



บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
ครอบคลุมในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคซึมเศร้า และโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำ
 - 1.1 อาการ และอาการแสดง
 - 1.2 สาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้า และปัจจัยทำนายการเกิดโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำ
2. การรักษาด้วยยาในผู้ที่ เป็นโรคซึมเศร้า และโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำ
3. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
 - 3.1 ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า
 - 3.2 วิธีส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
 - 3.3 การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
4. ตัวแบบสัญลักษณ์
 - 4.1 ประเภทของตัวแบบ
 - 4.2 แนวทางในการเลือกตัวแบบ
 - 4.3 วิธีการสร้างตัวแบบ
 - 4.4 ระยะเวลาของการเสนอตัวแบบ
 - 4.5 ประโยชน์ของการเรียนรู้จากการเสนอตัวแบบ
 - 4.6 กลไกการทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของตัวแบบ

โรคซึมเศร้า และโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำ

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 (ทวิ 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, 1995 อ้างใน พิเชฐ อุดมรัตน์, 2547) ส่วนในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากที่สุดในกลุ่มวัยทำงาน รองลงมาคือ วัยสูงอายุ และวัยรุ่น ตามลำดับ (วชิระ เพ็งจันทร์, 2552) จากผลการสำรวจสุขภาพจิตคนไทยในปี 2551 พบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคทางอารมณ์ เป็นอันดับ 2 รองจากโรคจิตเภท โดยคิดเป็นร้อยละ 3.28 (ชาตรี ชื่นบาน, 2552)

โรคซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยทางจิตเวชอย่างหนึ่งที่มีความรุนแรง มีโอกาสที่จะเกิดซ้ำ (ชรณินทร์ 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)

อาการ และอาการแสดง

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 1994) ได้จำแนกอาการเพื่อการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Forth Edition: DSM-IV) ดังต่อไปนี้ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2541)

1. อาการเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสำหรับโรคซึมเศร้า (Major Depressive Episode) ดังนี้

A. มีอาการดังกล่าวข้างล่างนี้ 5 อาการ หรือมากกว่า เป็นเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และมีการเปลี่ยนแปลงของการทำหน้าที่ (functioning) นอกจากนี้ ต้องมีอาการอย่างน้อย 1 ใน 2 อาการต่อไปนี้ คือ อารมณ์ซึมเศร้า (depressive mood) หรือขาดความสนใจหรือยินดี (loss of interest or pleasure) โดยไม่รวมอาการที่เกิดขึ้นจากภาวะความเจ็บป่วยทางกายทั่วไป

(general medical condition) หรือการหลงผิดหรือประสาทหลอนที่สอดคล้องกับอารมณ์ (mood-incongruent delusions or hallucinations) อาการดังกล่าวข้างต้นได้แก่

1) อารมณ์ซึมเศร้า (depressive mood) เกือบทั้งวันหรือเกือบทุกวัน โดยอาจเป็นการบอกเล่าของผู้ป่วย (subjective report) หรือจากการสังเกตของผู้อื่น (หมายเหตุ: ในเด็ก หรือวัยรุ่นอาจมีอาการหงุดหงิดได้)

2) ความสนใจหรือความยินดีลดลงอย่างมาก (marked diminished interest or pleasure) ในทุกกิจกรรมหรือเกือบทุกกิจกรรม โดยเป็นอยู่เกือบทั้งวันหรือเกือบทุกวัน

3) น้ำหนักตัวลดลง (weight loss) อย่างมีนัยสำคัญโดยมิได้ควบคุมอาหารหรือน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น (weight gain) หรือความอยากอาหารลดลงหรือเพิ่มขึ้น (decrease or increase in appetite) เกือบทุกวัน (หมายเหตุ: ในเด็กอาจมีน้ำหนักน้อยกว่าที่ควรจะเป็น)

4) การนอนไม่หลับ (insomnia) หรือการนอนมาก (hypersomnia) เกือบทุกวัน

5) การเคลื่อนไหวแบบกระวนกระวาย (agitation) หรือ เชื่องช้า (retardation) เกือบทุกวัน

6) อ่อนเพลีย (fatigue) หรือหมดเรี่ยวแรง (loss of energy) เกือบทุกวัน

7) ความรู้สึกไร้ค่า (feeling of worthlessness) หรือความรู้สึกผิดมากเกินไปหรือไม่เหมาะสม (excessive or inappropriate guilt) เกือบทุกวัน

8) ความสามารถในการคิดลดลงหรือสมาธิลดลง (diminished ability to think or concentrate) หรือการไม่สามารถตัดสินใจ (indecisiveness) ซึ่งเป็นอยู่เกือบทุกวัน

9) ความคิดซ้ำๆ เกี่ยวกับการตาย (recurrent thoughts of death) มีความคิดที่จะฆ่าตัวตายซ้ำๆ (recurrent suicidal ideation) โดยไม่มีการวางแผนที่ชัดเจน หรือมีการพยายามฆ่าตัวตาย (suicidal attempt) หรือมีการวางแผนเพื่อให้ฆ่าตัวตายได้สำเร็จ (committing suicide)

B. อาการดังกล่าวไม่เข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสำหรับอาการผสม (mixed episode)

C. อาการที่เกิดขึ้นเป็นเหตุให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานใจ (distress) อย่างมีนัยสำคัญทางคลินิกหรือทำให้เกิดการเสื่อมเสียหน้าที่ในด้านสังคม อาชีพ หรือด้านอื่นๆ ที่สำคัญ

D. อาการที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นผลโดยตรงทางสรีรวิทยาของสารอย่างใดอย่างหนึ่งเช่น ยาเสพติด, ยารักษาโรค หรือภาวะความเจ็บป่วยทางกายทั่วไป เช่น ไฮโปไธรอยด์ (hypothyroidism)

E. อาการที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (bereavement) ตัวอย่าง เช่น ภายหลังการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก อาการดังกล่าวยังคงอยู่นานกว่า 2 เดือน หรือมีลักษณะดังต่อไปนี้ คือ สูญเสียความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่อย่างมาก (marked functional



impairment) มีความคิดหมกมุ่นอยู่กับความรู้สึกไร้ค่าอย่างผิดปกติ (morbid preoccupation with worthlessness) มีความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) มีอาการโรคจิต (psychotic symptoms) หรือ การเคลื่อนไหวผิดปกติ (psychomotor retardation)

2. อาการของผู้ป่วย ต้องไม่เข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยโรค สำหรับโรคจิตเภท (Schizophrenia), โรคจิตอารมณ์ (Schizoaffective Disorder), โรคคล้ายโรคจิตเภท (Schizophreniform Disorder), โรคจิตหลงผิด (Delusional Disorder) หรือ ความผิดปกติทางจิต (Psychotic Disorder NOS)

3. ผู้ป่วยไม่เคยมีช่วงระยะอาการฟุ้งพล่าน (Manic), อาการผสม (Mixed) หรือ อาการฟุ้งพล่านที่มีความรุนแรงน้อย (Hypomanic Episodes)

Major Depressive Disorder, Recurrent

A. มี Major Depressive Episode สองครั้ง หรือมากกว่า

หมายเหตุ: ในการพิจารณาแต่ละ Episode ออกจากกันนั้น จะต้องมีช่วงเวลาที่ไม่เข้าตามเกณฑ์ของ Major Depressive Episode นานอย่างน้อยสองเดือนติดต่อกัน

B. Major Depressive Episode นี้ ไม่เข้าได้ดีกว่ากับ Schizoaffective Disorder และมีได้เกิดขึ้นกับ Schizophrenia, Schizophreniform Disorder, Delusional Disorder หรือ Psychotic Disorder Not otherwise Specified ที่เป็นอย่างก่อนแล้ว

C. ไม่เคยมี Manic Episode, Mix Episode หรือ Hypomanic Episode

หมายเหตุ: ไม่ใช่ข้อแยกนี้หากอาการคล้าย mania, mix hypomania เหล่านี้เป็นผลจากสาร หรือการรักษา หรือเป็นผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากภาวะเจ็บป่วยทางกาย

โรงพยาบาลสวนปรุงจิตแพทย์ได้ใช้เกณฑ์เพื่อการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำตามเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fourth Edition: DSM-IV) แต่มีการลงรหัสโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชขององค์การอนามัยโลก (The 10th International Classification of Diseases: ICD-10) (World Health Organization [WHO], 2006) เพื่อความสะดวกในการรวบรวมข้อมูลสถิติ

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ	
ห้องสมุดงานวิจัย	
วันที่.....	12 ส.ย. 2555
เลขทะเบียน.....	245816
เลขเรียกหนังสือ.....	



สาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้า และปัจจัยโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำ

สาเหตุของโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุจากหลายปัจจัยร่วมกันทั้งปัจจัยทางด้านชีวภาพ และปัจจัยทางจิตสังคม (พิเชฐ อุคมรัตน์, 2547) สาเหตุการเกิดโรคที่สำคัญคือ

1. ทางด้านพันธุกรรม ความผิดปกติทางชีวเคมีของสมอง ทางด้านจิตใจ พฤติกรรมการเรียนรู้ที่ผิดปกติ (สมภพ เรืองตระกูล, 2549) โดยสาเหตุจากพันธุกรรมนั้นพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แต่งงานกับคนปกติ จะมีโอกาสให้กำเนิดบุตรที่ป่วยด้วยโรคนี้ถึงร้อยละ 27 ยิ่งถ้าพ่อแม่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า จะมีโอกาสให้กำเนิดบุตรซึ่งป่วยด้วยโรคนี้ถึงร้อยละ 54 (ชรินทร์ มีทองสุข, 2550) ในฝาแฝดเหมือน ถ้าคนใดคนหนึ่งป่วยมีความผิดปกติทางอารมณ์ฝาแฝดอีกคนหนึ่งก็จะมีโอกาสพบความผิดปกติถึงร้อยละ 70 (Shives & Isacs, 2002) ในขณะที่คู่แฝดจากไข่คนละใบจะมีโอกาสเป็นโรคด้วยเพียงร้อยละ 20 (สมภพ เรืองตระกูล, 2549) สำหรับญาติในอันดับหนึ่ง (First – degree relation) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีโอกาสป่วยเป็นโรคซึมเศร้าสูงกว่าคนทั่วไปประมาณ 1.5 – 3 เท่า (ดวงใจ กสานครกุล, 2544)

2. ความผิดปกติทางชีวเคมีของสมอง พบว่า ระบบสารเคมีในสมองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติอย่างชัดเจน จากความบกพร่องของสารสื่อประสาท สารสื่อประสาทในระบบประสาทอัตโนมัติ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ซีโรโตนิน (serotonin) และแคทีโคลามีน (catecholamines) ประกอบด้วยโดปามีน (dopamine) และนอร์เอปิเนฟริน (norepinephrine) ซึ่งลักษณะทางคลินิกของภาวะซึมเศร้าจะมีอยู่ 2 แบบ คือ ภาวะซึมเศร้าแบบแคทีโคลามีนต่ำ และอีกแบบคือการลดลงของนอร์เอปิเนฟริน และซีโรโตนิน เนื่องจากนอร์เอปิเนฟรินมีคุณสมบัติในการกระตุ้นเซลล์ประสาททำให้เซลล์ประสาทตื่นตัว การขาดนอร์เอปิเนฟรินทำให้สมองไม่ได้รับการกระตุ้น จึงมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2544; สมภพ เรืองตระกูล, 2549)

3. สาเหตุทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า อาจมาจากการที่มองตนเอง มีการมองสิ่งต่าง ๆ ในด้านลบ ได้แก่ มองตนเองในแง่ลบ รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความสำคัญมองอดีตเห็นแต่ความบกพร่องของตนเอง หรือมองโรคในแง่ร้าย (มาโนช หล่อตระกูล, 2544) จากการศึกษาพบว่า โรคซึมเศร้านักเกิดภายหลังผู้ป่วยมีปัญหาทางจิตใจอย่างรุนแรง เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก หรือการหย่าร้าง

4. สาเหตุจากพฤติกรรมการเรียนรู้ที่ผิดปกติ มีผู้เสนอข้อสันนิษฐานว่า ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้านักมีแนวคิดเกี่ยวกับตนเองในปัจจุบันอดีตและอนาคตไปในทางลบและไม่มีคุณค่าซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (สมภพ เรืองตระกูล, 2549) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการที่สำคัญตามการวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA, 1994) กล่าวว่าความผิดปกติทางอารมณ์ซึมเศร้าว่ามี

