

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ ค้นคว้าเอกสาร ตำรา บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องให้ครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคซึมเศร้า

1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า

1.2 อาการและการวินิจฉัยของโรคซึมเศร้า

1.3 ปัจจัยการเกิดโรคซึมเศร้า

1.4 การรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

2. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

2.1 ความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

2.2 วิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

2.3 การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

3. แนวปฏิบัติทางคลินิก

3.1 แนวคิดของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

3.2 ขั้นตอนของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

3.3 การประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

3.4 แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก

4. การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเขียงของอำเภอเขียงของ จังหวัดเขียงราย

โรคซึมเศร้า

ความหมายของโรคซึมเศร้า

ในปัจจุบันโรคซึมเศร้า เป็นที่รู้จักกันแพร่หลายและมีผู้สนใจให้ความหมายมากมาย ขอยกตัวอย่างผู้ที่ให้ความหมายของโรคซึมเศร้ามาพอสังเขปดังนี้

พูนศรี รังสีขจี, ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และนวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล (2547) ได้ให้ความหมายของโรคซึมเศร้าไว้ 3 ประการ คือ อารมณ์ความรู้สึกของบุคคล (Mood) ที่แสดงความรู้สึกเศร้า ทุกข์ใจ หดท้อใจ มักมีอาการแปรปรวนง่าย (Beck, 1967) ประการต่อไปคือ กลุ่มอาการหรือลักษณะ (Symptom) ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องกับช่วงระยะเวลาหนึ่งอาจเป็นสัปดาห์หรือเดือน ประการสุดท้าย คือโรคทางจิตเวช (Disease) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 (The 4th Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders [DSM-IV]) และฉบับที่ 4 ที่อาร์ (DSM-IV-TR) และตามเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Disease and Health Related Problem [ICD-10])

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1994) ได้ให้ความหมายของโรคซึมเศร้า (Depressive episode) ตามการวินิจฉัยแยกโรค (International Classification of Disease and Health Related Problem [ICD-10]) ในกลุ่มรหัสโรค F30- F39 ซึ่งวินิจฉัยได้ตามอาการแสดงหลัก (typical symptoms) ได้แก่ 1) อารมณ์เศร้า (depress mood) 2) ความสนใจ ความเพลิดเพลินใจลดลง (loss of interest and enjoyment) 3) หดพลังงาน อ่อนเพลีย (reduced energy, fatigability) และอาการเกิดร่วม (associated symptoms) ที่พบมีดังนี้ 1) สมาธิลดลง ไม่มีสมาธิ (reduced concentration) 2) ความภูมิใจและความมั่นใจในตนเองลดลง (reduced self-esteem and self-confidence) 3) รู้สึกผิดมากและไร้ค่า (ideas of guilt and unworthiness) 4) มีท่าทางกระสับกระส่ายหรือเชื่องช้า (agitation or retardation) 5) มีความคิด การกระทำที่ทำร้ายตนเอง (ideas or act of self-harm or suicide) 6) การนอนที่ผิดปกติ (disturbed sleep) 7) อยากอาหารลดลง (diminished appetite) และแบ่งโรคซึมเศร้าออกเป็น 3 ระดับ

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 1994) ได้ให้ความหมายของโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรค (The 4th Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders [DSM-IV]) คือ ผู้ที่มีอาการดังต่อไปนี้ตั้งแต่ 5 อาการขึ้นไป มีความรู้สึกเศร้า นอนไม่หลับหรืออาจหลับมากเกินไป เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับน้ำหนัก เช่น รับประทานอาหารมากกว่าปกติหรืออาการเบื่ออาหาร มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับ เช่น

กระสับกระส่ายหรืออาจจะเชื่องช้าอ่อนเพลียไม่มีแรง รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า บางครั้งมีความคิดอยากทำร้ายตนเอง มีอาการเหล่านี้อยู่ติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์

มานิซ หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์ (2548) ได้ให้ความหมายว่าโรคซึมเศร้า มีอาการสำคัญ คือ ผู้ป่วยจะร้องไห้ได้ง่าย จะซึมเศร้าหดหู่ สะเทือนใจ จิตไม่สดชื่น มีอารมณ์เศร้า หรือเบื่อหน่ายเกือบทั้งวัน ติดต่อกันทุกวันนานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป มีอาการนอนไม่หลับ การเคลื่อนไหวเชื่องช้า หรือกระสับกระส่าย สมาธิลดลงจากเดิม มองตนเองไม่มีคุณค่า มีความคิดอยากตาย

จากความหมายของโรคซึมเศร้าข้างต้น สรุปได้ว่า โรคซึมเศร้า หมายถึง ผู้ที่มีอาการ ลักษณะทางอารมณ์และความรู้สึกที่เปลี่ยนไปจากเดิมซึ่งสังเกตได้จากพฤติกรรม เช่น ความสนใจตนเองลดลง มีอารมณ์เศร้า เหงา เบื่อหน่าย ท้อแท้ พุดช้า เคลื่อนไหวตนเองและทำอะไรช้า อ่อนเพลียไม่มีแรง ซึ่งอาการดังกล่าวจะมีติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ เข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัย การแยกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA, 1994) คือ (The 4th Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders [DSM-IV]) และลงรหัสการวินิจฉัยโรคแบบ (International statistical classification of Disease and Related Health Problem [ICD-10]) ตามคู่มือการลงวินิจฉัยโรคของ องค์การอนามัยโลก (WHO, 1994)

อาการและการวินิจฉัยของโรคซึมเศร้า

อาการแสดงที่เห็นได้ชัดของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ คือมีอารมณ์เศร้า (depress mood) บางครั้งก็จะร้องไห้ ความสนใจสิ่งแวดล้อมรอบข้างน้อยลง ทำกิจกรรมน้อยลง หดห้วง วิตกกังวล (Barbara; Joseph; Terry; Cecily, 2009) คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่าหมดสิ้นความหวังในชีวิต มีความคิดอยากตายหรือคิดฆ่าตัวตาย (มานิซ หล่อตระกูล, 2553) การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในปัจจุบันมีการแบ่งการวินิจฉัยได้ 2 ระบบ (ปราโมทย์ สุคนิชย์ และมานิซ หล่อตระกูล, 2548) การวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์การแยกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA, 1994) โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ตามเกณฑ์ (The 4th Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders [DSM-IV]) มีดังนี้

A. มีอาการดังต่อไปนี้ 5 อาการ อยู่นาน 2 สัปดาห์และมีการมีการแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของการทำหน้าที่ (function) ต่างไปจากเดิมในด้านต่างๆ โดยมีอาการอย่างน้อย 1 ใน 2 อาการดังนี้ คือ อารมณ์ซึมเศร้า (depress mood) หรือเบื่อหน่ายไม่มีความสุข ขาดความสนใจ (loss of interest) โดยไม่รวมกับภาวะความเจ็บป่วยทางกาย

1) ส่วนใหญ่ของวันจะมีอารมณ์ (depress mood) และเป็นแทบทุกวันโดยการสังเกตของผู้อื่น (ในเด็กวัยรุ่นอาจเป็นอารมณ์หงุดหงิด)

2) ความสนใจ (loss of interest) หรือความสุขใจในกิจกรรมต่างๆลดลงทั้งหมดหรือแทบทั้งหมดอย่างมาก เป็นแทบทุกวันและเป็นส่วนใหญ่ของวัน

3) น้ำหนักลด (weight loss) โดยมิได้เกิดจากการควบคุมอาหาร หรือน้ำหนักเพิ่มขึ้น (decrease or increase in appetite) อย่างมีความสำคัญ (น้ำหนักเปลี่ยนแปลงร้อยละ 5 ต่อเดือน)

4) การนอนเปลี่ยน คือ นอนไม่หลับ (insomnia) หรือหลับมากเกินไป (hypersomnia)

5) มีการเคลื่อนไหวผิดปกติไปจากปกติ คือ มีการเคลื่อนไหวช้า (retardation) หรือแบบกระวนกระวาย (agitation)

6) ไร้เรี่ยวแรง (loss of energy) หรืออ่อนเพลีย (fatigue) ได้แทบทุกวัน

7) มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า (feeling of worthlessness) หรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินไป (excessive or inappropriate guilt) แทบทุกวัน

8) สมาธิในการทำงาน อ่านหนังสือลดลง (concentrate) หรือมีการตัดสินใจอะไรไม่ได้ มีความสับสน ไม่สามารถตัดสินใจ (indecisiveness) แทบทุกวัน

9) บางรายอาจมีความคิดเรื่องการตายซ้ำๆ (recurrent suicidal ideation)

B. อาการดังกล่าวไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัย สำหรับอาการผสม (mix episode)

C. อาการที่เกิดขึ้นเป็นเหตุให้ทุกข์ทรมานใจ (distress) หรือทำให้เสื่อมเสียหน้าที่ในด้านสังคม อาชีพ หรือด้านอื่นๆที่สำคัญ

D. อาการที่เกิดขึ้นไม่ได้มีผลมาจาก ยาเสพติด ขาดการรักษาโรค หรือภาวะความเจ็บป่วย ทางกายทั่วไป เช่น โรคชั้รยรอยด์ เป็นต้น

E. อาการที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (bereavement) เช่น ภายหลังการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก มีอาการคงอยู่นานเกิน 2 เดือน

สำหรับอาการและการวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1994) ในกลุ่มรหัสโรค F30- F39 โรคซึมเศร้า (Depressive episode) ตามการวินิจฉัยแยกโรค (International Classification of Disease and Health Related Problem [ICD-10]) มีอาการหลัก (Most typical symptoms) ที่จะต้องมีในผู้ที่ เป็นโรคซึมเศร้าไม่ว่าอาการน้อย ปานกลาง หรือรุนแรง คือ อารมณ์เศร้า สูญเสียความสนุกเพลิดเพลินและความสนใจ เรี่ยวแรงถดถอย เหนื่อย เพลียง่ายขึ้นและมีกิจกรรมน้อยลง และมีอาการอื่นๆ (Other symptoms) ร่วมดังนี้

1) สมาธิและความสนใจลดลง

2) ความภาคภูมิใจและความมั่นใจในตนเองลดลง

- 3) รู้สึกผิดและไร้ค่า
- 4) มองอนาคตในทางลบ
- 5) มีความคิดและการกระทำที่ทำร้ายตนเอง
- 6) นอนผิดปกติ
- 7) ความอยากอาหารลดลง

โรคซึมเศร้าสามารถแบ่ง ระดับความรุนแรงได้ออกเป็น 3 ระดับ (สมภพ เรืองตระกูล, 2543 ; พุนศรี รังสิขจิและคณะ 2547; Gail & Michele, 2005) คือโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild depressive episode) เกณฑ์การวินิจฉัย คือต้องมีอาการหลักดังกล่าว (Most typical symptoms) อย่างน้อย 2 อาการร่วมกับอาการอื่น (Other symptoms) อย่างน้อย 2 อาการ ระยะเวลาที่เกิดอาการทั้งหมดไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์ และโดยปกติผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย มีอารมณ์เศร้าที่เกิดจากปัญหาการทำงานประจำและกิจกรรมทางสังคม ในการดำเนินชีวิตประจำวันยังเป็นปกติ (พุนศรี รังสิขจิและคณะ 2547) โรคซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate depressive episode) เกณฑ์การวินิจฉัย คือผู้ป่วยจะต้องมีอาการหลักดังกล่าว (Most typical symptoms) 2 ใน 3 อาการ ร่วมกับต้องมีอาการอื่น (Other symptoms) อย่างน้อย 3 อาการ ระยะเวลาที่เกิดอาการทั้งหมดไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยเริ่มแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน (พุนศรี รังสิขจิและคณะ 2547) และสุดท้ายโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depressive episode) เกณฑ์การวินิจฉัย ผู้ป่วยต้องมีอาการหลัก (Most typical symptoms) ครบทั้ง 3 อาการร่วมกับมีอาการอื่น (Other symptoms) อย่างน้อย 4 อาการ ระยะเวลาที่เกิดอาการทั้งหมดไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์ และโดยปกติผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง ผู้ป่วยอาจมีอาการทางจิต เช่น หูแว่ว เห็นภาพหลอนร่วมด้วย

จากที่กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปลักษณะอาการและการวินิจฉัยของโรคซึมเศร้า คือผู้ที่มีสนใจสิ่งรอบข้างลดลง แยกตัว เหม่อลอย มีความผิดปกติเรื่องการนอน เบื่ออาหาร น้ำหนักลด พุดช้า เคลื่อนไหวร่างกาย เชื่องช้า เฉื่อยชาลง พุดน้อย คิดนาน อาจซึม อยู่เฉยๆ ได้นานๆ เป็นต้น มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์เช่น หดหู่ ไม่มีชีวิตชีวาสิ้นหวัง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า รู้สึกว่าตนเองไม่มีความหมายต่อใคร มีความคิด ไม่มั่นใจตนเอง คิดซ้ำ สมาธิเสีย มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย และในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยการวินิจฉัยแยกโรค (The 4th Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders [DSM-IV]) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA, 1994) ว่าเป็น โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder)

ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า คือ ปัจจัยทางชีวภาพและปัจจัยทางจิตสังคม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมมีรายละเอียดพอสรุปได้ดังนี้ คือ

ปัจจัยทางชีวภาพ

ด้านพันธุกรรม (Genetic) การเกิดโรคซึมเศร้าเป็นลักษณะของการบกพร่องในการถ่ายทอดพันธุกรรม (พูนศรี รังสีจีและคณะ, 2547; มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548; Gail & Michele, 2005) ผลการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่าญาติของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีโอกาสเป็นโรคนี้สูงกว่าประชากรทั่วไป 1.5 – 3 เท่า พันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องสูง ในการทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า มีความเสี่ยงในญาติสายตรง ร้อยละ 7 (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548 ; ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจและนวนัน ปิยะวัฒน์กุล, 2546) จากการศึกษาเกี่ยวกับประวัติครอบครัวของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดขั้วเดียว (bipolar one) พบว่าร้อยละ 50ของผู้มีอารมณ์แปรปรวนชนิดนี้จะมีอย่างน้อยบิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งเป็นโรคอารมณ์แปรปรวน (Kaplan & Sodack, 1998) นอกจากนี้บุตรบุญธรรมที่เกิดจากบิดาและมารดาที่มีเป็นโรคซึมเศร้าทั้ง 2 คน มีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าที่สูงกว่าบุตรบุญธรรมซึ่งบิดาและมารดาปกติ (สมภพ เรืองตระกูล, 2548) ยังมี และจากการศึกษาพบว่าคู่แฝดไข่ใบเดียวกัน (monozygotic twins) มีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าร้อยละ 50 (พูนศรี รังสีจีและคณะ, 2547 ; มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548)

ด้านกระบวนการเมตาบอลิซึมของสารสื่อประสาทในสมอง (biochemical) โรคซึมเศร้าเกิดจากการบกพร่องหรือความผิดปกติของการทำงานในระบบประสาทส่วนกลาง ทำงานได้ไม่ดี และทำให้เกิดความไม่สมดุลของสารเคมีในสมอง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) ผู้ป่วยจะมีการทำงานของสารสื่อประสาท คือ อะเซทิลโคลีน (acetylcholine) โดพามีน (dopamine) ซีโรโทนิน (serotonin) และนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) ลดลง (ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจและนวนัน ปิยะวัฒน์กุล, 2546) และปัจจุบันมีความเชื่อว่าเกิดจากความบกพร่องในการควบคุมประสานงานร่วมกันมากกว่าที่จะเป็นระบบใดระบบหนึ่ง (มาโนช หล่อตระกูล, 2550)

ด้านความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ (endocrine systems) พบมีความผิดปกติหลายระบบได้แก่ ระบบการทำงานของต่อมไร้ท่อ สารคอร์ติซอล (cortisol) สูงมาก (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) ในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีการเพิ่มการทำงานของไฮโปทาลามิก พิทูอิทารี อะครินอล แอซิก (hypothalamic-pituitary-adrenal axis: HPA-axis) และมีการหลั่งสารคอร์ติซอล (cortisol) มากขึ้น ทำให้ระดับกลูโคคอร์ติคอยด์ (glucocorticoid) ในพลาสมาเพิ่มขึ้น ส่งผลยับยั้ง

กระบวนการนิวโรเจเนซิส (neurogenesis) และเดนไดรติก รีโมเดลลิง (dendritic remodeling) ในฮิปโปแคมปัส (hippocampus) เกิดการฝ่อลงหรือตายลง ทำให้สัมพันธ์กับการเกิดอาการแสดง เมื่อมีความผิดปกติบริเวณลิมบิก ซิสเต็ม (limbic system) มีผลข้างกับด้านอารมณ์ ความคิด สำหรับบริเวณไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ควบคุมการหลั่งฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการนอน ถ้าเกิดความผิดปกติในบริเวณสมองส่วนไฮโปทาลามัส (hypothalamus) จะมีการหลับผิดปกติ พฤติกรรมทางเพศผิดปกติ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548; ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และนวนัน ปิยะวัฒน์กุล, 2546)

ปัจจัยทางจิตสังคม

ปัญหาจิตสังคมที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า ประกอบด้วยปัจจัยภายในจิตใจ หรือปัจจัยพลวัตทางจิต (intrapsychic or psychodynamic factors) ซึ่งเกิดจากความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ มีประสบการณ์ยากลำบากในวัยเด็ก รวมถึงการขาดการเลี้ยงดูที่ดีในวัยเด็กปัญหาอันเกิดมาจากการสูญเสียบิดาหรือมารดาก่อนอายุ 11 ปี (ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจและนวนัน ปิยะวัฒน์กุล, 2546; พูนศรี รังสีจี และคณะ, 2547) ปัจจัยทางด้านความคิด (cognitive factors) ซึ่งเบค (Beck, 1979) ได้กล่าวไว้ว่า โรคซึมเศร้ามีปัจจัยมาจากความคิดที่บิดเบือน ไม่สมเหตุผล ผลมีมุมมองทางลบต่อตนเอง ปัจจัยทางด้านพฤติกรรม (behavioral factors) พบว่าผู้ที่ประสบกับความล้มเหลวในชีวิต ก่อให้เกิดบุคลิกภาพแบบพึ่งพา ย้ำคิดย้ำทำ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าได้มากกว่าบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (พูนศรี รังสีจี และคณะ, 2547) และปัจจัยทางสัมพันธภาพทางสังคม (interpersonal and social factors) พบว่า เหตุการณ์ความเครียดต่างๆในชีวิต (stressful life events) การเปลี่ยนแปลงในชีวิต (any life change) การเสียชีวิตของบุคคลที่รัก เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัยและพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

จากที่กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปปัจจัยของการเกิดโรคซึมเศร้า ได้แก่ ความผิดปกติจากการถ่ายทอดพันธุกรรมซึ่งพันธุกรรมมีส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดโรคทางอารมณ์ หรือเกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง แคทีโคลามีน (catecholamine) และซีโรโทนิน (serotonin) มีปริมาณลดลง มีความผิดปกติที่ลิมบิกซิสเต็ม (limbic system) เบซอลแกงเกลีย (basal ganglia) และไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ปัจจัยทางด้านจิตสังคม ซึ่งบุคลิกภาพแบบพึ่งพา ย้ำคิดย้ำทำ การสูญเสียบิดา มารดา ก่อนอายุ 11 ปี มีผลต่อขบวนการความคิด การมองตน การมองโลก มองอนาคตทางลบเป็นส่วนใหญ่ ใช้กลไกทางจิตไม่เหมาะสม ทำให้เกิดการเก็บกดอารมณ์ มีปัญหาด้านสัมพันธภาพ สูญเสียความเชื่อมั่น หมดหวังในอนาคต จึงป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในที่สุด (ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และนวนัน ปิยะวัฒน์กุล, 2546 ; พูนศรี รังสีจี และคณะ, 2547)

การรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

แนวทางการรักษาโรคซึมเศร้าในปัจจุบันพบรูปแบบการรักษาแบ่งออกเป็นการรักษาทางชีวภาพ (Biological treatment) ได้แก่ การรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy) การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy; ECT) และการรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial treatment) (Barbara 2009; Kaplan & Saddock, 1998, อรรถพรณ ถีอนุญวัชชัย, 2549) ซึ่งเป็นแนวทางหลักในการรักษาโรคซึมเศร้า มีรายละเอียดในการรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้านี้

การรักษาทางชีวภาพ(Biological treatment) ได้แก่

การรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)

การรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าด้วยยาแบบทันที่และรักษาตามมาตรฐานจะช่วยลดความเสี่ยงและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยต้องรับประทานยาต้านเศร้าต่อไปอย่างน้อย 6 เดือนหลังจากอาการดีขึ้น (Kaplan & Saddock, 2002) เป้าหมายในการรักษามี 3 ประการ (Depression Guideline Panel, 1993) คือ 1) เพื่อลดอาการและอาการแสดงของอารมณ์ซึมเศร้า 2) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพและอยู่ในสังคมได้โดยไม่แสดงอาการ 3) เพื่อป้องกันไม่ให้มีอาการกลับเป็นซ้ำ (Kaplan & Saddock, 2002; มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) และแบ่งการรักษาเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล, 2550) ตามการกำเริบของโรค ได้แก่

1) การรักษาระยะเฉียบพลัน (acute treatment) คือการรักษาตั้งแต่ผู้ป่วยมาพบขณะมีอาการไปจนถึงระยะช่วงเวลาที่ผู้ป่วยไม่มีอาการ (Full Remission) การให้ยาในระยะแรกจะได้ผลในการรักษาประมาณร้อยละ 70 -80 และยังมีผลช่วยในการป้องกันการเกิดอาการกำเริบ (relapse) หรือการกลับเป็นซ้ำ (recurrence)

2) การรักษาระยะต่อเนื่อง (continuation treatment) คือ ระยะที่ผู้ป่วยไม่มีอาการซึมเศร้าและยังได้ยาต้านเศร้าในขนาดเท่าเดิมต่อไปอีก 4 – 9 เดือน หรือผู้ป่วยควรได้รับยาต้านเศร้าต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน (Kaplan & Saddock, 2002) เป้าหมายของการให้ยาต่อเนื่องในระยะนี้เพื่อป้องกันอาการของโรคกำเริบขึ้นมามี (relapse) หากมีการหยุดยาหรือหยุดการรักษาก่อนนี้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการของโรคกำเริบ (relapse) สูงมาก

3) การรักษาระยะให้ยาเพื่อป้องกันการเป็นซ้ำ (maintenance treatment) คือระยะเวลาให้การรักษาด้วยยาต่อจากระยะต่อเนื่องไปอีกอย่างน้อย 9-12 เดือนหรือ 2-3 ปี (มาโนช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) ซึ่งจะพิจารณาจากข้อบ่งชี้ดังนี้ คือผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคซึมเศร้าครั้งแรกเมื่ออายุ 50 ปีหรือมากกว่า ผู้ป่วยมีประวัติเป็นครั้งแรกอายุ 40 ปีหรือมากกว่าและมีประวัติเป็นโรคซึมเศร้าอย่างน้อย 1 ครั้ง ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าทุกรายที่มีอาการมากกว่า 3 ครั้ง

ปัจจุบันยาด้านเศร้า แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุกนิษฐ์ 2548; สมภพ เรืองตระกูล, 2548; Barbara et al, 2009; Gail & Michele, 2005)

ยากลุ่มยับยั้งการนำกลับซีโรโตนิน (selective serotonin reuptake inhibitor [SSRI]) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดกลับของสารสื่อประสาทซีโรโตนิน (serotonin) ของเซลล์ประสาทซึ่งมีผลเพิ่มความเข้มข้นของซีโรโตนิน (serotonin) ในช่องว่างระหว่างเซลล์ประสาทที่อยู่ในระบบประสาทส่วนกลาง (CNS Synapses) ปัจจุบันในสหรัฐอเมริกาถือว่า ยากลุ่ม SSRI เป็นยาที่นิยมเป็นลำดับแรก (first choice) ที่แพทย์พิจารณาใช้รักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (มาโนช หล่อตระกูล, 2550) เนื่องจากยาไม่มีผลข้างเคียงต่ำ จึงปลอดภัย ไม่มีผลต่อหัวใจและหลอดเลือด (Barbara et al, 2009; Gail & Michele, 2005) กรณีรับประทานยาเกินขนาด พบว่ามีการเสียชีวิตน้อยมาก อาการข้างเคียงของยากลุ่มนี้ คือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย นอนไม่หลับ พบได้ในผู้ป่วยบางราย จะมีอาการอยู่ไม่สุข กระสับกระส่ายและนอนไม่หลับ เบื่ออาหารทำให้น้ำหนักตัวลดในช่วงแรกๆ ของที่รับประทานยา และน้ำหนักจะเพิ่มขึ้นหลังรับประทานยาได้ระยะหนึ่ง (มาโนช หล่อตระกูล, 2550)

ยากลุ่มนี้ที่นิยมใช้ในประเทศไทย คือ ฟลูออกซีทีน (Fluoxetine) ฟลูออกซามีน (Fluvoxamine) เซอร์ทราลีน (Sertraline) พารอกซาลีน (Paroxetine) เอสซิทาโลเพน (Escitalopram) ขนาดยาที่นิยมใช้รักษา 20–60 มิลลิกรัมต่อวัน

ยาด้านเศร้ากลุ่มไตรไซคลิก (tricyclic Antidepressants [TCA]) ยากลุ่มนี้มีกลไกการออกฤทธิ์ลดอาการซึมเศร้าโดยการเพิ่มระดับนอร์อิพิเนพริน (nor-epinephrine) และ ซีโรโตนิน (serotonin) ในสมองด้วยวิธีการยับยั้งการดูดกลับของสารสื่อประสาทคือ นอร์อิพิเนพริน (nor-epinephrine) ซีโรโตนิน (serotonin) ไม่ให้กลับเข้าไปในปลายประสาท นอกจากนั้นยังไปขัดขวางกระบวนการทำงานของมัสคารินิกรีเซพเตอร์ (muscarinic receptors) ซึ่งจะทำงานอยู่ในระบบประสาทอัตโนมัติ (para sympathetic nerve) ยาจะดูดซึมได้ดี ในระบบทางเดินอาหาร อาการข้างเคียงของยากลุ่มนี้คือ มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด จะเกิดอาการใจสั่น ใจเต้นเร็ว หัวใจเต้นผิดจังหวะ ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 40 ปีรักษาด้วยยากลุ่มนี้จึงควรมีการตรวจคลื่นหัวใจให้กับผู้ป่วย (มาโนช หล่อตระกูล, 2550) อาจทำให้มีอาการวิงเวียนศีรษะ ความดันโลหิตต่ำอาจทำให้มีอาการหน้ามืดขณะเปลี่ยนอิริยาบถ ปากคอแห้ง มีอาการง่วงซึม น้ำหนักตัวเพิ่ม (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุกนิษฐ์ 2548; สมภพ เรืองตระกูล, 2548; Barbara et.al, 2009; Gail & Michele, 2005) ในผู้ที่มีความคิดทำร้ายตนเอง ต้องระมัดระวังในการใช้ยา เพราะถ้ารับประทานยาเกินขนาดอาจทำให้เสียชีวิตได้ ยากลุ่มนี้ที่นิยมใช้ในประเทศไทย คือ อิมิพรามิน (Imipramine) อะมิทริปไทลีน (Amitriptyline) นอร์ทริปไทลีน (Nortriptyline) ด็อกเซปิน (Doxepin) โคลมิพรามิน (Clomipramine) ขนาดปริมาณยาที่ยอมรับว่าจะรักษาโรคซึมเศร้าให้ได้ผลดี คือ 150 มิลลิกรัมต่อวัน

แต่ไม่ควรต่ำกว่า 75 มิลลิกรัมต่อวัน ควรให้ยาขนาดต่ำกว่าที่ 25 – 50 มิลลิกรัม และควรปรับเพิ่มขนาดของยาทุก 3 – 5 วัน คงขนาดยาไว้ที่ 75 มิลลิกรัม ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ จะมีการตอบสนองที่ดี (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์ 2548; สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

ยาต้านเศร้ากลุ่มยับยั้งการทำงานของเอนไซม์โมโนเอมีน (monoamine oxidase inhibitor [MAOIs]) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการเลือกไปยับยั้งการทำงานของเอนไซม์โมโนเอมีนชนิด A และ B ที่มีผลต่อการเผาผลาญ ซีโรโตนิน (serotonin) และ นอร์อีพิเนฟริน (nor-epinephrine) ในสมองมีผลในการเชื่อมโยงต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตจากการมีการคลั่งของสารสื่อประสาท นอร์อีพิเนฟริน (nor-epinephrine) ผู้ที่ใช้ยานี้จึงต้องระมัดระวังการรับประทานยาและอาหาร เพราะอาหารบางชนิดที่รับประทานเข้าไปจะทำให้เกิดปฏิกิริยาให้เกิดความขัดแย้งกับนอร์อีพิเนฟริน (nor-epinephrine) ทำให้เกิดภาวะวิกฤตในร่างกาย ความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นสาเหตุให้เส้นเลือดแตกในสมองได้ อาการเตือนคือ ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ปวดศีรษะรู้สึกร้อนหน้า หน้าแดง เหงื่อออก ชีพจรเต้นเร็ว มีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน และยังทำให้เกิดโรคทางระบบประสาทคือโรคพาร์กินสัน (Parkinson's) สำหรับอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงเมื่อรับประทานยากลุ่มนี้คือ ชีส ผลไม้ที่สุกๆ กะหล่ำปลีคอง ไข่กรอก เหล้าไวน์แดง เหล้าหวาน ผงชูรส ปลารมควัน ดับวัว ดับไก่ และอาหารที่มีส่วนผสมของผงชู (Barbara et al, 2009; Gail & Michele, 2005) ยากลุ่มนี้ที่นิยมใช้ในประเทศไทย คือ ทรานิลไซปโพรมีน (Tranlycypromine) ฟิเนลซีน (Phenelzine) ไอโซคาร์บอกซาซิด (Isocarboxazid) ขนาดที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า คือ 10 – 30 มิลลิกรัมต่อวัน

ยาต้านเศร้ากลุ่มใหม่ (New generation) ยากลุ่มนี้แบ่งออกเป็น

1) ยายับยั้งการนำกลับของนอร์อีพิเนฟริน (nor-epinephrine) และ โดปามีน (dopamine) (nor-epinephrine and dopamine selective reuptake inhibitor [NDRI]) ยานี้จะออกฤทธิ์เลือกไปยับยั้ง การนำกลับของนอร์อีพิเนฟริน (nor-epinephrine) และ โดปามีน (dopamine) กลับเข้าสู่เซลล์ และไม่ได้ไปยับยั้งซีโรโตนิน (serotonin) และยังไม่ไปขัดขวางการทำงานของมัสคารินิกรีเซพเตอร์ (muscarinic receptors) ผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้ คือ กล้ามเนื้อมีการเคลื่อนไหว มีอาการสั่น ใจเต้นผิดปกติ ขาดน้ำที่นิยมใช้ คือ บูโพรเพียน (Bupropion) ขนาดที่ใช้ 150 – 300 มิลลิกรัมต่อวัน (Barbara, 2009; Gail & Michele, 2005)

2) ยายับยั้งการนำกลับของซีโรโตนิน (serotonin) และ นอร์อีพิเนฟริน (nor-epinephrine) (selective serotonin reuptake inhibitor [SNRI]) ยานี้จะออกฤทธิ์เลือกไปยับยั้ง การนำกลับของซีโรโตนิน (serotonin) และ นอร์อีพิเนฟริน (nor-epinephrine) เข้าสู่เซลล์และไม่ได้ไปยับยั้งซีโรโตนิน (serotonin) ผลข้างเคียงคือ มีอาการสั่น ใจเต้นผิดปกติ อ่อนเพลีย มีปากแห้งคอแห้ง อาจเกิดปัญหาในระบบทางเดินอาหารทำให้อาเจียน มีถ่ายเหลวได้และทำให้สมรรถนะทางเพศลดลง

ยาชนิดนี้ที่นิยมใช้ในกลุ่มนี้ คือเวนลาเฟกซีน (Velafaxine) เมอร์ทาเซปีน (Mirtazepine) รีโบเซติน (Reboxetin) ขนาดที่ใช้ 75 – 200 มิลลิกรัมต่อวัน (Barbara et.al, 2009; Gail & Michele, 2005, มาโนช หล่อตระกูล)

ผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้คล้ายกับยากลุ่มยับยั้งการนำกลับซีโร โดนิน (selective serotonin reuptake inhibitor [SSRI]) มีความปลอดภัยและมีผลข้างเคียงน้อยกว่ายาต้านเศร้ากลุ่มยับยั้งการทำงานของเอนไซม์โมโนเอมีน (monoamine oxidase inhibitor [MAOIs]) และยาต้านเศร้ากลุ่มไตรไซคลิก (tricyclic Antidepressants [TCA]) (Barbara, 2009; Gail & Michele, 2005)

หลักการสำคัญในการดูแลผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับยา คือ การให้ศึกษาความรู้ในเรื่องการดูแลและเฝ้าระวังตนเองจากการไม่พึงประสงค์ของยา การดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล ความปลอดภัยในการใช้ยาแต่ละชนิด การดูแลให้ผู้ที่เป็โรคซึมเศร้าได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (สุนีย์ เกียรติแก้ว; 2545)

การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy; ECT)

วิธีการรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy; ECT) (อรวรรณ ลีบุญธวัชชัย, 2549) คือการใช้กระแสไฟฟ้าผ่านเข้าร่างกายเป็นระยะเวลา 0.1 วินาที กลไกในการออกฤทธิ์ ทำให้มีการปรับตัวของสารสื่อประสาทที่ลดลงให้เป็นปกติ (Katherine & Patricia, 2003) การรักษาจะทำวันเว้นวัน ในผู้ป่วยซึมเศร้าทำทั้งหมดจำนวน 6-8 ครั้ง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) มีผลข้างเคียง หัวใจเต้นเร็วหรือช้าผิดปกติอาจมีอาการชักเกินกว่า 3 นาที ส่วนผลแทรกซ้อนรุนแรง คือกระดูกหัก ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ได้แก่ คลื่นไส้ ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ง่วงซึม เบื่ออาหาร อาจมีอาการสับสนชั่วคราว (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์ 2548; ละเอียด แจ่มจันทร์ และสุธี ขันธรักขวงศ์, 2549) วิธีนี้จะเลือกใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและมีความเสี่ยงสูงที่จะฆ่าตัวตาย (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) โดยทั่วไปการใช้ยาจะปลอดภัยกว่าและมีข้อดีกว่าการทำ ECT คือ จะมีอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรค (recurrence) เพียง 15-17% ในขณะที่ ECT จะมีอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรค (recurrence) 20 – 45% (พูนศรี รังสีจิ และคณะ, 2547)

การรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial treatment)

จิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นการรักษาทางจิตวิทยาที่ต้องใช้การสร้างความสัมพันธ์เพื่อให้เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยกับผู้บำบัดด้วยการสนทนา โดยใช้ทักษะการฟังและการพูดเป้าหมายให้ผู้ป่วยเข้าใจและแก้ไขปัญหาทางจิตได้ (พูนศรี รังสีจิ และคณะ, 2547; สมภพ เรืองตระกูล, 2552) จิตบำบัดระยะสั้นที่สำคัญสำหรับโรคซึมเศร้า ได้แก่การบำบัดทางความคิด

(Cognitive Therapy) พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal psychotherapy) (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย, 2553)

การบำบัดทางความคิด (Cognitive Therapy) การบำบัดทางความคิดเริ่มต้นพัฒนาขึ้นโดยเบค (Beck, 1979) โดยมุ่งเน้นการแก้ไขความคิดและกระบวนการคิดบิดเบือนที่ก่อให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า การบำบัดทางความคิดมีโครงสร้างชัดเจน ใช้นเวลาบำบัดโดยเฉลี่ยประมาณ 20 สัปดาห์ บำบัดสัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 45 – 50 นาที เป้าหมายและกระบวนการรักษา ได้แก่ ช่วยให้เข้าใจ และแก้ไขความคิดที่บิดเบือนและไม่สมเหตุสมผล โดยการสอนให้เข้าเกี่ยวกับความคิดมีผลต่ออารมณ์ มอบหมายการบ้านให้จดบันทึกเหตุการณ์และความคิดที่เกิดขึ้นในขณะที่เกิดอารมณ์ด้านลบ แล้วผู้บำบัดจะให้ทบทวนและตรวจสอบความคิดที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง เพื่อช่วยแก้ไขความคิดที่เกิดบิดเบือน ส่งผลให้ความคิดมีความยืดหยุ่นมากขึ้น มีมุมมองความคิดบวกเพิ่มขึ้น ส่งผลให้อาการของโรคซึมเศร้าดีขึ้น (อรพรรณ ลือบุญวัชชัยและพีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย, 2553)

การบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior Therapy) เป็นจิตบำบัดระยะสั้นรูปแบบหนึ่ง ซึ่งมีพื้นฐานมาทฤษฎีการเรียนรู้โดยมองว่าอาการของโรคซึมเศร้าเกิดขึ้นจากการขาดแรงเสริมทางบวกที่ควรได้รับจากความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลใกล้ชิด นอกจากนั้นแล้วอาการของโรคซึมเศร้าที่ยังคงอยู่และเป็นมากขึ้นนั้นเกิดจากการที่มีความคิดหมกมุ่นกับปัญหาเดิมๆ ของตนเอง จนพลาดโอกาสในการทำสิ่งต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความเพลิดเพลินและสำเร็จ ส่งผลให้ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่สามารถจัดการกับชีวิตของตนเองได้ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย, 2553) วิธีการคือมีการกำหนดเป้าหมายชัดเจนว่าต้องการกำจัดพฤติกรรมใดหรือต้องการพฤติกรรมแบบใด ความถี่และระยะเวลาในการบำบัดขึ้นอยู่กับการตกลงบริการ แต่ส่วนมากใช้เวลาจำกัดในการบำบัด (พูนศรี รังสิขจิ และคณะ, 2547)

จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy) เป็นการบำบัดรักษาโดยมีพื้นฐานความเชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือเกิดจากการที่บุคคลมีสัมพันธภาพทางสังคมไม่ดี มุ่งเน้นปฏิสัมพันธ์โดยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและผู้อื่นที่ดีขึ้นไม่เน้นความขัดแย้งในจิตใจ (Noreen & Lawrence, 2002 ; Kaplan & Sadock, 2002 ; มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) ในการบำบัดมีเป้าหมายทั้งหมด 4 ด้านคือ 1) ความรู้สึกเศร้าเสียใจจากการสูญเสียบุคคลสำคัญ 2) ความขัดแย้งระหว่างบุคคล 3) การเปลี่ยนผ่านทางสังคม 4) การขาดสัมพันธภาพทางสังคม โดยมีจุดประสงค์เพื่อลดอารมณ์เศร้าและเพิ่มความภูมิใจในตนเอง (Gail & Michele, 2005)

สรุปในการรักษาผู้ที่ เป็นโรคซึมเศร้า สามารถรักษาได้หลายวิธีแต่วิธีที่นิยมและยอมรับในปัจจุบันคือการรักษาด้วยยาต้านเศร้าซึ่งเป็นวิธีที่ไม่ยุ่งยากผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการได้ง่ายกว่า

วิธีการรักษาแบบอื่น การรักษาจะเห็นผลได้เร็ว อาการจะดีขึ้นเมื่อได้รับประทานยาครบ 2 สัปดาห์ และการรับประทานยาด้านเสริมอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน ยังช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (relapse) (Kaplan & Sadock, 1998) ดังนั้นการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา จึงถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Adherence)

ความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้วย

ปัจจุบันความร่วมมือในการรักษาเป็นพฤติกรรมที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังจำนวนไม่น้อยเกิดปัญหาไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานหรืออาจต้องรักษาตลอดชีวิต มีการวิจัยเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาด้วยยาระหว่างผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในต่างประเทศ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจะมีอัตราสูงกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง และยังพบว่าความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักจะลดลงหลังจาก 6 เดือนแรกของการรักษา (Osterberg & Blaschke, 2005)

สำหรับความหมายของความร่วมมือในการรักษา ได้มีผู้ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาไว้หลายหลาก สรุปพอได้สังเขป ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษา ซึ่งหมายถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยในการรับประทานยา อาหาร และหรือ การเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต การใช้ชีวิตประจำ ตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ด้วยความสมัครใจของผู้ป่วย

แคปแลนและซาดอค (Kaplan & Sadock, 2000) ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาไว้ว่า เป็นความเห็นชอบในพฤติกรรมของบุคคลต่อการรับประทานยา การรับประทานอาหารหรือมีเปลี่ยนแปลงแผนการดำเนินชีวิต เพื่อให้สอดคล้องไปกับการรักษา

โฮล์มส์ (Holmes, 2003) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง การที่ผู้ป่วยปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ถูกต้องตามขนาดและเวลาที่รับประทานในแต่ละวัน ใส่ใจในอาการของตนเองและติดตามกระบวนการรักษาอย่างระมัดระวัง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า รัชนก ลิทธิโชติวงศ์ (2550) ได้กล่าวถึงความหมายของความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย (compliance) หมายถึง ระดับของการติดตามการรักษาหรือการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ ซึ่งในการศึกษาได้มีการประเมิน 3 ด้าน คือ ด้านที่ 1.

สัดส่วนของวันที่มีyarับประทาน (proportion of days covered) ด้านที่ 2. ความร่วมมือในการใช้ยา ด้านที่ 3. พฤติกรรมการควบคุมอาหารและการปฏิบัติตัว

ในการศึกษาครั้งนี้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า หมายถึง ระดับของการติดตามการรักษาหรือการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ ซึ่งในการศึกษาได้มีการประเมินแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาของ รัชนก สิทธิโชติวงศ์ (2550) ที่วัดความร่วมมือ 3 ด้าน คือ ด้านที่ 1. สัดส่วนของวันที่มีyarับประทาน (proportion of days covered) ด้านที่ 2. ความร่วมมือในการใช้ยา ด้านที่ 3. พฤติกรรมการควบคุมอาหารและการปฏิบัติตัว และมารับบริการตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับแผนการรักษาด้วยยาของแพทย์ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการกลับเป็นซ้ำ

วิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นตัวชี้วัดด้านประสิทธิผลที่สำคัญในระบบสุขภาพ (WHO, 2003) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าวิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยานั้นมีหลากหลายวิธี ซึ่ง แพมพอลโลและคณะ (Pampallona et al, 2002) ได้กล่าวถึง สิ่ง ที่ช่วยในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยยาด้านเศร้า ได้แก่

ด้านการบำบัดทางจิต จิตบำบัดเป็นการรักษาทางจิตใจที่สำคัญในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า จิตบำบัดมีประสิทธิภาพในการลดอาการ (symptom reduction) ของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าได้ดี (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย และพิรพนธ์ ลือบุญรัชชัย, 2553) จิตบำบัดระยะสั้นที่สำคัญสำหรับโรคซึมเศร้า ได้แก่การบำบัดทางความคิด (Cognitive Therapy) พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) จิตบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคล (Interpersonal psychotherapy) (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย และพิรพนธ์ ลือบุญรัชชัย, 2553) รายละเอียดดังที่ได้กล่าวไว้แล้วข้างต้น

ด้านการให้คำปรึกษาใช้ยาด้านเศร้า โดยเภสัชกร เมื่อผู้ป่วยประสบปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาด้านเศร้า ขาดความรู้ และมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อยา การให้คำปรึกษาด้านยาจะทำให้ผู้ป่วยและญาติสามารถจัดการกับปัญหา ความกังวลใจ ที่เกิดจากการใช้ยา (Peveler, 1999) สอดคล้องกับริกเกิล (Rickle, 2003) ได้ทำการศึกษาโปรแกรม Pharmacist – Guided Education and Monitoring โดยการสุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าเข้าโปรแกรมจำนวน 31 คน เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าโปรแกรม จำนวน 32 คน โปรแกรมนี้ เภสัชกรจะเป็นผู้ให้คำแนะนำ ติดตาม 3 ครั้งใน 3 เดือนและได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน เป้าหมายของการรักษาคือให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับยาด้านเศร้า พบอัตราการรับประทานยาผิดขนาดในกลุ่มที่ได้เข้าโปรแกรมน้อยกว่ากลุ่มปกติดังมีนัยสำคัญ

ด้านการสอนทีมบุคลากรให้มีความรู้ มีทักษะการดูแลผู้ป่วย จากรายงานการประชุมขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2001) ได้เสนอรูปแบบการดูแลส่งเสริมความร่วมมือในผู้ป่วยที่เป็นอย่างฉับพลัน โดยมีเป้าหมายหลัก คือ เพื่อรักษา แก้ไขความเจ็บป่วย ในช่วงเวลาที่กำจัด ภายในความรู้ของบุคลากรสุขภาพ การจัดการรายโรคมุ่งเน้นที่การรักษาด้วยยาเป็นหลัก ผู้ให้บริการเป็นแพทย์โดยทั่วไป คุณภาพการดูแล ตามตัวชี้วัดที่มีอยู่ภายในสถาบันนั้น สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง เป้าหมายหลัก คือ การควบคุมอาการไม่ให้ลุกลาม ส่งเสริมคุณภาพชีวิต เพิ่มการอยู่รอด ในระยะยาว ไม่มีกำหนดเวลา หรือตลอดชีวิต การจัดการโรค จะเกี่ยวข้องกับยาหลายชนิด กลยุทธ์การดูแลตนเองในระบบสุขภาพ การช่วยเหลือ การสนับสนุนของครอบครัวและชุมชน ผู้ดูแล คือ ครอบครัว ชุมชน และองค์กรโดยทั่วไป คุณภาพการดูแลคือ มีระบบการดูแลที่มีคุณภาพ ซึ่งรูปแบบที่กล่าวมาข้างต้นมีการนำไปใช้ในประเทศที่พัฒนา ผลลัพธ์ คืออัตราการให้ความร่วมมือในการรักษามีแนวโน้มในทางที่ดีขึ้น

การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho - education) การให้ความรู้ (Patients – education) การสอนผู้ป่วย (Patients – teaching) ซีมอน (Simon, 2002) ได้กล่าวว่าหัวใจสำคัญของการรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าด้วยยาต้านเศร้าที่มีคุณภาพคือการให้สุขภาพจิตศึกษา แนวคิดในการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นการให้ความรู้ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับลักษณะของโรค อาการแสดง การรักษา ผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากยาที่ได้รับการรักษาการให้คำแนะนำหรือสุขภาพจิตศึกษากับผู้ป่วยและญาติ เป็นส่วนส่งเสริมทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาที่ดี (มาโนช หล่อตระกูล, 2550) ซึ่งบุคลากรสุขภาพจะนำมาสอนผู้ป่วยและญาติ (มาโนช หล่อตระกูล, 2545) และยังคงสอดคล้องกับเพฟเลอร์ (Peveler, 1999) ที่ได้ทำการศึกษาผลการให้สุขภาพจิตศึกษาเปรียบเทียบกับ การแจกเอกสารแผ่นพับอย่างเดียวในผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาจะทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาดีกว่าการแจกแผ่นพับ

ด้านการเปลี่ยนแปลงการจัดการ เช่นการจัดการในการดูแลผู้ป่วย ความถี่ของการติดตาม การปรับขนาดของยา และการควบคุม ฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา ซึ่งพบโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา มีรูปแบบหลากหลายแตกต่างกันไปตามแนวคิดที่สร้างขึ้น เช่น คาทอน (Katon et al, 2001) ได้ศึกษาความร่วมมือในการรักษาด้วยยากับอาการซึมเศร้าผ่านทางโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอนผู้ป่วย โปรแกรมนี้ผู้ป่วยจะได้พบผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาซึมเศร้า จำนวน 2 ครั้ง ได้รับโทรศัพท์ติดตามอาการ 3 ครั้ง ใน 1 ปี นอกจากนี้ผู้ป่วยจะได้รับการติดตามทางจดหมายจำนวน 4 ครั้ง ในเดือนที่ 2 6 10 และเดือนที่ 12 ของการรักษาตามลำดับ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาให้ความร่วมมือดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ

ด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพที่ให้บริการ เมื่อผู้ป่วยรับรู้เห็นบุคลากรสุขภาพมีท่าทีรับฟังอย่างตั้งใจหวังดี จริงใจที่จะช่วยเหลือ ฝ่ายบุคลากรสุขภาพมีความเข้าใจในตัวผู้ป่วย ทราบถึงปัญหา ความเป็นอยู่ทางเศรษฐกิจ ความกังวลใจในการรักษา เป็นต้น ในการสอบถามการปฏิบัติตนบุคลากรสุขภาพควรแสดงให้เห็นว่าต้องการทราบเพื่อให้การชี้แนะ หรืออธิบายให้เข้าใจ ไม่ได้ถามเพื่อจับผิด หรือโทษว่า (Kaplan & Sadock, 1998 ; Haynes et al, 2005 ; มาโนช หล่อตระกูล, 2542)

ด้านการส่งเสริมการติดตามการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เช่น การออกใบนัด การติดตามนัดการติดตามเยี่ยมบ้านและติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ จะช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Osterberg & Blaschke, 2005 ; WHO, 2001 ; Simon, 2002 ; Katon, 2001 ;) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของเฮย์เนสและคณะ (Haynes et al, 2005) เกี่ยวกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแพทย์การรักษาของแพทย์และติดตามนัดโดยการให้ใบนัดเตือนทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาในครั้งต่อไปตามที่กำหนด เกิดผลดีต่อความร่วมมือในการรักษาทั้งระยะสั้นและระยะยาว

สาเหตุหรือปัจจัยของความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการ การรักษาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมออย่างน้อย 4 – 6 เดือน เพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำด้วยการกำเริบจากการขาดยาและมีรายงานผลการศึกษารองค้ำประกอบหรืออุปสรรคที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการรักษาพบว่าสาเหตุ หลักๆมี 4 ประการ (มาโนช หล่อตระกูล, 2550) คือ

1) ด้านตัวผู้บำบัด เช่นการขาดความรู้ มีทัศนคติด้านลบ ทำทางไม่น่าเชื่อถือ ไม่สนใจผู้ป่วยสัมพันธภาพที่ไม่ดี ขาดระบบและคู่มือในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา การขาดการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด (มาโนช หล่อตระกูล, 2550) ปัญหาการสื่อสารได้แก่การขาดการอธิบายที่ชัดเจน ทำทางไม่น่าเชื่อถือ การไม่สนใจผู้ป่วยของแพทย์ แพทย์มีเวลาน้อยผู้ป่วยมักเกรงใจไม่กล้าถาม ถึงแม้ว่าจะมีบางครั้งที่ไม่เข้าใจสิ่งที่แพทย์ได้แนะนำหรือให้สุขภาพจิตศึกษา สอดคล้องกับวนิดา พุ่มไพศาลชัย และสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล (2544) ที่กล่าวถึงสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ค่อยปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาสาเหตุหนึ่ง คือ ขาดการให้ข้อมูลหรือให้ข้อมูลที่ไม่กระจ่าง

2) ด้านตัวผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่เกิดจากลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยในแต่ละคน ที่ส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เช่น บุคลิกภาพ มีความรู้สึกลึกซึ้งไม่อยากกินยา ความรู้ความเชื่อเรื่องโรค ระดับความรุนแรงของโรค ความก้าวหน้าของการรักษา การหายของโรค ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา มักจะรู้สึกตัวโรคของตนเองที่เป็นอยู่ไม่รุนแรง จึงไม่ใส่ใจการ

รับประทานยา แต่สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังที่มีความคิดเห็นหรือมีความเชื่อว่าโรคที่ตนเป็น ไม่อาจรักษาให้หายได้ก็จะทำให้เกิดความท้อแท้ใจ ไม่ยอมรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ สมิทซ์ (Smith, 1976) กล่าวว่า iver ผู้ป่วยจะตัดสินใจรับประทานยาตามแผนการรักษาหรือไม่ขึ้นอยู่กับทัศนคติและความเชื่อของผู้ป่วยที่มีต่อยาและโรคที่เป็น ความเชื่อในการรักษาวิธีอื่นเช่น ความเชื่อในด้านไสยศาสตร์ซึ่งวิธีดังกล่าวจะมีผลต่อจิตใจ เมื่อทำแล้วผลทำให้สบายใจ คิดว่าตนเองหาย เมื่อรู้สึกสบายขึ้นจึงได้หยุดรับประทานยา คิดว่ายาไม่จำเป็น ตรงกับคำกล่าวของ ทอดด์ (Todd, 1981) กล่าวว่า ความรู้สึกไม่เชื่อถือในยาที่ใช้รักษาก็เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การที่มีความเชื่อและทัศนคติที่ดีและไม่ขัดต่อแผนการรักษาของแพทย์จะนำไปสู่ผลของการรักษาที่ดี (มานิช หล่อตระกูล, 2550) นอกจากนี้ยังพบว่า การขาดความรู้เรื่องโรค เรื่องยา เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการรักษา สุขภาพจิตศึกษาหรือการให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติ ส่งเสริมทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาที่ดี (มานิช หล่อตระกูล, 2550) ซึ่งได้สอดคล้องกับคำกล่าวของ ซีมอน (Simon, 2002) ที่ว่าหัวใจสำคัญของการรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าด้วยยาต้านเศร้าให้มีคุณภาพนั้นก็คือการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วย ที่สอดคล้องกับเพฟเลอร์ (Peveler, 1999) ได้ทำศึกษาผลการให้สุขภาพจิตศึกษาเปรียบเทียบกับ การแจกเอกสาร แผ่นพับอย่างเดียวในผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาจะทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาดีกว่าการแจกแผ่นพับ

3) ด้านยา เช่น การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง จากผลข้างเคียงของยาและมีความคิดว่าการรับประทานยานานๆจะทำให้ติดยา การใช้เวลาในการออกฤทธิ์ของยา ยาต้านเศร้าต้องใช้เวลาในการออกฤทธิ์ในการรักษา 1-3 สัปดาห์ และต้องรับประทานติดต่อกันเป็นเวลานาน อาจมีผลต่อความไม่ร่วมมือในการรักษา (มานิช หล่อตระกูล, 2550) ปัญหาความไม่ร่วมมือในการรักษาที่พบบ่อย มักพบในผู้ป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายขาด โรคเรื้อรัง โรคที่หายช้าต้องรับประทานยาเป็นหลายเดือน หรือเป็นปี (มานิช หล่อตระกูล, 2544) ผลข้างเคียงจากยาที่เป็นปัจจัยส่วนหนึ่งที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ (มานิช หล่อตระกูล, 2550) ที่ได้กล่าวไว้ว่า ผลข้างเคียงจากยาเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

4) ด้านตัวโรค เช่น มีโรคร่วมหลายโรค โรคที่เรื้อรังรักษาไม่หาย โรคที่น่าอาย (Osterberg & Blaschke, 2005 ; WHO, 2001) โรคเรื้อรังนอกจากจะมีอาการที่เรื้อรังแล้ว ซึ่งจะมีบางช่วงที่ไม่มีอาการ ผู้ป่วยจึงเข้าใจว่าหายจากความเจ็บป่วย ทำให้ความร่วมมือในการรักษาลดลงเนื่องจากระยะเวลาในการรักษานาน ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้กับการรักษา บางครั้งอาจมีความคิดที่จะทดลองรักษาด้วยวิธีอื่นๆ (มานิช หล่อตระกูล, 2544)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจะใช้แนวปฏิบัติในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งพัฒนาโดย อรพิน สมบัติวัฒนางกูร (2551) ซึ่งมีกิจกรรมที่ส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาโดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว การบำบัดทางจิต การให้คำปรึกษาด้านการใช้ยาต้านเศร้า โดยเภสัชกร เมื่อผู้ป่วยประสบปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาต้านเศร้า ขาดความรู้ และมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อยา การให้คำปรึกษาด้านยาจะทำให้ผู้ป่วยและญาติสามารถจัดการกับปัญหา ความกังวลใจ ที่เกิดจากการใช้ยา การจัดการในการดูแลผู้ป่วย ความถี่ของการติดตาม การปรับขนาดของยา และการควบคุม ไข้ระวังอาการข้างเคียงของยา ติดตามอาการ เตือนการนัดล่วงหน้าทางโทรศัพท์ ใช้กระปุกยาในการได้แยกยาออกเป็นวันๆ และสังเกตการณ์รับประทานยาของตนเองได้ง่ายจะช่วยทำให้ลดการลืมรับประทานยา การให้ใบนัดและการสอนบุคคลากรสุขภาพให้มีความรู้ มีทักษะการดูแลผู้ป่วย

วิธีการประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ปัจจุบันมีวิธีการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาหลายวิธีซึ่งแต่ละวิธีมีข้อดีข้อเสียแตกต่างกันไปวิธีการประเมินความร่วมมือในการรักษา สามารถแบ่งออกได้ดังนี้ (Osterberg & Blaschke, 2005; WHO, 2003)

วิธีการวัดโดยตรง (Direct methods) คือวิธีการประเมินที่ตรงไปตรงมา โดยทั่วไปวิธีการวัดโดยตรงจะมีความไวและมีความจำเพาะกว่าวิธีการวัดโดยอ้อม ได้แก่

1) การวัดด้วยการสังเกตโดยตรงจากผู้รักษา (Directly observed therapy) เป็นวิธีที่ทำให้ได้ง่าย ถูกต้องมากที่สุดและไม่ต้องอาศัยเครื่องมือในการวัด วิธีการคือให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้าทีมบุคลากรการดูแลรักษา หรือผู้ดูแล ตรวจสอบว่าผู้ป่วยรับประทานยาจริงหรือไม่ พบข้อเสียว่าผู้ป่วยอาจซ่อนยาไว้ใต้ลิ้นแล้วไปคายทิ้งที่หลังได้และต้องใช้อัตรากำลังบุคลากรเป็นจำนวนมาก ทำหน้าที่ผู้ให้ยาและถ้ามีบุคลากรสุขภาพน้อยอาจปฏิบัติได้ยาก

2) การตรวจวัดหาระดับเครื่องหมายทางชีววิทยาในเลือด (Measurement of the biological marker in blood) วัดอุปประสงค์เพื่อตรวจสอบหาตัวบ่งชี้ทางชีวเคมีที่จะบ่งบอกถึงภาวะที่ต้องการตรวจหาในร่างกาย เป็นตัวชี้วัดของผลการรักษาซึ่งเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางในการวิจัยทางคลินิก และใช้ในการวัดหาระดับการได้รับยาหลอก ข้อเสียราคาแพง เสียค่าใช้จ่ายที่สูง มีสถานที่ที่สามารถตรวจได้จำนวนจำกัด บริการได้ไม่ทั่วถึง

3) การวัดระดับของยาหรือสารเมตาโบไลต์ในเลือด (Measurement of the level of medicine or metabolite in blood) วัดอุปประสงค์เพื่อตรวจวัดปริมาณยาหรือระดับของยา ทำให้ทราบ

ระดับยาในกระแสเลือดในช่วงเวลาที่เก็บตัวอย่างเลือดมาวิเคราะห์ เป็นวิธีการวัดระดับยาของผู้ป่วยโดยตรง ข้อเสียคือผู้ป่วยจะต้องเจ็บตัวในการถูกเจาะเลือด มีความจำเพาะในการตรวจวัดสำหรับยาแต่ละตัว มีค่าใช้จ่ายสูงในการตรวจ และไม่สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยรับประทานถูกต้องตามเวลาที่กำหนด รับประทานยาต่อเนื่องหรือไม่ เช่นผู้ป่วยอาจหยุดยา รับประทานยาไม่สม่ำเสมอและกลับมารับประทานยาอย่างถูกต้องในช่วงเวลาก่อนที่จะมีการตรวจ

วิธีการวัดโดยอ้อม (Indirect methods) เป็นวิธีที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยจึงจะได้ผล ผู้ประเมินเป็นบุคลากรทางการแพทย์ไม่ต้องอาศัยการวิเคราะห์ทางห้องทดลอง วิธีการประเมินทำได้และมีราคาถูก แต่ต้องระวังการเกิดอคติสูงทั้งจากตัวผู้ประเมินและการรับรู้ของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน การประเมินวิธีนี้ได้แก่

1) การสัมภาษณ์ หรือใช้แบบสอบถามผู้ป่วย (patient questionnaires) การสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติ จากการศึกษาของคราเมอร์และโรเซนเฮก (Cramer & Rosenheck, 1998) ได้รวบรวมวิธีการใช้การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยทางจิตเวชและผู้ป่วยทางกาย พบว่า ผู้ศึกษาพบว่าร้อยละ 50 ใช้ประเมินโดยใช้แบบสอบถาม เช่น สารุพร พุฒขาว. (2541) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบสอบถามและการศึกษาของรชนก สิทธิโชควงศ์ (2550) ที่ได้ศึกษาความร่วมมือในการรักษาและผลลัพธ์ในผู้สูงอายุ โดยใช้แบบสอบถามเช่นกัน วิธีการสัมภาษณ์หรือการใช้แบบสอบถามนี้เป็นวิธีที่นิยมใช้กันมากที่สุดวิธีหนึ่งเนื่องจาก ทำได้ง่าย สะดวก ไม่ต้องใช้เครื่องมือทางห้องทดลอง ประหยัดต้นทุน ไม่เสียค่าใช้จ่าย คำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ส่วนใหญ่จะเป็นคำถามปลายเปิด วิธีนี้บางครั้งข้อมูลที่ได้อาจเกินความจริง (Overestimate) หรือไม่ได้ข้อมูลที่แท้จริงจากการปิดบังข้อมูลของผู้ป่วยหรือญาติ

2) การให้ผู้ป่วยเขียนบันทึกรายงานการใช้ยาด้วยตนเอง (patient self-reports) คือวิธีที่ให้ผู้ป่วยหรือญาติ จดบันทึกการรับประทานยาของผู้ป่วย เป็นวิธีที่ง่าย ราคาไม่แพง ทำให้ทราบเวลาที่รับประทานยา ลดปัญหาการจำไม่ได้ ทราบสาเหตุของการไม่รับประทานยา ข้อเสียผู้ป่วยอาจไม่สะดวกที่จะบันทึกการรับประทานยาทุกๆ มื้อ ข้อมูลที่ได้อาจไม่ตรงกับความจริง และไม่สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยหรือญาติ สายตาไม่ดี อ่าน / เขียนหนังสือไม่ได้

3) การนับเม็ดยาที่เหลือ (Pill Counts) เป็นวิธีที่นิยมใช้กันแพร่หลาย ในการตรวจนับเม็ดยาควรนับเม็ดยาต่อหน้าผู้ป่วยและมีการสัมภาษณ์ประวัติควบคู่กันไปด้วย แต่มีข้อเสียคือผู้ป่วยอาจลืมนำยามาหรือมีการทิ้งยาบางส่วนก่อนมาโรงพยาบาล และค่าที่ออกมาดีอาจไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยจะ吃药ได้อย่างถูกต้อง วิธีนี้มีข้อจำกัดการวัดในรูปแบบยาบางชนิดเช่นยาฉีดหรือพ่น นอกจากนี้ในบางการศึกษาพบว่า การนับเม็ดยา จะทำให้การประเมินอัตราความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับต่ำกว่าวิธี (Grymonpre et. al, 1998)

4) ดูจากบันทึกประวัติการจ่ายยา (Dispensing Records) เช่น จำนวนจากจำนวนวันที่ผู้ป่วยต้องมารับยา แต่วิธีนี้อาจมีข้อจำกัดสำหรับผู้ป่วยที่รับการรักษาจากสถานบริการหลายแห่ง

5) การบันทึกข้อมูลเวลา และวันในการเปิดขวดยาด้วยระบบคอมพิวเตอร์ (Medication Event Monitoring Systems, MEMS) เป็นวิธีเดียวที่วัดแบบแผน (Pattern) การรับประทานยาของผู้ป่วยได้ แต่เครื่องมือมีราคาแพงและไม่อาจวัดจำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยรับประทานแต่ละครั้งได้

6) อัตราการมาตรวจรับยาตามกำหนดนัด (Rates of prescription refills) เป็นวิธีที่วัดที่ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยมาตรวจและรับยาตามกำหนดนัด ประเมินพฤติกรรมมารยาทพบแพทย์ได้ เป็นวิธีที่ง่ายและใช้เป็นตัวชี้วัดคุณภาพในการให้การพยาบาล ข้อเสียไม่ทราบเวลาที่รับประทานยา ผู้ป่วยมารับยาแต่อาจไม่ได้รับประทานยา วิธีนี้จึงควรใช้ควบคู่กับวิธีการอื่น

การวัดความร่วมมือในการรักษาวิธีการต่างๆ ที่ได้กล่าวมาข้างต้นนั้นแต่ละวิธีจะมีวัตถุประสงค์เดียวกันคือ ขอบเขตในการวัดอยู่ที่พฤติกรรมรับประทานยาของผู้ป่วย รวมถึงการรับประทานยา การใช้ชีวิตหรือการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ (WHO, 2003; Osterberg & Blaschke, 2005) ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาของรชนก ลิขิตวิจิตร (2550) เป็นวิธีการวัดโดยอ้อม (Indirect methods) ประกอบด้วยคำถามที่ใช้วัดการใช้ยา ความถูกต้องและความสม่ำเสมอของการรับประทานยา รวม 5 ข้อ ซึ่งเป็นการวัดแบบมาตราส่วนค่า 5 ระดับ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ว่ามีความตรงของเนื้อหาเหมาะสมและนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน นำคะแนนมาคำนวณโดยสูตรใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลความเชื่อมั่นในด้านความร่วมมือในการใช้ยา ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (Polit & Hungler, 1999) และอภัยพร บุญแจ้ง (2553) นำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นโดยทดลองในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน และนำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.8 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (Polit & Hungler, 1999)

แนวปฏิบัติทางคลินิก

แนวคิดของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

จุดเริ่มต้นของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกมาจากวิชาชีพทางการแพทย์ เรียกว่า แนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline [CPG]) หรือแนวปฏิบัติ ต่อมาวิชาชีพพยาบาลจึงได้เริ่มสนใจในการพัฒนา แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (Clinical Nursing Practice Guideline [CNPGL]) (พองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549) แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาอย่างเป็นระบบในการดูแลผู้ป่วย จะสามารถเชื่อมโยงระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ สามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือเพื่อช่วยให้การปฏิบัติทางการพยาบาลประสบผลสำเร็จ ถ้าได้รับการสนับสนุนทั้งด้านการวางแผน ทรัพยากรที่เพียงพอจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง (ฉวีวรรณ ชงชัย, 2548) การปฏิบัติการพยาบาลที่ให้มีคุณภาพการบริการ ต้องปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice [EBP]) มีเครื่องมือที่สำคัญ คือ แนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical practice guideline [CPG]) (จิตร ลิทธิอมรและคณะ, 2543) แนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นข้อความที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพในการให้การดูแลผู้รับบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสม (Gail & Michele, 2005) แนวปฏิบัติทางคลินิก คือ ข้อความหรือข้อเสนอแนะที่จัดทำขึ้นอย่างเป็นระบบเพื่อใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติในการแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง โดยแนวปฏิบัติทางคลินิกนั้นจะต้องผ่านการพัฒนาตามแนวคิดการพัฒนาการปฏิบัติการทางการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (พองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549) และได้มีการจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแนวการพัฒนา แบ่งเป็น 5 ประเภท (ดวงฤดี ลาสุชะ, 2553) ดังนี้

- 1) แนวปฏิบัติที่ได้จากผลการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (best practice guidelines) เป็นแนวปฏิบัติที่มีการพัฒนาอย่างเป็นระบบโดยมาจากประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติในการดูแลผู้รับบริการ
- 2) แนวปฏิบัติที่อยู่ในรูปแบบของข้อกำหนด (protocol) เป็นแนวปฏิบัติที่ยกร่างขึ้นมาเพื่อแก้ไขปัญหาบางกรณี ทั้งนี้จะถูกกำหนดขึ้นโดยคณะผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติ ปฏิบัติตามทุกข้อ
- 3) แนวปฏิบัติที่พัฒนามาจากการประชุมแสดงความคิดเห็นร่วมกัน (consensus – based guidelines) เป็นแนวปฏิบัติที่ได้จากการประชุมหาข้อตกลงร่วมกันของผู้เชี่ยวชาญ
- 4) แนวปฏิบัติที่ได้มาจากหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ (evidence-based guidelines) เป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนาโดยทีมจากการทบทวนหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ มีขั้นตอนการสืบค้นประเมินอย่างเป็นระบบ

5) แนวปฏิบัติที่พัฒนามาจากฐานความรู้เชิงประจักษ์อย่างชัดเจน (explicit evidence-based guidelines) เป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนาโดยทีม จากการทบทวนหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ มีขั้นตอนการสืบค้น ประเมินอย่างเป็นระบบ ผ่านการวิเคราะห์ถึงประโยชน์ ความเสี่ยงของการนำไปใช้และความคุ้มค่า คุ่มทุน

แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพทางการแพทย์บาลดั่งนี้ (ฟองคำ ติลกสกุลชัย, 2549; วิทยา ศรีดามา และธานินทร์ อินทรกำธรชัย, 2546) ด้านผู้ป่วย จะได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐาน เป็นระบบไปในทางทิศเดียวกัน ลดค่าใช้จ่าย มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ลดภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ด้านผู้ประกอบการวิชาชีพ ทำงานเป็นทีมมีโอกาสทบทวนองค์ความรู้ ร่วมปรึกษา เสนอแนะ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ลดโอกาสการเกิดความผิดพลาดจากการปฏิบัติงาน เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน ด้านองค์กรวิชาชีพ ทำให้มีการพัฒนาคุณภาพบริการจากผู้ปฏิบัติงานจริง และใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินนอก เพื่อเพิ่มคุณภาพของการบริการ ด้านผู้บริหาร ส่งเสริมให้มีความมั่นใจว่าได้มีการดำเนินกิจกรรมคุณภาพ

ขั้นตอนของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

ปัจจุบันพบว่าขั้นตอนของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ (Implementation) มีการกำหนดแนวทางที่คล้ายคลึงกัน พอสรุปได้ดังนี้

1. สมาคมพยาบาลออนทารีโอ (RNAO, 2002) มีขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน (ดวงฤดี ลาสุขะ, 2553) มีรายละเอียด คือ

ขั้นตอนที่ 1 การเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิก

แนวปฏิบัติในปัจจุบันมีหลากหลาย มีผู้พัฒนาแนวปฏิบัติเป็นจำนวนมาก ในการเลือกแนวปฏิบัติไปใช้ ควรมีการประเมินคุณภาพ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจในการนำไปใช้ โดยหลักสำคัญ การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกมีการประเมินในหลายรูปแบบ ซึ่งเครื่องมือที่นิยมใช้ในการประเมินคุณค่าของแนวปฏิบัติ คือ Appraisal of Guidelines Research & Evaluation (AGREE, 2001) ที่สร้างและพัฒนาโดย The AGREE Collaboration ประกอบด้วย 1) ขอบเขต และวัตถุประสงค์ 2) การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง 3) ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ 4) ความชัดเจนและการนำเสนอ 5) การประยุกต์ใช้ 6) ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ

วิธีประเมิน กำหนดให้มีผู้ประเมินที่มีความรู้ในเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติ จำนวน 4 คน ถ้าไม่มีจริงๆ ควรมีอย่างน้อย 2 คน

การคิดคะแนนของแต่ละหมวดใช้สูตรดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนรวมที่ได้ในแต่ละหมวด} - \text{คะแนนต่ำสุดของแต่ละหมวด}}{\text{คะแนนสูงสุดในแต่ละหมวด} - \text{คะแนนต่ำสุดของแต่ละหมวด}} \times 100$$

การแปลผล

คะแนนมากกว่าร้อยละ 60	หมายถึง	แนวปฏิบัติทางคลินิกน่าเชื่อถือ มาก สามารถนำไปใช้ได้
คะแนนร้อยละ 30 – 60	หมายถึง	แนวปฏิบัติทางคลินิกน่าเชื่อถือ ปานกลาง ถ้าขาดข้อมูล แต่มีการอธิบายเพิ่มเติมสามารถนำไปใช้ได้
คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 30	หมายถึง	แนวปฏิบัติทางคลินิกน่าเชื่อถือ ต่ำ ไม่ควรนำไปใช้ได้

ขั้นตอนที่ 2 การระบุวิเคราะห์และมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินความพร้อมของสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง ด้านโครงสร้าง นโยบายของโรงพยาบาล พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ และการสนับสนุนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 4 การตัดสินใจเกี่ยวกับกลยุทธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ขั้นตอนนี้จำเป็นต้องใช้กลยุทธ์ให้หลากหลาย เพื่อให้เกิดการนำแนวปฏิบัติไปใช้และปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลสำรวจของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก สามารถใช้วิธีการเปรียบเทียบผลลัพธ์หลังการใช้แนวปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 6 การจัดหางบประมาณ หรือแหล่งประโยชน์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เพื่อให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

2. สภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (The National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999 อ้างในฉวีวรรณ ธงชัย และคณะ, 2548) ได้เสนอรูปแบบการนำแนวปฏิบัติไปใช้

ขั้นเตรียมการ หรือเตรียมความพร้อมบุคลากร หน่วยงาน ได้แก่ การเผยแพร่และการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ โดยการจัดอบรม การประชุมแบบมีส่วนร่วม เพื่อหามติร่วมกับทีมงาน การจัดบอร์ดแสดงแนวปฏิบัติ ในหน่วยงาน การเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ แบบบันทึกที่จำเป็น วางแผนการใช้ และกำกับติดตามการใช้โดยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการใช้แนวปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอในผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย

ขั้นตอนการซึ่งต้องมีระบบการกำกับติดตาม ติดตามผลการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ การอย่างต่อเนื่องให้มีการปฏิบัติเป็นประจำ ประเมินและปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้ การดูแลมีมาตรฐาน ทำให้กิจกรรมการปฏิบัติมีความชัดเจน ไม่สับสนเปลืองค่าใช้จ่าย

ขั้นประเมินผลลัพธ์ มีการรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ตามที่ระบุไว้ในแนวปฏิบัติอย่างเป็น ระบบและน่าเชื่อถือ มีการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติ โดยการ ติดตามประสิทธิผลหลังการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

ผู้ศึกษานำแนวปฏิบัติไปใช้ครั้งนี้โดยใช้แนวทางการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ของ สถาบันวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999 อ้างใน จวีวรรณ ธงชัย และคณะ, 2548) เป็นแนวทางในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความ ร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยซึมเศร้าไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากเป็นแนวคิดที่มี รายละเอียดแต่ละขั้นตอนที่ชัดเจน ง่ายต่อการเข้าใจและการนำมาประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ในส่วนการนำวิธีการไปใช้ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการ ขั้นตอนการ ดำเนินการ และขั้น ประเมินผล

การประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

การประเมินประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกนับเป็นขั้นตอนหนึ่งของการนำ แนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ สำหรับแนวทางในการใช้และประเมินผลแนวปฏิบัติทางคลินิกมีหลาย แนวคิด สรุปพอสังเขปได้ดังนี้

1. แนวคิดสถาบันวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (The National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999 อ้างในจวีวรรณ ธงชัย และคณะ, 2548) ได้เสนอแนวทางการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ประเมิน 2 ด้านได้แก่

การประเมินด้านผลลัพธ์ (outcome evaluation) เป็นการประเมินผลที่เกิดจากการ เผยแพร่และนำแนวปฏิบัติไปใช้ มีการประเมินภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงจากกระบวนการ การปฏิบัติและผลลัพธ์ทางคลินิก ประเมินผลการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม การปฏิบัติทางคลินิก และ การประเมินผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ การประเมินผลลัพธ์ทางด้านผู้ปฏิบัติ ความยากง่ายในการใช้ แนวปฏิบัติ ความชัดเจน ความน่าเชื่อถือ และความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ

การประเมินผลด้านกระบวนการ (process evaluation) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผล การเผยแพร่แนวปฏิบัติ โดยประเมินจากการเข้าถึง การตระหนักรู้ และความเข้าใจเนื้อหาของผู้ใช้ แนวปฏิบัติ ปัญหาและอุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

2. สมาคมพยาบาลออนตาริโอ (Registered Nurses Association of Ontario [RNAO], 2002 อ้างในฉวีวรรณ ชงชัย และคณะ, 2548) ได้แบ่งการประเมินออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านโครงสร้าง (structure evaluation) เป็นการประเมินเพื่อการตัดสินใจในการกำหนดรูปแบบของการปฏิบัติ เช่น นโยบายขององค์กร การมีส่วนร่วมของผู้ให้และผู้รับบริการ ระบบบริการ การทำงานเป็นทีม วิธีปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ 2) ด้านผลลัพธ์ (outcome evaluation) เป็นการประเมินภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงจากกระบวนการดูแลที่เป็นผลมาจากการดำเนินงาน และ 3) ด้านกระบวนการ (process evaluation) เป็นการประเมินการดำเนินงานกรฝึกอบรมบุคลากร ความยากง่าย ความสะดวกในการใช้ ปัญหาอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติ การประเมินประสิทธิผลด้านกระบวนการ มักจะประเมินในรูปแบบของความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการซึ่งความพึงพอใจของผู้รับบริการหมายถึง ความรู้สึกมีความสุข พอใจ อิ่มเอมใจของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก เกิดจากการยอมรับ ในการได้รับการที่มีคุณภาพ และความพึงพอใจผู้ให้บริการหมายถึง ความรู้สึกพอใจของบุคลากรสุขภาพผู้ใช้นโยบายทางคลินิกที่ประสบความสำเร็จ ตามเป้าหมายส่วนบุคคลซึ่งสมาชิกบุคลากรสุขภาพเป็นผู้ประเมินผลการทำงาน ซึ่งโดนามีเดียน (Donamedian, 1980) กล่าวว่า ความสำเร็จของผู้ให้บริการ คือ ผู้ให้บริการประสบความสำเร็จในการทำให้เกิดความสมดุลระหว่างความคาดหวังกับอำนาจการตัดสินใจของผู้รับบริการ

ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งการประเมินผลลัพธ์ออกเป็น 2 ด้าน คือ

1. การประเมินประสิทธิผลทางคลินิก (outcome evaluation) ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ได้แก่

1.1 ความร่วมมือของกลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

1.2 กลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามาตรวจรักษาตามนัดหลังจากที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

1.3 กลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ากลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยาหลังจากที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

2. การประเมินประสิทธิผลด้านกระบวนการ (process evaluation) ได้แก่ ความพึงพอใจ

2.1 ความพึงพอใจกลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

2.2 ความพึงพอใจกลุ่มตัวอย่างบุคลากรสุขภาพผู้ใช้นโยบายทางคลินิกที่ได้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก พัฒนาโดย อรพิน สมบัติวัฒนากูร (2551) ได้พัฒนามาจากแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท แผนกงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉินทางจิตเวช โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งพัฒนาโดย สุดรัก พิละกันทา (2550) เนื่องจากประสบปัญหาผู้ป่วยซึมเศร้ามีจำนวนเพิ่มขึ้นและไม่ได้มารับการรักษาต่อเนื่อง มีผู้ป่วยอาการกำเริบจากการขาดยา ต้องกลับมารักษาซ้ำ การปฏิบัติงานไม่เป็นไปในทางเดียวกัน บุคลากรสุขภาพจึงมีความคิดที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติโดยการนำผลของการนำความรู้เชิงประจักษ์ (evidence-based nursing practice) ไปใช้สู่การปฏิบัติ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุด ลดต้นทุนการบริการ และการให้ผู้ป่วยบริการเป็นศูนย์กลางในการให้บริการ เริ่มจากการประชุมบุคลากรสุขภาพ มีจำนวนผู้เข้าร่วมประชุม 11 คน ประกอบด้วยจิตแพทย์ 3 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 4 คน นักจิตวิทยา 2 คน พยาบาลเทคนิค 1 คน เพื่อให้ตระหนักถึงปัญหาของการดูแลผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าในแผนกผู้ป่วยนอก และมีการกำหนดทีมปรับแนวปฏิบัติการทางคลินิก มีจำนวน 4 คน ประกอบด้วยจิตแพทย์จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 2 คน นักจิตวิทยา จำนวน 1 คน ได้ปรับ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท แผนกงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉินทางจิตเวช โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งพัฒนาโดย สุดรัก พิละกันทา (2550) ให้เหมาะสมกับบริบท จนได้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ประกอบด้วยเนื้อหาดังนี้ 7 หมวด ดังนี้ หมวดที่ 1.สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม หมวดที่ 2 การประเมินการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า หมวดที่ 3 การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา หมวดที่ 4 การให้ความรู้และการจัดการเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา หมวดที่ 5 การดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา หมวดที่ 6 การติดตามและพัฒนาคุณภาพ หมวดที่ 7 ประเมินการให้ความสำคัญและความมั่นใจต่อการรักษาด้วยยา

มีกิจกรรมทั้งหมด 30 กิจกรรมดังนี้

1. ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการสอบถามถึงความยินยอมพร้อมใจในการรักษาด้วยยา
2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาด้วยยาของตนเอง
3. ประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยซึมเศร้า
4. ประเมินอาการทางจิตโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น

5. ประเมินอาการข้างเคียงและปัญหาที่เกิดจากการรักษาด้วยยา
6. ประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาด้วยยา
7. ประเมินการให้ความสำคัญและความมั่นใจต่อการรักษาด้วยยา
8. ปรับขนาดของยาให้ง่ายและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย
9. กำหนดเวลารับประทานยา
10. ให้ซองบรรจุยาสำหรับยาที่รับประทานในวัน
11. บันทึกการรับประทานยาด้วยตนเอง หรือให้ญาติช่วยในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะการรับรู้

บกพร่อง

12. สมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยเหลือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะการรับรู้
13. นัดผู้ป่วยมาพบกับแพทย์เป็นระยะเพื่อติดตามผลการตรวจรักษาและลดความวิตกกังวลจากการรักษาด้วยยา
14. ให้คำแนะนำหลังการตรวจเสร็จ
15. ให้ความมั่นใจต่ออาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาและวิธีการแก้ไข
16. มารับบริการการตรวจรักษาจนถึงวันนัดเมื่อเกิดความวิตกกังวลและปัญหาที่เกิดจากการรักษาด้วยยา
17. เตือนล่วงหน้าทางโทรศัพท์หรือทางจดหมายก่อนถึงวันนัด ในรายที่ขาดความร่วมมือในการรักษา
18. ให้แรงเสริมโดยการลดความถี่ในการมาตรวจในรายที่มีอาการสงบ
19. ให้คำแนะนำและความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและประโยชน์ของการรักษาสำหรับผู้ป่วย

20. ใช้โปรแกรมการสอนด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยแบบกลุ่มระยะสั้น
21. จัดให้มีการให้การปรึกษาในกรณีที่ปัญหาที่เกิดจากการรักษาด้วยยาและ/หรือการจัดการกับความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย
22. อภิปรายร่วมกันถึงความเชื่อและความสนใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา
23. ให้คำแนะนำ ความรู้แก่ญาติเกี่ยวกับการรักษาและประโยชน์ของการรักษาสำหรับญาติ
24. ให้การปรึกษาแก่ญาติเมื่อมีภาวะเครียดเกิดขึ้น
25. ทำครอบครัวบำบัดเมื่อสมาชิกในครอบครัวรู้สึกเป็นภาระต่อภาวะความเจ็บป่วย

ของผู้ป่วย

26. ให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสำหรับบุคลากรสุขภาพ

27. ติดตามผลการรักษาด้วยยาทางโทรศัพท์ในสัปดาห์แรกของการรักษาในรายที่ขาดความร่วมมือในการรักษา

28. สร้างเครือข่ายของสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน ในกรณีที่ต้องส่งต่อผู้ป่วย

29. ติดตามผลลัพธ์ของการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติทุก 6 เดือน

30. ติดตามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาทุก 2 เดือน

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย อรพินท์ สมบัติวัฒนางกูร (2551) ได้ผ่านการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และได้มีการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 10 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 2 ท่าน นายแพทย์ระดับผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 1 ท่าน นายแพทย์ระดับชำนาญการ จำนวน 1 ท่าน นายแพทย์ระดับปฏิบัติการ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน นักจิตวิทยากระดับชำนาญการ จำนวน 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ จำนวน 2 ท่าน แล้วนำไปทดลองก่อนนำไปใช้จริงเพื่อตรวจสอบความเข้าใจที่ตรงกันของบุคลากรสุขภาพผู้ใช้แนวปฏิบัติและทดลองใช้เครื่องมือกับผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างที่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลกจำนวน 3 ท่าน พบว่าสามารถนำไปใช้ได้ดี การพัฒนาแนวปฏิบัติและการนำไปใช้ได้ปฏิบัติตามแนวคิดของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999 อ้างใน จีวีวรรณ ชงชัย และคณะ, 2548) ซึ่งมีทั้งหมดซึ่งได้กำหนดขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ การนำแนวปฏิบัติไปใช้ และการประเมินผลแนวปฏิบัติไว้ทั้งหมด 8 ขั้นตอน ดังนี้ 1) กำหนดประเด็นปัญหาและขอบเขตของการดำเนินการ 2) กำหนดทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อดำเนินงาน 3) กำหนดวัตถุประสงค์ 4) กำหนดผลลัพธ์ของการดูแล 5) ทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ 6) กำหนดแนวปฏิบัติจากหลักฐานที่ดีที่สุดโดยพิจารณาข้อคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ 7) นำแนวปฏิบัติไปใช้ 8) ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ

ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า พบว่า

1) กลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดี

- 2) กลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า มีความพึงพอใจที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับมาก
- 3) กลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามาตรวจตามนัดทุกคน
- 4) ไม่มีผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ากลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยา
- 5) กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก มีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับมาก

สถานการณ์การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเขียงของ อำเภอเขียงของ จังหวัดเขียงราย

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเขียงของ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเขียงราย เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง พัฒนาโรงพยาบาลโดยใช้การทำแผนยุทธศาสตร์ เน้นการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงาน โดยกำหนดเป้าหมายให้บริการ ผลผลิต ตัวชี้วัดที่สำเร็จ ที่สอดคล้องกับนโยบายและวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล ซึ่งมีพื้นที่ในเขตรับผิดชอบ ทั้งหมด 7 ตำบล มีเครือข่ายสถานบริการศูนย์สุขภาพชุมชนทั้งหมด 18 แห่ง ประชากรกลางปีมีประมาณ 55,800 คน ซึ่งมีทั้งพื้นราบและชาวเขารวมกัน อำเภอเขียงของติดชายแดนลาวและอยู่ห่างจากตัวจังหวัดประมาณ 135 กม. อัตรากำลังของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเขียงของ มีทั้งหมด 128 คน เป็นแพทย์ 4 คน ทันตแพทย์ 4 คน เภสัชกร 6 คน พยาบาลวิชาชีพ 64 คน เจ้าหน้าที่อื่นๆ 50 คน

งานผู้ป่วยนอกเป็นหน่วยงานหนึ่งของโรงพยาบาลที่มีหน้าที่และเป้าหมายให้บริการ ตรวจรักษาผู้ป่วยนอกอย่าง ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย สามารถดูแลสุขภาพเบื้องต้นได้และเป็นที่พึงพอใจ มี ขอบเขตให้บริการตรวจสุขภาพ ส่งเสริม ป้องกัน รักษาโรคทั่วไป โรค เรื้อรัง แก่ผู้ป่วย นอกในเวลาราชการ สนับสนุนการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพตนเองและ ครอบครัว มีระบบการนัด การส่งต่อติดตามการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน บริการคลินิกเฉพาะ โรคและคลินิก บริการสุขภาพจิตเปิดให้บริการ ในเวลาราชการ มีจำนวนผู้ที่เข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ทั้ง 8 โรคได้แก่ โรคจิต วิดกกังวล ซึมเศร้า ปัญญาอ่อน โรคลมชัก ใช้สารเสพติด และปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2554 จำนวน 3,418 คนเพิ่มขึ้นจากปี 2553 จำนวน 128 คน โรคทางจิตเวชที่เข้ารับบริการมากที่สุดเรียงตามลำดับ 3 ลำดับดังนี้ ผู้ใช้สารเสพติด โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท จำนวนผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าเข้ารับบริการมากเป็นลำดับที่ 2 เนื่องจากนโยบายของกรมสุขภาพจิตเพิ่มการเข้าถึงบริการ ค้นหา คัดกรองผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าให้เข้ารับการรักษามากขึ้น จากสถิติผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ารายใหม่ การมารับบริการ ในปี 2550 จำนวน 40 ราย ปี 2551 จำนวน 59

ราย ปี 2552 จำนวน 60 ราย ปี 2553 จำนวน 76 ราย (รายงานบริการคลินิกสุขภาพจิตและให้การปรึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเขียงของ, 2550 – 2553) จากการวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ตั้งแต่ปี 2551 ถึงปัจจุบัน พบว่า เพศชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง เพศชาย ร้อยละ 73 และเพศหญิง ร้อยละ 27 วิธีที่ใช้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ตั้งแต่ปี 2551 ถึงปัจจุบัน ไม่แตกต่างกัน เรียงลำดับจากมากที่สุด คือ แขนงคอบพบได้ร้อยละ 73 รองลงมาใช้สารกำจัดวัชพืช ร้อยละ 15 และ ใช้ยาฆ่าแมลง ร้อยละ 12 ตามลำดับ มีปัจจัยที่กระตุ้นทำให้ฆ่าตัวตาย ตั้งแต่ปี 2551 ถึงปัจจุบัน เรียงลำดับจากมากที่สุดดังนี้ 1) ปัญหาความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้อื่น เช่น การทะเลาะ/ขัดแย้งกับ คนใกล้ชิด, ความน้อยใจ ผิดหวังไม่ได้ดังใจ 2) ปัญหาจากโรคเรื้อรังทางจิต เช่น ผู้มีเป็นโรคซึมเศร้า หรือโรคจิตเวช โรคเรื้อรังทางกายเช่น โรคมะเร็ง โรคเอดส์ โรคไต โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนจากเส้นโลหิตแตก และลำดับที่ 3) ปัญหาด้านเศรษฐกิจ

จากปัญหาดังกล่าวจึงมีการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วย สุขภาพจิต มีการพัฒนาระบบอย่างครบวงจร ดังต่อไปนี้

1. พัฒนาศูนย์สุขภาพจิตแบบ One stop service
2. พัฒนาศูนย์สุขภาพจิตบริการจัดระบบการคัดกรองประเมิน ภาวะซึมเศร้า Depressive score ทุกจุดบริการในโรงพยาบาลและเครือข่ายสถานพยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชน การให้การรักษาและบำบัด โดยนำแนวทางการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัดมาใช้
3. บริการปรึกษาทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วยที่พักรักษาในโรงพยาบาล และดูแลติดตามในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ยาเสพติด ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า / เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ผู้ป่วยที่มีปัญหาครอบครัว ผู้ติดเชื้อ / ผู้ป่วยเอดส์ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต
4. เยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยในรายที่มีปัญหาซับซ้อน ขาดนัด กินยาไม่ถูกต้อง
5. เผยแพร่ความรู้ / สุขศึกษาในชุมชน เช่น โรงเรียน วิทยุชุมชน

การพัฒนาระบบดังกล่าวข้างต้นที่ผ่านมานั้น คลินิกบริการสุขภาพจิตยังพบปัญหาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าทำร้ายตนเองสำเร็จ ในปีงบประมาณ 2551 จำนวน 4 ราย คิดเป็น 5.2 ต่อแสนประชากร (รายงานบริการคลินิกสุขภาพจิตและให้การปรึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเขียงของ, 2551) จากการวิเคราะห์ข้อมูลปีงบประมาณ 2553 มีผู้พยายามทำร้ายตนเองทั้งหมด 27 รายพบว่ามีจำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.6 ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (รายงานบริการคลินิกสุขภาพจิตและให้การปรึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเขียงของ, 2553) และช่วงไตรมาสแรกของปีงบประมาณ 2554 พบว่ามีผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ทำร้ายตนเองสำเร็จจำนวน 1 ราย ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า คิดเป็น 0.61 ต่อแสนประชากร (รายงาน DS 506 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเขียงของ, 2554) ก็ยังพบปัญหาการดูแลผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ายังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน ไม่มีรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา มี

ระบบติดตามนัดแต่ไม่ชัดเจน อัตราการมาตรวจตามนัดของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าปี 2551- 2552 ได้ร้อยละ 68 และ 70 ตามลำดับเป็นตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ (รายงานตัวชี้วัดคุณภาพทางการแพทย์ทางคลินิกสุขภาพจิตโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเขียงของ, 2551-2552) และมีผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าต้องกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยา ปีงบประมาณ 2552 และ 2553 มี 3 คน คิดเป็นร้อยละ 5 และ 9 คน คิดเป็นร้อยละ 11.8 ตามลำดับ (รายงานบริการคลินิกสุขภาพจิตและให้การปรึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเขียงของ, 2553) ปัญหาที่สำคัญ คือบุคลากรสุขภาพปฏิบัติไม่เป็นแนวทางเดียวกันเนื่องจากขาดแนวทางในการปฏิบัติเรื่องการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

กรอบแนวคิดในการศึกษา

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเขียงของ พบปัญหาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีจำนวนเพิ่มขึ้น และจำนวนของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ากลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยามากขึ้น เป็นสาเหตุหลักของการทำร้ายตนเองสำเร็จในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความไม่ร่วมมือในการรักษา ไม่มารับบริการตามแพทย์นัด และพบว่าในการปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าเกิดความร่วมมือที่ดีขึ้นในการรักษา มาตรวจตามแพทย์นัดลดการกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยาและเพื่อให้ทีมสุขภาพมีแนวปฏิบัติเกิดการปฏิบัติงานทิศทางเดียว โดยผู้ศึกษาได้ศึกษาประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งพัฒนาโดย อรพินท์ สมบัติวัฒนากร (2551) ใช้เป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยอิงกรอบแนวคิดทฤษฎีของสภานโยบายทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999 อ้างในฉวีวรรณ ธงชัย และคณะ, 2548) ในส่วนของวิธีการนำไปใช้ ซึ่งจะมีทั้งหมด 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเตรียมการ ขั้นดำเนินการและขั้นประเมินผลการประเมินประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ประเมินได้จาก 1) ความร่วมมือในการรักษาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า 2) อัตราการมาตรวจตามนัดของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า 3) การกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า 4) ระดับความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการรักษาด้วยยา และ 5) ความพึงพอใจของบุคลากรสุขภาพผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ทั้งนี้ในการใช้แนวปฏิบัติข้างต้นจะทำให้ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีความ

ร่วมมือที่ดีในการรักษา รับประทานยาสม่ำเสมอ มาตรฐานนัด ลดการกลับมารักษาซ้ำด้วย
อาการกำเริบจากการขาดยา เกิดความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ และบุคลากรสุขภาพมีแนวทางการ
ปฏิบัติงานที่ชัดเจน ถูกต้อง เหมาะสม เป็นไปในทิศทางเดียวกัน



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved