เป็นการวัดระดับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยในเรื่องเกี่ยวกับการรับประทานยาตามขนาดและเวลา ความถูกต้องและต่อเนื่องตามแผนการรักษา การจะเลือกใช้วิธีใดนั้นขึ้นอยู่กับความเหมาะสมสำหรับของผู้ป่วยแต่ละคน วิธีที่สามารถใช้ได้ง่ายและมีประสิทธิภาพคือการสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรง สำหรับการศึกษาค้างนี้ ประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการใช้ยาของ รัชกสิทธิโชติวงศ์ (2550) การให้ความช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยโดยทีมสุขภาพจากการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา จะช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้อาการดีขึ้น ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก เป็นการปรับจากแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ของ สดรัก พิละกันทา (2550) ที่ทีมปรับแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน นักจิตวิทยา จำนวน 1 คน เห็นว่าสามารถนำมาปรับใช้ในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านเศร้าของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าได้ จึงดำเนินการปรับร่วมกันตามแนวคิดของการนำหลักฐานที่ดีที่สุดไปใช้ของสภากิจทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย จนได้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้ (อรพิน สมบัติวัฒนางกูร, 2551)

- 1) สิทธิของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า
- 2) การกระตุ้นให้ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาด้วยยาของตนเอง ได้แก่ การปรับขนาดของยาให้ง่ายและเหมาะสมกับผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าแต่ละราย การกำหนดเวลารับประทานยา การใช้ซองบรรจุยาหรือกล่องสำหรับยาที่รับประทานในหนึ่งวัน
- 3) การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ได้แก่ การบันทึกการรับประทานยาด้วยตนเองหรือให้ญาติช่วยในกรณีที่ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีภาวะการรับรู้คิดบกพร่อง การให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยเหลือในการรับประทานยาสำหรับผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มีภาวะการรับรู้คิดบกพร่อง
- 4) การประเมินอาการซึมเศร้า
- 5) การประเมินอาการข้างเคียงและปัญหาที่เกิดจากการรักษาด้วยยา ได้แก่ การนัดผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามาพบกับจิตแพทย์เป็นระยะเพื่อติดตามผลการตรวจรักษาและลดความวิตกกังวลจากการรักษาด้วยยา การให้คำแนะนำหลังการตรวจเสร็จ
- 6) การประเมินประสิทธิผลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาด้วยยา ได้แก่ การให้ความมั่นใจต่ออาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา และวิธีการแก้ไข การมารับบริการตรวจรักษาก่อนถึงวันนัดเมื่อเกิดความวิตกกังวลและปัญหาที่เกิดจากการรักษาด้วยยา
- 7) การประเมินการให้ความสำคัญ และความมั่นใจต่อการรักษาด้วยยา ได้แก่ การเตือนล่วงหน้าทางโทรศัพท์ หรือทางจดหมายก่อนถึงวันนัดในรายที่ขาดความร่วมมือในการรักษา การให้แรงเสริมโดยการลดความถี่ในการมาตรวจในรายที่มีอาการสงบ การให้คำแนะนำและความรู้

เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและประโยชน์ของการรักษาสำหรับผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า การใช้โปรแกรมการสอนด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าแบบกลุ่มระยะสั้น การจัดให้มีการให้การปรึกษาในกรณีที่เกิดปัญหาจากการรักษาด้วยยา และ/หรือการจัดการกับความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย การอภิปรายร่วมกันถึงความเชื่อและความสนใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา การให้คำแนะนำและความรู้แก่ญาติเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและประโยชน์ของการรักษาสำหรับญาติ ให้การปรึกษาแก่ญาติเมื่อมีภาวะเครียดเกิดขึ้น การทำครอบครัวบำบัดเมื่อสมาชิกในครอบครัวรู้สึกเป็นภาระต่อภาวะความเจ็บป่วยของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า การให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสำหรับบุคลากร การติดตามผลการรักษาด้วยยาทางโทรศัพท์ในสัปดาห์แรกของการรักษาในรายที่ขาดความร่วมมือในการรักษา การสร้างเครือข่ายของสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน ในกรณีที่ต้องส่งต่อผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า การติดตามผลลัพธ์ของการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติทุก 6 เดือน การติดตามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาทุก 2 เดือน

ผลลัพธ์จากความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า หมายถึง ผลที่ได้จากการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า และด้านผู้ปฏิบัติทางคลินิก

1. ด้านผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

ในด้านผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีผลลัพธ์ 3 เรื่องคือ ความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก การมาตรวจตามนัด การกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยา

ความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

เป็นความรู้สึกมีความสุข พอใจ อิ่มเอมใจของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โดยเกิดจากการยอมรับในการได้รับบริการที่มีคุณภาพ

การประเมินความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการศึกษาครั้งนี้ ใช้แบบวัดความพึงพอใจซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดความพึงพอใจของ สุพรรณิ เจริญวิศิษฐ์ และคณะ (2546) ซึ่งเป็นแบบประเมินในภาพรวม โดยมีเกณฑ์วัดระดับความพึงพอใจเป็นตัวเลขให้เลือกตั้งแต่ 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 เปอร์เซ็นต์

การมาตรวจตามนัด

การมาตรวจตามนัด เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากความพึงพอใจในการบริการและร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ทำให้มีแรงจูงใจจากการที่ความต้องการได้รับการสนองตอบจึงมารับยาตรงตามกำหนดนัดอย่างสม่ำเสมอทุกครั้ง

การกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยา

เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ทำให้ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ากลับมารักษาใหม่เนื่องจากปริมาณยาในร่างกายมีขนาดต่ำลง จากการที่ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าหยุดยา

2. ด้านผู้ปฏิบัติทางคลินิก

ในด้านผู้ปฏิบัติทางคลินิกมีผลลัพธ์ 1 เรื่องคือ ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ

ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ

ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ เป็นผลมาจากการได้รับการตอบสนองต่อแรงจูงใจหรือความต้องการของแต่ละบุคคลในแนวทางที่เขาพึงประสงค์ ความพึงพอใจมีผลต่อความสำเร็จของงานให้เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้อย่างมีประสิทธิภาพ

การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ประเมินจากแบบวัดความพึงพอใจ ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดความพึงพอใจของ สุพรรณิ เจริญวิศิษฐ์ และคณะ (2546) เป็นการวัดระดับความพึงพอใจในภาพรวมโดยมีเกณฑ์วัดระดับความพึงพอใจเป็นตัวเลขให้เลือกตั้งแต่ 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

การใช้และประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือ

ในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย

แนวคิดของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

แนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guidelines) หมายถึง ข้อความหรือเอกสารที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบจากการกลั่นกรองหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด เพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติทางคลินิกหรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพและผู้ใช้บริการในการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมสำหรับสถานการณ์หรือปัญหาทางคลินิกที่เฉพาะเจาะจง ช่วยลดความหลากหลายของการปฏิบัติ ลดความเสี่ยงของการเกิดความผิดพลาดจากการปฏิบัติ

เพิ่มคุณภาพการดูแลด้วยค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมกลุ่มทุน (ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549; Cornwall and Scott, 2000; Callaghan and Waldock, 2006; NHMRC, 1999)

ในทศวรรษที่ผ่านมา ทวีโลกให้ความสนใจอย่างมากเกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิก เนื่องจากรูปแบบทางคลินิกในสถานะเดียวกันที่มีความหลากหลาย วิธีการรักษา และเทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่มีมากขึ้น ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับประสิทธิผลของการดำเนินการจำนวนมากในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนและความต้องการที่จะใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างดีที่สุด แนวปฏิบัติทางคลินิกถูกออกแบบมาเพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการด้านสุขภาพ ลดการใช้สิ่งที่ไม่จำเป็น ไม่มีประสิทธิภาพ หรือเป็นอันตราย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด โดยมีความเสี่ยงต่ออันตรายต่ำสุด ในต้นทุนค่าใช้จ่ายที่ยอมรับได้ การวิจัยในปัจจุบันได้แสดงให้เห็นว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกมีประสิทธิภาพในการนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงและการปรับปรุงผลลัพธ์ทางสุขภาพ เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการตัดสินใจที่ดีทางการแพทย์ ที่คำนึงถึงความพึงพอใจของผู้ป่วย ความสำคัญของผู้ป่วยและผู้รักษา ประสบการณ์และทรัพยากรที่มีอยู่ ช่วยในการแก้ปัญหาข้อขัดแย้งทางกฎหมาย และประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม เป็นการเชื่อมโยงที่สำคัญระหว่างหลักฐานที่ใช้ได้ดีที่สุด และการปฏิบัติทางคลินิกที่ดี เป็นองค์ประกอบหนึ่งของระบบการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ (NHMRC, 1999)

แนวปฏิบัติทางคลินิกทำให้เพิ่มผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แตกต่างกันเนื่องจากเหตุผลสองประการ คือ ประการแรก การยอมรับแนวปฏิบัติทางคลินิกซึ่งน่าจะขึ้นอยู่กับคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาใช้ ประการที่สอง จากความร่วมมือในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างสม่ำเสมอ จะขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกที่นำไปใช้ (NHMRC, 1999)

การเลือกใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากในปัจจุบันมีหลายหน่วยงานจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิก แต่ไม่ได้หมายความว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกทุกเรื่องที่ทำขึ้นจะได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบและมีคุณภาพ มีความน่าเชื่อถือเท่ากัน การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่ไม่แน่ใจว่ามีคุณภาพหรือไม่ อาจนำไปสู่การให้หัตถการ การรักษาที่ไม่มีประสิทธิผล การใช้ทรัพยากรอย่างไม่คุ้มค่า และที่สำคัญที่สุดคืออาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ดังนั้น จึงควรมีการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกก่อนนำไปใช้ (ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549)

แบบประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติทางคลินิก (The Appraisal of Guidelines Research and Evaluation Instrument [AGREE], 2009) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินแนวปฏิบัติที่มีผู้จัดทำไว้แล้ว และแนวปฏิบัติที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาใหม่ โครงสร้างและสาระสำคัญของแบบประเมินคุณภาพประกอบด้วย 23 ตัวชี้วัดใน 6 ด้าน ดังนี้

