

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความสม่ำเสมอของการรับประทานยา ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

อาภรณ์ ศรีชัย^a, ทิภาพร พู่เพื่อง^{**}, พิมพ์มาดา พชรปกรณ์ศิลป์^{***}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอของการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 85 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความสม่ำเสมอของการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามี 5 ส่วนคือ การข้อมูลส่วนบุคคล จำนวนชนิดของยาต้านเศร้า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ และความสม่ำเสมอในการรับประทานยา วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงบรรยาย และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ของผู้ป่วยโดยใช้สถิติอนุमानไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=3.71$, $SD=2.109$) 2) จำนวนชนิดของยารักษาโรคซึมเศร้า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอของการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ($\chi^2=41.984$, $p<0.05$; $\chi^2=17.857$, $p<0.05$ และ $\chi^2=17.857$, $p<0.05$ ตามลำดับ)

ผลการศึกษานี้สามารถนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาและการติดตามอาการในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยซึมเศร้ารับประทานยาสม่ำเสมอ และเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยกลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: ปัจจัยคัดสรร; ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา; โรคซึมเศร้า

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

^a ผู้เขียนหลัก อาภรณ์ ศรีชัย Email: apsrichai@gmail.com

^{**} ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

^{***} พยาบาลวิชาชีพ แผนกศูนย์จิตเวช โรงพยาบาลเปาโลพหลโยธิน

รับบทความ: 15 ก.ค. 64; รับบทความแก้ไข: 7 ก.ย. 64; ตอปรับตีพิมพ์: 8 ก.ย. 64; ตีพิมพ์ออนไลน์ 7 ต.ค. 64

Factors Related with Medication Adherence in Patients with Depression

Aporn Srichai^{*a}, Tiwaporn Foofoeng^{**}, Pimmada Pacharapakornsri^{***}

Abstract

The purpose of this descriptive research was to examine the correlations between selected factors and medication adherence in patients with depression. Samples were 85 patients with depression. Research instrument was a questionnaire comprised of 5 parts: general information, number of antidepressant types currently taken, current adverse drug reactions, relationships between physicians and patients, and Morisky Medication Adherence Scale (MMAS). The data were analyzed using descriptive statistic and Chi-Square test for correlations.

Results were as follows: 1) average of medical adherence score was at a low level ($\bar{X}$ = 3.71, SD = 2.109); 2) There were significant relationships between number of antidepressant type currently taken, current adverse drug reactions, and relationships between physicians and patients and medical adherence among patients with depression (χ^2 =41.984, p <0.05; χ^2 =17.857, p <0.05 and χ^2 =17.857, p < 0.05, respectively).

The results of this study can be used as a guideline for the development of mental health education model and follow-up program for patients with depression to encourage them to take medication regularly and to follow up on adverse drug reactions which will ultimately improve the patients' quality of life.

Keywords: Selected factors, Medication adherence, Depression

* Lecturer, Faculty of Nursing, University of Pathumthani

^a Corresponding author: Aporn Srichai Email: apsrichai@gmail.com

^{**} Assistant Professor, Faculty of Nursing, University of Pathumthani

^{***} Registered Nurse, Paolo Hospital Phaholyothin

Received: Jul. 15, 21; Revised: Sep. 7, 21; Accepted: Sep. 8, 2021; Published Online: Oct. 7, 21

บทนำ

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งเป็นปัญหาทางจิตเวชที่พบได้บ่อย สามารถเกิดขึ้นได้ทุกคน ทุกช่วงวัย โดยในปี ค.ศ. 2020 ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับที่ 2 รองลงมาจากโรคหัวใจและหลอดเลือด⁽¹⁾ ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องยาวนานจะก่อให้เกิดการสูญเสียด้านสุขภาพและยังส่งผลให้ความสามารถในการทำงาน สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น หรือ ความสัมพันธ์ในครอบครัวแย่ลง และนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด⁽²⁾ องค์การอนามัยโลกได้ประมาณว่า มีประชากรมากกว่า 300 ล้านคนหรือร้อยละ 4 ของประชากรโลกเป็นโรคซึมเศร้า โดยในช่วงปี พ.ศ. 2548 ถึง 2558 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 18 ซึ่งโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุใหญ่ที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางสุขภาพ ประชากรที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าทั่วโลกมากกว่าร้อยละ 80 มักอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง เกือบครึ่งหนึ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอยู่ในภูมิภาค เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และแปซิฟิกตะวันตก ซึ่งเป็นภูมิภาคที่มีประชากรอาศัยอยู่มากที่สุด⁽³⁾