5 อาการหรือมากกว่า ในจำนวนทั้งหมด 9 อาการ โดยเป็นอยู่นาน 2 สัปดาห์ และมีอาการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ไปจากแต่ก่อน ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้าส่วนใหญ่ของวัน หดความสนใจหรือความสุข เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เชื่องช้าหรือกระวนกระวาย อ่อนเพลียง่ายและไม่มีแรง ความรู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกผิด ไม่มีสมาธิหรือมีความลังเลใจ มีความคิดอยากตาย หรือคิดฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยอาจมีอาการเพียงเล็กน้อยนำมาก่อนหลายสัปดาห์ หรือเดือน ก่อนที่จะมีอาการครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาของการเป็นโรคแตกต่างกันมากผู้ซึ่งไม่ได้รับการรักษามีอาการนานประมาณ 4 เดือน หรือมากกว่านั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะหายเป็นปกติเมื่อได้รับการรักษา (สมภพเรืองตระกูล, 2549) ผู้ป่วยอาจมีอาการเพียงเล็กน้อยนำมาก่อนหลายสัปดาห์ หรือเดือน ก่อนที่จะมีอาการครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาของการเป็นโรคแตกต่างกันมากผู้ซึ่งไม่ได้รับการรักษามีอาการนานประมาณ 4 เดือน หรือมากกว่านั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะหายเป็นปกติเมื่อได้รับการรักษา (สมภพเรืองตระกูล, 2549)

จากการทบทวนการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการกลับเป็นซ้ำ (recurrence) ของโรคซึมเศร้า ก่องสุข (2547) พบว่า

1. เกิดจากการมีอาการครบตามเกณฑ์ (Episode) เกิดขึ้นบ่อย ๆ หรือมีหลาย ๆ อาการครบตามเกณฑ์ (Episode) และพบว่า จากการเกิดอาการหลาย ๆ ครั้ง ทำให้สมองมีความไวต่อภาวะซึมเศร้า และเกิดอาการซึมเศร้าในครั้งหลัง ๆ ไม่สัมพันธ์กับการมีความเครียดหมายถึง ภาวะซึมเศร้าจะเกิดขึ้นเอง
2. มีการเกิดร่วมกันของโรคอารมณ์เศร้าเรื้อรัง (Dysthymia) กับโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) ซึ่งเรียกว่า โรคซึมเศร้าทับซ้อน (Double Depression) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดการเป็นใหม่ และการกลับซ้ำของโรคหลังจากอาการทุเลาแล้ว
3. เกิดจากการมีโรคซึมเศร้าเรื้อรังเกิดขึ้นก่อนหน้านี้ ช่วงระยะเวลาของอาการครบตามเกณฑ์ (Episode) ที่ยาวนาน
4. มีประวัติการมีโรคทางอารมณ์ในครอบครัว
5. การที่ไม่สามารถแก้ไขอาการซึมเศร้า และอาการวิตกกังวล หรือการใช้สารเสพติดที่เกิดขึ้นด้วยอย่างสมบูรณ์
6. การมีโรคบุคลิกภาพผิดปกติร่วมด้วย พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีบุคลิกภาพผิดปกติร่วมด้วยนั้น เมื่ออาการซึมเศร้าหายแล้ว จากการติดตาม 6 เดือน มีอัตราการกลับซ้ำถึงร้อยละ 77 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่มีบุคลิกภาพผิดปกติมีการกลับซ้ำเพียง ร้อยละ 14
7. การขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และเมื่อมีอาการกำเริบบ่อย ๆ จะทำให้เกิดอาการรุนแรง และเรื้อรัง ทำให้การดูแลยากขึ้น (Heynes et al., 2005)

โรคซึมเศร้าเป็นภาวะที่เป็นนาน ถึงเรื้อรัง และเป็นซ้ำได้บ่อย (recurrence) (สรยุทธ วาสิกนันท์, 2547) ซึ่งปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคที่รักษาไม่หายขาด โรคเรื้อรัง โรคที่หายช้า ต้องรับประทานยาเป็นหลาย ๆ เดือน หรือเป็นปีนี่ คือ ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา อาจกล่าวได้ว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้การรักษาไม่ประสบผลสำเร็จ การไม่ร่วมมือของผู้ป่วยมีหลายลักษณะ เช่น ไม่รับประทานยา รับประทานยาไม่ครบตามขนาด (มาโนช หล่อตระกูล, 2550) รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ หยุดยาเอง ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ หรือไม่มาตามนัด ไม่รอผลการรักษานานพอ (สมพร บุษราคิง, 2551) การที่ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษาอาจเป็นเพียงบางช่วงในขณะที่บางเวลาก็ปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด ซึ่งอาจกล่าวในเชิงทฤษฎีว่า การไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยนั้นเป็นภาวะที่ไม่คงที่ตายตัว หากแต่มีการเปลี่ยนแปลงไปมาได้ตามแต่การรับรู้ ความคาดหวังของผู้ป่วย สภาพแวดล้อม และท่าทีของแพทย์ (มาโนช หล่อตระกูล, 2550) สาเหตุของการไม่ร่วมมือของผู้ป่วยที่พบบ่อย ได้แก่ การขาดการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย แพทย์ส่วนใหญ่จะมีเวลาน้อย ด้านผู้ป่วยนั้นมักเกรงใจแพทย์ไม่กล้าถาม แม้ว่าบางครั้งจะไม่เข้าใจสิ่งที่แพทย์พูดหรือให้คำแนะนำ (สมพร บุษราคิง, 2551) สาเหตุอื่นได้แก่ ปัญหาจากการรักษาเช่น มีอาการข้างเคียงจากยา ผู้ป่วยไม่มั่นใจในประสิทธิภาพของยา หรือได้รับยาหลายขนาน กินวันละหลายมื้อ ทำให้ยากแก่การปฏิบัติตาม เป็นต้น มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่กลัวคิดยา เมื่อรู้สึกว่าตนเองดีขึ้นหรือหายแล้ว ก็มักเลือกที่จะหยุดยา โดยคิดว่าโรคจะดีขึ้นเองเรื่อย ๆ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่อยากปฏิบัติตามที่แพทย์สั่งแต่ทำไม่ได้ ด้วยความจำเป็นหลายประการ เช่น ต้องรอนาน มาพบแพทย์แต่ละครั้งต้องขาดงานเป็นวัน มาโรงพยาบาลลำบาก หรือไม่มีคนพามา (มาโนช หล่อตระกูล, 2550)

การรักษาโรคซึมเศร้า และโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำ

การรักษาโรคซึมเศร้า และโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำมีหลายวิธีขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค ดังนี้

1. การทำจิตบำบัด เป็นการใช้หลักการของสัมพันธภาพทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2549) การรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าโดยใช้วิธีจิตบำบัดเพียงอย่างเดียวได้ผลดี ในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าระดับน้อย (mild) ถึงปานกลาง (moderate) (Ministry of health, 2004) โดยอธิบายให้ผู้ป่วย และครอบครัวทราบธรรมชาติของโรค วิธีการรักษา และปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด (สมภพ เรืองตระกูล, 2549) พูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อให้ปรับเปลี่ยนแนวคิดในแง่ร้ายซึ่งจะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า หรือปรับเปลี่ยนสัมพันธภาพกับผู้รอบตัวให้ดีขึ้นอันจะทำให้

ความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังลดลง การรักษาเป็นกลุ่มโดยแนะนำทักษะการแก้ปัญหา หรือให้การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงสำคัญในชีวิต (สุรัชย์ อัญเชิญ, 2552)

2. การรับไว้รักษาในโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่มีอาการเศร้ารุนแรง (อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2549) ในรายที่มีอาการมาก เช่น กระวนกระวายมาก ไม่กินอาหาร ผอมลงมาก (มานิช หล่อตระกูล, 2547) ผู้ป่วยที่พยายามทำร้ายตนเอง (อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2549) และการรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT) ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่สนองตอบต่อการรักษาด้วยยา ทนต่อผลข้างเคียงของยาไม่ได้ หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง (มานิช หล่อตระกูล, 2547) การรักษาด้วยไฟฟ้าจะลดอาการซึมเศร้า และการพยายามฆ่าตัวตายได้ผลดี (อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2549)

3. การรักษาด้วยยา แบ่งออกเป็น 3 ระยะตามการดำเนินของโรค คือ การรักษาในระยะเฉียบพลันเพื่อลดอาการซึมเศร้า การรักษาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับป่วย และการรักษาแบบคงสภาพเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์, ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2542)

4. การรักษาร่วมกันทั้งวิธีใช้ยา และจิตบำบัด เป็นการรักษาในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (chronic depression) อาจเป็นการร่วมกันทั้ง 2 วิธี (Ministry of health, 2004) ในการรักษาด้วยยาในระยะเฉียบพลัน เพื่อลดอาการซึมเศร้าลง การรักษาในระยะต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับป่วย (relapse) การรักษาแบบคงสภาพเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (recurrence) (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์, ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2542) และการทำจิตบำบัดเพิ่มเข้าไปหลังจากที่อาการของผู้ป่วยสนองตอบต่อยาแล้ว ซึ่งการใช้การบำบัดกระบวนคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าหลงเหลือ (residual depressive symptoms) หลังจากที่ได้รักษาด้วยยาในระยะเฉียบพลันแล้ว จะช่วยให้อัตราการหายจากอาการซึมเศร้ามากขึ้น และลดอัตราการกำเริบของโรค (Ministry of health, 2004)

5. การรักษาอื่นๆ เช่น sleep deprivation ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นในวันรุ่งขึ้นหลังการนอน แต่กลับมาเป็นอีกหากให้นอนตามปกติ หรือ light therapy ในผู้ป่วยที่มีลักษณะการป่วยเป็นแบบ seasonal (มานิช หล่อตระกูล, 2547)

6. การรักษาด้วยทางเลือกอื่น (Alternative treatment) เช่น การออกกำลังกาย การนวดแผนไทย (ณรงค์ สุภัทรพันธุ์, 2543)

การรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และผู้ที่เป็โรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำ

ในการรักษาโรคซึมเศร้า และโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำมีหลักการทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน ดังนี้ คือ การรักษาอาการให้หายขาด หรือบรรเทาอาการ (reduce / remove signs / symptoms) ทำให้อาการดีขึ้น หรือไม่แย่ไปกว่าเดิม (restore) และป้องกันหรือลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ (minimize relapses) (นิพัทธ์ กาญจนธนาเลศ, 2548) การรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แบ่งเป็น 3 ระยะตามการดำเนินการของโรค ได้แก่

1. การรักษาระยะเฉียบพลัน (acute treatment) เพื่อลดอาการซึมเศร้านลง (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์, ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2542) เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมาพบด้วยขณะมีอาการไปจนถึงหายจากอาการ เป้าหมายของการรักษาระยะนี้คือ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับผลดีจากการใช้ยาหรือจิตบำบัด หรือการรักษาทั้ง 2 ประการร่วมกัน หากสามารถทำให้อาการหายไปทั้งหมด (full remission) แทนที่จะเพียงแค่อาการ ดีขึ้นบ้าง (response) ถือว่าประสบความสำเร็จ การป้องกันการเกิดอาการกำเริบ (relapse) หรือการกลับเป็นซ้ำของโรค (recurrence) ในระยะแรกจะเป็นการป้องกันที่ดีที่สุด(มาโนช หล่อตระกูล, 2547)

2. การรักษาระยะต่อเนื่อง (continuation treatment) เป็นการรักษาในระยะตั้งแต่โรคเริ่มตอบสนองต่อการรักษาในระยะเฉียบพลัน (มาโนช หล่อตระกูล, 2547) เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ เพื่อป้องกันอาการของโรคกำเริบขึ้นม่อีก (relapse) (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์, ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2542) เมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการหลงเหลืออีกเลยจะถือว่าเป็นระยะอาการสงบ (remission) (มาโนช หล่อตระกูล, 2547)

3. การป้องกันระยะยาว (prophylactic treatment) มีเป้าหมายเพื่อป้องกันโรคกลับเป็นซ้ำอีก (recurrence) (มาโนช หล่อตระกูล, 2547) ข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยจะกลับป่วยซ้ำได้อีก เช่น เป็นโรคครั้งแรกเมื่ออายุ 50 ปีขึ้นไป หรือมากกว่า เคยมีอาการมากกว่าหนึ่งครั้ง (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) ซึ่ง เฮิร์ชเฟลด์ (Hirschfeld, 2001) กล่าวว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีโอกาสกลับเป็นซ้ำของโรคภายในหนึ่งปี หากไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง แต่ในทางตรงข้าม หากผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่องถึงระยะคงสภาพจะมีโอกาสกลับเป็นซ้ำเพียง 10-30 %

