

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่พบได้บ่อยโรคหนึ่งในประชากรทั่วไป (Kessler et al, 2003) ซึ่งพบว่าในผู้หญิงจะเป็นโรคนี้เท่ากับร้อยละ 5 -9 ส่วนผู้ชายพบร้อยละ 2 - 3 (สมภพ เรืองตระกูล, 2549) โดยอายุเฉลี่ยที่เริ่มป่วยเป็นโรคซึมเศร้าอยู่ในช่วงอายุ 20-25 ปี (Andrade et al. 2003; Burke et al. 1999) โดยองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในระยะอีก 2 ทศวรรษข้างหน้า คือ ในปีพ.ศ. 2560 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ (ทวี ตั้งเสรี และคณะ, 2547) จากการคาดการณ์ถึงผลกระทบของโรคซึมเศร้าในอนาคตเกี่ยวกับภาระโรค (Burden of disease) ที่มีต่อประชากรในทุกภูมิภาคของโลก โดยวัดความสูญเสียเป็นจำนวนปีที่ดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดี ปรากฏว่าโรคซึมเศร้าได้เปลี่ยนแปลงจากอันดับที่ 4 ในปี ค.ศ. 1990 มาเป็นอันดับที่ 2 ในปี ค.ศ. 2020 นั้นหมายความว่าโรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพของประชากรโลกเป็นเท่าตัว (Murray & Lopez, 1996) ในประเทศสหรัฐอเมริกาโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีผลกระทบต่อประชากรมากกว่า 19 ล้านคน โดยทำให้มีปัญหาในด้านการทำงาน ครอบครัว และชีวิตส่วนตัว (Bethesda, 1999) และจากการศึกษาข้อมูลการเจ็บป่วยของลูกจ้างในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า โรคซึมเศร้าทำให้ลูกจ้างหยุดงานเฉลี่ย 9.86 วันต่อคนต่อปี (Druss, Rosenheck, Sledge, 2000) ทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ (Hall & Wise อ้างใน พิเชฐ อุดมรัตน์, 2547) ส่วนในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากที่สุดในกลุ่มวัยทำงาน รองลงมาคือ วัยสูงอายุ และวัยรุ่น ตามลำดับ (วชิระเพ็ญจันทร์, 2552) จากผลการสำรวจสุขภาพจิตคนไทยในปี 2551 พบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคทางอารมณ์ เป็นอันดับ 2 รองจากโรคจิตเภท โดยคิดเป็นร้อยละ 3.28 (ชาติรี ชื่นบาน, 2552)

โรคซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยทางจิตเวชอย่างหนึ่งที่มีความรุนแรง มีโอกาสที่จะเกิดซ้ำ (ธรมินทร์ กองสุข, 2547) ซึ่งในผู้ป่วยที่เป็นครั้งแรกจะมีโอกาสเป็นซ้ำถึงร้อยละ 50 ผู้ที่เป็นครั้งที่ 2 มีโอกาสเป็นซ้ำร้อยละ 70 และผู้ที่เป็นครั้งที่ 3 จะมีโอกาสเป็นซ้ำร้อยละ 90 (University of Michigan Health System, 2005) โอกาสที่ผู้ป่วยจะกลับมาเป็นซ้ำโดยเฉลี่ยในช่วงชีวิตทั้งหมด 5-6 ครั้ง (มานิช หล่อตระกูล, 2547) จากการทบทวนการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการกลับเป็นซ้ำ (recurrence) ของธรมินทร์ กองสุข (2547) พบว่า 1) เกิดจากการมีช่วงเวลาที่ยาวนานที่ผู้ป่วยมีอาการ

ครบตามเกณฑ์ (Episode) เกิดขึ้นบ่อย ๆ หรือมีหลาย ๆ มีอาการครบตามเกณฑ์ (Episode) และพบว่า จากการเกิดอาการหลาย ๆ ครั้ง ทำให้สมองมีความไวต่อภาวะซึมเศร้า และเกิดอาการซึมเศร้าในครั้งหลัง ๆ ไม่สัมพันธ์กับการมีความเครียดหมายถึง ภาวะซึมเศร้าจะเกิดขึ้นเอง 2) มีการเกิดร่วมกันของโรคอารมณ์เศร้าเรื้อรัง (Dysthymia) กับโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) ซึ่งเรียกว่าโรคซึมเศร้าทับซ้อน (Double Depression) พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด การเป็นใหม่ และการกลับซ้ำของโรคหลังจากอาการทุเลาแล้ว 3) เกิดจากการมีโรคซึมเศร้าเรื้อรัง เกิดขึ้นก่อนหน้านี ช่วงระยะเวลาของมีอาการครบตามเกณฑ์ (Episode) ที่ยาวนาน 4) มีประวัติการมีโรคทางอารมณ์ในครอบครัว 5) การที่ไม่สามารถแก้ไขอาการซึมเศร้า และอาการวิตกกังวล หรือการใช้สารเสพติดที่เกิดร่วมด้วยอย่างสมบูรณ์ 6) การมีโรคบุคลิกภาพผิดปกติร่วมด้วย พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีบุคลิกภาพผิดปกติร่วมด้วยนั้น เมื่ออาการซึมเศร้าหายแล้ว จากการติดตาม 6 เดือน มีอัตราการกลับซ้ำถึงร้อยละ 77 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่มีบุคลิกภาพผิดปกติมีการกลับซ้ำเพียง ร้อยละ 14 7) การขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และเมื่อมีอาการกำเริบบ่อย ๆ จะทำให้เกิดอาการรุนแรง และเรื้อรัง ทำให้การดูแลยากขึ้น (Heynes et al., 2005)

โรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำก่อความสูญเสียอย่างมากทั้งต่อบุคคล และสังคม ซึ่งมีนัยทางการแพทย์จำเป็นต้องให้การวินิจฉัย และให้การรักษาอย่างถูกต้อง (ชรินทร์ กองสุข, 2547) การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยทั่วไปมีดังนี้ คือ 1) การทำจิตบำบัดเป็นการใช้หลักการของสัมพันธภาพ ทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549) โดยมีจุดมุ่งหมายเฉพาะจะต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับสภาพจิตสังคมของผู้ป่วยแต่ละราย (วนิดา พุ่มไพศาลชัย และ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, 2544) 2) การรับไว้รักษาในโรงพยาบาลในรายที่มีอาการมาก เช่น มีอารมณ์เศร้ารุนแรง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549) กระวนกระวายมาก ไม่รับประทานอาหาร หรือมีความคิดฆ่าตัวตายบ่อย ๆ (มานิช หล่อตระกูล, 2547) 3) ส่วนในการรักษาด้วยไฟฟ้าใช้ในผู้ป่วยที่ไม่สนองตอบต่อการรักษาด้วยยา หรือทนต่อผลข้างเคียงของยาไม่ได้ (วนิดา พุ่มไพศาลชัย และ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, 2544) และในผู้ป่วยที่พยายามทำร้ายตนเอง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

จากการวิจัยทางด้านการแพทย์พบว่าโรคซึมเศร้ามักเกี่ยวข้องกับความไม่สมดุลของสารเคมีในสมอง ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าจึงต้องรับประทานยา เพื่อปรับสารเคมีในสมองให้สมดุล ซึ่งจะทำให้มีอาการต่าง ๆ บรรเทาลง (คาราสเตลลา ศรีสังคม, 2548) การรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (มานิช หล่อตระกูล, 2547; Ministry of health, 2004; Unity health insurance) แบ่งออกเป็น 3 ระยะตามการดำเนินของโรค ได้แก่ 1) การรักษาระยะเฉียบพลัน (acute treatment) เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมาพบด้วยขณะมีอาการไปจนถึงหายจากอาการ เป้าหมายของการรักษาระยะนี้คือ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับผลดีจากการใช้ยา หรือจิตบำบัด หรือการรักษาทั้ง 2 ประการร่วมกัน

หากสามารถทำให้อาการหายไปทั้งหมด (full remission) แทนที่จะเพียงแค่อาการดีขึ้นบ้าง (response) ถือว่าประสบความสำเร็จ การป้องกันการเกิดอาการกำเริบ (relapse) หรือการกลับเป็นซ้ำของโรค (recurrence) ในระยะแรกจะเป็นการป้องกันที่ดีที่สุด 2) การรักษาระยะต่อเนื่อง (continuation treatment) เป็นการรักษาในระยะตั้งแต่โรคเริ่มตอบสนองต่อการรักษาในระยะเฉียบพลัน เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ เพื่อป้องกันการอาการของโรคกำเริบขึ้นมาอีก (relapse) เมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการหลงเหลืออีกเลยจะถือว่าเป็นระยะอาการสงบ (remission) 3) การป้องกันระยะยาว (prophylactic treatment) มีเป้าหมายเพื่อป้องกันโรคกลับเป็นซ้ำอีก (recurrence)

ส่วนในผู้ที่ เป็นโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำนั้น ระยะเวลาในการให้ยาในการป้องกัน ควรป้องกันนานอย่างน้อย 2-3 ปี จากนั้นจึงประเมินอีกครั้งหนึ่งว่าสมควรให้ยาป้องกันต่อหรือไม่ ถ้าเป็นซ้ำมากกว่า 3 ครั้ง ควรให้ยานานอย่างน้อย 5 ปี (สมภพ เรืองตระกูล, 2549) แต่ในผู้ป่วยบางคนที่เป็นซ้ำบ่อย ๆ หรือมีอาการรุนแรง จำเป็นต้องได้รับยาต่อไปอีกอย่างน้อย 5 ปี หรือตลอดชีวิต เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งหากรักษาไม่หายสนิท แล้วจะมีผลเสีย คือผู้ป่วยจะเกิดการกลับเป็นซ้ำตามมา (นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ, 2548)

โรคซึมเศร้าเป็นภาวะที่เป็นนาน ถึงเรื้อรัง และเป็นกลับซ้ำได้บ่อย (recurrence) (สรยุทธ วาลิกานนท์, 2547) ซึ่งปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคที่รักษาไม่หายขาด โรคเรื้อรัง โรคที่หายช้า ต้องรับประทานยาเป็นหลาย ๆ เดือน หรือเป็นปีนี้ คือ ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา อาจกล่าวได้ว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้การรักษาไม่ประสบผลสำเร็จ การไม่ร่วมมือของผู้ป่วยมีหลายลักษณะ เช่น ไม่รับประทานยา รับประทานยาไม่ครบตามขนาด (มาโนช หล่อตระกูล, 2550) รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ หยุดยาเอง ไม่ปฏิบัติตามตามคำสั่ง หรือไม่มาตามนัด ไม่รอผลการรักษานานพอ (สมพร บุษราคิจ, 2551) การที่ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษาอาจเป็นเพียงบางช่วงในขณะที่บางเวลาก็ปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด มีการเปลี่ยนแปลงไปมาได้ตามแต่การรับรู้ ความคาดหวังของผู้ป่วย สภาพแวดล้อม และท่าทีของแพทย์ (มาโนช หล่อตระกูล, 2550) สาเหตุของการไม่ร่วมมือของผู้ป่วยที่พบบ่อย ได้แก่ การขาดการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย แพทย์ส่วนใหญ่จะมีเวลาน้อย ด้านผู้ป่วยนั้นมักเกรงใจแพทย์ไม่กล้าถาม แม้ว่าบางครั้งจะไม่เข้าใจสิ่งที่แพทย์พูดหรือให้คำแนะนำ (สมพร บุษราคิจ, 2551) สาเหตุอื่นได้แก่ ปัญหาจากการรักษาเช่น มีอาการข้างเคียงจากยา ผู้ป่วยไม่มั่นใจในประสิทธิภาพของยา หรือได้รับยาหลายขนาน กินวันละหลายมื้อ ทำให้ยากแก่การปฏิบัติตาม เป็นต้น มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่กลัวดื้อยา เมื่อรู้สึกว่ามันดีขึ้นหรือหายแล้วก็หยุดยา โดยคิดว่าโรคจะดีขึ้นเองเรื่อย ๆ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่อยากปฏิบัติ

ตามที่แพทย์สั่งแต่ทำไม่ได้ ด้วยความจำเป็นหลายประการ เช่น ต้องรอนาน มาพบแพทย์แต่ละครั้ง ต้องขาดงานเป็นวัน มาโรงพยาบาลลำบาก หรือไม่มีคนพามา (มาโนช หล่อตระกูล , 2550)

จากการศึกษาของ เฟลชเชกเกอร์ และคณะ (Fleishchacker et al, 1994) ที่ได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาพบว่า แบ่งเป็น 4 ประการ คือ 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น ลักษณะประชากร ชนิดของโรค ลักษณะการเจ็บป่วย พยาธิสภาพของโรค 2) ปัจจัยด้านผู้รักษา พบว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วย และผู้รักษาที่ไม่ดี 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย 4) ปัจจัยด้านแผนการรักษา เช่น วิธีที่ยาเข้าสู่ร่างกาย ผลของยาในการรักษา รวมถึงผลข้างเคียงของยาที่ได้รับ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรักษาที่เป็นโรคซึมเศร้าได้ ผลกระทบของการที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา และการเข้ารับการรักษาไม่ต่อเนื่องจะทำให้อาการของโรคซึมเศร้าไม่ตอบสนองต่อแผนการรักษา อาการป่วยไม่ดีขึ้น ประสิทธิภาพของยาที่มีต่อการรักษาลดลง และการดื้อยาเป็นการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจทั้งต่อตัวผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าและประเทศชาติ (Smith, 1976) แม้ในประเทศไทยจะไม่มีผู้ศึกษาในแง่ความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการที่โรคหายช้า โรคกลับกำเริบ โรคเกิดการดื้อยา อันเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา แต่ก็จะน่าเชื่อได้ว่าในแต่ละปีประเทศไทยมีความสูญเสียเป็นจำนวนไม่น้อย ทั้งจากการที่ต้องใช้ยา หรือจากการที่ต้องรักษายุ่งยากมากขึ้น ผู้ป่วยไปทำงานไม่ได้จากการที่โรคไม่หายหรือทุเลา (มาโนช หล่อตระกูล, 2550)

ในประเทศสหรัฐอเมริกาโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีผลกระทบต่อประชากรมากกว่า 19 ล้านคน โดยทำให้มีปัญหาในด้านการทำงาน ครอบครัว และชีวิตส่วนตัว (Bethesda, 1999) และจากการศึกษาข้อมูลการเจ็บป่วยของลูกจ้างในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า โรคซึมเศร้าทำให้ลูกจ้างหยุดงานเฉลี่ย 9.86 วันต่อคนต่อปี (Druss , Rosenheck, Sledge , 2000) ทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ (Hall & Wise , อ้างใน พิเชฐ อุดมรัตน์, 2547) โรคซึมเศร้าเป็นภาวะผิดปกติซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว ชีวิตการเรียน หรือการทำงาน พฤติกรรมการนอน และการกิน รวมทั้งสุขภาพโดยทั่วไป (Wikipedia, n.d.) การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะแตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคซึมเศร้าเพียงเล็กน้อยจะมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตไม่มาก เช่น การปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ บกพร่อง ซึ่งอาจเกิดจากความคิดที่เชิงชาลลง ทำอะไรได้ไม่นานจากการไม่มีสมาธิ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลางจะส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยมากขึ้น เช่น มองโลกในแง่ร้าย มีอารมณ์ที่หงุดหงิดง่าย มีอาการวิตกกังวล อยากอยู่คนเดียวเงียบ ๆ รู้สึกว่าตนเป็นคนผิด รู้สึกว่าไร้ค่า รู้สึกเบื่อหน่าย ไม่อยากทำกิจกรรมต่างๆ ที่เคยชอบ (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) คนที่เป็นโรคซึมเศร้าจะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุ การใช้สุรา หรือยาเสพติด มีเหตุต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรค

ทางร่างกายสูง (Hall , Wise อ้างใน พิเชฐ อุคมรัตน์, 2547) ส่วนผลกระทบที่มีต่อครอบครัว และผู้อื่นก็จะทำให้การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นบกพร่อง เกิดการทะเลาะวิวาทหรือมีเรื่องบาดหมาง ใจกัน เกิดความไม่เข้าใจกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้ใกล้ชิด เช่น คู่ครอง บิดา มารดา เพื่อนสนิท และเพื่อนในที่ทำงาน ทำให้ประสิทธิภาพด้าน ต่างๆ ลดลง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) และการที่มี อาการเรื้อรังทำให้คุณภาพการทำงานด้อยลง (impair performance) และสูญเสียผลิตภาพ (productivity) (Hall, Wise อ้างใน พิเชฐ อุคมรัตน์, 2547) หรือเกิดความบกพร่องในบทบาทหน้าที่ ในเรื่อง การเรียน การดำรงชีวิต โดยต้องหยุดงานหรือหยุดเรียนเพื่อรักษาตัวติดต่อกันเป็นครั้งคราว อาจถึงขั้นทำงานหรือเรียนต่อไม่ได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคซึมเศร้ารุนแรงมาก อาจต้องนอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน และต้องการการดูแลอย่าง ใกล้ชิด ทำให้การดำรงชีวิตเปลี่ยนแปลง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) และเกิดผลกระทบต่อชีวิต การเรียน การทำงาน ครอบครัว และเศรษฐกิจของผู้ป่วย (สรยุทธ วาสิกกานนท์, 2547) และผู้ดูแล (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543)

โรงพยาบาลสวนปรุง เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข ที่ให้บริการด้านปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวช ในปี พ.ศ. 2549 - 2551 มีผู้มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำ จำนวน 2,325 ราย 2,918 ราย และ 3,915 ราย คิดเป็นร้อยละ 396, 484 และ 635 รายตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2549 - 2551) ซึ่งจากสถิติจะเห็นได้ว่าโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำในโรงพยาบาลสวนปรุงมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากการสัมภาษณ์พยาบาลที่ทำงานในแผนกผู้ป่วยนอก การซักประวัติผู้ป่วย และจากการทบทวน แฟ้มประวัติผู้ที่ เป็นโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำ จำนวน 80 แฟ้ม พบว่า จำนวน 50 แฟ้ม มีปัญหา เรื่องการรับประทานยา เช่น ขาดยา รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เพิ่ม หรือลดขนาดยาเอง เกิดผลข้างเคียงจากการรับประทานยาทำให้ไม่รับประทานยาต่อเนื่อง ไม่มาตรวจตามนัด ซึ่งสอดคล้องกับ มาโนช หล่อตระกูล (2544) ที่กล่าวว่าปัญหาของความไม่ร่วมมือที่พบได้บ่อย มักพบในผู้ป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายขาด โรคเรื้อรัง โรคที่หาย ชั่ว ต้องรับประทานยานานๆ

จากการทบทวนแฟ้มประวัติ และการสังเกตการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และญาติเกี่ยวกับการ รับประทานยาเมื่อผู้ที่ เป็นโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำกลับไปอยู่ที่บ้านนั้น พยาบาลยังให้ข้อมูลไม่ ละเอียด ไม่ครอบคลุม โดยพยาบาลแต่ละคนก็มีการให้ข้อมูลที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เกิด ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่ง เคลท์เนอร์ ชวิกกี และบอสตรอม (Keltner, Schweek and Bostrom, 2003) กล่าวว่าในการรักษาด้วยยา บุคคล ครอบครัว หรือผู้ดูแลต้องมีความรู้เกี่ยวกับยาที่ ใช้ในการรักษา และรู้ถึงความสำคัญในการรับประทานยาตามแผนการรักษา การไม่ให้ความร่วมมือ ในการรักษาด้วยยาเป็นสาเหตุหลักทำให้อาการกำเริบ (relapse) และกลับมารักษาซ้ำ

(rehospitalization) การไม่เข้าใจความเจ็บป่วยในระยะเริ่มต้นทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย และไม่ให้ความร่วมมือ และจากการศึกษาของเซลเซอร์ รอนคาร์ และการ์ฟinkel (Seltzer, Roncari & Garfinkel, 1980) ได้ศึกษาผลของการให้ความรู้ต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเวชที่แผนกผู้ป่วยนอก พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับความรู้เรื่องโรค และการรักษาจะให้ความร่วมมือมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับความรู้ การดูแลเรื่องการให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา และการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ของยา การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องการปฏิบัติตัว เป็นบทบาท และหน้าที่ของพยาบาลจิตเวช (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545)

จากปัญหาดังต้นชี้ให้เห็นว่าการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และญาติในการรับประทานยาตามปกติที่ผ่านมา ยังทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาน้อย การไม่เข้าใจอาการในระยะเริ่มต้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย และไม่ให้ความร่วมมือใน ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ การขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และเมื่อเกิดอาการกำเริบบ่อย ๆ จะทำให้เกิดอาการรุนแรง และเรื้อรัง ทำให้การดูแลยากขึ้นตามลำดับ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจึงมีความสำคัญต่อการรักษามาก ผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ผลการรักษามีประสิทธิภาพ (Boyd, 2005) ดังนั้นจำเป็นต้องศึกษาวิธีการที่จะช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา พฤติกรรมการเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเอง จากแนวคิดพื้นฐานทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา (Bandura, 1986) กล่าวว่าพฤติกรรมส่วนใหญ่ของมนุษย์เกิดจากการเรียนรู้ได้ 2 ลักษณะ ลักษณะแรก คือ บุคคลเรียนรู้จากประสบการณ์ด้วยตนเอง อีกลักษณะหนึ่ง คือพฤติกรรมของบุคคลเกิดขึ้นจากการเรียนรู้โดยผ่านตัวแบบ หากตัวแบบแสดงพฤติกรรมบางอย่างแล้วได้รับการเสริมแรง แนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมของตัวแบบนั้นจะมีสูงขึ้น ในขณะเดียวกัน ถ้าตัวแบบแสดงพฤติกรรมบางอย่างแล้วได้รับพฤติกรรมที่ไม่พึงพอใจ บุคคลก็จะไม่กระทำตามนั้น ตัวแบบแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง ๆ (Live model) และตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic model) แบนดูรา (Bandura, 1986) มีความเชื่อว่า การเรียนรู้ส่วนใหญ่ของคนเรานั้น เกิดขึ้นจากการสังเกตจากตัวแบบ ซึ่งแตกต่างจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงที่ต้องอาศัยการลองผิดลองถูก เพราะนอกจากจะเสียเวลาแล้วยังอาจมีอันตรายได้ในบางพฤติกรรม การเรียนรู้โดยผ่านตัวแบบนั้น ตัวแบบเพียงคนเดียวสามารถที่จะถ่ายทอดทั้งความคิด และการแสดงออกได้พร้อม ๆ กัน และเนื่องจากคนเรานั้นส่วนใหญ่ใช้ชีวิตในแต่ละวันในสภาพแวดล้อมเดิม ๆ โอกาสในการเรียนรู้สิ่งใหม่จากประสบการณ์ของตนเองมีน้อย ดังนั้นการรับรู้เกี่ยวกับสภาพการณ์ต่าง ๆ ของสังคมจึงผ่านมาจากประสบการณ์ของผู้อื่น โดยการได้ยิน และได้เห็นโดยไม่มีประสบการณ์ตรงมาเกี่ยวข้อง คนส่วนมากรับรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของสังคมโดยการผ่านทางสื่อแทบทั้งสิ้น เทคนิคการเสนอตัวแบบ เป็นเทคนิคที่มีประสิทธิภาพสูงที่มีลักษณะ



ใกล้เคียงกับวิถีชีวิตตามธรรมชาติของคนเรา เนื่องจากคนเรามีแนวโน้มที่จะเลียนแบบพฤติกรรมซึ่งกันและกันอยู่แล้ว เทคนิคการเสนอตัวแบบทำให้ผู้ที่ถูกปรับพฤติกรรมไม่รู้สึกรู้สิดิ้นรน หรือต่อต้าน

จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่าการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านสื่อวีดิทัศน์ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ และกลุ่มเป้าหมายสามารถปรับพฤติกรรมได้ ดังเช่นการศึกษาของนันทนา นุ่นงาม (2544) ที่ศึกษาผลของการเสนอตัวแบบต่อความรู้ และการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ผลการศึกษาพบว่า การเสนอตัวแบบทำให้พยาบาลที่ได้สังเกตตัวแบบมีความรู้เพิ่มขึ้น และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิศากร โพธิมา (2550) ที่ศึกษาผลของตัวแบบสัญลักษณ์ และตัวแบบจริงต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กวัยรุ่นในจังหวัดเพชรบูรณ์ ผลการศึกษาพบว่า การดูแบบสัญลักษณ์ และการดูตัวแบบจริงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กวัยรุ่นได้ และจากการศึกษาของพาขวัญ บุญประसार (2550) ที่ศึกษาผลของตัวแบบสัญลักษณ์ต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น เป็นต้น

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะดัดแปลงวิถีทัศน์ของพาขวัญ บุญประसार (2550) ในเรื่องผลข้างเคียงของการรักษาด้วยยาฟลูโอซีทีน (fluoxetine) เพื่อให้ตรงกับยาที่ใช้จริงในโรงพยาบาลสวนปรุงที่ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำได้รับ และเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยการนำวิถีทัศน์การเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ (symbolic model) ซึ่งเป็นตัวแบบถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับทักษะต่าง ๆ ผ่านวิถีทัศน์ประกอบเสียง และการบรรยาย ซึ่งสร้างบนพื้นฐานทฤษฎีทางสังคมของแบนดูรา (Bandura, 1986 ) เนื้อหาของวิถีทัศน์ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ผลกระทบที่เกิดจากโรคซึมเศร้า ผลจากการรักษาด้วยยารักษาโรคซึมเศร้า ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า และแนวทางการแก้ไขผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า ความสำคัญของการรับประทานยาครบตามแผนการรักษา และผลกระทบจากการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เพื่อช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสวนปรุงมีความรู้ เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เพื่อช่วยผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำ ซึ่งมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา เกิดการเรียนรู้จากการได้สังเกตพฤติกรรมของตัวแบบว่า หากมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาแล้วจะ ได้รับผล คืออาการกำเริบทำให้ต้องกลับมารักษารักษาซ้ำ และเกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจ และรวมไปถึงครอบครัว ในทางกลับกันหากมีพฤติกรรมให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา จะส่งผลให้ผู้ป่วยอาการสงบ สามารถดูแลตนเองได้ ดำเนินชีวิตได้

ตามปกติ ดังนั้นการนำเสนอตัวแบบอาจจะเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำกลุ่มทดลองในระยะก่อนทดลอง และระยะหลังทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลอง

### สมมุติฐานการศึกษา

1. ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำ กลุ่มทดลองที่ได้ดูตัวแบบสัญลักษณ์มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ในระยะหลังทดลองมากกว่าระยะก่อนทดลอง
2. ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำ กลุ่มทดลองที่ได้ดูตัวแบบสัญลักษณ์มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ในระยะหลังทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม

### ขอบเขตของการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำ โดยศึกษาในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนสิงหาคม 2553 จำนวน 18 ราย

### นิยามศัพท์

**ตัวแบบสัญลักษณ์** หมายถึง ตัวแบบถ่ายทอดความรู้ เกี่ยวกับทักษะต่าง ๆ ผ่านวิถีทัศน์ ประกอบด้วยเสียง และการบรรยาย โดยสร้างโดยใช้กรอบแนวคิดการปรับพฤติกรรมของแบนดูรา (Bandura, 1986) เพื่อใช้ในการปรับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ผลกระทบที่เกิดจากโรคซึมเศร้า ผลจากการรักษาด้วยยา



รักษาโรคซึมเศร้า ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า และแนวทางการแก้ไข ผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า ความสำคัญของการรับประทานยาครบตามแผนการรักษา และผลกระทบจากการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยารักษาโรคซึมเศร้า ของพาววิญ บุญประสาร (2550) และดัดแปลงโดย กาญจนา ะสุข วรณัฐ กิตสัมบันท์ และคาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2552)

**ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา** หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ป่วยยินดีที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ในการรับประทานยาอย่างถูกต้อง สม่าเสมอ และต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางด้านการรักษา ซึ่งสามารถวัดได้โดยแบบสัมภาษณ์การให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของรชนก สิทธิโชติวงศ์ (2550)

**ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำ (Major Depressive Disorder, Recurrent)** หมายถึง ผู้ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ และได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ โดยใช้เกณฑ์เพื่อการวินิจฉัยว่า เป็นโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำตามเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Forth Edition: DSM-IV) โดยมีการลงรหัสโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชขององค์การอนามัยโลก (The 10<sup>th</sup> International Classification of Diseases: ICD-10) (World Health Organization [WHO], 2006) ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่ม F33 เพื่อความสะดวกในการรวบรวมข้อมูลสถิติ