สำหรับประเทศไทย เนื่องจากสถานการณ์ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) แพร่ระบาดเป็นเวลานานและมีแนวโน้มที่จะมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น กรมสุขภาพจิตได้เผยแพร่ผลการสำรวจทางออนไลน์ของกรมสุขภาพจิตในช่วงสถานการณ์โควิดระหว่างเดือนมีนาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2563 รวม 26 สัปดาห์ พบว่า ในภาพรวมประชาชนไทยมีความเครียดระดับปานกลางถึงสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 74.13 สอดคล้องกับแถลงการณ์ของกรมสุขภาพจิตในวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2564 กล่าวถึงสภาวะสุขภาพจิตคนไทยขึ้นลงตามสถานการณ์ของโรคโควิด-19 ในปี พ.ศ. 2563 พบว่าอัตราผู้ป่วยซึมเศร้าฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ที่ 7.3 ต่อแสนประชากร ส่วนภาวะอ่อนล้าทางอารมณ์หรือภาวะหมดไฟในคนทั่วไปอยู่ที่ร้อยละ 6 ในกลุ่มเปราะบางคือคนที่มีปัญหาสุขภาพจิตอยู่แล้ว คนที่ต้องกักกันตัวและญาติ จะอยู่ที่ร้อยละ 19 จากสถิติดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าโรคซึมเศร้าเป็นหายนะที่นำมาซึ่งการสูญเสียโดยกว้างทั้งในระดับครอบครัวและประเทศชาติ

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหากไม่ได้รับการรักษาทางการแพทย์อย่างเหมาะสมแล้วที่จะกลายเป็นโรคเรื้อรัง มีการรักษาที่ยาวนาน ส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ การทำหน้าที่ในสังคมลดลง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเก็บตัว ไม่เข้าสังคม สูญเสียความสามารถในการทำงาน ขาดสมาธิ ไม่สามารถทำงานให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง หากมีการเจ็บป่วยทางกายร่วมด้วย จะส่งผลให้อาการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น และอัตราการตายเพิ่มขึ้น ภาวะซึมเศร้าพบมากในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน และโรคความจำเสื่อม แต่หากได้รับการรักษาทางการแพทย์อย่างเหมาะสมแล้วก็จะสามารถหายขาดจากภาวะนี้ได้ การรักษาภาวะซึมเศร้าด้วยยาเป็นแนวทางสำคัญในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยทำควบคู่ไปกับการรักษาทางจิตสังคม การออกฤทธิ์ของยาด้านเศร้าในปัจจุบันมุ่งไปที่การแก้ไขสมดุลของสารเคมีในสมอง (Neurotransmitters) ที่ควบคุมกำกับดูแลสมดุลของอารมณ์ แรงจูงใจ และความอยากอาหาร สารเคมีในสมองที่สำคัญ คือ เซโรโทนิน (Serotonin) โดพามีน (Dopamine) และนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) โดยทั่วไปแล้วยาด้านเศร้าจะแบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่ ยากลุ่ม Tricyclic ยากลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI) และยากลุ่มใหม่อื่น เช่น Mirtazapine, Nefazodone และ Venlafaxine XR ยาเหล่านี้ส่วนใหญ่เมื่อผู้ป่วยรับประทานแล้วมักมีอาการง่วงซึม มึนงง ปากแห้ง ปวดศีรษะ เมื่อยล้า และอ่อนเพลีย โดยทั่วไปมักเกิดขึ้นในระยะ 2-4 สัปดาห์แรกของการรับประทานยา⁽⁵⁾

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวนไม่น้อยที่มีการใช้ยาไม่สม่ำเสมอ กล่าวคือ มีลักษณะการใช้ยาดังนี้ 1) ปฏิเสธที่จะรับประทานยาทั้งหมดตามที่แพทย์สั่ง 2) เลือกที่จะรับประทานยาเพียงบางชนิดเท่านั้น 3) ยอมรับประทานยาแต่มีการรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอทุกวัน มีบางวันรับประทานยา และมีบางวันที่หยุดรับประทานยา 4) ปฏิเสธการเจ็บป่วยและปฏิเสธการรักษาแต่เมื่อมีอาการกลับซ้ำอีกครั้ง และอาการหนักกว่าเดิมจึงยินยอมใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา 5) ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในช่วงเวลาสั้นๆ เท่านั้น เมื่ออาการดีขึ้นก็ตัดสินใจหยุดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ 6) รับประทานยาเกินขนาดที่กำหนดในใบสั่งยา 7) ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีแต่มีพฤติกรรมส่วนตัวที่ทำให้การรักษาไม่ได้ผล เช่น ดื่มสุรา ใช้สารเสพติด เป็นต้น⁽⁶⁾

การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอเป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยจิตเวชทุกราย ส่งผลต่อการรักษา ทำให้ใช้เวลายาวนานยิ่งขึ้น อีกทั้งผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงที่จะมีอาการทางจิตกำเริบและกลับมารักษาซ้ำ หากไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลต่อการรักษา ทำให้ใช้ระยะเวลาที่ยาวนาน ส่งผลให้ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้น จากภาวะซึมเศร้าธรรมดากลายเป็นภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Major depression) และกลายเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ได้ในที่สุด⁽⁷⁾ จากแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization-WHO) กล่าวถึงความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยนั้น มีปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย โดยปัจจัยแรกที่กำลังกล่าวถึง คือ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม (Socioeconomic factors) ประการต่อมา คือปัจจัยด้านทีมบุคลากรทางสุขภาพและระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (Health care team/Health system-related factors) ได้แก่ ระบบสุขภาพของประเทศ ปัญหาการเบิก-จ่ายยา แหล่งสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์เจ้าของไข้ ปัจจัยประการที่สามคือ ปัจจัยด้านภาวะการเจ็บป่วย (Condition-related factors) ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งในการมาพบแพทย์ต่อปี และความถี่ในการรับประทานยาต่อวัน ปัจจัยประการที่สี่ คือปัจจัยด้านการบำบัดรักษา (Treatment-related factors) ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับโรค ความเชื่อเกี่ยวกับยา ความกังวลจากการรับประทานยา (Specific-concerns) ความเชื่อเกี่ยวกับยาต้านอันตรายจาก การใช้ยามากเกินไป (General-overuse) และ ความเชื่อเกี่ยวกับยาต้านอันตรายจากการรับประทานยา (General-harm) การรักษาด้วยการรับประทานยาด้านเดียว (Mono-therapy) การรักษาด้วยการรับประทานยาด้านเสริมตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป (Poly-therapy) สำหรับปัจจัยประการสุดท้าย คือด้านผู้ป่วย (Patient-related factors) ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการรักษา ความรู้เรื่องโรคและการรักษา⁽⁸⁾

จากการศึกษาที่ผ่านมาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสม่ำเสมอในการรับประทานยา กับตัวแปรต่างๆ นั้น หลายตัวแปรมีงานวิจัยตีพิมพ์เผยแพร่อย่างแพร่หลาย และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ถึงแม้ผลการวิจัยจะพบการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความสม่ำเสมอในการรับประทานยาแน่ชัดจริง แต่ก็ต้องยอมรับว่าบริบทมีความแตกต่างจากประเทศไทย⁽⁹⁾ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้แก่ จำนวนชนิดของยาด้านภาวะซึมเศร้า และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ผู้รักษา ผลการศึกษานี้จะสามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าต่อไป

คำถามการวิจัย

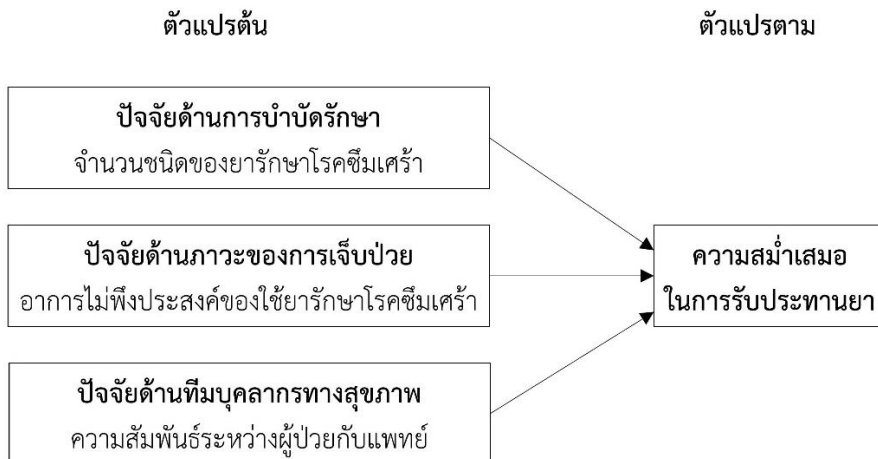
1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาโรคซึมเศร้าอย่างไร
2. จำนวนชนิดของยาต้านซึมเศร้าที่ผู้ป่วยได้รับ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอของการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างจำนวนชนิดของยารักษาโรคซึมเศร้า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ ต่อความสม่ำเสมอของการรับประทานยาในผู้ป่วยซึมเศร้า

