

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่มีความสำคัญที่นับวันจะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ทั้งในปัจจุบันและจากการคาดการณ์ในอนาคต (กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2549) จากการศึกษาร่วมกันระหว่างองค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO, 2006) มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด (Harvard School of Public Health) และธนาคารโลก เพื่อคาดการณ์ภาระโรค (Burden of disease) ที่มีต่อประชากรในทุกภูมิภาคของโลก โดยวัดการสูญเสียเป็นจำนวนที่ดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดี ปรากฏว่าโรคซึมเศร้าได้เปลี่ยนลำดับของโรคที่เป็นภาระจากอันดับที่ 4 ในปี ค.ศ.1990 มาเป็นอันดับที่ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุของการตายและหรือภาวะทุพพลภาพจะเพิ่มขึ้น จะทำให้เกิดความสูญเสียด้านเศรษฐกิจและสังคม ในปี ค.ศ.2020 หรืออีกใน 14 ปีข้างหน้า (Murray & Lopez, 1996) จากสถิติของการเกิดโรคซึมเศร้าพบว่า ได้มีอัตราการเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าล้านคน ใน 1 ปี ของประชากรโลกและคาดการณ์ว่าทุกปีต่อไป จะมีประชากรทุกๆ 3 คน มีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าจากการดำรงชีวิต (Obenauer, 2005) นอกจากนี้โรนาล และคณะ (Ronan et al., 2005) ทำการศึกษาอัตราการเกิดความชุกชั่วชีวิต (Lifetime prevalence) พบอัตราสูงสุดที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ร้อยละ 16.6 รองลงมาร้อยละ 9.8 พบที่ประเทศแอฟริกาใต้ โรคซึมเศร้าเป็นความบาดเจ็บที่พบได้ในประชาชนทุกเพศและทุกวัย จากการสำรวจทางระบาดวิทยา โรคจิตเวชในคนไทย ปี 2551 ประเมินการว่าคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 1,311,797 คน ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง (Major Depressive Episode) และพบจำนวน 181,809 คน และป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymia) (ธณินทร์ กองสุขและคณะ, 2551)

ในประเทศไทยกรมสุขภาพจิตได้มีการสำรวจสถิติผู้ที่มารับบริการทางด้านปัญหาสุขภาพจิต ในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ 2547-2549 เมื่อเทียบกับประชากรทั้งประเทศ พบว่ามีจำนวนผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในอัตรา 130.37, 94.90 และ 168.28 ต่อแสนประชากร (กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2549) จากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตปี 2551 พบว่า มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเฉลี่ยทั่วประเทศประมาณร้อยละ 2.39 ซึ่งแบ่งออกได้เป็น อันดับ 1 คือ กรุงเทพฯ ร้อยละ 3.47 ลำดับ 2

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 2.77 อันดับ 3 ภาคใต้ ร้อยละ 2.11 อันดับ 4 ภาคเหนือ ร้อยละ 1.95 และ อันดับสุดท้าย คือ ภาคกลาง ร้อยละ 1.70 โดย 2 ใน 3 เป็นเพศหญิง ซึ่งมีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 35-54 ปี (รายงานกรมสุขภาพจิต, 2552) จากการวิเคราะห์สรุปข้อมูลผลการดำเนินงานสุขภาพจิตประจำปีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายพบว่ามีจำนวนผู้เข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ในปี พ.ศ. 2551 มีจำนวน 1,923 คน และในปีพ.ศ. 2552 มีจำนวน 2,021 คน (รายงานสรุปข้อมูลการดำเนินงานสุขภาพจิตประจำปีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย, 2552)