1. ด้านขอบเขตและวัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย
 - 1.1 มีการระบุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจง
 - 1.2 มีการระบุปัญหาเฉพาะทางคลินิกที่นำมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ
 - 1.3 มีการระบุกลุ่มผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการที่จะนำแนวปฏิบัติไปใช้อย่างชัดเจน
2. ด้านการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย
 - 2.1 ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติประกอบด้วยบุคลากรจากสาขาวิชาชีพ
 - 2.2 ผู้ให้บริการมีส่วนในการแสดงความคิดเห็นและความพึงพอใจ
 - 2.3 มีการระบุกลุ่มผู้ที่จะนำแนวปฏิบัติไปใช้อย่างชัดเจน
3. ด้านความเข้มงวดในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย
 - 3.1 มีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ
 - 3.2 มีการระบุเกณฑ์ที่ชัดเจนในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์
 - 3.3 มีการระบุจุดแข็งและข้อจำกัดของหลักฐานเชิงประจักษ์ไว้อย่างชัดเจน
 - 3.4 มีการระบุวิธีการกำหนดข้อเสนอแนะสำหรับแนวปฏิบัติไว้อย่างชัดเจน
 - 3.5 มีการพิจารณาถึงประโยชน์ทางด้านสุขภาพ ผลกระทบและความเสี่ยงในการกำหนดข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติ
 - 3.6 มีความเชื่อมโยงที่ชัดเจนระหว่างข้อเสนอแนะและการสนับสนุนของหลักฐานเชิงประจักษ์
 - 3.7 แนวปฏิบัติได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกก่อนนำไปเผยแพร่
 - 3.8 ระบุขั้นตอนสำหรับการปรับปรุงแนวปฏิบัติ
4. ด้านความชัดเจนในการนำเสนอแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย
 - 4.1 ข้อเสนอแนะมีความชัดเจนและเฉพาะเจาะจง
 - 4.2 มีความชัดเจนในการนำเสนอทางเลือกสำหรับการจัดการกับสถานะหรือปัญหาทางสุขภาพ
 - 4.3 ข้อเสนอแนะที่สำคัญสามารถเข้าใจได้ง่าย
5. ด้านความสามารถในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ประกอบด้วย
 - 5.1 ระบุถึงสิ่งที่เอื้อต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้และระบุปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น
 - 5.2 ระบุคำแนะนำ และ/หรือเครื่องมือที่จะนำข้อเสนอแนะไปสู่การปฏิบัติ
 - 5.3 มีการพิจารณาค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการใช้แนวปฏิบัติ
 - 5.4 ระบุเกณฑ์ในการติดตามและตรวจสอบการใช้แนวปฏิบัติ

6. ด้านความเป็นอิสระของทีมในการตรวจสอบแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย

6.1 แนวปฏิบัติทางคลินิกได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างอิสระจากทีมพัฒนา

6.2 มีการบันทึกข้อคิดเห็นของทีมพัฒนาแนวปฏิบัติและแก้ไขปรับปรุง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า 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) ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิและได้มีการทดลองใช้มาแล้ว ดังนั้นแนวปฏิบัติดังกล่าวจึงเป็นแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) และมีความเป็นไปได้ ที่จะนำไปปรับใช้เป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย เนื่องจากการให้การรักษาด้านเศร้าสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางนั้น สามารถทำได้ทั้งในสถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิและตติยภูมิโดยใช้มาตรฐานเดียวกัน ยกเว้นเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าระดับรุนแรงบางกรณีซึ่งมี ข้อบ่งชี้ว่าจะต้องส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชหรือพบจิตแพทย์เท่านั้น นอกจากนี้ในการประเมินความเป็นไปได้ของการนำลงสู่การปฏิบัติพบว่าหน่วยงานสามารถปรับบริบทให้มีความสอดคล้องกับการนำแนวปฏิบัติดังกล่าวมาใช้ได้ และทีมผู้เข้าร่วมวิจัยที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ เป็นทีมที่มีศักยภาพเนื่องจากได้รับการสนับสนุน องค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องทุกปี จากกรมสุขภาพจิต สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในรูปแบบของการประชุม อบรม การฝึกทักษะเฉพาะต่างๆ นอกจากนี้ยังมีการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในลักษณะเป็นเครือข่ายโดยมีจิตแพทย์ประจำโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นที่ปรึกษา

ขั้นตอนของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และการประเมินผล มีหลายสถาบันได้ตีพิมพ์นำเสนอรูปแบบกรอบแนวคิด สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษามีความสนใจที่จะเลือกกรอบแนวคิดของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก การนำแนวปฏิบัติไปใช้ และการประเมินผลลัพธ์ของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) ซึ่งมีกรอบของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ 8 ขั้นตอน ดังนี้

1. การกำหนดประเด็นปัญหาและขอบเขตของแนวปฏิบัติ
2. การกำหนดทีมสหวิชาชีพเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติ
3. การกำหนดวัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติและกลุ่มเป้าหมาย
4. การกำหนดผลลัพธ์ของการดูแล
5. การตรวจสอบหลักฐานทางวิทยาศาสตร์
6. การสร้างแนวปฏิบัติจากหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ดีที่สุด
7. การเผยแพร่และการนำแนวปฏิบัติไปใช้
8. การประเมินผลแนวปฏิบัติและการปรับปรุง

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โดยนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งดัดแปลงโดย อรพิน สมบัติวัฒนากูร (2551) ไปปรับใช้เป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลกสิรมาศ จังหวัดสุโขทัย ผู้ศึกษาได้นำขั้นตอนที่ 7 และขั้นตอนที่ 8 ซึ่งเป็นขั้นตอนการเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และการประเมินผล ตามกรอบแนวคิดของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) มีรายละเอียด ดังนี้

1. การเผยแพร่แนวปฏิบัติ

เพื่อให้แนวปฏิบัติที่จะนำมาใช้เป็นที่รู้จักในผู้ปฏิบัติและผู้ที่เกี่ยวข้อง การเผยแพร่ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

1.1 การทำให้แนวปฏิบัติสามารถเข้าถึงได้ง่าย ควรนำเสนอแนวปฏิบัติในรูปแบบและลักษณะที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม แนวปฏิบัติที่เป็นต้นฉบับควรมีรายละเอียดเกี่ยวกับข้อเสนอแนะต่างๆ รวมทั้งหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนข้อเสนอแนะเหล่านั้น คำใช้จ่ายไม่ควรเป็นปัญหาอุปสรรคต่อการเข้าถึงแนวปฏิบัติ

1.2 การจัดทำแนวปฏิบัติเป็นรูปเล่ม โดยจะต้องมีเนื้อหาครอบคลุมและพร้อมใช้ หรือจัดทำในรูปแบบของการสรุป การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการค้นพบที่สำคัญ ข้อเสนอแนะ นอกจากนี้ยังสามารถเผยแพร่ในรูปแบบอื่นๆ เช่น วารสาร จดหมายข่าว นิตยสาร หนังสือพิมพ์ สื่อที่เป็นที่นิยม แผ่นพับ คู่มือ อินเทอร์เน็ตและเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้อง पोสเตอร์ เทป วิดีโอ คอมพิวเตอร์ สิ่งที่ใช้ในการเผยแพร่ควรมีภาษาและรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับทั้งผู้สนใจทั่วไปและผู้สนใจที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย การใช้วิธีการเผยแพร่ที่หลากหลายมีผลลัพธ์ที่ดีกว่าการใช้เพียงวิธีเดียว