ในการรักษาผู้ที่เป็โรคซึมเศร้าที่มีประวัติกลับเป็นซ้ำนั้น ระยะเวลาในการให้ยาในการป้องกันนั้น ควรนานอย่างน้อย 2 – 3 ปี จากนั้นจึงประเมินอีกครั้งหนึ่งว่าสมควรให้ยาป้องกันต่อหรือไม่ ถ้าเป็นซ้ำมากกว่า 3 ครั้ง ควรให้ยานานอย่างน้อย 5 ปี (สมภพ เรืองตระกูล, 2549)



ยาที่ออกฤทธิ์ต้านอาการซึมเศร้า แบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์ เป็น 4 กลุ่มใหญ่ ดังนี้ (ปราโมทย์ สุคนธิ์ และมาโนช หล่อตระกูล, 2548; สุรัชย์ อัญเชิญ, 2552)

1. ยากลุ่มไตรไซคลิก (tricyclic antidepressant [TCA]) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการดูดกลับของนอร์อิพิเนฟริน และ 5-HT เข้าสู่เซลล์ประสาทแต่ละชนิด ออกฤทธิ์สัปดาห์สารินกรีเซพเตอร์ ในระบบประสาทอัตโนมัติ ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ อะมิทริปไทลีน (amitriptyline) อิมิพามีน (Imipramine) นอร์ทริปไทลีน (nortriptyline) โคลมิพราไมน์ (clomipramine) ด็อกเซปีน (doxepine) แมโพรไทลีน (moprotiline) เป็นยาที่แพทย์ใช้กันแพร่หลาย

2. ยากลุ่มยับยั้งการทำงานของเอนไซม์โมโนเอมีน (monoamine oxidase inhibitor [MAOIs]) ยากลุ่มนี้ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์โมโนเอมีน ซึ่งทำให้ระดับของนอร์อิพิเนฟรินและ 5-HT ในสมองโดยเฉพาะที่ระบบลิมบิกที่เพิ่มมากขึ้นยาในกลุ่มนี้ได้แก่ ทรานิลไซโปรมีน (tranylcypromine) ไอโซคาร์บอกซาซิด (isocarboxazid) และ ฟีนเอลซีน (phenelzine)

3. ยากลุ่มยับยั้งการนำกลับซีโรโตนิน (selective serotonin reuptake Inhibitor [SSRI]) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ โดยการยับยั้งการดูดกลับของซีโรโตนิน (serotonin) ที่กลับเฉพาะเจาะจง ไม่จับกับตัวรับอื่น ไม่มีฤทธิ์กระตุ้นหรือกดประสาท หรือต้านโคลิเนอร์จิก (anticholinergic) หรือมีพิษต่อหัวใจ ไม่ทำให้หิววังซึมหรือ กดประสาทและไม่รบกวนการเคลื่อนไหวโดยไม่ตั้งใจ (psychomotor performance) ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ ฟลูออกเซทีน (fluoxetine) ฟลูวอกซามีน (fluvoxamine) เซอร์ทราลีน (sertraline) พารอกเซทีน (paroxetine) เอสซิทาลอปาน (escitalopam) ยากลุ่มนี้มีข้อดีคือการปรับขนาดของยาอย่างง่าย ค่าครึ่งชีวิตของยานาน ซึ่งเหมาะกับคนที่มักจะลืมรับประทานยา หรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ รวมทั้งไม่มีฤทธิ์ต้าน โคลิเนอร์จิก (anticholinergic) ฤทธิ์วังซึมต่ำ สามารถใช้รักษาผู้ป่วยโรคทางร่างกาย เช่น โรคหัวใจ และผู้สูงอายุได้อย่างปลอดภัย พบการเสียชีวิตจากการรับประทานยากลุ่มนี้เกินขนาดน้อยมาก

4. ยากลุ่มใหม่ (new generation) ได้แก่

4.1 ยากลุ่มยับยั้งการนำกลับของซีโร โตนินและนอร์อิพิเนฟริน (serotonin norepinephrine selective reuptake inhibitors [SNRIs]) ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการนำกลับของนอร์อิพิเนฟริน และซีโร โตนินเข้าสู่เซลล์ประสาทแต่ไม่ยับยั้งการนำกลับของ 5-HT ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ เวลลาแฟกซีน (velafaxine) เมอร์ทาเซปีน (mirtazepine) รีโบเซทีน (reboxetin)

4.2 ยากลุ่มยับยั้งการนำกลับของ นอร์อิพิเนฟริน และโดปามีน (norepinephrine and dopamine reuptake inhibitors) ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการนำกลับของนอร์อิพิเนฟริน และโดปามีนกลับเข้าสู่เซลล์ประสาท แต่ไม่ยับยั้งการนำกลับ ของ 5-HT และไม่มีฤทธิ์สัปดาห์สารินกรีเซพเตอร์ ยากลุ่มนี้ได้แก่ บูโพรเพียน (bupropion)

ยารักษาโรคซึมเศร้าที่ใช้ในโรงพยาบาลสวนปรุง มีใช้หลายชนิด (บัญชียาต้านเศร้า โรงพยาบาลสวนปรุง, 2552) เช่น ฟลูโอซีทีน (Fluoxetine), ยาอะมิทริปไทลีน (Amitriptyline), ดูลอกซีทีน (Duloxetine), ฟลูวอกซามีน (Fluvoxamine), เอสซิตำโลเปรม (Escitalopram), เซอร์ทาลีน (Sertraline), บูลโพรเบียน (Bupropion) เป็นต้น แต่ยาที่ใช้ในการรักษาในอันดับแรกๆ คือ ยาฟลูโอซีทีน (fluoxetine) และยาอะมิทริปไทลีน (amitriptyline) เนื่องจากในการใช้ยาต้องคำนึงถึงการรับยาต่อเนื่องของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนด้วย ในที่นี้จะยกตัวอย่างเฉพาะยาที่ใช้บ่อย ดังนี้

ยาฟลูโอซีทีน (fluoxetine)

กลุ่มยาต้านการเก็บกลับของซีโรโตนิน (selective serotonin reuptake inhibitors: SSRIs) ออกฤทธิ์ยับยั้งการย้อนกลับ (reuptake) ของซีโรโตนิน (serotonin) ทำให้ซีโรโตนิน (serotonin) เพิ่มขึ้น (มานิซ หล่อตระกูล, 2547) ขนาดที่ใช้ในการรักษา 20-80 mg/day สามารถให้ 1-2 ครั้ง/วัน ในตอนเช้า และ/หรือเที่ยงควรรับประทานหลังอาหาร เป็นเวลา 2-3 สัปดาห์ (สมภพ เรืองตระกูล, 2549) ข้อเด่นของยากลุ่มนี้ คือ มีฤทธิ์ข้างเคียงต่ำ ใช้ได้ค่อนข้างปลอดภัย และไม่ทำให้น้ำหนักเพิ่มมาก การให้ขนาดยาที่สูงไม่ได้ทำให้ผลการรักษาเพิ่มขึ้น (มานิซ หล่อตระกูล, 2547) ผลข้างเคียงที่พบได้คือ ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร (นิพัทธ์ กาญจนธนาเลศ, 2548) นอนไม่หลับ (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์, 2546) ปวดศีรษะ อาการวิตกกังวล มีความผิดปกติทางเพศ (วนิดา พุ่มไพศาลชัย และสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, 2544; APA, 2006)

ยาอะมิทริปไทลีน (amitriptyline)

อยู่ในกลุ่ม tricyclic (มานิซ หล่อตระกูล, 2547) ออกฤทธิ์ลดการเก็บของ นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) และซีโรโตนิน (serotonin) ยับยั้งตัวรับมาสคารินิก อะเซสตีลโคลีน (muscarinic acetylcholine) และ ฮิสตามีน (histamine) (วนิดา พุ่มไพศาลชัย และสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, 2544; APA, 2006) ขนาดที่ใช้ในการรักษา : 50-150 mg/day สามารถให้วันละครั้ง ก่อนนอน หรือแบ่งให้หลายครั้งโดยเน้นหนักตอนก่อนนอนระยะเวลาให้ยา อย่างน้อย 6 เดือน การพิจารณาหยุดยา จำเป็นต้องลดขนาดลงทีละ 50% ได้ทุก 3 วัน หากขณะลดยาเกิดอาการขาดยา (withdrawal) เช่น นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย ให้เพิ่มยากลับไปเท่ากับขนาดก่อนลดยาและปรับลดยาให้ช้าลง (กมลเนตร วรรณเสวก, 2552) ผลข้างเคียงที่สำคัญได้แก่ ง่วงซึม anticholinergic effects ได้แก่ ปากแห้ง การรับรสผิดปกติ ท้องผูก ปัสสาวะลำบาก ตาพร่า เหงื่อออกน้อย หัวใจเต้นเร็ว คอแห้ง ปาก

แห้ง(มาโนช หล่อตระกูล, 2547) ฤทธิ์ต่อหัวใจ และหลอดเลือด ได้แก่ อาการความดันโลหิตตกขณะเปลี่ยนอิริยาบถ (postural Hypotension) (กมลเนตร วรรณเสวก, 2552) หัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ (cardiac arrhythmia) (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์, 2545)) ปัญหาการหลั่งน้ำกาม อวัยวะเพศไม่แข็งตัว การไม่ถึงจุดสุดยอดในผู้หญิง(กมลเนตร วรรณเสวก, 2552) น้ำหนักตัวเพิ่ม (วนิดา พุ่มไพศาลชัย และสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, 2544; APA, 2006)

แนวทางการรักษาอาการไม่พึงประสงค์จากยารักษาโรคซึมเศร้า

ปัญหาที่พบบ่อยจากการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า คือ ฤทธิ์ข้างเคียงของยา ซึ่งพบได้แม้จะใช้ในขนาดปกติ เช่น

1. ฤทธิ์ข้างเคียงของยาฟลูโอซีทีน (fluoxetine) ได้แก่ ปวดศีรษะ มือสั่น หรือกระวนกระวาย รักษาโดยให้ propranolol ขนาด 10 – 20 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง (มาโนช หล่อตระกูล, 2547) บางรายอาจพบอาการนอนไม่หลับ แก้ไขโดยให้รับประทานยาในตอนเช้า (วนิดา พุ่มไพศาลชัย และสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, 2544; APA, 2006) ปัญหาทางเพศเป็นผลมาจากยาต่อ 5HT₂ receptors ได้แก่ ความต้องการทางเพศลดลง หลังเข้าไม่ถึงจุดสุดยอด (orgasm) แก้ไขโดยให้ยาที่มีผลต่อการเพิ่มโดปามีน (dopamine) ในสมอง เช่น ให้ยาในกลุ่ม psychostimulant หรือ bupropion ร่วมไปด้วย (มาโนช หล่อตระกูล, 2547) การให้ยาไซโปรเฮพทาดีน (cypheptadine) ขนาด 4 มิลลิกรัมทุกเช้า สามารถลดอาการไม่ถึงจุดสุดยอดในผู้หญิงได้ การให้ยาขนาด 4-8 มิลลิกรัมรับประทาน 1-2 ชั่วโมง ก่อนมีเพศสัมพันธ์ จะช่วยรักษาอาการไม่ถึงจุดสุดยอด ในผู้ชาย อันเป็นผลสืบเนื่องจากสารที่ออกฤทธิ์ต่อซีโรโตนิน (serotonine)(วนิดา พุ่มไพศาลชัย และสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, 2544; APA, 2006) อาการไม่สบายในกระเพาะอาหาร และลำไส้ เช่น อาการคลื่นไส้ ท้องร่วง อาหารไม่ย่อยแก้ไขโดยให้รับประทานยาล้างอาหาร (กมลเนตร วรรณเสวก, 2552)

2. ฤทธิ์ข้างเคียงของยาอะมิทริปไทลีน (amitriptyline) ถ้ามีอาการง่วงซึมส่วนใหญ่จะใช้วิธีให้ยาขนาดต่ำในช่วงกลางวันและขนาดสูงในช่วงเย็นหรือช่วงก่อนนอน (มาโนช หล่อตระกูล, 2547) กรณีผู้ป่วยมีอาการจากผลข้างเคียง anticholinergic ได้แก่ ปากแห้ง, การรับรสผิดปกติ, ท้องผูก, ปัสสาวะลำบาก, ตาพร่า, tachycardia ควรลดขนาดยาโดยต้องปรึกษาจิตแพทย์, บ้วนปาก, อมลูกอมหรือเคี้ยวหมากฝรั่งเพื่อลดอาการปากแห้ง(กมลเนตร วรรณเสวก, 2552) ถ้าท้องผูกให้กินอาหารที่มีกากใยมาก ๆ ดื่มน้ำบ่อย ๆ (มาโนช หล่อตระกูล, 2547) ส่วนอาการความดันโลหิตต่ำ (Hypotension), ความดันโลหิตตกขณะเปลี่ยนอิริยาบถ (Orthostatic hypotension) แนะนำให้ผู้ป่วยลุกขึ้นช้าๆ และให้นั่งลงทันทีหากรู้สึกมึนงง (วนิดา พุ่มไพศาลชัยและสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, 2544; APA, 2006) ถ้ามี หัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ(cardiac arrhythmia) ต้องหยุดยา ปัญหาการหลั่งน้ำกาม อวัยวะเพศไม่แข็งตัว การไม่ถึง

จุดสุดยอดในผู้หญิง วิธีแก้ไข คือลดขนาดยา, หยุดยา, ปรับยาจิตแพทย์เปลี่ยนยา (กมลเนตร วรรณเสวก, 2552) ถ้าน้ำหนักตัวเพิ่ม แนะนำผู้ป่วยให้รับประทานอาหารที่มีไขมัน และคาร์โบไฮเดรตต่ำ และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (วนิดา พุ่มไพศาลชัย และสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, 2544; APA, 2006)

จากฤทธิ์ข้างเคียงของยาทั้งสองชนิดดังกล่าว ในโรงพยาบาลสวนปรุงซึ่งใช้ยาฟลูโอซีทีนเป็นส่วนใหญ่ นักศึกษาจึงได้ดัดแปลงวิธีทัศนของคุณภาพาวยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทราบถึงฤทธิ์ข้างเคียงของยาฟลูโอซีทีน (fluoxetine) เพื่อจะได้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งจากการศึกษาของเฮิร์ชเฟลด์ (Hirschfeld, 2001) ความสำคัญของการใช้ระยะเวลานานในการรักษาด้วยยารักษาโรคซึมเศร้า แนะนำให้นึกถึงสาเหตุที่จะทำให้ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งจะกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำที่รับการรักษาในโรงพยาบาลสวนปรุงส่วนใหญ่มักจะได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งต้องรับผิดชอบในการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานยารักษาโรคซึมเศร้า ในการรับประทานยาที่ต้องใช้เวลานาน และต่อเนื่องนั้น ต้องได้รับความร่วมมือในการรักษาเพื่อให้เกิดผลดีในด้านการรักษา

สารานุกรมวิกิพีเดีย (Wikipedia, n.d.) ได้ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาว่าเป็นการที่ผู้ป่วยยินดีที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษา หรือคำแนะนำของแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับพจนานุกรมเมอร์เรียมเว็บสเตอร์ นิวคอลเลจียอ (Meriam-Webster's New Collegiate Dictionary, 1977) ที่ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาว่า คือพฤติกรรมการกระทำหรือคุณลักษณะของความสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ในด้านความยินดีที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา หมายถึง การที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ และการปฏิบัติตามแผนการรักษา หรือการปฏิบัติตามข้อตกลงระหว่างผู้ป่วย และแพทย์ (Osterberg & Blaschke, 2005; (Nose, Barbui, Gray & Tansella, 2003)

อรวรรณ โพธิเสนา, (2546) กล่าวว่าความร่วมมือในการใช้ยา (Adherence to or Compliance with a medication) เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยยอมรับ และปฏิบัติตามคำแนะนำแนวทางการรักษาของแพทย์ผู้รักษา และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต (life style) อาหารรวมถึงการใส่ใจต่อการนัดหมายในการรักษา และการใช้ยาได้

ถูกต้อง ซึ่งความร่วมมือในการใช้ยาเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ

พาขวัญ บุญประสาร, (2550) ได้ให้ความหมายว่า ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาว่าเป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ยินดี เต็มใจในการรับประทานยาถูกต้อง สม่าเสมอ และต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลดีของการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์

จากความหมายดังกล่าวความร่วมมือในการรักษาด้วยยาข้างต้น สรุปได้ว่าความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยยินดีที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ในการรับประทานยาอย่างถูกต้อง สม่าเสมอ ต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางด้านการรักษา

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา เป็นพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ที่ส่งผลทำให้การรักษาไม่มีประสิทธิภาพซึ่งในปัจจุบันการแก้ไข และป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้ค่อนข้างยาก ความไม่ร่วมมือในการใช้ยามีผลทำให้สุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง โดยพบว่าทำให้เพิ่มอัตราการป่วย (morbidity) ความเสี่ยงในการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น รวมถึงค่าใช้จ่ายสำหรับสุขภาพต้องจ่ายเพิ่มมากขึ้น (อรรณพ โพธิ์สนา, 2546) จากสาเหตุดังกล่าวสามารถแบ่งเป็นประเภทได้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่เกิดจากลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละคนที่ส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ได้แก่

1.1 บุคลิกภาพ ทักษะคิดต่อการรักษาด้วยยา และความเชื่อของผู้ป่วยที่มีต่อโรค และแผนการรักษา ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา มักจะคิดว่าโรคที่ตนเองเป็นอยู่ไม่รุนแรง ไม่ต้องรักษา และจากบุคลิกลักษณะของผู้ป่วยที่สนใจสิ่งแวดล้อม มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ทำให้ได้รับคำแนะนำหลายๆ วิธีจากคนใกล้ชิด ทำให้เชื่อวิธีการรักษาอื่นมากกว่า นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยมีลักษณะไม่ชอบรับประทานยา ไม่ชอบพื้งยา ไม่ชอบรสชาติของยา การต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานในระยะคงสภาพการรักษา ซึ่งระยะนี้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้ว แต่ในระยะนี้ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องไปอีกระยะหนึ่ง ก็เป็นสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาเช่นกัน (มานิช หล่อตระกูล, 2544) ซึ่งจากการศึกษาของโคเฮน, รอส, แบคบาย, ฟาร์วอลเดน, เคนนีดี (Cohen, Ross, Bagby, Farvolden, Kennedy, n.d.) พบว่าบุคคลที่มีลักษณะชอบสนใจสิ่งแวดล้อมจะให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาน้อย ซึ่งสอดคล้อง

กับมาโนช หล่อตระกูล (2550) กล่าวว่า สาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่พบบ่อย คือ ความไม่สนใจ ไม่คิดว่ายาเป็นสิ่งจำเป็น ผู้ป่วยบางรายหยุดรับประทานยาเองเมื่อรู้สึกสบายขึ้น เนื่องจากเข้าใจว่าตนเองหายจากโรคแล้ว เมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการของโรค จะรู้สึกว่าการรับประทานยาไม่จำเป็นสำหรับตนเอง หรือคิดว่าตนเองยังต้องรับประทานยาแสดงว่าตนเองยังป่วยอยู่ สมพร บุษราคิง (2551) กล่าวว่า การต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดความเบื่อหน่ายในการรักษา หรือเกิดความรู้สึกต่อต้านการรับประทานยาได้ รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ หยุดยาเอง ไม่ปฏิบัติตามคำสั่ง หรือไม่มาตามนัด ไม่รอผลการรักษานานพอ และจากการศึกษาของบอลลินี, ไทบาลดี, เทสตา และมูนิสซา (Bollini, Tibaldi, Testa, & Munizza, 2004) ที่พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการรักษา ได้แก่ คิดว่าตนเองไม่ได้ป่วย และคิดว่าการรักษาต่อเนื่องไม่มีความจำเป็น ทำให้ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาจะไม่ค่อยสนใจในการดูแลตนเอง และไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือ คือ การรักษาที่ใช้เวลานาน รู้สึกท้อแท้ หหมดหวัง ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ทำให้ความสนใจต่อสิ่งต่างๆ ลดลง กลัวติดยาที่ได้รับ เมื่อรู้สึกว่าการรักษาดีขึ้นหรือหายแล้ว ก็มักเลือกที่จะหยุดยาเอง (มาโนช หล่อตระกูล, 2544)

1.2 อายุ ผู้สูงอายุมักมีปัญหาในด้านความจำ หงุดหงิด และประกอบกับผู้สูงอายุมีโรคร่วมทางกายหลายโรคร่วมด้วย ทำให้มีปัญหาในการใช้ยาอย่างไม่สม่ำเสมอ และไม่ต่อเนื่อง (Stalam & Kaye, 2004; สุรัชย์ อัญเชิญ, 2552)

1.3 ความรู้เกี่ยวกับโรค และการรักษาของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว จากการศึกษาของเคลท์เนอร์, ชวิกกี และบอสตรอม (Keltner, Scheweke and Bostrom, 2003) กล่าวว่าในการรักษาด้วยยา บุคคล ครอบครัว หรือผู้ดูแลต้องมีความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้ในการรักษา และรู้ถึงความสำคัญในการรับประทานยาตามแผนการรักษา การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นสาเหตุหลักทำให้อาการกำเริบ (relapse) และกลับมารักษาซ้ำ (rehospitalization) การไม่เข้าใจความเจ็บป่วยในระยะเริ่มต้นทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย และไม่ให้ความร่วมมือ ซึ่งสอดคล้องกับเซลเซอร์, รอนคาร์ และการ์ฟinkel (Seltzer, Roncari & Garfinkel, 1980) ศึกษาผลของการให้ความรู้ต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเวชที่แผนกผู้ป่วยนอก พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรู้เรื่องโรคและการรักษา จะให้ความร่วมมือมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีความรู้ ซึ่งสอดคล้องกับมานิต ศรีสุรงานนท์ (2545) ได้กล่าวว่า การให้ความรู้กับผู้ป่วยเป็นหลักสำคัญที่จะช่วยลดปัญหาความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา เนื่องจากความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษามากขึ้น



2. ปัจจัยด้านลักษณะโรค การเป็นโรคเรื้อรัง โรครักษาไม่หาย โรคเป็น ๆ หาย ๆ และบางช่วงไม่มีอาการผู้ป่วยจึงคิดว่าตนเองหายแล้ว (มาโนช หล่อตระกูล, 2547) จากการศึกษาของไซเร ราอู และอเล็กโซเพาลอส (Sirey, Raue, & Alexopoulos, 2006) พบว่า โรคซึมเศร้าเกี่ยวข้องกับการขาดกำลังใจที่จะให้ความมีส่วนร่วมในการรักษา และมีความรู้สึกว่าคุณมองว่าเป็นโรคทางจิต (stigma) ทำให้เป็นปัญหาต่อความร่วมมือในการรักษา และจากภาวะของโรคซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับการขาดกำลังใจที่จะให้ความร่วมมือในการรักษา (Carey, 1984)

3. ปัจจัยด้านการรักษา ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษายาวนาน จำนวนยาที่รับประทานในแต่ละครั้งวันละหลายครั้ง ครั้งละหลายเม็ด (Lingam & Scott, 2002; Perri, 2003) ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่จะตอบสนองต่อยารักษาโรคซึมเศร้าใน 2-4 สัปดาห์ โดยใช้เวลาในการรักษาระยะเฉียบพลันรวมแล้ว 12 สัปดาห์ (Unity health insurance, 2004; มาโนช หล่อตระกูล, 2547) จึงจะเห็นผลในการรักษา และเมื่ออาการซึมเศร้าหมดไปแล้วอาจต้องรักษาต่อไปอีก 6 เดือน (สุรัชย์ อัญเชิญ, 2552) เพื่อป้องกันอาการกำเริบ หรือ การกลับเป็นซ้ำของโรค หรือนานอย่างน้อย 2-3 ปี จากนั้นจึงประเมินอีกครั้งหนึ่งว่าสมควรให้ยาป้องกันต่อหรือไม่ ถ้าเป็นซ้ำมากกว่า 3 ครั้งควรให้ยานานอย่างน้อย 5 ปี (สมภพ เรืองตระกูล, 2549) ปัญหาของความไม่ร่วมมือในการรักษาที่พบบ่อย โดยเฉพาะในผู้ป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายขาด โรคเรื้อรัง โรคที่หายช้าต้องรับประทานยาเป็นหลายเดือน หรือเป็นปี ยาที่ให้ผลในการรักษาที่รวดเร็วจะไม่ก่อให้เกิดปัญหาความร่วมมือในการรักษาเท่ากับยาที่ให้ผลในการรักษาช้า (มาโนช หล่อตระกูล, 2544) จากการศึกษาของนงเยาว์ พูลศิริ และคณะ (2535) ที่ศึกษาปัญหาการรับประทานยาของป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ความจำเป็นว่ายาช่วยรักษาอาการเจ็บป่วยของตนเองได้ แต่การรักษาโรคจิตที่ต้องรับประทานยาเป็นเวลานาน และสม่ำเสมอ จะทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเกิดความเบื่อหน่ายต่อการรับประทานยา ทำให้ผู้ป่วยบางรายเกิดการต่อต้านการรับประทานยา และมาโนช หล่อตระกูล (2545) กล่าวว่าผู้ป่วยอาจเกิดความรู้สึกกังวลว่าตนเองจะติดยาที่ใช้รักษา หรือต้องพึ่งพายาที่ใช้รักษามากเกินไป เมื่อรู้สึกว่าตนเองดีขึ้น หรือหายแล้ว ก็มักจะหยุดยา โดยคิดว่าโรคจะดีขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งสอดคล้องกับวนิดา พุ่มไพศาลชัย และสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล (2544) กล่าวว่า การมีผลข้างเคียงจากการใช้ยา อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นเร็ว และคงอยู่นาน ก็ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา จากข้อจำกัดของผู้ป่วย (Ruoff, 2005) การเกิดผลข้างเคียงจากยา (Hirschfeld, 2001; Ruoff, 2005) โดยเฉพาะผลข้างเคียงของยาที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจะส่งผลให้เกิดความไม่ร่วมมือในการรักษาเช่น มีอาการง่วงซึมหลังจากรับประทานยาซึ่งเป็นอุปสรรคในการทำงาน ผลไม่พึงประสงค์ของยา ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย และหยุดยาในที่สุด (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2545; ลาวัลย์ เชียงจิก, 2552)

4. ปัจจัยด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้การรักษา ปัญหาที่พบบ่อย คือ การขาดการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย เช่น ไม่เข้าใจสิ่งที่แพทย์พูด หรือแนะนำ ซึ่งแพทย์ส่วนใหญ่จะมีเวลาน้อย ผู้ป่วยมักเกรงใจแพทย์ พบกับแพทย์ที่ทำทางไม่น่าเชื่อถือ ไม่สนใจผู้ป่วย (มาโนช หล่อตระกูล, 2544; Ruoff, 2005) แพทย์เข้ามาเกี่ยวข้องในการรักษาหลายคน ความไม่พอใจขาดความเชื่อมั่น หรือไม่ไว้วางใจ ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ และผู้ป่วยไม่ดีการขาดการร่วมกันกำหนดแผนการรักษา ระหว่างแพทย์ และผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยและผู้รักษามีสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อกัน จะทำให้เกิดผลกระทบจากการรักษา (วนิดา พุ่มไพศาลชัย และสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, 2544; Kaplan & Sandock, 2000) ซึ่งจากการศึกษาวิธีการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาโรคซึมเศร้าของรูป (Ruoff, 2005) พบว่าการไม่รักษาคำมั่นสัญญาของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามแผนการรักษาจะเป็นสาเหตุให้เกิดความไม่ร่วมมือมากกว่าจากผลข้างเคียงของยา และขาดการให้ความรู้กับผู้ป่วยก็อาจจะทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2545)

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา สรุปได้ว่าเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอด ตามการรับรู้ และคาดหวังของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ที่กลับเป็นซ้ำ ซึ่งปัจจัยที่พบได้บ่อย เช่น ด้านบุคลิกภาพ ทักษะต่อการรักษาด้วยยา ความเชื่อของผู้ป่วยที่มีต่อโรค ความรู้เกี่ยวกับโรค และการรักษาของผู้ป่วย ผลข้างเคียงจากยาที่ได้รับ การขาดแรงจูงใจในการรักษา ขาดการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเพื่อกำหนดแผนการรักษาร่วมกัน

วิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำ และการมีแนวทางในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ทำให้ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งมีวิธีการดังนี้

1. การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho-education) เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางจิตใจ ให้ความรู้เรื่องยา และโรคแก่ผู้ป่วย และผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยอย่างมีคุณภาพ และส่งเสริมให้เกิดร่วมมือในการรักษา (มาโนช หล่อตระกูล, 2542; Katon et al, 2001)

2. การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เน้นที่การเปลี่ยนแปลงทางความคิด เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การปรับพฤติกรรมทางความคิดเป็นการบำบัดรักษาที่มีประโยชน์ และมี

ประสิทธิภาพในการรักษาโรคทางจิตเวชหลายโรค มีหลักการอยู่ 3 ประการ คือ 1) การนึกคิดมีผลต่อพฤติกรรม 2) การนึกคิดเป็นสิ่งที่สามารถควบคุมและดัดแปลงได้ 3) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสมเกิดขึ้นได้โดยการเปลี่ยนความคิด โดยแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมนี้ ถูกพัฒนาขึ้นจากผู้นำในแนวคิดการบำบัดทางปัญญา (Cognitive therapy) โดยมีความเชื่อว่าพฤติกรรมที่ปรับตัวไม่ได้ของคนเรานั้น เป็นเพราะเราคิดแบบไม่มีเหตุผล ไม่ใช่เป็นเพราะว่ามีอะไรหรือใครทำอะไรกับเรา แต่ขึ้นอยู่กับความคิดที่เราคิดถึงสิ่งที่เกิดขึ้นกับเรามากกว่า วิธีการบำบัดก็คือ เปลี่ยนแปลงความคิดของเราจากไม่มีเหตุผลให้มีเหตุผล (มาโนช หล่อตระกูล, 2550; ญัฐทิพร ชัยประทาน, 2547) การบำบัดทางปัญญา และการบำบัดด้วยยาเป็นการเสริมการรักษาซึ่งกันและกัน โดยยาช่วยให้ผู้ป่วยตอบสนองการรักษาดีขึ้น และคอยเป็นเพื่อนกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และนำสู่การมีส่วนร่วมในการรักษา (Aikens, 2005)

3. การใช้อุปกรณ์ที่ช่วยให้ผู้ป่วยดูแลเรื่องยาเอง เช่น กล่องใส่ยาที่กันเป็นส่วน ๆ สำหรับใส่ยาในแต่ละมื้อในหนึ่งวัน จะช่วยทำให้ผู้ป่วยลดการลืมรับประทานยาได้ (Jefferson, 2000)

4. มีโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย (Pampallona et al, 2002; Lin et al, 2007)) จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับว่า ยา สามารถทำให้อาการดีขึ้น หรือหายจากการเจ็บป่วย และทราบว่ายาต้านเศร้าอาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้ ควรปรึกษาผู้รักษา ไม่ควรปรับยาเอง โดยมีการปฏิบัติดังนี้ ให้รับประทานยาทุกวัน ยาด้านเศร้าจะออกฤทธิ์หลังได้รับการรักษาแล้ว 2-4 สัปดาห์ ให้รับประทานยาต่อเนื่องจนกระทั่งอาการดี ห้ามหยุดยาเอง เพิ่มหรือลดยาเอง ตรวจสอบอาการที่เกิดขึ้นหลังได้รับยาด้านเศร้า

5. มีวิธีการติดตามผู้ป่วย เช่นการส่งจดหมาย และการใช้โทรศัพท์เตือนในระยะเวลาที่ใกล้ถึงวันนัด ทำให้มารับการตรวจรักษาตามนัดได้ ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษา (Reda & Makhoul, 2001; Simon, 2002)

6. การใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา จากการศึกษาของพาขวัญ บุญประसार (2550) ในการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ในรูปแบบวีดิทัศน์ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ผลกระทบที่เกิดจากโรคซึมเศร้า ผลจากการรักษาด้วยยา ผลข้างเคียงจากการใช้ยา และแนวทางการแก้ไขผลข้างเคียงจากการใช้ยา ความสำคัญของการรับประทานยาครบตามแผนการรักษา และผลกระทบจากการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ผลการศึกษาพบว่า ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น

สรุปได้ว่า วิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยามีด้วยกันหลายวิธี ในการศึกษาครั้งนี้ ได้พบว่า การรักษาด้วยยาด้านเศร้าที่มีคุณภาพคือ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและ

ญาติมีความสำคัญที่จะส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำให้มีส่วนร่วมในการรักษาด้วยยา ผู้ศึกษาจึงได้นำเอาวิธีทัศนัยแบบสัญลักษณ์ของ พาชวัณ บุญประสาร (2550) ซึ่งประกอบความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ผลกระทบที่เกิดจากโรคซึมเศร้า ผลจากการรักษาด้วยยารักษาโรคซึมเศร้า ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า และแนวทางการแก้ไขผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า ความสำคัญของการรับประทานยาครบตามแผนการรักษา และผลกระทบจากการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยารักษาโรคซึมเศร้า มาใช้ในการศึกษาในครั้งนี้

การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ความร่วมมือในการรักษาขึ้นอยู่กับของการรักษา ผู้ป่วยแต่ละโรคจะมีแผนการรักษาที่แตกต่างกัน สามารถวัดได้หลายอย่างด้วยตัวบ่งชี้ที่แตกต่างกันของการกระทำ ที่บอกให้ทราบถึงความร่วมมือในการรักษา (สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536) ส่วนวิธีการที่ใช้ในการประเมินก็อาจจะแตกต่างกันออกไป จากการรวบรวมการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าวิธีการประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา อาจกระทำได้ 2 วิธีใหญ่ๆ (Bond & Hussar, 1991) คือ การประเมินทางตรง และการประเมินทางอ้อม

1. การประเมินทางตรง (direct method) เป็นการวัดโดยอาศัยหลักทางชีววิทยาในช่วงเวลาที่กำหนด เช่นการตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ วิธีการประเมินทางตรงมีข้อจำกัดในการวัดคือ

1.1 ความเข้มข้นของยาที่ตรวจพบ สามารถบอกได้ว่า ผู้ป่วยรับประทานยาหรือไม่ แต่ไม่สามารถบอกปริมาณยาที่ผู้ป่วยรับประทานได้ว่ามีจำนวนทั้งหมดเท่าใด ครบตามแผนการรักษาหรือไม่

1.2 การรับประทานยาก่อนการตรวจ จะทำให้ค่าของความเข้มข้นของยาสูง ซึ่งไม่ได้แสดงถึงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

1.3 ความเข้มข้นของยา อาจจะได้รับผลจากความแตกต่างในการดูดซึมของยา การสร้างการเมตาบอลิซึม และการขับออกของสารในแต่ละบุคคล ดังนั้นระดับความเข้มข้นของยาในร่างกายจึงไม่ใช่ข้อบ่งชี้ของความไม่ร่วมมือในการรักษา

1.4 ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องมือ และวิธีการยุ่งยาก ต้องวิเคราะห์เป็นระยะ ภายหลังรับประทานยา



2. การประเมินทางอ้อม (indirect method) อาศัยเครื่องมือในการประเมินความร่วมมือของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยแต่ละคนสร้างขึ้น

2.1 การประเมินโดยแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ เป็นวิธีการที่ใช้บ่อยและง่ายที่สุด อาจจะสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรง หรือสัมภาษณ์จากญาติของผู้ป่วยร่วมด้วย หรืออาจใช้การสัมภาษณ์เพียงวิธีเดียวก็ได้

ข้อดีของวิธีการสอบถาม และการสัมภาษณ์คือ ได้ข้อมูลที่ละเอียดกว่า ส่วนข้อจำกัดของวิธีการสอบถามและการสัมภาษณ์คือ มักพบปัญหาว่าผู้ป่วยให้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง แต่สามารถแก้ไขได้โดยการปรับปรุงความแม่นยำตรงของคำถาม ใช้คำถามที่ชัดเจน และในระหว่างการสัมภาษณ์ไม่ควรแสดงว่าผู้ป่วยมีความผิดเมื่อผู้ป่วยตอบว่าไม่ได้ให้ความร่วมมือในการรักษา หรือไม่รับประทานยา และสำหรับผู้สัมภาษณ์เองนั้นถึงแม้จะมีทักษะ และความละเอียดในการสัมภาษณ์ก็ตามแต่ก็มักพบปัญหาของการประเมินความร่วมมือในการรักษาเกินความจริงเสมอ

2.2 การนับเม็ดยา เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ใช้บ่อย ความร่วมมือในการรักษาจะวัดได้จากการนับจำนวนของเม็ดยาที่ให้แก่ผู้ป่วย และจำนวนที่เหลือเมื่อผู้ป่วยกลับมารับยาหรือเมื่อใช้ยาไปแล้วระยะหนึ่ง เมื่อนับจำนวนเม็ดยาแล้วเหลือมากกว่าจำนวนที่ควรจะเป็นแสดงว่าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา จากการศึกษาของสุนันท์ จารุธุสวัสดี (2536) ซึ่งศึกษาผลของการสร้างสัมพันธภาพการสอนสุขภาพ และการสร้างเงื่อนไขผูกพันต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภทโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ได้ใช้การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโดยการนับเม็ดยาทุกชนิดที่เหลือหลังจากผู้ป่วยกลับมารับยาอีกครั้ง

2.3 การพิจารณาการมารับการตรวจรักษาตามนัด โดยถือว่าผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอเป็นผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษา ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มารับการตรวจรักษาตามนัดเป็นผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา และจากการพิจารณาผลของการรักษาว่าได้ผลดีหรือไม่เพียงไร รวมทั้งการพิจารณาว่ามีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นหรือไม่ หรือมีโรคอื่นแทรกซ้อนเข้ามาอีกหรือไม่ เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ใช้ประเมินความร่วมมือในการรักษาได้ (Marston, 1970)

จากการทบทวนวรรณกรรมเห็นได้ว่า การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีหลายวิธี ทั้งจากการสัมภาษณ์ การมารับยารักษาอย่างต่อเนื่อง การนับเม็ดยา การตรวจระดับยาในเลือด หรือใช้การตรวจปัสสาวะ รวมทั้งการประเมินโดยการตัดสินใจจากความเห็นของผู้รักษา ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อดี ข้อเสียที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งในการศึกษานี้ผู้ศึกษาใช้การประเมินโดยทางอ้อม ด้วยการสัมภาษณ์กลุ่มทดลองที่ผ่านการดูตัวแบบสัญลักษณ์ที่ผู้ศึกษาคัดแปลงจากพาขวัญ บุญประสาร (2550) เนื่องจากแบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของสาธุพร พุฒิชาว ได้รับการประเมินว่าแบบสอบถามยังไม่สามารถวัดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้

เนื่องจากข้อคำถามไม่ชัดเจน ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงได้ใช้แบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของรชนก สิทธิโชติวงศ์ (2550)

ตัวแบบสัญลักษณ์

ตัวแบบ หมายถึง บุคคลที่แสดงพฤติกรรมถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับทักษะต่างๆ ผ่านทางการรับรู้โดยการมองเห็น (Bandura, 1986)

ประเภทตัวแบบ

ตัวแบบแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ตัวแบบที่มีชีวิตจริง (live model) คือ ตัวแบบที่บุคคลสามารถสังเกต และมีปฏิสัมพันธ์ได้โดยตรง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550) แต่การเสนอตัวแบบวิธีนี้ไม่สามารถทำนายหรือควบคุมสถานการณ์อย่างที่ต้องการได้ และยังมีข้อจำกัดเพราะสิ่งที่จะเรียนรู้มีมากกว่าเวลาและโอกาสของผู้สังเกตแต่ละคนจะอำนวย (Bandura, 1986)

2. ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (symbolic model) คือ ตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ การ์ตูน หรือหนังสืออนิเมชัน (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550) ภาพยนตร์ สถานการณ์จำลอง สไลด์ แถบบันทึกเสียง วีดิทัศน์ หรือหลายรูปแบบของสัญลักษณ์รวมกันเป็นตัวแบบอันหนึ่ง การเสนอตัวแบบด้วยวิธีเหล่านี้สามารถเตรียมเรื่องราวของตัวแบบไว้ล่วงหน้าได้ ทำให้มีผลดีในการที่จะเน้นจุดสำคัญของการแสดงพฤติกรรม สามารถควบคุมผลกระทบของตัวแบบได้ และใช้ได้กับกลุ่มคนจำนวนมาก ตัวแบบประเภทนี้สามารถเก็บไว้นำเสนอในครั้งต่อไปได้ด้วย (Bandura, 1986) แต่ถ้าตัวแบบสัญลักษณ์ไม่สมจริงหรือขัดแย้งกับพฤติกรรมของตัวแบบในชีวิตจริงอาจทำให้ผู้สังเกตเกิดความสับสนไม่เชื่อถือ และอาจไม่เลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบนั้น

การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และได้รับผลกระทบที่พึงพอใจก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่า เขาจะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ถ้าเขาพยายามจริง และไม่ย่อท้อ ลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าเขามีความสามารถที่จะทำได้ (Kazdin, 1974 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550)

การเสนอตัวแบบ (modeling) เป็นเทคนิคการปรับพฤติกรรม ที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา (Bandura) ที่กล่าวว่า การเรียนรู้ไม่จำเป็นต้อง

แสดงออกในพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป แต่ว่าการได้มาซึ่งความรู้ใหม่ ๆ ถือว่าเกิดความรู้ขึ้นแล้ว ถึงแม้ว่ายังไม่แสดงออก (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550)

ตามแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรานั้น มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของคนเราไม่ได้มีผลมาจากการที่คนเรามีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมอย่างเดียว แต่ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลที่ประกอบด้วยปัญญา ชีวภาพ และสิ่งภายในอื่น ๆ ร่วมด้วย ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 อย่างนี้ จะมีลักษณะของการกำหนดซึ่งกัน และกันอยู่ ถ้าปัจจัยใดเกิดการเปลี่ยนแปลง อีกสองปัจจัยก็จะเปลี่ยนแปลงตาม (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550) การที่ปัจจัยทั้งสามทำหน้าที่ กำหนดซึ่งกันและกัน ไม่ได้หมายความว่าทั้งสามปัจจัยนั้น จะมีอิทธิพลในการกำหนดซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียมกัน บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าอีกปัจจัย และอิทธิพลของปัจจัยทั้งสามนั้น ไม่ได้เกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน หากแต่ต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนด ปัจจัยอื่น ๆ (Bandura, 1989)

จากการศึกษาเรื่องพฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎีดังกล่าว แบนดูรา (Bandura, 1986) กล่าวว่าพฤติกรรมของบุคคลส่วนใหญ่เกิดจากการเรียนรู้ในสองลักษณะ ลักษณะแรกคือ บุคคล เรียนรู้จากผลการกระทำ เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงด้วยตนเอง ซึ่งมีข้อจำกัดอยู่มากเพราะ สิ่งที่จะเรียนรู้มีมากกว่าเวลาและโอกาสของผู้เรียนแต่ละคนจะอำนวย และผลของการกระทำ บางอย่างก็เป็นอันตรายหากจะต้องเรียนรู้ด้วยตนเอง ลักษณะที่สองคือ บุคคลเรียนรู้จากการสังเกต โดยผ่านตัวแบบ ซึ่งอาจจะเป็นบุคคลในครอบครัวหรือสังคม หรืออาจจะเป็นสื่อต่างๆเมื่อบุคคล เห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมบางอย่างแล้วได้รับการเสริมแรง แนวโน้มที่บุคคลนั้นเลียนแบบ พฤติกรรมของตัวแบบจะสูงขึ้น หากผลที่เกิดขึ้นเป็นที่พึงพอใจ บุคคลก็จะเก็บจำการกระทำนั้นไว้ เพื่อจะได้กระทำในโอกาสต่อไป ในทางกลับกันกรณีผลที่เกิดขึ้นไม่เป็นที่พึงพอใจบุคคลก็จะเก็บ จำการกระทำนั้นไว้และพยายามหลีกเลี่ยงที่จะไม่กระทำพฤติกรรมนั้นอีก หรืออาจเก็บจำการ กระทำนั้นไว้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการดัดแปลงพฤติกรรมนั้นให้เกิดผลดีในอนาคต รอส (Ross อ้าง ในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550) ได้สรุปหน้าที่ของตัวแบบออกเป็นสามลักษณะด้วยกัน คือ

1. ทำหน้าที่สร้างพฤติกรรมใหม่ เป็นลักษณะที่ผู้สังเกตตัวแบบ ยังไม่เคยได้เรียนรู้ พฤติกรรมดังกล่าวมาก่อนเลยในอดีต เช่น พฤติกรรมการพูดของเด็ก หรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับ ทักษะในการช่วยตนเอง เป็นต้น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550)

2. ทำหน้าที่เสริมพฤติกรรมที่มีอยู่แล้วให้ดีขึ้น เป็นลักษณะที่ผู้สังเกตตัวแบบเคยเรียนรู้ พฤติกรรมดังกล่าวมาบ้างแล้วในอดีต ตัวแบบก็จะทำหน้าที่เป็นแรงจูงใจให้ผู้ที่เคยเรียนรู้พฤติกรรม ดังกล่าวพยายามพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น เช่น การดูนักเทนนิสมือหนึ่งของโลกแข่งขัน อาจจะเป็น



แรงจูงใจให้อยากทำให้ดีเหมือนกับนักเทนนิสมือหนึ่งของโลกบ้าง จึงทำการจดจำวิธีการตีของนักเทนนิสคนนี้ แล้วนำมาพัฒนาทักษะการตีเทนนิสของตนให้ดียิ่งขึ้น (สม โภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550)

3. ทำหน้าที่ยับยั้งการเกิดของพฤติกรรม ในลักษณะที่ผู้สังเกตมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ หรือยังไม่เคยมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์มาก่อน ตัวแบบนั้นก็จะช่วยทำให้พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์นั้นลดลง หรือไม่เกิดขึ้น เช่น การเห็นคนข้ามถนนตรงบริเวณที่ไม่ใช่ทางม้าลาย หรือสะพานลอยแล้วถูกรถชนตายก็จะทำให้เกิดการยับยั้งไม่ให้บุคคลที่สังเกตพฤติกรรมดังกล่าวทำตามเป็นต้น (สม โภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550)

แบนดูรามีความเชื่อว่าการเรียนรู้ส่วนใหญ่ของคนเรานั้นเกิดขึ้นจากการสังเกตตัวแบบ ซึ่งจะแตกต่างจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงที่ต้องอาศัยการลองผิดลองถูก เพราะนอกจากจะเสียเวลาแล้ว อาจมีอันตรายได้ในบางพฤติกรรม ในการเรียนรู้โดยผ่านตัวแบบนั้น ตัวแบบเพียงคนเดียวสามารถที่จะถ่ายทอดทั้งความคิด และการแสดงออกได้พร้อมๆ กัน และเนื่องจากคนเรานั้นใช้ชีวิตในแต่ละวันในสภาพแวดล้อมที่แคบๆ ดังนั้นการรับรู้เกี่ยวกับสภาพการณ์ต่างๆ ของสังคม จึงผ่านมาจากประสบการณ์ของผู้อื่น โดยการได้ยินและได้เห็น โดยไม่มีประสบการณ์ตรงมาเกี่ยวข้อง คนส่วนมากรับรู้เรื่องราวต่างๆ ของสังคมโดยผ่านทางสื่อแทบทั้งสิ้นการเรียนรู้โดยการสังเกตจากตัวแบบ แบนดูรา (Bandura, 1986) กล่าวว่า ประกอบด้วย 4 กระบวนการ ดังต่อไปนี้

1. กระบวนการตั้งใจ (attentional processes) บุคคลไม่สามารถเรียนรู้ได้มากจากการสังเกต ถ้าเขาไม่มีความตั้งใจ และหากมีความตั้งใจจะรับรู้ได้อย่างแม่นยำถึงพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออก กระบวนการตั้งใจจะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะสังเกตอะไรจากตัวแบบนั้น องค์ประกอบที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจแบ่งออกได้เป็น 2 องค์ประกอบด้วยกัน ได้แก่ องค์ประกอบของตัวแบบเองพบว่าตัวแบบที่ทำให้บุคคลมีความตั้งใจจะสังเกตนั้นต้องเป็นตัวแบบที่มีลักษณะเด่นชัด เป็นตัวแบบที่ทำให้ ผู้สังเกต เกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่แสดงออกไม่สลับซับซ้อนมากนัก จิตใจรวมทั้งพฤติกรรมของตัวแบบที่แสดงออกนั้นควรมีคุณค่าในการใช้ประโยชน์อีกด้วย นอกจากองค์ประกอบของตัวแบบแล้ว ยังมีองค์ประกอบของผู้สังเกตอีกด้วย ซึ่งได้แก่ ความสามารถในการรับรู้ ซึ่งรวมทั้งการเห็น การได้ยิน การรับรู้รส กลิ่น และสัมผัส จุดของการรับรู้ ความสามารถทางปัญญา ระดับของการตื่นตัว และความชอบที่เคยได้เรียนรู้มาก่อนแล้ว

2. กระบวนการเก็บจำ (retention process) บุคคลจะไม่ได้รับอิทธิพลมาจากตัวแบบ ถ้าเขาไม่สามารถจะจดจำได้ถึงลักษณะของตัวแบบ บุคคลจะต้องแปลงข้อมูลจากตัวแบบเป็นรูปแบบของสัญลักษณ์ และจัดโครงสร้างเพื่อจำได้ง่ายขึ้น ซึ่งแน่นอนปัจจัยที่จะส่งผลต่อกระบวนการเก็บจำ คือการเก็บรหัสเป็นสัญลักษณ์ เพื่อให้จำง่ายแก่การจำ การจัดระบบโครงสร้างทาง

ปัญญา การชักซ้อมลักษณะของตัวแบบที่สังเกตในความคิดของตนเองและชักซ้อมด้วยการกระทำ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความสามารถทางปัญญา และโครงสร้างทางปัญญาของผู้สังเกตอีกด้วย

3. กระบวนการกระทำ (production processes) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้ขึ้นมาเป็นการกระทำ ซึ่งจะกระทำได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับสิ่งที่จำได้ในการสังเกตการกระทำของตนเอง การได้ข้อมูลย้อนกลับจากการกระทำของตนเอง และการเทียบเคียงการกระทำกับภาพที่จำได้ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้สังเกตอีกด้วย ซึ่งได้แก่ความสามารถทางกาย และทักษะในพฤติกรรมย่อยต่างๆ ที่จะทำให้สามารถแสดงพฤติกรรมได้ตามตัวแบบ

4. กระบวนการจูงใจ (motivational processes) การที่บุคคลเกิดการเรียนรู้แล้วจะแสดงพฤติกรรมหรือไม่ขึ้นอยู่กับกระบวนการจูงใจ กระบวนการจูงใจขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของสิ่งล่อใจจากภายนอก สิ่งนั้นจะต้องกระตุ้นการรับรู้ เป็นสิ่งของที่จับต้องได้ เป็นที่ยอมรับของสังคม และพฤติกรรมที่กระทำตามตัวแบบนั้นสามารถที่จะควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ได้ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับสิ่งล่อใจที่เห็นผู้อื่นได้รับ ตลอดจนสิ่งล่อใจของตนเอง ซึ่งอาจจะเป็นวัตถุสิ่งของ และการประเมินตนเองในแง่ของผู้สังเกตนั้น อาจขึ้นอยู่กับความพึงพอใจในสิ่งล่อใจ ความลำเอียงจากการเปรียบเทียบทางสังคม และ มาตรฐานภายในของตนเอง

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมซึ่งเป็นรากฐานของการเรียนรู้จากตัวแบบเสนอว่า การที่คนเราสามารถเรียนรู้จากการกระทำของผู้อื่น โดยการแปรเปลี่ยนพฤติกรรมต้นแบบให้กลายเป็นสัญลักษณ์ในรูปของภาพภาษา สมองจะเก็บสัญลักษณ์เหล่านี้ไว้ ถ้าทำความเข้าใจอยู่เสมอก็จะจำได้ดี เมื่อมีการจูงใจที่เหมาะสมให้แสดงพฤติกรรมออกมาภายนอกก็ต้องแปรสัญลักษณ์ในสมองที่เก็บไว้นั้นออกมาเป็นพฤติกรรม (สิทธิโชค วรานุสันติกุล, 2546)

แนวทางในการเลือกตัวแบบ (สมโกชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550)

1. ตัวแบบควรมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกตทั้งในด้าน เพศ เชื้อชาติ และทัศนคติ ซึ่งจะทำให้ผู้สังเกตมั่นใจได้ว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกเหมาะสม และสามารถทำได้ เพราะบุคคลมีลักษณะคล้ายคลึงกับตน ซึ่งจะทำให้เขารู้สึกเขาเองก็น่าจะทำได้

2. ตัวแบบควรจะเป็นผู้ที่มิชื่อเสียงในสายตาผู้สังเกต แต่ถ้ามีชื่อเสียงมากเกินไปก็จะทำให้เขารู้สึกว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบกระทำนั้นเป็นสิ่งที่ไม่น่าเป็นจริงสำหรับเขาได้

3. ระดับความสามารถของตัวแบบนั้น ควรมีระดับใกล้เคียงกันกับผู้สังเกต เพราะถ้าใช้ตัวแบบที่มีความสามารถสูงมาก ก็จะทำให้ผู้สังเกตคิดว่าไม่น่าจะทำได้ ทำให้เขาปฏิเสธที่จะทำตาม



4. ตัวแบบควรมีลักษณะที่เป็นกันเอง และอบอุ่น
5. ตัวแบบเมื่อแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับการเสริมแรง จะทำให้ได้รับความสนใจจากผู้สังเกตมากขึ้น

วิธีการสร้างตัวแบบ

ในการสร้างตัวแบบนั้น ผู้ศึกษาได้กำหนดพฤติกรรมของตัวแบบโดยศึกษาค้นคว้า และรวบรวมจากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และใช้ทฤษฎีปัญญาสังคมเป็นพื้นฐานแนวคิดเกี่ยวกับการเสนอตัวแบบโดยแนวทางในการสร้างตัวแบบ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550) ในการศึกษาในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ดัดแปลงตัวแบบในเรื่องผลจากการรักษาด้วยยาโรคซึมเศร้า ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา และแนวทางการแก้ไข ซึ่งสามารถสรุปเป็นรายชื่อได้ดังนี้

1. ผู้ศึกษากำหนดวัตถุประสงค์ที่ต้องการให้ผู้สังเกตเรียนรู้
2. ค้นคว้า รวบรวมเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามาเป็นเนื้อหาในตัวแบบสัญลักษณ์ เพื่อให้ผู้สังเกตเกิดการเรียนรู้ และคาดหวังว่าถ้าเลียนแบบตามพฤติกรรมของตัวแบบนั้นจะได้รับผลกระทบเช่นเดียวกับตัวแบบ
3. กำหนดตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกต เนื่องจากแนวคิดในการเสนอตัวแบบนั้น แบนดูรา (Bandura, 1986) ได้กล่าวถึง บุคคลที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จะทำให้ผู้สังเกตรู้สึกว่าการกระทำที่ตัวแบบกระทำขึ้น เป็นสิ่งที่เขาเองก็น่าจะทำได้
4. จัดสภาพการณ์ที่เอื้อให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ในพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกับพฤติกรรมของตัวแบบ
5. กำหนดพฤติกรรมของตัวแบบที่แสดงให้อยู่ในระดับความสามารถที่ใกล้เคียงกับผู้สังเกต เพื่อให้ผู้สังเกตรู้สึกว่าการกระทำที่ตัวแบบกระทำนั้นเป็นสิ่งที่เขาเองก็น่าจะทำได้
6. กำหนดผลกระทบที่ตัวแบบได้รับ โดยให้การเสริมแรงกับตัวแบบเมื่อตัวแบบสามารถแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เพื่อให้ผู้สังเกตเรียนรู้และรู้สึกว่าเขาเองก็มีพฤติกรรมเหมือนตัวแบบแล้ว ก็จะได้รับเสริมแรงเช่นกัน
7. กำหนดสถานการณ์และพฤติกรรมที่เรียนรู้ง่าย ข้อมูลพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดง ต้องแสดงอย่างละเอียด มีขั้นตอนชัดเจน และง่ายต่อการเลียนแบบ

8. นำสคริปต์การสร้างตัวแบบ รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อความชัดเจนว่าพฤติกรรมนั้นสามารถสังเกตเห็นได้หรือวัดได้ และเห็นตรงกันว่าหากผู้สังเกต ได้ดูตัวแบบแล้วพฤติกรรมนั้นจะเกิดหรือไม่เกิด มีความเป็นไปได้หรือไม่

9. ดำเนินการสร้างตัวแบบตามสคริปต์ที่ผ่านความเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญ

ระยะเวลาของการเสนอตัวแบบ

ด้านระยะเวลาการเสนอตัวแบบ แบนดูรา (Bandura, 1986) ไม่ได้กล่าวไว้ว่าควรจะใช้ระยะเวลาเท่าใด ควรเสนอตัวแบบจำนวนกี่ตัวแบบ หรือ ควรให้ดูซ้ำกี่ครั้ง จากการศึกษาผลของการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์จำนวนหลายการศึกษาได้แก่

1. การศึกษาในกลุ่มนักเรียน นักศึกษา เช่น

ในการศึกษาของประกรณ์ วิไล (2542) ที่ศึกษาผลของการใช้ตัวแบบที่มีต่อการคิดในการออกแบบของนักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ชั้นปีที่ 2 ให้ดูตัวแบบจากวีดิทัศน์ประกอบเสียงดนตรี ความยาวทั้งหมด 65 นาที ออกอากาศครั้งละประมาณ 12-20 นาที ผลการศึกษาพบว่า ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้ความคิดในการออกแบบ และความรู้สึกเชื่อมั่นในสมรรถนะและระบบการกำกับตนเองเพิ่มขึ้น และจากการศึกษาของนิสากร โพธิมาศ (2550) ที่ศึกษาผลของตัวแบบสัญลักษณ์ และตัวแบบจริงต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กวัยรุ่นในจังหวัดเพชรบูรณ์ คู่วิทัศน์ตัวแบบสัญลักษณ์ทั้งหมด 3 สัปดาห์ โดยให้ดูสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชุด ผลศึกษาพบว่า การดูแบบสัญลักษณ์ และการดูตัวแบบจริงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กวัยรุ่นได้

2. การศึกษาในกลุ่มพยาบาล และนักศึกษาพยาบาลได้แก่

จากการศึกษาของราณี พรมานะจิรังกุล (2537) ที่ศึกษาถึงผลของการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล โดยให้กลุ่มทดลองดูตัวแบบสัญลักษณ์จากสไลด์ประกอบเสียงจำนวน 2 ชุด โดยให้ดูสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชุด ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ และสัปดาห์ที่ 3 ให้ดูทั้ง 2 ชุด ติดต่อกัน ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองทันทีและติดตามผลมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร อุตสาหะ (2542) ที่ศึกษาผลของการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ต่อการปรับตัวของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ โดยให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 ที่ได้คะแนนความสามารถในการปรับตัวต่ำกว่านักศึกษาทั้งหมดในชั้นปี คู่วิทัศน์ตัวแบบสัญลักษณ์จำนวน 2 เรื่อง เรื่องละ 10 นาที เรื่องละ 1 ครั้งเสนอห่างกัน 1 สัปดาห์ ผลพบว่า

ความสามารถในการปรับตัวของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และจากการศึกษาของนันทนา นุ่นงาม (2544) ที่ศึกษาผลของการเสนอตัวแบบต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้ให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจทรวงอก และหลอดเลือด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คูวิดิทัศน์ตัวแบบสัญลักษณ์จำนวน 3 ชุด จำนวน 1 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้และคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจสูงขึ้น

3. การศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่

จากการศึกษาของอัญชนา โตศิลากุล (2544) ที่ศึกษาผลของการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวี ได้ให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวี คูวิดิทัศน์เรื่องการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 1 ครั้ง ผลพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวีมีความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวีถูกต้องเพิ่มมากขึ้น

4. การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่

การศึกษาของพรทิพย์ ธรรมวงศ์ (2541) ที่ศึกษาผลของการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ต่อความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โดยให้กลุ่มทดลองคูวิดิทัศน์ตัวแบบสัญลักษณ์ จำนวน 3 เรื่อง เสนอเรื่องละ 1 วัน วันละ 15-20 นาที และให้กลุ่มทดลองดูซ้ำเช่นเดิมอีก 1 ครั้ง รวมดูตัวแบบ 6 วัน ผลการศึกษาพบว่า จากการให้ผู้ป่วยจิตเภทดูตัวแบบสัญลักษณ์จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 15-20 นาทีมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้น และจากการศึกษาของพาขวัญ บุญประสาร (2550) ที่ศึกษาผลของตัวแบบสัญลักษณ์ต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลหนองฉาง โดยให้กลุ่มทดลองดูแบบจากคูวิดิทัศน์จนจบ 3 เรื่อง เป็นรายบุคคล เว้นช่วงห่างของระยะการดูตัวแบบสัญลักษณ์ซ้ำ 1 สัปดาห์ รวมดูตัวแบบ 3 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น

จากการศึกษา เห็นได้ว่าการเสนอตัวแบบแก่ผู้สังเกตตัวแบบทุกกลุ่ม จำนวน 1-3 ชุด ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการเสนอตัวแบบในแต่ละเรื่องประมาณ 10-20 นาที และให้กลุ่มตัวอย่างดูตัวแบบในแต่ละเรื่องจำนวน 1-3 ครั้ง ความถี่ในการนำเสนอแต่ละครั้งห่างกันตั้งแต่ 1-7 วัน สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ไม่มีความแตกต่างด้านระยะเวลาในการเสนอตัวแบบการให้ดูตัวแบบในการศึกษาครั้งนี้ได้คำนึงถึงลักษณะของผู้สังเกตด้วยกล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างต้อง

ผ่านการตรวจสอบสมรรถภาพของสมองโดยใช้แบบทดสอบในการตรวจหาความพิการทางสมอง มีคะแนนสูงกว่า 21 คะแนนขึ้นไป ซึ่งจะช่วยให้การเสนอตัวแบบมีประสิทธิภาพ แต่ในส่วนของภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจส่งผลถึงความสนใจ กระบวนการคิดที่ลดลง สมาธิที่ลดลง (APA, 1994) รวมถึงความวิตกกังวลซึ่งอาจมีผลต่อกระบวนการเก็บจำของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ผู้ศึกษาจึงกำหนดให้ดูตัวแบบในหลายครั้ง ในที่นี้ให้ดู 3 ครั้งโดยให้ดูห่างกันในแต่ละครั้งนาน 7 วัน และระยะเวลาในการดูตัวแบบแต่ละครั้งนาน 15- 20 นาที

ประโยชน์ของการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ

การเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ใน 3 ด้านดังนี้ (Bandura, 1986)

1. ตัวแบบจะช่วยสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ใหม่ๆ โดยจะสามารถเน้นจุดที่สำคัญของสถานการณ์และพฤติกรรมให้เด่นชัดได้ และตัวแบบเพียงตัวเดียวสามารถก่อให้เกิดการเลียนแบบพฤติกรรมแก่บุคคลจำนวนมาก อีกทั้งยังสามารถถ่ายทอดความคิด และการแสดงออกได้พร้อมๆ กันด้วย จึงสามารถนำเอาวิธีการเสนอตัวแบบไปสร้างพฤติกรรมใหม่ๆ ให้กับบุคคลที่ยังไม่เคยกระทำพฤติกรรมนั้น เพื่อว่าจะได้ประโยชน์ต่อเขาทั้งในสภาพปัจจุบัน และอนาคต

2. ตัวแบบช่วยระงับ ผู้สังเกตตัวแบบจะไม่แสดงพฤติกรรมตามตัวแบบนั้นมีสูงมาก นั่นคือตัวแบบทำหน้าที่ระงับ (inhibition) หรือการยุติการระงับ (disinhibition) กรณีที่ตัวแบบได้รับผลกระทบเป็นสิ่งที่พึงพอใจ มีแนวโน้มจะเกิดการระงับพฤติกรรมดังกล่าว แต่ถ้าพฤติกรรมใดที่ผู้สังเกตตัวแบบเคยถูกระงับมาก่อนแล้วมาเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมดังกล่าวแล้วไม่ได้รับผลกระทบอย่างที่คุณสังเกตคาดว่าจะได้รับ หรือแสดงแล้วได้รับผลกระทบทางบวก แนวโน้มที่ผู้สังเกตจะกระทำตามตัวแบบก็จะมีมากขึ้น เท่ากับว่าพฤติกรรมที่เคยถูกระงับนั้นได้ถูกยุติการระงับแล้วดังจากการศึกษาของรมณีย์ วิสุทธิพันธุ์ (2541) ที่ศึกษาการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่องด้วยการนำเสนอสไลด์-เทป 2 รูปแบบที่มีการเสริมแรงทางลบกับรูปแบบที่มีการเสริมแรงทางบวกแก่ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ดูตัวแบบที่มีการเสริมแรงทางลบ มีค่าเฉลี่ยของความถี่พฤติกรรมรักษาไม่ต่อเนื่องสูงกว่ากลุ่มที่ดูตัวแบบที่มีการเสริมแรงทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกระงับจากพฤติกรรมการรักษาต่อเนื่องจากสาเหตุใดๆ ทำให้มีพฤติกรรมที่รักษาไม่ต่อเนื่อง แต่เมื่อได้ดูตัวแบบที่มีการเสริมแรงทางบวก ทำให้มีการยุติการระงับพฤติกรรมการรักษาต่อเนื่อง

3. ตัวแบบจะช่วยเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยช่วยให้พฤติกรรมที่เคยได้รับการเรียนรู้มาแล้วได้มีโอกาสแสดงออก หรือถ้าเคยแสดงออกแล้วแต่ไม่ค่อยได้แสดงออกให้แสดงออกเพิ่มมากขึ้น ผลของตัวแบบในลักษณะนี้จะทำหน้าที่กระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา ดังเช่นและจากการศึกษาของพาชวัญ บุญประสาร (2550) ที่ศึกษาผลของตัวแบบสัญลักษณ์ต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลหนองฉาง โดยให้กลุ่มทดลองดูแบบจากวีดิทัศน์จนจบ 3 เรื่อง เป็นรายบุคคล เว้นช่วงห่างของระยะการดูตัวแบบสัญลักษณ์ซ้ำ 1 สัปดาห์ รวมดูตัวแบบ 3 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น และจากการศึกษาของนิสกร โพธิมาศ (2550) ที่ศึกษาผลของตัวแบบสัญลักษณ์ และตัวแบบจริงต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กวัยรุ่นในจังหวัดเพชรบูรณ์ คู่วิดีทัศน์ตัวแบบสัญลักษณ์ทั้งหมด 3 สัปดาห์ โดยให้ดูสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชุด ผลศึกษาพบว่าการดูแบบสัญลักษณ์ และการดูตัวแบบจริงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กวัยรุ่นได้

กลไกการทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของตัวแบบ

จากกระบวนการเรียนรู้โดยการสังเกตจากตัวแบบของแบนดูรา (Bandura, 1986) ที่ประกอบด้วยกระบวนการตั้งใจ (attentional process) กระบวนการเก็บจำ (retention process) กระบวนการกระทำ (production process) และ กระบวนการจูงใจ (motivational process) ดังได้กล่าวในข้างต้น เมื่อมีเหตุการณ์จากตัวแบบที่ผู้สังเกตต้องการเรียนรู้ จะช่วยดึงดูดความสนใจให้ผู้สังเกตตั้งใจสังเกตตัวแบบ และรับรู้ได้ตามความสามารถทางปัญญาของผู้สังเกตนั้น และมีการเก็บจำโดยการเก็บรหัสเป็นสัญลักษณ์ จัดระบบโครงสร้างทางปัญญาของตน มีการคาดหวังถึงผลของการกระทำจากตัวแบบ โดยคาดหวังว่าหากตนเองแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบแล้วจะได้รับผลกรรมตามตัวแบบด้วย หรือในกรณีที่ตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่ได้รับผลกระทบทางลบผู้สังเกตก็จะเกิดความคาดหวังว่าหากตนเองไม่แสดงพฤติกรรมตามตัวแบบ ก็จะไม่ได้รับผลกระทบดังตัวแบบด้วย ซึ่งวิธีทัศน์ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ผลกระทบที่เกิดจากโรคซึมเศร้า ผลจากการรักษาด้วยยารักษาโรคซึมเศร้า ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า และแนวทางการแก้ไขผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า ความสำคัญของการรับประทานยาครบตามแผนการรักษา และผลกระทบจากการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยารักษาโรคซึมเศร้า ของ พาชวัญ บุญประสาร (2550) และดัดแปลงโดย กาญจนา ะสุข วรณัฐ กิตสัมบันท์ และคาราวรรณ ตะปินตา (2552) โดยกำหนดพฤติกรรมดังนี้

พฤติกรรมที่กำหนดของตัวแบบที่ 1 เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความร่วมมือในการรักษา ด้วยยาในระยะแรก ทำให้ได้รับผลกระทบคือ อาการซึมเศร้าทุเลา ซึ่งทำให้ผู้สังเกตตัวแบบเกิดความคาดหวังว่าจะได้รับผลกระทบเช่นตัวแบบ หากรับประทานยาตรงเวลา สม่าเสมอ แต่ต่อมาพฤติกรรมความร่วมมือเปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือ ตัวแบบแสดงพฤติกรรมการไม่รับประทานยาต่อเนื่อง เพราะคิดว่าอาการหายดีแล้ว และไม่ยากอ้วน จึงเกิดผลกระทบคือ การมีอาการกำเริบขึ้นมาอีกครั้ง ผู้สังเกตก็จะเกิดการเรียนรู้ว่าหากรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง อาการจะกำเริบขึ้นมาอีกครั้ง ทำให้ผู้สังเกตเกิดพฤติกรรมระงับความคิดที่จะหยุดรับประทานยาก่อนกำหนด

พฤติกรรมที่กำหนดของตัวแบบที่ 2 เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความร่วมมือในการรักษา ด้วยยาด้านความถูกต้อง สม่าเสมอและต่อเนื่อง กล่าวคือ ตัวแบบได้แสดงให้เห็นว่าได้รับผลข้างเคียงจากยาซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน แต่ตัวแบบก็ไม่ได้หยุดรับประทานยาเอง หรือลดจำนวนยาเอง ได้แสดงพฤติกรรมคือ เข้ารับการปรึกษาจากแพทย์และปฏิบัติตามคำแนะนำ ผลกระทบที่ได้รับจากพฤติกรรมคือ อาการจากผลข้างเคียงของยาทุเลา จนสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ จากพฤติกรรมของตัวแบบ ทำให้ผู้สังเกตเรียนรู้ว่าเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยา หรือเกิดอาการที่ผิดปกติใดๆ ก็ตาม ควรเข้ารับการปรึกษาจากแพทย์เพื่อรับคำแนะนำในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และมีแนวทางในการแก้ไขอาการข้างเคียงจากยาให้ลดลง

พฤติกรรมที่กำหนดของตัวแบบที่ 3 เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความร่วมมือในการรักษา ด้วยยาด้านความถูกต้อง สม่าเสมอ และต่อเนื่อง กล่าวคือ ตัวแบบซึ่งมีประวัติการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง ทำให้มีอาการเป็นๆ หายๆ มาหลายปี จนกระทั่งเมื่อตัดสินใจปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ โดยไม่ลี้มรับประทานยา รับประทานยาตรงเวลา สม่าเสมอ และการเข้ารับการรักษาจากแพทย์ตามนัด ผลกระทบที่ได้รับคือ ตัวแบบมีอาการทุเลา ไม่ทุกข์ทรมานทางจิตใจ สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานได้อย่างปกติสุข จากพฤติกรรมที่แตกต่างกันของตัวแบบที่ส่งผลกระทบของแต่ละพฤติกรรมแตกต่างกันอย่างเด่นชัด โดยตัวแบบทั้งหมดเป็นโรคซึมเศร้าเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดกระบวนการตั้งใจที่จะสังเกตตัวแบบแล้วแปลงข้อมูลจากตัวแบบมาเป็นรูปแบบสัญลักษณ์ และจัดโครงสร้างเพื่อให้ง่ายขึ้น

ในการศึกษาในครั้งนี้ กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างควิดิตีทัศน์ ครั้งละ 3 เรื่อง เป็นรายบุคคล โดยดูห่างกัน 7 วัน จำนวน 3 ครั้ง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ที่เป็โรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำที่ได้รับการรักษาด้วยยาจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง สม่าเสมอ และต่อเนื่องตามแผนการรักษา การให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาหรือการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องตามแผนการรักษา จะส่งผลให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า และจากผลข้างเคียงของยาที่ได้รับ ซึ่งยังเป็นปัญหาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำในโรงพยาบาลสวนปรุง จากแนวคิดพื้นฐานทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา (Bandura, 1986) เชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากการเรียนรู้โดยผ่านตัวแบบจากการเรียนรู้ส่วนใหญ่ของบุคคลเกิดจากการสังเกตตัวแบบ จะต่างจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงที่ต้องอาศัยการลองผิดลองถูก การเสนอตัวแบบในรูปวิธีทัศน์สามารถกำหนด และควบคุมพฤติกรรมของตัวแบบและทำให้น่าสนใจขึ้นได้ เป็นธรรมชาติ การมีเสียง และภาพประกอบทำให้ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำไม่เบื่อหน่ายในการสังเกตตัวแบบ พฤติกรรมที่แสดงออกของตัวแบบอยู่ในระดับความสามารถที่ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่กลับรักษาซ้ำจะทำได้ นอกจากนี้การใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ยังสามารถเน้นจุดสำคัญของสถานการณ์ และพฤติกรรมให้มีความเด่นชัด ตลอดจนสามารถควบคุมผลกระทบของตัวแบบที่ได้รับ เนื่องจากได้จัดเตรียมเรื่องราวของตัวแบบไว้แล้ว โดยในวิธีทัศน์ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ผลกระทบที่เกิดจากโรคซึมเศร้า ผลจากการรักษาด้วยยารักษาโรคซึมเศร้า ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา และแนวทางการแก้ไขผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา ความสำคัญของการรับประทานยาครบตามแผนการรักษา และผลกระทบจากการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และเมื่อตัวแบบได้แสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม คือการรับประทานยารักษาโรคซึมเศร้าอย่างถูกต้อง สม่าเสมอ และต่อเนื่องตามแผนการรักษาแล้ว และได้รับการเสริมแรงพฤติกรรมบางอย่างแล้ว ผู้สังเกตก็มีแนวโน้มจะปฏิบัติพฤติกรรมตามตัวแบบ แต่หากได้รับผลกระทบที่ไม่พึงพอใจ ผู้สังเกตก็จะไม่ทำพฤติกรรมนั้น ดังนั้นในการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ในรูปวิธีทัศน์ จึงอาจจะช่วยให้ผู้ที่เป็โรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำเกิดการเรียนรู้ และมีแนวโน้มที่จะเกิดความร่วมมือในการรักษามากขึ้น