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าขององค์การอนามัยโลก (WHO) ซึ่งจำแนกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอย่างสม่ำเสมอออกเป็น 5 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม (Socioeconomic factors) ปัจจัยด้านทีมบุคลากรทางสุขภาพและระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (Health care team/Health system-related factors) ปัจจัยด้านภาวะของการเจ็บป่วย (Condition related factors) ปัจจัยด้านการบำบัดรักษา (Treatment-related factors) ปัจจัยด้านผู้ป่วย (Patient-related factors) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอกับปัจจัยด้านทีมบุคลากรทางสุขภาพและระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยด้านการบำบัดรักษา และปัจจัยด้านการเจ็บป่วย กรอบแนวคิดการวิจัยดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational study) เพื่อปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเอกชนทั่วไปแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร

ประชากรคือ ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารายใหม่ที่ไม่เคยเข้ารับการรักษาทาจิตที่ใดมาก่อน ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า (Antidepressant) และเข้ารับการรักษากับแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลเอกชนทั่วไปแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนตุลาคม 2563 – มีนาคม 2564 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารวม 150 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้ คือ ผู้รับบริการรายใหม่ที่ได้รับไม่เคยเข้ารับการรักษาทาจิตที่ใดมาก่อน และได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า (Antidepressant) มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกศูนย์จิตเวชระหว่างเดือนตุลาคม 2563 - มีนาคม 2564 ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณตามสูตรของ Thorndike RM⁽¹⁰⁾ ดังนี้

$$N=10k+50$$

โดยกำหนดให้ N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง และ k = จำนวนตัวแปรที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณ เท่ากับ 80 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเพิ่มเติมอีกร้อยละ 10 ของการคำนวณ ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้ประชากรจำนวน 88 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า
2. สามารถพูด และฟังภาษาไทยได้รู้เรื่อง
3. ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

และมีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

1. ขอลถอนตัวออกจากการวิจัย
2. มีการอาการทางจิตรุนแรงจนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้คือแบบสอบถามปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความสม่ำเสมอของการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ อาการข้างเคียงจากการใช้ยาชนิดของยาต้านเศร้าที่ผู้ป่วยได้รับ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามพันธมิตรในการรักษา 13 – ฉบับผู้ป่วย⁽¹¹⁾ มีข้อความทั้งหมด 13 ข้อ คะแนนความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 1 ถึง 6 หากตอบว่าไม่เห็นด้วยอย่างมากให้ 1 คะแนน หากตอบว่าไม่เห็นด้วยให้ 2 คะแนน หากตอบว่าไม่ค่อยเห็นด้วยให้ 3 คะแนน หากตอบว่าค่อนข้างเห็นด้วยให้ 4 คะแนน หากตอบว่าเห็นด้วยให้ 5 คะแนน หากตอบว่าเห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 6 คะแนน การแปลผลโดยการคิดคะแนนทุกคำถาม คะแนนรวมสูง หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ดีกว่า และแบ่งระดับคะแนนดังนี้ 0 ถึง 26 คะแนน แปลผลว่ามีความสัมพันธ์ระดับต่ำ, 27 ถึง 52 คะแนน แปลผลว่ามีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง และ

57 คะแนนขึ้นไป แปลผลว่ามีความสัมพันธ์ระดับสูง เครื่องมือนี้มีความเที่ยง ค่าความสอดคล้องโดยค่าดัชนีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.84⁽¹²⁾

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Morisky Medication Adherence Scale: MMAS 8-item)⁽¹³⁾ มีข้อคำถาม 8 ข้อ คะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอยู่ระหว่าง 0 ถึง 8 คะแนน โดยข้อที่ 1 ถึง 4 และ 6 ถึง 7 หากตอบข้อคำถามว่าใช่ ได้ 0 คะแนน หากตอบว่าไม่ใช่ ได้ 1 คะแนน ข้อที่ 5 หากตอบข้อคำถามว่าใช่ ได้ 1 คะแนน หากตอบว่าไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน และในข้อคำถามที่ 8 ให้คะแนนข้อคำตอบที่มีจำนวน 5 ข้อตั้งแต่ 0 ถึง 1 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมสูงกว่าหมายถึง มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากกว่า และแบ่งระดับดังนี้ คะแนนน้อยกว่า 6 คะแนน หมายถึงมีความสม่ำเสมอในระดับต่ำ, คะแนนตั้งแต่ 6 ถึง 7 คะแนน หมายถึงมีความสม่ำเสมอในระดับปานกลาง, คะแนนมากกว่า 8 คะแนน หมายถึงมีความสม่ำเสมอในระดับสูง การศึกษาที่ผ่านมาได้มีการนำแบบสอบถามวัดความร่วมมือในการรับประทานยา 8 ข้อในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.75⁽¹⁴⁾

ในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลเปาโลพหลโยธิน รหัส IRB No. 010/2563 ลงวันที่ 27 พฤษภาคม 2563 ในการดำเนินการวิจัยก่อนเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มเป้าหมาย ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยได้แก่ วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการวิจัย สิทธิประโยชน์ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การดำเนินการวิจัยจะสิ้นสุด โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและการกระทำดังกล่าว ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ภายหลังโครงการวิจัยผ่านการเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เครือข่ายโรงพยาบาลพญาไท-เปาโล ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล พร้อมกับแบบสอบถาม และใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเปาโลพหลโยธิน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย

2. เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยทำการประสานกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตและขอความร่วมมือในการวิจัยและแจ้งกำหนดการในการเก็บรวบรวมข้อมูลในวันเวลาที่ผู้วิจัยมีนัดติดตามอาการครั้งต่อไป

3. เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในเวลาที่มีนัดหมาย โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง และมีความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตัวพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้ง แจกแบบสอบถามและอธิบายวิธีการตอบอย่างละเอียด เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างกรอกแบบสอบถามโดยไม่กำหนดเวลาและในระหว่างที่ตอบแบบสอบถามผู้วิจัยอยู่กับกลุ่มตัวอย่างตลอดเวลา เพื่อเปิดโอกาสให้ซักถามเมื่อมีข้อสงสัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป อายุ เพศ อาการข้างเคียงจากการใช้ยา ชนิดของยาด้านเสริมที่ผู้ป่วยได้รับ สัมพันธ์ภาพระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย และความสม่ำเสมอของการรับประทานยาของผู้ป่วยชิมเซร่า โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จำนวนชนิดของยาด้านภาวะชิมเซร่า และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ผู้รักษาต่อความสม่ำเสมอของการรับประทานยาในผู้ป่วยชิมเซร่าด้วยใช้สถิติอนุมาน Chi-Square test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 85 คน เพศชาย 30 ราย (ร้อยละ 35.30) เพศหญิง 55 ราย (ร้อยละ 64.70) อายุระหว่าง 12-21 ปี 5 ราย (ร้อยละ 5.90) อายุ 22-40 ปี 66 ราย (ร้อยละ 77.60) อายุ 41-59 ปี 14 ราย (ร้อยละ 16.50) ตามลำดับดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยจิตเวชชายใหม่ในกลุ่มตัวอย่าง (n=85)

	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	30	35.30
	หญิง	55	64.70
อายุ	12-21 ปี	5	5.90
	22-40 ปี	66	77.60
	41-59 ปี	14	16.50

2. จำนวนชนิดของยารักษาโรคซึมเศร้าที่ผู้ป่วยได้รับในหนึ่งวัน ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างได้รับยารักษาโรคซึมเศร้าจำนวน 2 ชนิด (n=38, 44.70%) รองลงมา ได้รับยารักษาโรคซึมเศร้าจำนวน 1 ชนิด (n=31, 36.50%) และจำนวน 3 ชนิด (n=13, 15.30%) ตามลำดับ มีส่วนน้อยที่ได้รับยารักษาโรคซึมเศร้าจำนวน 4 ชนิด (n=3, 3.50%) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยจิตเวชชายใหม่ในกลุ่มทดลอง (n=85)

จำนวนชนิดของยารักษาโรคซึมเศร้าที่ได้รับใน 1 วัน	จำนวน	ร้อยละ
จำนวน 1 ชนิด	31	36.50
จำนวน 2 ชนิด	38	44.70
จำนวน 3 ชนิด	13	15.30
จำนวน 4 ชนิด	3	3.50

3. คะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาภายในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=3.71$, $SD=2.109$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยซึมเศร้าในภาพรวม

ตัวแปร	Min	Max	Mean	SD	แปลผล
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา	0	8	3.71	2.109	ระดับต่ำ

4. ความสัมพันธ์ระหว่าง จำนวนชนิดของยาที่รับประทาน อาการไม่พึงประสงค์ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ของผู้ป่วยซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า (n=85)

ปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยา	จำนวน	ร้อยละ	χ^2	P-Value
จำนวนชนิดยาด้านเศร้า	1 ชนิด	31	36.50	41.984 0.00*
	2 ชนิด	38	44.70	
	3 ชนิด	13	15.30	
	4 ชนิด	3	3.50	
อาการไม่พึงประสงค์	พบอาการ	30	35.30	17.857 0.00*
	ไม่พบอาการ	55	64.70	
สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์	ระดับต่ำ	0	0	8.917 0.00*
	ระดับปานกลาง	35	41.2	
	ระดับสูง	50	58.8	

* มีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนชนิดของยารักษาโรคซึมเศร้า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ ต่อความสม่ำเสมอของการรับประทานยาในผู้ป่วยซึมเศร้าสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=3.71$, $SD=2.109$) อธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยามาก ถึงร้อยละ 77⁽¹⁵⁻¹⁸⁾ และการศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยามากถึงร้อยละ 46-70⁽¹⁹⁾ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญด้านตัวบุคคลที่ทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้าสามารถควบคุมตนเองในการรับประทานยาสม่ำเสมอตาม

แผนการรักษาของแพทย์ได้⁽⁹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญา จันทน์ใจ และคณะ⁽²⁰⁾ ที่พบว่าความรู้เรื่องโรคและการใช้ยา และการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และการศึกษาของอชิรญา เอกจิตต์ และคณะ⁽²¹⁾ ที่พบว่าการศึกษาความรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยา แสดงให้เห็นว่าจำเป็นของการรับประทานยารักษาโรคซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอตามแผนการรักษา และสิ่งที่เป็นอุปสรรคในการรักษาด้วยยา มีแนวโน้มให้ผู้ป่วยซึมเศร้ามีความร่วมมือในการรับประทานยาสูง⁽²²⁾ จากผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงคุณภาพการให้สุขภาพจิตศึกษา และการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ยังไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร อีกทั้งยังขาดการติดตามตามผลอย่างต่อเนื่อง การศึกษาที่ผ่านมาของนิตยา จรัสแสงและคณะ⁽²²⁾ พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการห้องตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลศรีนครินทร์ และติดตามผล 3 เดือนทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ความรุนแรง และแนวทางการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของปรารณา คำมีสินนท์⁽²³⁾ ที่พบว่าผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคในระดับสูง

ความสัมพันธ์ระหว่าง จำนวนชนิดของยาที่รับประทาน อาการไม่พึงประสงค์ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถอธิบายได้ดังนี้

จำนวนชนิดของยารักษาโรคซึมเศร้า: ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาด้านเศร้าตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไปในช่วงเวลาที่แตกต่างกันในหนึ่งวัน คิดเป็นร้อยละ 44.70 และพบว่าจำนวนชนิดของยาด้านเศร้าที่ผู้ป่วยรับประทานมาความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ($\chi^2=41.984$, $p=0.00$) เมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยรวมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีระดับต่ำ อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่กล้ารับประทานยารักษาโรคซึมเศร้าหลายชนิด เพราะมีความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาว่าหากการใช้ยามากเกินไปอาจจะทำให้เกิดอันตรายกับร่างกายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของกมลชนก มูลไชยและคณะ⁽⁹⁾ พบว่าร้อยละ 38.09 ของผู้ป่วยซึมเศร้ากังวลว่า การใช้ยาปริมาณหลายชนิดเป็นการพึ่งยารักษาโรคมามากเกินไป ร้อยละ 19.5 เห็นด้วยว่าการรับประทานยาตามแพทย์สั่งทำให้รบกวนการดำเนินชีวิต และร้อยละ 23.80 มีความคิดว่าแพทย์สั่งยาให้ผู้ป่วยมากเกินไป จากผลการศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยไม่เข้าใจกลไกการออกฤทธิ์ของยา ซึ่งยาด้านเศร้านี้ จะออกฤทธิ์ปรับสมดุลการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ดังนั้น ต้องอาศัยระยะเวลาในการรักษาและรอการออกฤทธิ์เต็มที่ของยา ยาบางชนิดใช้เวลาในการเริ่มเห็นฤทธิ์ในการรักษาคือ 1-2 สัปดาห์ และเห็นผลการรักษาเต็มที่ภายใน 1 เดือน หรือ บางชนิดเริ่มเห็นผลการรักษาภายใน 14 วัน และความจริงแล้ว ยาด้านเศร้าไม่มีการติดยา ถ้าขาดยาแล้วมีอาการไม่สบาย นั้นเพราะยังไม่หายจากอาการของโรคโดยเป้าหมายของการรักษาแบบ Antidepressant Combinations คือ การใช้กลไกการออกฤทธิ์ของยา (Mechanism of action) ที่แตกต่างกัน 2 กลไกหรือมากกว่านั้น ในการพยายามที่จะเกิดประสิทธิภาพในการรักษาที่สูงขึ้น⁽²⁴⁾ ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานข้อมูลการใช้ยาเหล่านี้อย่างระมัดระวังเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจตามแพทย์สั่งได้

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา: ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 35.30 พบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และพบว่าอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ($\chi^2= 17.857$, $p=0.00$) เมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยรวมความ

สม่าเสมอในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างพบว่าระดับต่ำ อธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยได้รับยา Combine Antidepressant กับ Antidepressant กลุ่มอื่นร่วมด้วยเป็นการเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยามากกว่าการใช้ Antidepressant เพียงชนิดเดียว⁽¹⁸⁾ สอดคล้องกับการศึกษาผลข้างเคียงจากการใช้ยาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่กลัวอาการข้างเคียงจากการใช้ยาจึงไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการรับประทานยา⁽²⁵⁾ และการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยซึมเศร้า พบว่าอาการข้างเคียงจากการใช้ยามีความสัมพันธ์ทางลบกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา อาการข้างเคียงของยาด้านอาการซึมเศร้าที่พบได้บ่อยได้แก่ ปากแห้ง อ่อนเพลีย ง่วงนอน เวียนศีรษะ หงุดหงิดง่าย กระวนกระวาย เห็นภาพเบลอนอนไม่หลับ ท้องผูก ปัสสาวะลำบาก สมรรถภาพทางเพศลดลง บางรายที่มีอาการรุนแรงมักมีอาการสับสน (Confusion) เพ้อ (Delirium) หนาวสั่น (Shivering) เหงื่อออกง่าย (Sweating) และเกิดการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต หากมีอาการรุนแรงอาจจะทำให้เกิดพิษ (Toxicity) เพราะเกิดปฏิกิริยากันระหว่าง Pharmacokinetic และ Pharmacodynamics อาการเหล่านี้ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานและทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้าหยุดรับประทานยาในที่สุด⁽²⁶⁾

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์: ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.8 มีสัมพันธภาพกับแพทย์เจ้าของไข้ในระดับสูง และพบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์เจ้าของไข้มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ($\chi^2 = 8.917, p=0.003$) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพที่ดีกับแพทย์เจ้าของไข้สามารถพึ่งพา และวางแผนร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้จนบรรลุเป้าหมายการรักษาได้ กล่าวคือผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคลากรทางการแพทย์ มีแนวโน้มที่จะร่วมมือในการรับประทานยาสูง เกิดจากความไว้วางใจ และมั่นใจในตัวบุคลากร ซึ่งเกิดจากทัศนคติที่ผู้ป่วยมีต่อการรักษาการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในทำข้อตกลงในการรักษาร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้ และเข้าใจแนวทางการรักษาของผู้บำบัด⁽²¹⁾ ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำตามแผนการรักษาของแพทย์

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อความสม่ำเสมอของการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อาทิ จำนวนชนิดของยาด้านเศร้าที่ผู้ป่วยได้รับในหนึ่งวัน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ ผู้วิจัยสามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปต่อยอดเพื่อพัฒนาโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา และการติดตามอาการของผู้ป่วย เพื่อเป็นการสร้างเสริมองค์ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพิ่มความเข้าใจในรับประทานยามากขึ้น อีกทั้งการติดตามอาการยังช่วยเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการใช้ยา เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานจากการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า ไม่ขาดยา ไม่หยุดยาเองอันเป็นอุปสรรคต่อการรักษา เหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความมั่งคั่งคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามไปด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านนโยบาย ผลการวิจัยที่ได้ผู้บริหารสามารถใช้กำหนดเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าในระยะอื่นๆ ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยจิตเวชต่อไป
2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยซึมเศร้า โดยพยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของการให้ข้อมูลเกี่ยวโรคซึมเศร้า และกลไกการออกฤทธิ์ของยา รวมทั้งเฝ้าระวังอาการ

ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบ Antidepressant combine drugs

3. ด้านการวิจัย การวิจัยครั้งต่อไปควรมีความร่วมมือการศึกษาความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยในระยะอื่นๆ เช่นผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยจิตเวชโรคร่วมเป็นต้น เนื่องจากผู้ป่วยจะมีการใช้ยาที่ต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. “โรคซึมเศร้า” ทำใจพัง เช็กลิสต์สาเหตุและอาการ [ออนไลน์]. 2562; [เข้าถึงเมื่อ 2564 มิถุนายน 1] เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30114>.
2. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2017.
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. Coping with COVID19 [ออนไลน์]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มิถุนายน 1]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=2285>.
4. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมท สุคนิษฐ์, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์รายาธิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.
5. Colom F, Vieta E, Tacchi MJ, Sánchez-Moreno J, Scott J. Identifying and improving non-adherence in bipolar disorders. Bipolar Disord. 2005;7 Suppl 5:24-31. doi: 10.1111/j.1399-5618.2005.00248.x.
6. Novick D, Haro JM, Suarez D, Perez V, Dittmann RW, Haddad PM. Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. Psychiatry Res. 2010 Apr 30;176(2-3):109-13. doi: 10.1016/j.psychres.2009.05.004.
7. World health organization. Adherence to long term therapies evidence for action [Internet]. 2003 [cited 2021 Jun. 1]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf;jsessionid=0EF30BF6AF0A43E3EDB493A231189F76?sequence=1>.
8. กมลชนก มูลไชย, โสภณ แสงอ่อน, พชรินทร์ นันทจันทร์, มาลาตี รุ่งเรืองศิริพันธ์. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารพยาบาลสภาการขาดไทย. กรุงเทพฯ 2563;13(1):240-60.
9. Thorndike RM. Correlational Procedures for Research. New York: Garner Press; 1978.
10. Wongpakaran T, Wongpakaran N. Using Control Mastery Therapy with Borderline Patients. Paper presented at the 44th International Annual Meeting Society for Psychotherapy Research (SPR); 2013 Jul. 10-13; Brisbane, Australia.

11. Luborsky L, Barber JP, Siqueland L, Johnson S, Najavits LM, Frank A, Daley D. The Revised Helping Alliance Questionnaire (HAQ-II) : Psychometric Properties. *J Psychother Pract Res* 1996;5(3):260-71.
12. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive Validity of A Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2008;10(5): 348-54. doi: 10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x.
13. ปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้, วิษชุดา เจริญกิจการ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, ศรีรัตน ศรีประสงค์, ฉัตรกนก ทุมวิภาต. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์* 2559;8(1):16-26.
14. Al Jumah K, Hassali MA, Al Qhatani D, El Tahir K. Factors associated with adherence to medication among depressed patients from Saudi Arabia: a cross-sectional study. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2014;10:2031–7. doi: 10.2147/NDT.S71697.
15. Alekhya P, Sriharsha M, Priya Darsini T, Reddy SV, Venkata Ramudu R, Shivanandh B, et al. Treatment and disease related factors affecting nonadherence among patients on long term therapy of antidepressants. *J Depress Anxiety* 2015;4(2):175. doi: 10.4172/2167-1044.1000175.
16. Sawada N, Uchida H, Suzuki T, Watanabe K, Kikuchi T, Handa T, Kashima H. Persistence and compliance to antidepressant treatment in patients with depression: a chart review. *BMC Psychiatry* 2009; 16;9:38. doi: 10.1186/1471-244X-9-38.
17. Yau WY, Chan MC, Wing YK, Lam HB, Lin W, Lam SP, et al. Noncontinuous use of antidepressant in adults with major depressive disorders-a retrospective cohort study. *Brain Behav* 2014;4(3):390-7. doi: 10.1002/brb3.224.
18. Banerjee S, Varma RP. Factors affecting non-adherence among patients diagnosed with unipolar depression in a psychiatric department of a tertiary hospital in Kolkata, India. *Depress Res Treat* 2013;2013:809542. doi: 10.1155/2013/809542.
19. กัญญา จันทรใจ, อธิภรณ์ จันทรดา, อรสา พันธักดี. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเอส แอล อี. *รามธิบดีพยาบาลสาร* 2556;19(1):60-72
20. อธิษฐา เอกจิตต์, วันชัย มั่งคั่ง, วราภรณ์ บุญเชียง. การเปรียบเทียบผลของการกำกับตนเองร่วมกับการให้ความรู้ต่อการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด. *พยาบาลสาร* 2556;40(4):1-11.
21. นิตยา จรัสแสง, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, วิจิตรา พิมพ์นิตย์, สมจิตร มณีกันนท, ดวงแก้ว รอดอ่อง. ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2560;62(3):247-55.
22. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้า สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2553.

23. บรรณานา คามีสินนท์. การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท สำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ [วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
24. Al-Azzam SI, Alzoubi KH, AbuRuz S, Alefan Q. Drug-related problems in a sample of outpatients with chronic diseases: A cross-sectional study from Jordan. *Ther Clin Risk Manag* 2016;12:233-9. doi: 10.2147/TCRM.S98165.
25. เมธาวิ ลุนสมบัติ, เพ็ญพักตร์ อุทิศ. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว. *วารสารแพทยธานี* 2562;46(3):566-80
26. Gaston L, Marmar CR. Manual of California Psychotherapy Alliance Scales. Unpublished manuscript. San Francisco, CA: Department of Psychiatry, University of California; 1993.