1.3 การประกาศ ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ เพื่อให้มั่นใจว่ากลุ่มเป้าหมายตระหนักถึงกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ควรเริ่มตั้งแต่มีการพิจารณาว่าจะเริ่มพัฒนาหรือปรับปรุงแก้ไข โดยการโฆษณาและการประชาสัมพันธ์อย่างกว้างขวางให้กลุ่มเป้าหมายทราบถึงความก้าวหน้า เป็นการกระตุ้นว่าแนวปฏิบัติใกล้จะใช้ได้ และแจ้งให้ทราบเมื่อแนวปฏิบัติมีความพร้อมใช้ และทำการเผยแพร่แก่ผู้ใช้ โดยการใช้สื่อต่างๆ เช่น สิ่งพิมพ์ วารสาร การประชุมวิชาการ การสัมมนา เป็นต้น

2. การนำแนวปฏิบัติไปใช้

เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญ และนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี เพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งในกระบวนการเปลี่ยนแปลงนั้นต้องการการมีส่วนร่วม การเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นเมื่อสนับสนุนให้มีการใช้ นอกจากนี้ยังมีหลักฐานว่ากลยุทธ์ในการนำไปใช้ที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดคือ การปรึกษากันระหว่างผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการดูแลรักษา สำหรับแนวทางการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก มีดังนี้

2.1 การใช้ผู้นำทางความคิด และผู้สนับสนุนที่ได้รับการยอมรับนับถืออย่างสูง ได้แก่

1) ผู้เชี่ยวชาญในที่นั้น หรือผู้ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของกลุ่ม สามารถจัดการกับความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวปฏิบัติและช่วยในการติดตามผลลัพธ์ 2) กลุ่มผู้ใช้บริการที่สนับสนุนและผู้ที่ได้รับการยอมรับเป็นอย่างดีจากผู้ให้บริการ จะสามารถส่งเสริมแนวปฏิบัติทางคลินิก ได้ทั้งแบบเป็นทางการและแบบไม่เป็นทางการ

2.2 การสนับสนุนจากกลุ่มผู้ปฏิบัติทางคลินิก ผู้เชี่ยวชาญ เป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากแนวปฏิบัติจะต้องได้รับการตรวจสอบ นำไปสู่การปรับให้เหมาะสมกับหน่วยงาน และทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ

2.3 การเยี่ยมเยียนผู้ปฏิบัติ ให้คำแนะนำปรึกษาเพื่อกระตุ้นให้มีการใช้แนวปฏิบัติอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

2.4 การให้ความรู้กับผู้ป่วย และการดำเนินการโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติหรือสภาวะการเจ็บป่วย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ

บุคลากร และความต้องการที่จะปรับปรุงประสิทธิภาพการดูแล นำไปสู่การเพิ่มผลลัพธ์ด้านสุขภาพ เมื่อผสมผสานกับการดำเนินการอื่นๆ เช่น รายละเอียดทางวิชาการ การให้ความรู้แก่บุคลากร การพัฒนาเครื่องมือในการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม ซึ่งมีความต้องการที่แตกต่างกัน

2.5 เครื่องมือสำหรับให้ความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติ ประกอบไปด้วย แนวปฏิบัติ การประยุกต์ใช้และข้อสรุปเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ บทความเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ พบว่าการใช้เครื่องมือในการให้ความรู้เพียงชนิดเดียวมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ให้บริการและผลลัพธ์ทางสุขภาพเพียงเล็กน้อย การใช้เครื่องมือสำหรับให้ความรู้โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้จากปัญหา พบว่ามีประสิทธิภาพดี

2.6 การสัมมนา การประชุมเชิงปฏิบัติการ และมีการติดตาม จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยใช้หลักการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (Adult Learning) ในการวางแผนติดตาม ควรกำหนดวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดคุณภาพการบริการ แสดงให้เห็นถึงความมีมาตรฐานทางคลินิก และจริยธรรมอย่างสูง การมีส่วนร่วมในการวางแผนกิจกรรม การประเมินความต้องการในการเรียนรู้ การมีวัตถุประสงค์ในการเรียนรู้ที่ชัดเจน การส่งเสริมสภาพแวดล้อมในการเรียนรู้ ตามวัตถุประสงค์ และมีการประเมินผลกิจกรรมการเรียนรู้

2.7 ระบบการแจ้งเตือน ไม่ว่าจะเป็นการบันทึกเวชระเบียน หรือการกระตุ้นเตือนทางคอมพิวเตอร์ ระบบการเตือนโดยทางไปรษณีย์ อาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2.8 การรับรองและการปรับปรุงคุณภาพ เป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติ การรับรองคุณภาพส่งเสริมให้มีการใช้แนวปฏิบัติ และแนวปฏิบัติเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของกิจกรรมการรับรองคุณภาพ การปรับปรุงการปฏิบัติทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดคุณภาพการดูแลที่มีมาตรฐาน โดยนำการวิจัยที่หลากหลายมาใช้ในการรูปแบบของค่าใช้จ่าย การเข้าถึง คุณภาพและการดูแลที่มีมาตรฐาน ซึ่งต้องมีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการและระบบ พฤติกรรมของมนุษย์ และแนวทางการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้แนวปฏิบัติเข้าไปอยู่ในกระบวนการดูแลตามปกติ มีความเป็นไปได้ในการพัฒนาระบบบริการเอื้อต่อการประเมิน ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวปฏิบัติและผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ ระบบการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวัดผลที่เกิดจากแนวปฏิบัติยังช่วยเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ทำให้บุคลากรและผู้ป่วยรับทราบประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้แนวปฏิบัติ