โรคซึมเศร้ามีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตตามระดับความรุนแรง และสามารถแบ่งระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าออกเป็น 3 ระดับ (มาโนช หล่อตระกูล, 2547; Gail & Michele, 2005) คือผู้ป่วยที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ปานกลางและรุนแรง มีการศึกษาพบว่าโรคซึมเศร้าที่มีระดับรุนแรงจะทำให้ระดับการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงโดยเฉพาะการทำหน้าที่ทางจิตสังคม (Skarsater, Baigi & Halan, 2006) และบางคนอาจต้องนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน (อัครพร สิริวิทยวงศ์ และธณชัย คงสกนธ์, 2544) มีความต้องการให้ญาติดูแลเพิ่มขึ้น ก่อปัญหาแก่ครอบครัวทั้งด้านเศรษฐกิจ จิตใจ สังคม ทำให้การดำรงชีวิตเปลี่ยนแปลงทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล (Smith, 1976) และจากการวิเคราะห์ข้อมูลการทำร้ายตนเองของกรมสุขภาพจิตพบว่าประเทศไทยมากกว่าร้อยละ 60 ของผู้ที่ฆ่าตัวตาย มีสาเหตุมาจากความผิดปกติทางจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากโรคซึมเศร้าที่เป็นสาเหตุหลัก (มาโนช หล่อตระกูล, 2553) ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสำเร็จได้มากกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า และพบว่าผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีโอกาสฆ่าตัวตายได้สำเร็จโดยไม่คาดคิดมาก่อน (อภิชัย มงคล และคณะ, 2547) ถ้ามีผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน จะมีผู้ที่ได้รับผลกระทบต่อกันอย่างน้อย 5 คน ได้แก่ พ่อ แม่ พี่ น้อง คนรัก เพื่อนสนิท และหากประชากรในประเทศไทยมีการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปีละประมาณ 4,000 คน จะมีผู้ที่ได้รับผลกระทบที่ต้องทุกข์กับการสูญเสียถึงปีละไม่ต่ำกว่า 20,000 คน และยังพบว่าโรคซึมเศร้าก่อให้เกิดการสูญเสียด้านเศรษฐกิจและสังคมเป็นอย่างมาก (กองแผนงานกรมสุขภาพจิต, 2550) ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีโอกาสที่จะป่วยและกลับมาเป็นซ้ำโดยเฉลี่ยในช่วงชีวิต 5-6 ครั้ง ในต่างประเทศได้มีการศึกษาวิจัยการกลับเป็นซ้ำ (recurrence) ของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าพบว่าร้อยละ 50-80 และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำภายใน 2 ปี (Beeber, 1996; Peden, 1996) เพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยาต้องให้การรักษาระยะยาว (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2548; Brandon, 1986) ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าสามารถรักษาให้หายขาดได้ และยังสามารถทำให้ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง เพราะฉะนั้นการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างถูกต้อง ต่อเนื่องจึงมีความสำคัญ (กองแผนงานกรมสุขภาพจิต, 2550)

ปัจจุบันการรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ (มาโนช หล่อตระกูล, 2547; Kaplan & Saddock, 2007) คือ การรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy) การรักษาด้วยกระบวนการทำจิตบำบัด (Psychotherapy) และการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) การรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพเป็นที่นิยมนำอย่างหนึ่งคือการรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy) สำหรับยาต้านเศร้าจะแบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่ม ตามการออกฤทธิ์ของยา (สมภพ เรืองตระกูล, 2548; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2548; มาโนช หล่อตระกูล, 2550; Gail & Michele, 2005) ได้แก่ 1) ยากลุ่มไตรไซคลิก (Tricyclic Antidepressants) 2) ยากลุ่มยับยั้งการทำงานของเอนไซม์โมโนเอมีน (Monoamine oxidase inhibitor) 3) ยากลุ่มยับยั้งการนำกลับของซีโรโทนิน (Selective serotonin reuptake inhibitor) 4) ยา กลุ่มใหม่ (New generation) ในประเทศไทยยาต้านเศร้าที่แพทย์นิยมเลือกใช้ในการรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าคือ ยากลุ่มยับยั้งการนำกลับของซีโรโทนิน (Selective serotonin reuptake inhibitor) และยากลุ่มไตรไซคลิก (Tricyclic Antidepressants)

โรคซึมเศร้าแบ่งการรักษาออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2548; มาโนช หล่อตระกูล, 2550; Gail & Michele, 2005) ได้แก่ 1) การรักษาในระยะเฉียบพลัน (acute treatment) เป็นการรักษาเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมาพบขณะมีอาการไปจนถึงหายจากอาการ คือ คืบสู่ระยะช่วงเวลาที่ผู้ป่วยไม่มีอาการ (full remission) การรักษาในระยะแรกจะดีที่สุด จะช่วยป้องกันการเกิดอาการกำเริบ (relapse) หรือการกลับเป็นซ้ำของโรค (recurrence) หลักในการรักษาได้แก่ ยาต้านเศร้าจะรักษาได้ผลประมาณร้อยละ 70-80 2) การรักษาระยะต่อเนื่อง (continuation treatment) เป็นการให้ยาต้านเศร้าต่ออีกประมาณ 4-9 เดือนหลังจากผู้ป่วยหายแล้ว ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าไม่มีอาการมาระยะเวลาหนึ่ง คลอบคลุมเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์ (recover) ทั้งนี้พบว่าหากหยุดการรักษาก่อนนี้ ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการของโรคกำเริบสูงมาก (relapse) เป้าหมายของการรักษา คือเพื่อป้องกันการอาการของโรคกำเริบ (relapse) 3) การรักษาระยะคงสภาพ (maintenance treatment) ต้องให้ยาป้องกันอย่างน้อย 2-3 ปี มีเป้าหมายเพื่อป้องกันโรคกลับเป็นซ้ำ (recurrence) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2548)

แนวทางการให้ยาต้านเศร้าในสหรัฐอเมริกาแนะนำให้รับประทานยาอย่างน้อย 9-12 เดือน (American Psychiatric Association[APA], 2000 ; Gail & Michele, 2005) หรือการรักษาด้วยยานี้ ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ควรได้ยาต่อเนื่องต่อไปอีกอย่างน้อย 6 เดือน (Michigan Quality Improvement Consortium, 2004) โรคซึมเศร้าใช้เวลารักษานานจำเป็นต้องให้ผู้ที่ เป็นโรคซึมเศร้าให้ความร่วมมือในการรักษาซึ่งพบว่าความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นตัวชี้วัดด้านประสิทธิผลที่สำคัญในระบบสุขภาพ (WHO, 2003) มีรายงานผลการศึกษาร่วมกันขององค์ประกอบหรืออุปสรรคที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาพบว่าสาเหตุ หลักๆ มี 4 ประการ (มาโนช หล่อตระกูล, 2550) คือ 1) ด้านตัวผู้บำบัด เช่น

การขาดความรู้ มีทัศนคติด้านลบ ทำทางไม่น่าเชื่อถือ ไม่สนใจผู้ป่วยสัมพันธภาพที่ไม่ดี ขาดระบบและคู่มือในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา 2) ด้านตัวผู้ป่วย เช่น มีความรู้สึกลึกเบื่อ ไม่อยากกินยา ความรู้ความเชื่อเรื่องโรค ระดับความรุนแรงของโรค ความก้าวหน้าของการรักษา การหายของโรค 3) ด้านตัวยา เช่น การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง จากผลข้างเคียงของยาและมีความคิดกลัวติดยา 4) ด้านตัวโรค เช่น มีโรคร่วมหลายโรค โรคที่เรื้อรังรักษาไม่หาย โรคที่น่าอาย (Osterberg & Blaschke, 2005 ; WHO, 2001; มาโนช หล่อตระกูล, 2550)

การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า มีกิจกรรมที่จะส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรักษาที่ดี โดยการให้ความรู้แก่ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า การเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่ และการติดตามที่มีประสิทธิภาพเช่น การติดตามทางโทรศัพท์ (Katon et al., 2001) ดังที่โบลินีและคณะ (Bollini, Pampallona, Tibaldi, Kupelnick, & Munizza, 1999) เน้นวิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาให้เกิดผลที่ดีประกอบด้วย 1) ให้ความรู้แก่ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าและญาติ 2) มีวิธีการติดตามที่มีคุณภาพ 3) มีผู้ช่วยในการดูแลและการแนะนำให้การปรึกษาเฉพาะ (Simon, 2002) โดยเฉพาะการให้ความรู้เพื่อให้เกิดความเชื่อถือและตระหนักในการรักษาด้วยยาด้านเศร้า ซึ่งสามารถที่จะส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาได้ถึงร้อยละ 85 (Aikens, Neas, Nau, Klinkman, & Schwenk, 2005) และได้สอดคล้องกับแพมพอลโลนและคณะ (Pampallona, Bollini, Tibaldi, Kupelnick, & Munizza, 2002) กล่าวถึงสิ่งที่ต้องควรทำ 7 อย่างในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการรักษา ได้แก่ 1) การบำบัดทางจิต 2) การให้ความรู้แก่ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าและผู้ดูแล 3) การสอนแพทย์ พยาบาล 4) เปลี่ยนแปลงในการจัดการ เช่น วิธีจัดการดูแลผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า 5) ความถี่ของการติดตาม 6) การดูแลผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่รักษาด้วยยาเช่น การนัดมาเพื่อปรับขนาดของยา และ 7) การสังเกตอาการข้างเคียงของยา

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเขียงของ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง ที่ให้บริการตามนโยบายกรมสุขภาพจิตที่กำหนดให้ปฏิบัติตามแนวทางในการคัดกรอง ค้นหาผู้ที่มีเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าและผู้ที่เกี่ยวข้องโรคซึมเศร้าโดยให้แพทย์วินิจฉัยและรักษา เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพจิต (แผนที่ยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต, 2550) และจากสถิติข้อมูลรายงานผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามารับบริการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเขียงของมีจำนวนที่เพิ่มขึ้นทุกๆ ปีโดยพบว่า การมารับบริการของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ารายใหม่ที่ได้รับการรักษามีเพิ่มขึ้นในปี 2550 จำนวน 40 ราย ปี 2551 จำนวน 59 ราย ปี 2552 จำนวน 60 ราย ปี 2553 จำนวน 76 ราย (รายงานบริการคลินิกสุขภาพจิตและให้การปรึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเขียงของ, 2550-2553) สถิติผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าทำร้ายตนเองสำเร็จ มีดังนี้ปีงบประมาณ 2551 จำนวน 4 ราย คิดเป็น 5. 2 ต่อแสนประชากร (รายงานบริการคลินิกสุขภาพจิตและให้การปรึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเขียงของ, 2551 จากการวิเคราะห์ข้อมูลปีงบประมาณ 2553 มีผู้พยายามทำร้ายตนเองทั้งหมด 27 ราย

พบว่า มีจำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.6 ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (รายงานบริการคลินิกสุขภาพจิต และให้การปรึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเขียงของ, 2553) และช่วงไตรมาสแรกของ ปีงบประมาณ 2554 พบว่ามีผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ทำร้ายตนเองสำเร็จจำนวน 1 ราย คิดเป็น 0.61 ต่อแสนประชากร จากการสอบสวนโรคพบว่า ผู้ป่วยรายนี้มีโรคประจำตัวเป็น โรคหลอดเลือดในสมองแตก ความดันโลหิตสูง และโรคซึมเศร้า มีประวัติไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา คือไม่ยอมที่จะรับประทานยาเพราะกลัวติดยา ไม่มารับบริการตามนัดเพราะคิดว่าตนเองหายจากความเจ็บป่วย (รายงาน DS 506 คลินิกสุขภาพจิตและให้การปรึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเขียงของ, 2554)

นอกจากปัญหาดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ก็ยังพบปัญหาการดูแลผู้ที่เป็นโรคซึมเศร่ายังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน ไม่มีรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา มีระบบติดตามนัดแต่ไม่ชัดเจน ผู้รับบริการไม่มาตรวจตามนัด อัตราการมาตรวจตามนัดของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าปี 2551- 2552 ได้ร้อยละ 68 และ 70 ตามลำดับซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน เป้าหมายกำหนดไว้คือ อัตราการมาตรวจตามนัดของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าร้อยละ 80 (รายงานตัวชี้วัดคุณภาพทางการแพทย์ คลินิกสุขภาพจิตโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเขียงของ, 2551-2552) ทำให้ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าต้องกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยา ทำให้เกิดการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น ปีงบประมาณ 2552 และ 2553 มี 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 5 และ 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.8 ตามลำดับ (รายงานบริการคลินิกสุขภาพจิตและให้การปรึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเขียงของ, 2553) และปัญหาที่สำคัญ คือขาดแนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ชัดเจนครอบคลุม บุคลากรสุขภาพปฏิบัติไม่เป็นแนวเดียวกัน

ดังนั้นแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา จะมีส่วนทำให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าได้รับการรักษา ติดตามประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง เป็นรูปธรรมชัดเจน ช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีความร่วมมือในการรักษาที่ดี การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องจะป้องกันอาการกลับเป็นซ้ำ แนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical practice guideline) เป็นข้อความที่จัดทำขึ้นอย่างเป็นระบบมีประโยชน์สำหรับช่วยในการตัดสินใจ ช่วยให้บุคลากรมีแนวทางในการปฏิบัติงาน เกิดการทำงานเป็นทีม ลดการปฏิบัติที่ขัดแย้งโดยที่บุคลากรทุกฝ่ายมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของในแนวปฏิบัติทางคลินิกร่วมกัน ลดต้นทุนในการรักษาประหยัดค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองในการดูแลที่มีประสิทธิภาพ และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ เป็นการหาวิธีการแก้ไขปัญหาทางคลินิก เพื่อให้ได้แนวทางการดูแล ลดความหลากหลายของการปฏิบัติและทำให้คุณภาพการดูแลรักษาดีขึ้น (พองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549)

ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าแนวปฏิบัติสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่เผยแพร่ไว้บนฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ต่างๆและจากการค้นคว้าด้วยมือ มีรายงาน

การศึกษาวิจัยโดย อรพินท์ สมบัติพัฒนางกูร (2551) ได้ศึกษาประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราชจังหวัดพิษณุโลก ที่ได้ปรับจากแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งพัฒนาโดยสุตกรัก พิละกันทา (2550) ได้ผ่านการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกตาม AGREE (2001) พบว่ามีความเหมาะสมตามคุณลักษณะของแนวปฏิบัติทางคลินิก คือ 1) วัตถุประสงค์ของการนำไปใช้ที่ชัดเจน (scope and purpose) 2) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการพัฒนา (stakeholder involvement) 3) มีขั้นตอนของการพัฒนาที่ดีถูกต้องชัดเจน (rigour of development) 4) มีความชัดเจนในการนำเสนอ (clarity and presentation) 5) ง่ายต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน (applicability) 6) ทีมผู้จัดทำแนวปฏิบัติมีอิสระในการยกร่างตีพิมพ์แนวปฏิบัติดังกล่าว (editorial independence) และได้มีรายงานการประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกตาม AGREE (2001) พบว่ามีคุณภาพมาก เหมาะสมตามคุณลักษณะของแนวปฏิบัติทางคลินิก (กุลธิดา สิทธิวัง, 2554) ซึ่งแนวปฏิบัติดังกล่าว เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีเนื้อหาและกิจกรรมสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

แนวปฏิบัติทางคลินิกดังกล่าวมีกิจกรรม 7 หมวดนี้ มีเป้าหมายในการให้การดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้านี้ 1) ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 2) ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามาตรวจรักษาตามนัด 3) ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยา 4) ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีความพึงพอใจที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและ 5) ทีมสุขภาพผู้ที่ได้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่จะนำมาใช้ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเขียงของ อิงกรอบแนวคิด การใช้แนวปฏิบัติของการสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999) (อ้างในจวีวรรณ ธงชัย และคณะ, 2548) ขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และการประเมินผลลัพธ์ แบ่งการดำเนินการ มีทั้งหมด 3 ขั้นตอน คือขั้นเตรียมการขั้นดำเนินการและขั้นประเมินผล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ คือ แก้ปัญหาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ลดอัตราการไม่มาตามนัด ส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าได้รับยาอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานการรักษา เมื่อผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าได้รับยาด้านเศร้าอย่างต่อเนื่องจะช่วย

ลดการกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยา ส่งผลในการลดอัตราการทำร้ายตนเองในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ผู้ที่ได้รับการดูแลเกิดความพึงพอใจจากการใช้แนวปฏิบัติ ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน บุคลากรสุขภาพผู้ใช้แนวปฏิบัติเกิดความพึงพอใจ และนำผลจากข้อมูลพื้นฐานในการแก้ไข ปรับปรุงและพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอกต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงใหม่ วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า
2. เพื่อศึกษาการมาตรวจรักษาตามนัดของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ภายหลังจากที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
3. เพื่อศึกษาการกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าหลังจากที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าจากการได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
5. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรสุขภาพผู้ใช้แนวปฏิบัติต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

คำถามการศึกษา

1. ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างไร
2. ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามาตรวจรักษาตามนัดหลังจากที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างไร
3. ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ากลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยาหลังจากที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างไร
4. ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีความพึงพอใจที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างไร

5. บุคลากรสุขภาพผู้ใช้แนวปฏิบัติ มีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นอย่างไร

ขอบเขตและวิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Operational study) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงใหม่ จังหวัดเชียงราย โดยทำการเก็บข้อมูลในเดือนพฤษภาคม – กรกฎาคม พ.ศ. 2554

นิยามศัพท์

ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ผู้ทำการรักษาว่า เป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (The 4th Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders [DSM-IV]) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 1994) ลงรหัสการวินิจฉัยโรคแบบ (International statistical classification of Disease and Related Health Problem [ICD-10]) ตามคู่มือการลงวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1994) และได้รับการรักษาด้วยวิธีรับประทานยาต้านเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงใหม่ จังหวัดเชียงราย

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงใหม่ จังหวัดเชียงราย หมายถึง ข้อความที่จัดทำขึ้นอย่างเป็นระบบสำหรับช่วยในการตัดสินใจ เพื่อปฏิบัติการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงใหม่ การศึกษานี้ได้นำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ที่ได้พัฒนาขึ้นโดยอรพินท์ สมบัติวัฒนากร (2551) โดยอ้างอิงกรอบแนวคิดในการใช้แนวปฏิบัติจากการสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999) แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นเตรียมการ ขั้นดำเนินการและขั้นประเมินผล

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา
ด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า หมายถึง ผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับ
 ส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งประเมิน ได้จาก

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า หมายถึง ผู้ที่เป็นโรค
 ซึมเศร้ามีพฤติกรรมมารับประทานยาอย่างถูกต้อง ตามขนาด เวลาที่รับประทานยา เอาใจใส่ใน
 อาการของตนมารับการรักษาตามนัดสอดคล้องกับแผนการรักษาด้วยยาของแพทย์ ประเมินความ
 ร่วมมือด้วยแบบวัดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของ รัชนก สิทธิโชติวงศ์ (2550)

การมาตรวจตามนัด หมายถึง ผู้มีเป็นโรคซึมเศร้าให้ความร่วมมือในการมารับการ
 รักษาอย่างสม่ำเสมอ ประเมินจากการดูประวัติการมารับบริการย้อนหลัง ในบัตรบันทึกประวัติ
 ผู้รับบริการ (OPD card) โดยใช้เกณฑ์คัดเลือกคือ มีประวัติมาพบแพทย์ไม่เกิน 30 วัน นับจากวันที่
 แพทย์นัดครั้งสุดท้าย ถ้าเกิน 30 วันนับจากวันที่แพทย์นัดถือว่า ไม่มาตามนัด

การกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยา หมายถึง ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า
 ที่อาการกำเริบจากการขาดยา กลับมารักษาด้วยอาการของภาวะซึมเศร้ากำเริบ มีระดับคะแนนความ
 รุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น มีสาเหตุมาจากการขาดยา และกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

ความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก
 หมายถึง ความรู้สึกมีความสุข พอใจ อิ่มเอมใจของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนว
 ปฏิบัติทางคลินิก เกิดจากการยอมรับ ในการได้รับการบริการที่มีคุณภาพ ประเมินโดยแบบวัดความ
 พึงพอใจของ สุพรรณิ เจริญวิศิษฐ์ และคณะ (2546)

ความพึงพอใจของบุคลากรสุขภาพผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก หมายถึง ความรู้สึก
 พอใจของบุคลากรสุขภาพผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ที่ประสบความสำเร็จ ตามเป้าหมายส่วนบุคคล
 ซึ่งสมาชิกบุคลากรสุขภาพเป็นผู้ประเมินผลการทำงาน ประเมินโดยแบบวัดความพึงพอใจของ
 สุพรรณิ เจริญวิศิษฐ์ และคณะ (2546)