2.9 การปรับปรุงและนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน เป็นการทำให้แนวปฏิบัติมีความสอดคล้องกับหน่วยงานและทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ ในการปรับปรุงแนวปฏิบัติ ควรระบุกลุ่มประชากรเฉพาะ ผลลัพธ์ของการดูแล ผลลัพธ์ที่แตกต่างที่อาจเกิดขึ้น อธิบายแต่ละทางเลือกของการรักษาที่มีอยู่ระบุถึงสถานการณ์ที่ไม่สามารถใช้แนวปฏิบัติได้ระบุการสนับสนุนที่

เกี่ยวข้อง การให้ข้อมูล การฝึกอบรมพิเศษ หรืออุปกรณ์ที่จำเป็น สำหรับการรักษาที่ปลอดภัย และเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาที่แตกต่างกัน ต้องระมัดระวังที่จะไม่ทำให้เสียความสมบูรณ์ของหลักทางวิทยาศาสตร์ในขณะที่ปรับแนวปฏิบัติสำหรับหน่วยงาน

2.10 สิ่งจูงใจ เป็นสิ่งสำคัญสำหรับการใช้แนวปฏิบัติ สิ่งจูงใจสำหรับบุคลากร อาจจะเกี่ยวข้องกับภาระงาน เวลา ค่าตอบแทน ทรัพยากรที่จำเป็น ทักษะเฉพาะ และอุปกรณ์ สิ่งจูงใจสำหรับผู้ให้บริการอาจจะเกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายโดยตรงที่เกี่ยวข้องกับการรักษาตนเองหรือค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการได้รับการรักษานั้น การใช้วิธีการจูงใจหลายวิธีร่วมกันมีแนวโน้มที่จะมีประสิทธิภาพมากกว่าการใช้วิธีเดียว

2.11 การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ มีบทบาทที่สำคัญต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้เป็นเครื่องมือในการจัดการพัฒนาคุณภาพโดยรวม การประเมินผลและตรวจสอบ มีประสิทธิภาพในการกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศจะทำให้การเข้าถึงฐานข้อมูล การจัดเก็บ การเรียกใช้ และการแปลความหมายของข้อมูลดีขึ้น เป็นเครื่องมือในการเผยแพร่และนำแนวปฏิบัติไปใช้สำหรับบุคลากรและผู้ให้บริการ การบันทึกเวชระเบียนเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติทางคลินิก เป็นระบบสนับสนุนการตัดสินใจโดยคอมพิวเตอร์ทำให้มีลักษณะโต้ตอบในการเรียนรู้มากขึ้น

3. การประเมินผลแนวปฏิบัติ

มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความถูกต้องของแนวปฏิบัติ ประสิทธิภาพของการเผยแพร่ และการนำไปใช้ ดังนั้น จึงต้องระบุขอบเขตของผลลัพธ์ที่เกิดจากแนวปฏิบัติในขั้นตอนของการพัฒนา เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ทราบว่าแนวปฏิบัตินั้นควรค่าแก่การพัฒนา การเผยแพร่และการนำไปใช้หรือไม่ หากไม่มีการประเมินผลก็จะไม่ทราบได้ว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้น มีความแตกต่างจากการปฏิบัติเดิมอย่างไร

การประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

สภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) มีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการประเมินผลแนวปฏิบัติอย่างน้อยทุก 3 ปี สำหรับการประเมินผลในระยะสั้น ควรประเมิน 6 องค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

1. การประเมินผลการเผยแพร่ เช่น จำนวนสำเนาของแนวปฏิบัติที่ได้รับการเผยแพร่ จำนวนจดหมายที่ส่งแนวปฏิบัติออกไปเผยแพร่ จำนวนที่ได้รับ จำนวนที่เปิดอ่าน อ่านเพียงบางส่วน หรืออ่านทั้งหมด ผู้อ่านมีความเข้าใจหรือไม่ จำนวนโปสเตอร์ จำนวนบทความที่ตีพิมพ์

จำนวนครั้งของการสัมภาษณ์เกี่ยวกับแนวปฏิบัติ การสอบถามผู้ให้บริการ เป็นต้น เกณฑ์เหล่านี้สามารถใช้ในการประเมินว่ากลยุทธ์ในการเผยแพร่ประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์หรือไม่

2. การประเมินผลการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติทางคลินิกและผลลัพธ์ทางสุขภาพ ควรมีข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จำเป็นสำหรับแนวปฏิบัติ และข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมินผล โดยเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งด้านการปฏิบัติทางคลินิก และผลลัพธ์ทางสุขภาพ ควรเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลซ้ำหลังจากมีการเผยแพร่และนำไปใช้ ข้อมูลเหล่านี้ยังเป็นประโยชน์ในการเปรียบเทียบกับข้อมูลของประเทศ การตรวจสอบทางคลินิก และกิจกรรมการรับรองคุณภาพอื่นๆ

3. การประเมินผลการสนับสนุนแนวปฏิบัติต่อการปฏิบัติทางคลินิกและผลลัพธ์ทางสุขภาพ เป็นการประเมินผลกระทบของแนวปฏิบัติ โดยเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติทางคลินิกหรือผลลัพธ์ทางสุขภาพ หรือทั้งสองประการ ระหว่างสถานที่ที่มีการส่งเสริมและยอมรับแนวปฏิบัติสูงกับสถานที่ที่มีการส่งเสริมและการยอมรับแนวปฏิบัติต่ำ

4. การประเมินผลแนวปฏิบัติจากผู้ให้บริการมีความจำเป็นมีหลายแนวทางที่ควรพิจารณา ได้แก่ การเข้าถึงแนวปฏิบัติ ความชัดเจนของแนวปฏิบัติ การยอมรับแนวปฏิบัติ ความเหมาะสมของแนวปฏิบัติกับกลุ่มผู้ให้บริการที่แตกต่างกัน ความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจโดยรวมของผู้ให้บริการต่อแนวปฏิบัติ การประเมินในทุกกรณีควรดำเนินการกับผู้ให้บริการโดยตรง

5. การประเมินผลค่าใช้จ่าย จำเป็นจะต้องทราบถึง 1) ค่าใช้จ่ายในกระบวนการ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการพัฒนา การเผยแพร่และการนำไปใช้ 2) ค่าใช้จ่ายก่อนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เป็นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการปฏิบัติที่มีอยู่เดิม 3) ค่าใช้จ่ายหลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เป็นค่าใช้จ่ายและการประหยัดค่าใช้จ่ายที่เป็นผลจากแนวปฏิบัติ ควรมีการวิเคราะห์ความคุ้มค่า

6. การรายงานผลการประเมิน ควรมีการรายงานผลของการประเมินทั้งข้อบ่งชี้ของแนวปฏิบัติ ประโยชน์ของแนวปฏิบัติ หรืออื่นๆ รวมทั้งตัวชี้วัดของผลลัพธ์ที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ ผลที่ไม่คาดคิดของแนวปฏิบัติ ผลลัพธ์ที่แสดงถึงการไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ จะเป็นประโยชน์ในการติดตามการใช้แนวปฏิบัติ ผลลัพธ์ที่แสดงถึงการไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือคุณภาพการดูแลที่ไม่ดี ซึ่งข้อมูลเหล่านี้สามารถนำมาใช้ในการประกันคุณภาพของกระบวนการ

สำหรับการศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งดัดแปลงโดย อรพิน สมบัติวัฒนางกูร (2551) มาปรับใช้เป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย มีขั้นตอนดำเนินการโดย ได้มีการปรับเนื้อหาในหมวดที่ 5 ให้เหมาะสมกับบริบท ในส่วนของการนัดผู้ป่วยมาพบจิตแพทย์ เป็นระยะเพื่อติดตาม

ผลการตรวจรักษาและลดความวิตกกังวลจากการรักษาด้วยยา ปรับให้เป็นการนัดผู้ป่วยมาพบแพทย์ เวชปฏิบัติทั่วไป ซึ่งเป็นผู้ที่รับผิดชอบในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชโดยเฉพาะเนื่องจากโรงพยาบาล ศิริมาศไม่มีจิตแพทย์ ส่วนเนื้อหาในหมวดอื่นๆ สามารถดำเนินกิจกรรมตามแนวปฏิบัติทางคลินิกได้ โดยผู้ศึกษาได้มีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรก่อนการนำแนวปฏิบัติมาใช้ มีการประชุมทีม เพื่อชี้แจงปัญหาที่เกิดจากการดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ความสำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิกที่จะช่วยปรับปรุงคุณภาพบริการ และเพิ่มผลลัพธ์ในการดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ชี้แจงกระบวนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก การประชาสัมพันธ์ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก การประสานความร่วมมือให้เอื้อต่อการใช้แนวปฏิบัติ การสอนผู้ปฏิบัติ การให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติ การควบคุมกำกับให้มีการใช้แนวปฏิบัติ รวมทั้งการนิเทศ ติดตามอย่างต่อเนื่อง เปิดโอกาสให้ทีมมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นตัวชี้วัดสำหรับนำมาเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการนำแนวปฏิบัติมาใช้ แล้วนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์และนำเสนอแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้ ได้กำหนดผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า แบ่งออกเป็น 2 ด้านคือ ผลลัพธ์ด้านผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ประเมินจากการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ ดังนี้ 1) ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 2) ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีความพึงพอใจที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก 3) ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามาตรวจตามนัด 4) ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าไม่มีการกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยา และผลลัพธ์ด้านผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ประเมินจากความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ

สถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาด้วยยา

โรงพยาบาลศิริมาศ จังหวัดสุโขทัย

โรงพยาบาลศิริมาศเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 40 เตียง สังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุโขทัย สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข มีที่ตั้งอยู่ในอำเภอศิริมาศ จังหวัดสุโขทัย ห่างจากตัวอำเภอราว 1 กิโลเมตร ห่างจากตัวจังหวัดราว 22 กิโลเมตร มีประชากรในเขตรับผิดชอบจำนวน 57,119 คน เป็นเพศชายจำนวน 28,305 คน เพศหญิงจำนวน 28,814 คน ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีสถานอนามัยเครือข่ายและศูนย์สุขภาพชุมชนรวม 13 แห่ง มีจำนวนบุคลากรทั้งสิ้น 125 คน ในจำนวนนี้มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจำนวน 4 คน ทันต

แพทย์จำนวน 3 คน เกสัชกรจำนวน 4 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 30 คน ให้บริการผู้ป่วยจำนวน 250-300 รายต่อวัน (ข้อมูลสถิติโรงพยาบาลศิริราช, 2553)

โรงพยาบาลศิริราชมียุทธศาสตร์ในการพัฒนาโรงพยาบาล คือ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มาตรฐาน พัฒนาระบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ และมีส่วนร่วม สร้างระบบการสร้างสุขภาพและป้องกันโรคที่มีประสิทธิผลและเหมาะสมกับพื้นที่ สร้างความต่อเนื่อง เชื่อมโยงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลและการดำเนินงานด้านสุขภาพในพื้นที่ สร้างขวัญกำลังใจและ กระตุ้นการเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่ โดยมีวิสัยทัศน์ คือ เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีมาตรฐานในการดำเนินงานทุกภารกิจ จนสามารถเป็นผู้นำของโรงพยาบาลระดับเดียวกันในเขต 2 และเป็น ที่ไว้วางใจของผู้รับผลงานภายในปี 2557 และมีพันธกิจ คือ ให้บริการด้านสุขภาพอย่างมีมาตรฐาน โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพภายใต้การดำเนินงานที่มีส่วนร่วมและมีประสิทธิภาพ มีนโยบายในการพัฒนาคุณภาพและสามารถดำเนินงาน ผ่านกระบวนการรับรองคุณภาพของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2551 นอกจากนี้ยังเข้าร่วมโครงการพัฒนาคุณภาพอื่นๆ จนสามารถผ่านกระบวนการรับรองคุณภาพ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลสาขายิรัก โรงพยาบาลที่มีคุณภาพบริการตามมาตรฐาน บริการสาธารณสุข ฯลฯ นอกจากนี้ โรงพยาบาลยังประสบความสำเร็จจากการปฏิบัติงานที่ถือได้ว่าเป็นสิ่งที่มีค่ายิ่ง คือ สามารถอยู่ร่วมกับชุมชนโดยได้รับความร่วมมือในการดำเนินงานและดำเนินโครงการต่างๆ โดยไม่มีข้อขัดแย้งกับชุมชน สามารถผลิตโครงการที่ประสานความร่วมมือกับหน่วยราชการและเป็นแบบอย่างแก่โรงพยาบาลอื่น เช่น จิตอาสาในโรงพยาบาล โครงการเสริมใจใคร เพราะหัวใจเต็มร้อย โครงการแพทย์แผนไทยพัฒนาสุขภาพกายใจพนักงานโรงงาน โครงการหน่วยบริการ-สภา-อาสา เพื่อสุขภาพดี มีผลงานการดำเนินงาน ด้านสาธารณสุขตามตัวชี้วัดการตรวจราชการอยู่ในเกณฑ์ดี มีระบบงานที่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงและเอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง ทีมนำของโรงพยาบาลมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาโรงพยาบาล มีทีมงานที่แข็งแกร่ง มีการเรียนรู้ร่วมกัน มีโครงการที่เป็นนวัตกรรมการทำงานจำนวนมาก (รายงานการประเมินตนเอง โรงพยาบาลศิริราช, 2553)

งานบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลศิริราช อยู่ในขอบเขตความรับผิดชอบของแผนกผู้ป่วยนอก มีสถานที่เฉพาะสำหรับให้บริการผู้ที่มีความผิดปกติด้านสุขภาพจิตและจิตเวช มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบจำนวน 2 คน โดยที่พยาบาลจิตเวชจะได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานบริการด้านอื่นๆ ของแผนกผู้ป่วยนอกไปด้วย เช่น งานบริการผู้ป่วยทั่วไป งานบริการคลินิกโรคเรื้อรัง ยังไม่มีจิตแพทย์และนักจิตวิทยา ไม่มีตึกเฉพาะสำหรับรับผู้ป่วยจิตเวช วัณโรค โรงพยาบาล ยังไม่มีคลินิกบริการเฉพาะสำหรับผู้ที่ เป็นโรคซึมเศร้า มีการเปิดให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชทุกวันในเวลาราชการ จากสถิติของโรงพยาบาลศิริราช ในปี พ.ศ. 2550-2552

มีผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก รายเก่า/ใหม่ จำนวน 22/199, 28/191 และ 36/256 ราย อัตราผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ไม่มาตามนัดคิดเป็นร้อยละ 52.28, 76.92 และ 66.67 อัตราการกลับเป็นซ้ำที่พบในแผนกผู้ป่วยนอกคิดเป็นร้อยละ 1.81, 4.41 และ 5.14 (รายงานสถิติโรงพยาบาลศิริราช, 2552) ในปี พ.ศ. 2553 มีจำนวนผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก รายเก่า/ใหม่ จำนวน 50/275 ราย มีผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าจำนวน 255 ราย อัตราการไม่มาตามนัด คิดเป็นร้อยละ 17.64 และจากข้อมูลสถิติการฆ่าตัวตายอำเภอศิริราช จังหวัดสุโขทัย ในปี พ.ศ. 2550-2552 มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายคิดเป็น 23.93, 28.20 และ 15.12 ต่อประชากรแสนคน มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จคิดเป็น 7.36, 12.34 และ 2.75 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งจากการสำรวจข้อมูลเชิงลึกร่วมกับทีมจิตเวชโรงพยาบาลสุโขทัย พบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้า

การให้บริการผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย ใช้แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2552) มีเนื้อหาเกี่ยวกับแนวปฏิบัติต่างๆ ไป แต่ยังไม่มีความเฉพาะสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา สำหรับขั้นตอนการให้บริการ ได้แก่ การคัดกรองภาวะซึมเศร้าเบื้องต้น การรับบริการปรึกษา การตรวจวินิจฉัยและรักษา การนัดติดตาม และการจ่ายยา โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การคัดกรองภาวะซึมเศร้าเบื้องต้น โดยพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ในการคัดกรองผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก

1.1 กรณีผู้รับบริการทั่วไปที่มีอาการและอาการแสดงเข้าได้กับภาวะซึมเศร้า จะได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) หากพบคำตอบว่าใช่ในข้อใดข้อหนึ่งจะได้รับการประเมินต่อด้วย 9 คำถาม (9Q) เมื่อพบว่ามีความเสี่ยงสูง ผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อไปยังพยาบาลจิตเวช

1.2 กรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าทุกรายเมื่อมารับบริการในคลินิกเฉพาะโรค เมื่อพบว่ามีความเสี่ยงสูง ผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อไปยังพยาบาลจิตเวช

2. การรับบริการปรึกษา เป็นการให้บริการของพยาบาลจิตเวชหลังจากการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเบื้องต้น ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าซ้ำโดยใช้ 9 คำถาม (9Q) แล้วให้บริการปรึกษาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย และพื้นฐานความรู้ของพยาบาลแต่ละคน เป็นการให้บริการก่อนที่จะส่งผู้ป่วยพบแพทย์ และยังไม่ทราบว่าแพทย์จะสั่งการรักษาอย่างไร ดังนั้นในการให้บริการปรึกษา จึงเน้นเฉพาะการดูแลช่วยเหลือทางด้านจิตสังคม สำหรับผู้ป่วยรายใหม่จะนัดติดตามประเมินอาการซ้ำอีก 2 สัปดาห์ถัดไป หลังจากนั้นนัดติดตามทุก 1 เดือน จำนวน 4

ครั้งตามเกณฑ์ที่กำหนด และในการให้บริการผู้ที่มาตามนัดจะติดตามประเมินเฉพาะปัญหาทางด้านจิตสังคมเท่านั้น ยังไม่มีการติดตามประเมินเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

3. การตรวจวินิจฉัยและสั่งการรักษาโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ออกตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งไม่เฉพาะเจาะจงว่าจะเป็นแพทย์ผู้ใด เนื่องจากยังไม่มีคลินิกบริการเฉพาะสำหรับผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า แพทย์จะเป็นผู้พิจารณาสั่งยาตามความเหมาะสมและระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่ได้จากการประเมินของพยาบาลจิตเวช เนื่องจากจำนวนผู้รับบริการที่มีมากในแต่ละวัน จึงมีข้อจำกัดในการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอ บางรายไม่ทราบว่าตนเองได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า ไม่ทราบความจำเป็นที่จะต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่ทราบระยะเวลาของการรักษา ในรายที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงหรือมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองจะรับไว้ในอนโรพยาบาล ในรายที่มีอาการรุนแรง หลังจากได้รับการรักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น หรือมีอาการทางจิตร่วมด้วย จะได้รับการส่งต่อไปพบจิตแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลเฉพาะทาง หรือรับการรักษาในสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าตามสิทธิ์การรักษาของผู้ป่วย

4. การนัดติดตาม เป็นการออกบัตรนัดโดยพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกซึ่งได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ในจุดบริการหลังพบแพทย์ ผู้ป่วยจะได้รับการนัดตามระยะเวลาที่แพทย์ผู้ตรวจหรือพยาบาลผู้ให้คำปรึกษากำหนด การให้คำแนะนำในจุดนัดจะเป็นการให้คำแนะนำเกี่ยวกับวันที่ผู้ป่วยต้องมาตามนัด และขั้นตอนการมารับบริการตามนัดทั่วไป ซึ่งจะไม่ได้นั้นย้ำเกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานยาต้านเศร้า และการรักษาต่อเนื่อง หลังจากนั้นจะมีการตรวจสอบการมาตามนัดของผู้ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโดยระบบคอมพิวเตอร์ ซึ่งเป็นการตรวจสอบหลังวันนัด หากพบว่าผู้ป่วยไม่มาตามนัดจะมีการส่งไปรษณียบัตรติดตามหรือประสานสถานอนามัยในเครือข่าย ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามมาหลังนัดนานอย่างน้อย 1 สัปดาห์ หรือไม่มาตามนัด ทำให้ผู้ป่วยขาดยา และไม่ได้รับประทานยาต่อเนื่อง

5. การจ่ายยา โดยมีเภสัชกรเป็นผู้จ่ายยาและให้คำแนะนำสั้นๆ แก่ผู้ป่วยทุกราย ผู้ป่วยจะได้รับบริการจ่ายยาในช่องจ่ายยารวมกับผู้ป่วยทั่วไปทุกประเภทที่มารับบริการ ทำให้ไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับยาต้านเศร้า

จากสถานการณ์การให้บริการผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย ดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่าปัญหาในการรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าด้วยยาต้านเศร้าเป็นปัญหาที่สำคัญของโรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย เนื่องจากข้อจำกัดด้านอัตรากำลังของบุคลากร จำนวนผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยที่มีมากในแต่ละวัน บุคลากรมีการปฏิบัติที่หลากหลาย ยังไม่มีการกำหนดบทบาทที่ชัดเจนของแต่ละวิชาชีพ เป็นการปฏิบัติตามเวลาและทักษะของแต่ละคน

ขาดความเชื่อมโยงของระบบการดูแล ซึ่งการรักษาด้วยยามีความสำคัญต่อการดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า การไม่มีแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการเน้นย้ำเกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานยา การจัดการกับอาการข้างเคียง ระยะเวลาในการรักษา การมาตามนัด ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่สม่ำเสมอ มีอาการกำเริบจากการขาดยาและการกลับเป็นซ้ำ

กรอบแนวคิดทฤษฎี

จำนวนผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย ปี พ.ศ. 2551-2553 รายเก่า/ใหม่ มีจำนวน 28/191, 36/256, และ 50/275 ราย ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี แต่ยังไม่มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า บุคลากรไม่ได้ปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างครบถ้วน การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยผู้ศึกษาได้นำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งดัดแปลงโดย อรพิน สมบัติวัฒนางกูร (2551) มาใช้ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย ผู้ศึกษาใช้กรอบแนวคิดในการนำหลักฐานที่ดีที่สุดไปใช้ของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (The National Health and Medical Research Council [NHMRC] in Australia, 1999) ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนเตรียมการ ได้แก่ การเผยแพร่และการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ โดยจัดการประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อหารือร่วมกับทีมงาน การเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือและแบบบันทึกที่จำเป็น 2) ขั้นตอนดำเนินการ เป็นการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ มีระบบการกำกับ ติดตาม ประเมินและปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง 3) ขั้นตอนประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ประเมินจากความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การมาตรวจตามนัด การกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยา และความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติ