

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
ต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

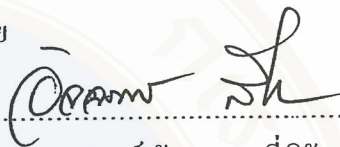
เรื่อง

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
ต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

๐๓ วรรณดี

นางอุษา วรรณดี

ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์ อัจฉราพร สิริธัญวงศ์,
พย.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ปัทมา มหะไพร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประภา ยุทธไตร,
พย.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ณัฏฐ์

รองศาสตราจารย์ สุศศาย จุลกทัพพะ,
พ.บ.,ป.ชั้นสูง, อ.ว. จิตเวชศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

พช ๑๑

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ณัฏฐ์

รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิทธิมงคล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
ต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

วันที่ 27 เมษายน พ.ศ. 2553

อ.ภา วรรณวิ

นางอุษา วรรณวิ

ผู้วิจัย

อ. ธีระวัฒน์

รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิริธมมงคล,
Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อ. อัจฉราพร สิริธมมงคล

รองศาสตราจารย์ อัจฉราพร สิริธมมงคล,
พย.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อ. ประภา ยุทธไพฑูรย์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประภา ยุทธไพฑูรย์,
พย.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อ. ฟองคำ ดิลกสกุลชัย

รองศาสตราจารย์ ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,
Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อ. นพ. ธีระวัฒน์

นางพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์,
พ.บ., ว.ว. จิตเวชศาสตร์
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อ. นพ. ธีระวัฒน์

รองศาสตราจารย์ สุดสวาย จุลกัทธพา,
พ.บ., ป. ชันสูง, อ.ว. จิตเวชศาสตร์
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อ. นพ. ธีระวัฒน์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประภา ยุทธไตร และรองศาสตราจารย์ สุธศบาย จุลกัทพิพะ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์และ รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิทธิมงคล กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำข้อคิดที่เป็น ประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของวิทยานิพนธ์นี้ ด้วยความรักและเมตตา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งใจเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

พร้อมกันนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณแพทย์หญิงพันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ ที่ให้ความ กรุณาเป็นกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ ฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ รุ่งนภา ผาณิตรัตน์ รองศาสตราจารย์ ดารารัตน์ ตะปินตา นายแพทย์เทอดศักดิ์ เดชคง นายแพทย์ธีรศักดิ์ สาดตรา และคุณเพ็ญพรรณ ปทุมมาศ ผู้ทรงคุณวุฒิใน การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตลอดจนคำแนะนำอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการดำเนินโปรแกรม

ขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ จิตวิ แก้วพรสวรรค์ ที่กรุณาให้ใช้เครื่องมือแบบวัดอาการ ซึมเศร้า ขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ สุชีรา ภัทรตรายุทธ และคุณจุฬารัตน์ พูลเอี่ยม ที่ได้กรุณาต่อ ผู้วิจัยในการแนะนำการใช้สถิติ และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบคุณคุณสุลีพร ฌนอมกลาง หัวหน้างานการพยาบาลอาชีวเวชศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ดร. วัลลีย์ กาญจนกิจสกุล หัวหน้าหน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกต่างๆแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาในการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบคุณผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกท่านที่เข้าร่วมการศึกษานี้

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงสำหรับ บิดา มารดา และสมาชิกทุกคนใน ครอบครัว “วรรณฉวี” ที่เป็นกำลังใจ อยู่เคียงข้าง ช่วยเหลือและสนับสนุนในทุกๆด้าน ขอขอบคุณ มิตรภาพและความเป็นเพื่อนของนักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รหัส 50 ทุกคน ที่ช่วยเหลือ ให้กำลังใจเสมอมา จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ คุณประโยชน์ อันพึงมีพึงได้จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ และผู้ที่เกี่ยวข้องไว้ ณ ที่นี้

อุษา วรรณฉวี

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา
ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

THE EFFECT OF PROMOTING DRUG COMPLIANCE PROGRAM ON DRUG ADHERENCE
BEHAVIOR IN PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

อุษา วรรณฉวี 5036755 NSMH/ M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, (พย.ด.), ประภา ยุทธไตร, (พย.ด.),
สุดสภาย จุลกัทัพพะ, (พ.บ., ป. ชันสูง, อ.ว. จิตเวชศาสตร์)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกที่มารับบริการจากหน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ในช่วงเดือนตุลาคม 2552 ถึงเดือนมกราคม 2553 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) เป็นครั้งแรกและได้รับการรักษาด้วยยา สุ่มเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 30 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติ ร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดการสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกการรับประทานยาด้วยตนเอง ภายหลังสิ้นสุดการทดลองเหลือกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม 26 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ t-test

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองมีคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาดีกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จากผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่าควรสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยามาใช้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของผู้ป่วยมารับการรักษา เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาและสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยารักษาอาการซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือ / ความร่วมมือในการรับประทานยา / โรคซึมเศร้า

THE EFFECT OF PROMOTING DRUG COMPLIANCE PROGRAM ON DRUG ADHERENCE BEHAVIOR IN PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

USA VANNACHAVEE 5036755 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: ACHARAPORN SEEHERUNWONG, D.N.S.
PRAPA YUTATRI, D.N.S., SUDSABUY CHULAKADABBA, M.D.

ABSTRACT

This experimental study aimed to examine the effect of promoting a drug compliance program on drug adherence behaviors in patients with major depressive disorder. The samples were patients in the outpatient unit of Siriraj Hospital, from October 2009 – January 2010. The subjects who had been diagnosed for the first time with Major Depressive Disorder and have been given antidepressant treatment were recruited and randomly assigned into experimental and control groups. Each group consisted of 30 persons. The patients in the control group received the treatment as usual, while those in the experimental group received the promoting drug compliance program based on motivational interviews and cognitive behavior therapy plus usual care. Self-reported drug adherence behaviors developed by the researcher were used. Descriptive statistics and t-test were used for data analysis.

The study found that the patients who received promoting drug compliance program plus usual care had significantly higher drug adherence behaviors than the patients who received usual care ($p < .05$)

The finding suggests that the promoting drug compliance program should be utilized in the initial stage as the patient is diagnosed for building motivation to promote adherence with antidepressant treatments.

KEY WORDS: MAJOR DEPRESSIVE DISORDER / COMPLIANCE PROGRAM /
DRUG ADHERENCE BEHAVIOR / RANDOMIZED CONTROL TRIAL

130 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
ขอบเขตของการวิจัย	9
นิยามตัวแปร	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	
โรคซึมเศร้า	
ความหมาย	11
การดำเนินโรค	14
การบำบัดรักษาโรค	15
ยาที่ใช้ในการรักษา	17
และผลอันไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยา	
ความร่วมมือในการรักษา	19
ความหมายและการประเมินความร่วมมือในการรักษา	20
ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา	24
ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
รูปแบบการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	29
โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามแนวคิด การสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรม	32
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	44
แหล่งเก็บข้อมูล	45
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	46
การเก็บรวบรวมข้อมูล	48
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	51
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	51
บทที่ 4 ผลการวิจัย	53
บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย	58
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	63
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	66
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	79
บรรณานุกรม	95
ภาคผนวก	100
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	101
ภาคผนวก ข หนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	102
ภาคผนวก ค ตาราง	103
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	111
ประวัติผู้วิจัย	130

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ และการเปรียบเทียบลักษณะกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไคสแควร์ (χ^2) และสถิติ t-test	54
2	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบคะแนนการรับประทานยาในสัปดาห์ที่ 6 ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติที (t-test)	57
3	จำนวน ร้อยละ และการเปรียบเทียบลักษณะกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม จำนวน 60 คน โดยใช้สถิติไคสแควร์ (χ^2)	103
4	จำนวน ร้อยละ เหตุผลที่ในการมารักษาของกลุ่มทดลอง	105
5	จำนวน ร้อยละ ปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานยาของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง	105
6	จำนวน ร้อยละ เหตุผลที่รับประทานยาของกลุ่มทดลอง	106
7	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม	106
8	รวบรวมข้อมูลจากใบงานที่ 1 การสำรวจเป้าหมายของการมารักษา	108
9	รวบรวมข้อมูลจากใบงานที่ 3 ปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานยา	109
10	รวบรวมข้อมูลจากใบงานที่ 5 เหตุผลที่รับประทานยารักษาอาการซึมเศร้าต่อ	109

สารบัญภาพ

ภาพ		หน้า
1	แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย	8
2	แสดงขั้นตอนการดำเนินการทดลอง	52

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในปัจจุบัน และจากการคาดการณ์ในอนาคต เนื่องจากเป็นโรคที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และก่อให้เกิดความสูญเสียที่รุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ สำหรับประเทศไทยพบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability adjusted life years, DALYs) เมื่อวัดจากจำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากความพิการและความเจ็บป่วย (Years live with disability, YLD) และเมื่อเปรียบเทียบเฉพาะในกลุ่มโรคทางจิตเวช โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) สูงที่สุด (ธรรณิทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, รณชัย คงสกนธ์, อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, จิรงกูร ญัษฐังสี, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, 2549) ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผลกระทบจากโรคซึมเศร้ามีไม่น้อยไปกว่าโรคทางร่างกายที่สำคัญอื่นๆ ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ได้แก่ การปฏิบัติภารกิจต่างๆ บกพร่องไปจากเดิมหรือจนถึงทำงานไม่ได้เลยก่อให้เกิดปัญหาและส่งผลกระทบต่อครอบครัวทั้งด้านเศรษฐกิจและการทำหน้าที่ของครอบครัว นอกจากนั้นยังพบปัญหาการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีมากถึง 8 เท่า เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป (ธรรณิทร์ กองสุข และคณะ, 2549) และผลกระทบต่อสังคมในแง่ของปัญหาการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ การงาน การเรียน ถ้าคิดเป็นค่าความสูญเสียในเชิงเศรษฐกิจพบว่าสูงมากเกินกว่าจะประมาณได้

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงในด้านอารมณ์ ความคิด การเรียนรู้ พฤติกรรม และสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น อาการที่พบได้บ่อย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกซึมเศร้ากังวลอยู่ตลอดเวลา หงุดหงิด จุกแฉ่ว โกรธง่าย กระวนกระวาย การเปลี่ยนแปลงทางความคิด เช่น มีความรู้สึกสิ้นหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกผิด รู้สึกตัวเองไร้ค่า มีความคิดและพยายามทำร้ายตัวเอง การเปลี่ยนแปลงการเรียนรู้หรือการทำงาน เช่น ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม งานอดิเรกหรือกิจกรรมที่เคยชื่นชอบรวมทั้งกิจกรรมทางเพศ รู้สึกอ่อนเพลียไม่มีพลัง การทำงานช้าลง การงานแย่ลง ไม่มีสมาธิ ความจำเสื่อม การตัดสินใจแย่ลง การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ทำให้น้ำหนักลดหรือในบางรายรับประทานอาหารมาก ทำให้น้ำหนักเพิ่ม

ร่วมกับ มีอาการทางกายที่รักษาด้วยยาธรรมดาไม่หาย เช่น อาการปวดศีรษะ แน่นท้อง ปวดเรื้อรัง และปัญหาด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นแย่ง

อย่างไรก็ตามโรคซึมเศร้าสามารถรักษาหายได้ เนื่องจากในปัจจุบันวิวัฒนาการทางการแพทย์เจริญขึ้นและพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการเปลี่ยนแปลงของสารชีวเคมีในสมอง ได้แก่ ความผิดปกติของการสังเคราะห์สารซีโรโทนิน (serotonine) นอร์อิพิเนฟริน(nor-epinephrine) โดปามีน (Dopamine) และการเปลี่ยนแปลงในตัวรับของสารชีวเคมีเหล่านี้ (สุชาติ พหลภาคย์, 2542) การรักษาด้วยยาจะไปช่วยปรับสมดุลการทำหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไปของสารชีวเคมีในสมองโดยการรักษาอาการซึมเศร้ามีฤทธิ์ทำให้ความไวของตัวรับกลับคืนสู่ปกติและฤทธิ์ยับยั้งการดูดกลับของสารเหล่านี้ที่บริเวณปลายประสาท ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการที่จะทำให้การทำหน้าที่ต่างๆ ของสารชีวเคมีในสมองและตัวรับกลับสู่ปกติ ดังนั้นอาการของโรคซึมเศร้าสามารถรักษาหายหรือทุเลาได้ด้วยการรักษาด้วยยา หลักสำคัญของการรักษาด้วยยา คือการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และถูกต้องตามขนาด เวลา เพื่อให้ได้ระดับของยาที่แน่นอน โดยองค์การอนามัยโลกแนะนำว่าผู้ป่วยควรรับประทานยาน้อย 6 เดือนซึ่งเป็นทั้งการรักษาและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้ (American Psychiatric Association, 2000) แต่ในทางปฏิบัติพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้านักไม่ให้ความร่วมมือกับการรักษา โดยลักษณะของความไม่ร่วมมือที่พบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ การไม่มาติดตามการรักษาตามแพทย์นัด การไม่รับประทานยาตามที่แพทย์แนะนำ การมาติดตามการรักษาแต่ไม่รับประทานยา และการรับประทานยาที่ไม่ถูกต้องตามคำแนะนำของแพทย์ (Demyttenaere, 1997)

ปัญหาความร่วมมือในการรักษา เป็นเรื่องที่มีการศึกษาอย่างกว้างขวางโดยเฉพาะประเด็นของความร่วมมือทางสุขภาพ เนื่องจากการดูแลทางสุขภาพจะไม่เกิดประโยชน์หากไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วย ปัญหาความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักพบว่ามีขนาดและความรุนแรงไม่แตกต่างไปจากโรคเรื้อรังอื่นๆ กล่าวคือผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายพบปัญหาความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาถึงร้อยละ 76 ในผู้ป่วยทางจิตเวชนั้นพบว่าผู้ป่วยจิตเภทไม่ร่วมมือในการรับประทานยารักษาอาการทางจิต (antipsychotic drug) ร้อยละ 58 (range 24-90%) และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่ร่วมมือในการรับประทานยารักษาอาการซึมเศร้า (antidepressant drug) ร้อยละ 65 (range 40-90%) (Demyttenaere, 2003) นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าปัญหาความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นพบมากในช่วง 1-3 เดือนแรกของการรักษา (Nemeroff, 2003) ซึ่งตรงกับผลสำรวจของอุษา วรรณฉวี, เกษราภรณ์ ภักดีจิตร และอังฉราพร สิริหิรัญวงศ์ (2551) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 64 หยุดการรักษาด้วยตนเองตั้งแต่ 1 เดือนแรกของการมารักษาและมีรายงานการวิจัยพบว่าเมื่อติดตามตลอดการรักษา 6 เดือนพบว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยหยุด

รับประทานยาด้วยตัวเองในระหว่างการรักษา(Demyttenaere et al., 2008; Pampallona, Bollini, Tibaldi, Kupelnick, & Munizza, 2002) ผลของความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คือ อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น กลับกลายเป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรัง มีอาการกำเริบและกลับป่วยเป็นโรคซึมเศร้าซ้ำที่รุนแรงจนต้อง เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ส่งผลถึงปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงขึ้น (Katon, 2003) ปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ประสิทธิภาพในการดำเนินชีวิตทุกๆด้านของผู้ป่วยลดลง เกิดผลกระทบทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม

สาเหตุสำคัญของความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้น จากรายงานการศึกษาพบว่ามีสาเหตุที่สำคัญ คือ การปฏิเสธความเจ็บป่วยและคิดว่ายาไม่ได้ช่วยในการแก้ปัญหา (Demyttenaere, 2001) การมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับยารักษาอาการซึมเศร้า เช่น การหยุดรับประทานยาด้วยตนเองเมื่ออาการดีขึ้น การเลือกรับประทานยาเฉพาะในวันที่มีอาการและไม่ต้องการรับประทานยาเป็นเวลานานเนื่องจากกลัวติดยา (Chakraborty, Avasthi, Kumar, & Grover, 2008; Demyttenaere, 2001; Nabeel, 2008) และสาเหตุจากผลข้างเคียงจากการรับประทานยา (Bollini, Pampallona, Kupelnick, Tibaldi, & Munizza, 2006; Demyttenaere, 2001) นอกจากสาเหตุดังกล่าวแล้ว จากการทบทวนวรรณกรรมยังมีปัจจัยอีกหลายประการที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อันได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะประชากร เช่น อายุ เพศ ความรุนแรงของโรค ความคิด ความเชื่อและทัศนคติต่อโรคและการรักษาด้วยยา ปัจจัยด้านการรักษา เช่น ผลข้างเคียงจากยา และสัมพันธภาพระหว่างผู้รักษากับผู้ป่วย การศึกษาของ Nemeroff (2003) พบว่า การที่ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรค มีความทนต่อผลอันไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยาและมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รักษาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และการศึกษาของ Katon (2003) ที่สรุปไว้ว่าการสร้างสัมพันธภาพที่ดีและการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการรับรู้และทัศนคติในเรื่องโรคและการรับประทานยาแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Brook, et al. (2006) และ Yeh, Sung, Yorker, Sun, & Kuo. (2008) ที่พบว่า การรับรู้และทัศนคติที่ดีในเรื่องโรคและการรับประทานยาร่วมกับความเข้าใจในสำคัญของการรับประทานอย่างต่อเนื่อง เป็นปัจจัยที่ทำนายความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การศึกษาข้างต้นสอดคล้องกับผลการสำรวจผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการจากหน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเป็นสถานที่ที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่พบว่า สาเหตุสำคัญของการไม่มาติดตามการรักษาตั้งแต่ระยะ 1 เดือนแรกของการรักษา คือผู้ป่วยคิดว่าตนเองไม่ได้ป่วยร้อยละ 47 รองลงมาคือมีอาการไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยาจึงเลิกกรักรหาย่อยละ

25 ผู้ป่วยคิดว่าตนเองหายดีแล้วร้อยละ 9 และไม่ยอมรับประทานยาเนื่องจากกลัวคิดยาร้อยละ 5 (อุษาและคณะ, 2551)

สำหรับรูปแบบของการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาอาการซึมเศร้าด้วยยานั้นจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีแนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอยู่ 2 ประการด้วยกันคือ การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาตามแนวคิดชีวการแพทย์ (biomedical model) ที่ให้ความสำคัญกับการจัดการกับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า จำนวนเม็ดยา มีอายุ ขนาด ลักษณะของยาและผลข้างเคียงจากยา มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยารักษาอาการซึมเศร้า (Demyttenaere, 1997) ดังนั้นปัจจุบันจึงพบว่าวิวัฒนาการทางเภสัชวิทยาได้มีการค้นคว้าเวชภัณฑ์ ที่ใช้ในการรักษาอาการซึมเศร้ารูปแบบใหม่ๆ ออกมาเพื่อเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น เช่น การลดอาการอันไม่พึงประสงค์จากยา ลดจำนวนเม็ดยาให้เหลือเพียงวันละเม็ด เพิ่มความสะดวกในการรับประทานโดยการละลายน้ำแทนการกลืนทั้งเม็ด เป็นต้น อีกแนวทางหนึ่งคือแนวคิดทางจิตวิทยา (psychological model) ที่เชื่อว่าผู้ป่วยแต่ละคนมีปัจจัยด้านความรู้สึคนึกคิด การรับรู้ต่อโรคและการรับประทานที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งมีการพัฒนากลวิธีที่นำมาใช้ช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านจิตใจเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคและการรับประทานยา การให้คำปรึกษาเรื่องยา การเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาด้วยยา การปรับความคิดและพฤติกรรมต่อการรับประทานยา และการช่วยเหลือผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหาการรับประทานยาอย่างเป็นระบบ เป็นต้น แต่ยังไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่าวิธีใดเป็นวิธีที่ดีที่สุด ซึ่งอาจต้องใช้หลายวิธีร่วมกัน

โปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา “Compliance therapy” ของ Kemp, Hayward, Applewhaite, Everitt, & David (1996) ที่อยู่บนพื้นฐานแนวคิดการสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick (2002) ร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรมมารับประทานยา (Cognitive behavior therapy) ของ Beck, Rush, Shaw, & Emery (1979) เป็นโปรแกรมที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเวช ต่อมาการศึกษาที่นำรูปแบบ Compliance therapy ไปใช้พบว่า การให้การปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรมมีผลต่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ป่วย ที่มีต่อการรับประทานยา และสามารถเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย ส่งผลให้อาการซึมเศร้าดีขึ้นเมื่อติดตามในสัปดาห์ที่ 6 ,12 และระยะยาว 6 เดือนของการรักษาด้วยยา (Peveler, George, Kinmonth, Campbell, & Thompson, 1999; Tay, 2007)

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยนั้นพบว่ามีผู้นำแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจและการปรับเปลี่ยนความคิดมาใช้ในการส่งเสริมการรับประทานยา ตามแผนการรักษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ติดเชื้อเอชไอวี กล่าวคือ การศึกษาของพรทิพย์ วชิรดิตร (2551) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการศึกษารายบุคคลตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิด จะมีการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวขณะรับประทานยา ทั้งในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผล 3 เดือนและ 6 เดือน และการศึกษาขององค์อร ประจันเขตต์ (2551) ที่พบว่าทำให้คำปรึกษาโดยการสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนั้นสามารถส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความรู้เกี่ยวกับโรคและยาที่ได้รับ ส่งผลให้รับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอภายหลังที่ได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ทั้งนี้ยังไม่พบว่ามีการศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย

ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจในการนำแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรมการรับประทานยา มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อยู่ในระยะแรกเริ่มของการรักษาด้วยยาเกิดการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและเข้าใจในความสำคัญของการรับประทานยารักษาอาการซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา และนำไปสู่การหายจากอาการของโรคซึมเศร้าในที่สุด

คำถามการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือ ในการรักษาด้วยยาร่วมกับการดูแลตามปกติสามารถเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาในสัปดาห์ที่ 6 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา เมื่อวัดในสัปดาห์ที่ 6 ระหว่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง ที่ได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจะมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาในสัปดาห์ที่ 6 หลังรับการรักษาดีกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลตามปกติที่ระดับนัยสำคัญ .05

กรอบแนวคิดในการวิจัย

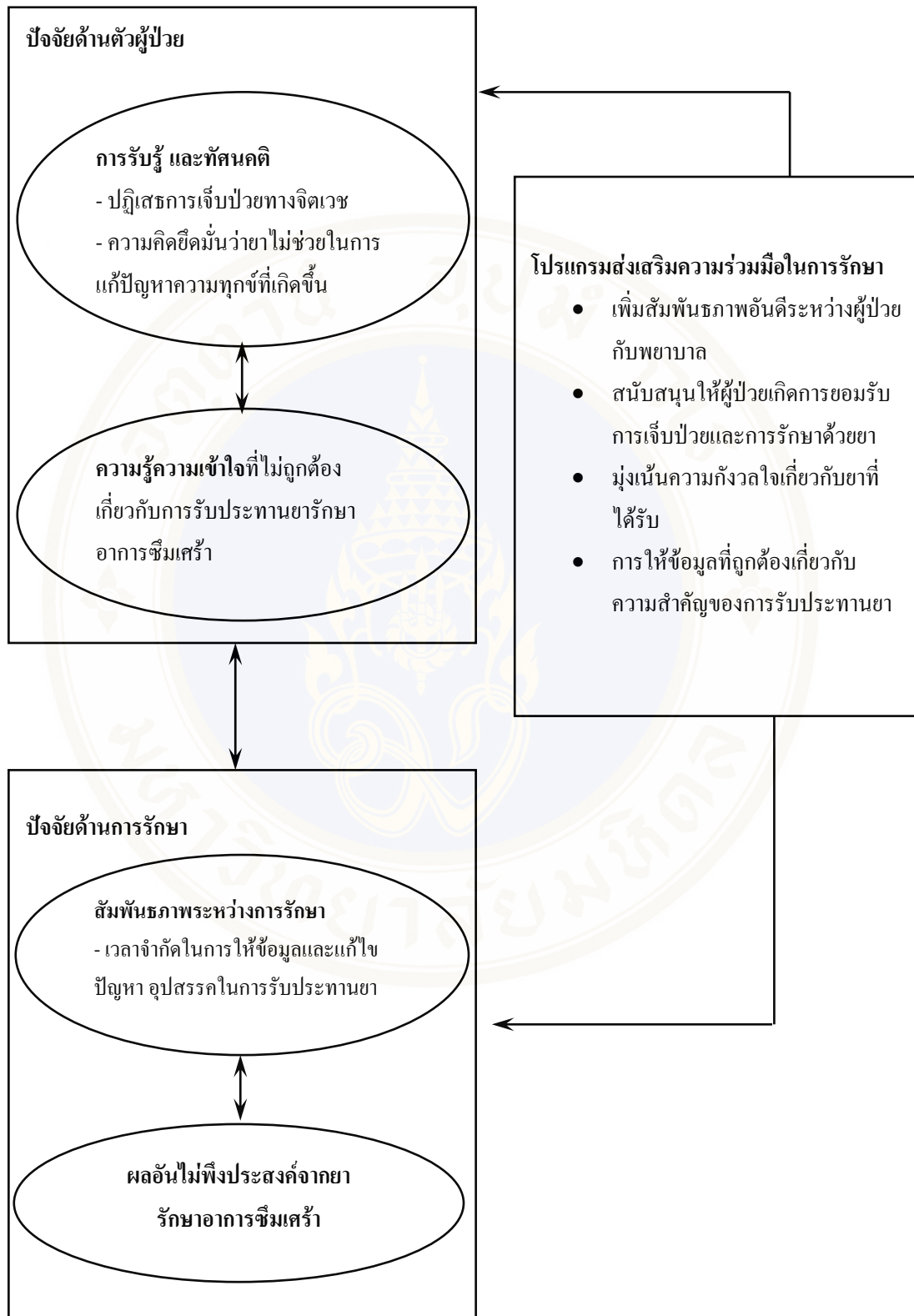
โรคซึมเศร้าเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง มีอาการเกิดเป็นช่วงๆ และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูง ผู้ที่มีอาการรุนแรงมีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง อย่างไรก็ตามโรคซึมเศร้าสามารถรักษาได้ การรักษาด้วยยาเป็นการรักษาหลักในระยะเริ่มแรกของการป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้อาการดีขึ้นหรือหายไป ประสิทธิภาพของการรักษาขึ้นอยู่กับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ตามแผนการรักษาของแพทย์ ปัญหาความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีผลมาจากปัจจัยหลักที่สำคัญ 2 ประการคือ ปัจจัยในด้านตัวผู้ป่วยและปัจจัยในการรักษา ปัจจัยในด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ การปฏิเสธความเจ็บป่วยและคิดว่ายาไม่ได้ช่วยในการแก้ปัญหา (Demyttenaere, 2001) การมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับยารักษาอาการซึมเศร้า เช่น การหยุดรับประทานยาด้วยตนเองเมื่ออาการดีขึ้น การเลือกรับประทานยาเฉพาะในวันที่มีอาการและไม่ต้องการรับประทานยาเป็นเวลานานเนื่องจากกลัวติดยา (Brook et al., 2006; Chakraborty et al., 2008; Demyttenaere, 2001; Nabeel, 2008; Yeh et al., 2008) ส่วนปัจจัยในการรักษา ได้แก่ ผลอันไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยา (Demyttenaere, 2001; Bollini et al., 2006) และสัมพันธภาพระหว่างการรักษา เช่น การมีเวลาจำกัดในการให้ข้อมูล และแก้ไขปัญหาลุप्तสรรคในการรับประทานยา (Nabeel, 2008)

โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดการสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick (2002) เป็นการให้คำปรึกษาแบบเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสำรวจปัญหาและจัดการกับความลังเลใจของตนเอง เพื่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะมีพฤติกรรมที่ร่วมมือในการรับประทานยา ร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) ของ Beck, et al. (1979) ซึ่งให้ความสำคัญกับความคิดว่ามีผลต่อพฤติกรรม ความคิดอัตโนมัติทางลบหรือความคิดที่บิดเบือนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อโรคและยารักษาอาการซึมเศร้า มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยา ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดดังกล่าวมาพัฒนาใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อยู่ในระยะเริ่มแรกของการรักษาด้วยยา โดยโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา มุ่งเน้นให้เกิดสัมพันธภาพอันดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย สนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับการเจ็บป่วยและการรักษาด้วยยา มุ่งเน้นความกังวลใจเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากผลอันไม่พึงประสงค์จากยาที่ผู้ป่วยได้รับ และการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานยารักษาอาการซึมเศร้า เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดแรงจูงใจในการรับประทานยา และเกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา ส่งผลให้หายจากอาการซึมเศร้าในที่สุด

โปรแกรมบำบัดดำเนินไป 4 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ด้วยการให้คำถามกระตุ้นให้เกิดการตระหนักต่อปัญหาความเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับความเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญและเกิดการตัดสินใจและวางแผน

ในการรับประทานยา ระยะที่ 2 ส่งเสริมความเชื่อมั่นและความมั่นใจต่อการรับประทานยารักษาอาการซึมเศร้า โดยมุ่งเน้นที่การจัดการกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยา ความกังวลใจเกี่ยวกับยาที่ได้รับ โดยที่ผู้ป่วยสามารถชั่งน้ำหนักระหว่างข้อดีข้อเสียเหตุผลที่สนับสนุนหรือคัดค้าน (Pros and Cons) การรับประทานยา ระยะที่ 3 ส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยการติดตามประเมินผลผู้ป่วยจากสถานการณ์จริง การให้ข้อมูลสะท้อนกลับทางบวก (Positive feedback) และการเสริมแรงพฤติกรรมกรับประทานยาที่ถูกต้องเหมาะสมให้ดำเนินต่อไป ระยะที่ 4 ส่งเสริมการรับประทานยาต่อเนื่องภายหลังสิ้นสุดการบำบัด โดยการชักชวนวางแผนแก้ไข ปัญหาและคาดการณ์ผลที่จะตามมาหากหยุดรับประทานยาก่อนเวลาอันควร

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาที่กล่าวมาข้างต้นมาพัฒนาใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อยู่ในระยะเริ่มแรกของการรักษาด้วยยา เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดแรงจูงใจในการรับประทานยา และเกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง ชนิด Randomized controlled trial แบบสองกลุ่ม วัดหลังการทดลอง (Posttest only design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากหน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์โรงพยาบาลศิริราชว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM-IV โดยมีการออกรหัสโรคตาม ICD-10 คือ F32.0 - 32.9 และได้รับการรักษาด้วยยา ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2552 ถึงเดือนมีนาคม 2553 รวมเวลา 8 เดือน

นิยามตัวแปร

โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา หมายถึง โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดการสร้างแรงจูงใจ ของ Miller & Rollnick (2002) ร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) ของ Beck, et al. (1979) เป็นโปรแกรมบำบัดรายบุคคลแบ่งออกเป็น 4 ระยะได้แก่

ระยะที่ 1. การสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษา

ระยะที่ 2. การส่งเสริมความเชื่อมั่นและความมั่นใจต่อการรับประทานยา

ระยะที่ 3. การติดตามและประเมินผลผู้ป่วยจากสถานการณ์จริง

ระยะที่ 4. การส่งเสริมการรับประทานยาต่อเนื่องภายหลังสิ้นสุดการบำบัด

โปรแกรมดำเนินไปตั้งแต่ครั้งแรกที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ และติดต่อกันทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวนทั้งสิ้น 4 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 20-50 นาที

ความร่วมมือในการรับประทานยา (drug adherence) หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาที่ต้องปฏิบัติตามแผนการรักษา ได้แก่ การรับประทานยาต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง ไม่หยุด เพิ่มหรือลดจำนวนยาด้วยตนเอง โดยสามารถประเมินได้จากจำนวนวันที่ผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกขนาด ถูกเวลา และติดตามต่อเนื่องทุกวันติดต่อกันมากกว่า 1 เดือน (Demyttenaere, 1997) นำจำนวนวันที่ได้จากการรายงานของผู้ป่วย (self-report) ที่ทำบันทึกพฤติกรรมการรับประทานยาของตนเองในแต่ละวันรวบรวมใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) นำมาเป็นคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยา โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ให้คะแนน 1 คะแนนสำหรับพฤติกรรมการรับประทานถูกต้อง คือ กินครบตามแพทย์สั่ง สำหรับพฤติกรรมการรับประทานไม่ถูกต้อง คือ กินบ้างไม่กินบ้าง หรือ ไม่ได้กินเลย ได้ 0 คะแนน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ขั้นตอนการดำเนินการและผลการศึกษาที่ได้รับจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาด้วยยาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการรักษาให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นและนำมาใช้ในการปฏิบัติจริงต่อไป
2. สมาชิกทีมสุขภาพมีความรู้เกี่ยวกับการดูแล เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยามากขึ้นและมีทัศนคติที่ดีต่อการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษา
3. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถพ้นหายจากโรคลดระยะเวลาในการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา ด้วยยาตามแนวคิดการ
สร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับความคิด และพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วย
โรคซึมเศร้า ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อต่างๆ ตามลำดับ
ดังนี้

1. โรคซึมเศร้า

1.1 ความหมาย

1.2 การดำเนินโรค

1.3 การบำบัดรักษา

1.4 ยาที่ใช้ในการรักษาและผลอันไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยา

2. ความร่วมมือในการรักษา

2.1 ความหมายและการประเมินความร่วมมือในการรักษา

2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2.3 รูปแบบการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา ด้วยยาของผู้ป่วยโรค

ซึมเศร้า

2.4 โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ตามแนวคิดการ

สร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรม

1. โรคซึมเศร้า

1.1 ความหมาย

โรคซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่มีความรุนแรง และมีโอกาสที่จะ
เกิดซ้ำก่อความสูญเสียอย่างมากต่อบุคคล และสังคม การให้ความหมายของโรคซึมเศร้าที่พบใน
งานวิจัยนั้นมักกล่าวถึงคำ 2 คำ คือภาวะซึมเศร้า (Depression) และโรคซึมเศร้า (Depressive
Disorder) ทั้ง 2 คำนี้มีความแตกต่างกันคือ ภาวะซึมเศร้าเป็นอารมณ์เศร้าทั้งที่เป็นภาวะปกติและ
ผิดปกติของคนทั่วไป สามารถวัดและประเมินระดับความรุนแรงได้ ซึ่งมีนัยว่าบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า
ที่อยู่ในระดับรุนแรงมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ดังนั้นโรคซึมเศร้า จึงหมายถึงโรคที่มีความ

ผิดปกติทางอารมณ์โดยมีอารมณ์เศร้ารุนแรง ร่วมกับอาการอื่นครบตามเกณฑ์มาตรฐานในการวินิจฉัย (APA, 2000) ปัจจุบันเกณฑ์มาตรฐานในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้ามีอยู่ 2 เกณฑ์หรือ 2 ระบบ (ชรินทร์ ทองสุข และคณะ, 2549) คือ ICD (International Classification of Diseases and Health Related Problems) ซึ่งพัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก และ DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ซึ่งพัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน การวินิจฉัยทั้ง 2 ระบบ อาศัยพื้นฐานเดียวกัน ในการบ่งชี้คือ 1) กำหนดจำนวนขั้นต่ำของอาการหลักและอาการที่เกิดขึ้นร่วม 2) กำหนดระยะเวลาขั้นต่ำที่มีอาการโดยอย่างน้อยต้องมีอาการติดต่อกันนาน 2 สัปดาห์และใน DSM เพิ่มข้อบ่งชี้ที่ต้องมีการบกพร่องในการทำหน้าที่การทำงานหรือสังคม โรคซึมเศร้า (Depressive episode) ใน ICD-10 จะตรงกับ Major Depressive Disorder (MDD) ใน DSM-IV (ชรินทร์ ทองสุขและคณะ, 2549)

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า Major Depressive Disorder (MDD) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) ประกอบไปด้วย

1. มีอาการเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ดังนี้

A. มีอาการดังกล่าวข้างล่างนี้ 5 ข้อ หรือมากกว่า อย่างน้อยจะต้องมีอาการในข้อที่ i หรือข้อ ii และเป็นติดต่อกันนาน 2 สัปดาห์ จึงจะจัดว่าเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder)

- i. มีอารมณ์เศร้าเกือบตลอดเวลา และเป็นติดต่อกันเกือบทุกวัน
- ii. ความกระตือรือร้นและความสนุกสนานในกิจกรรมที่เคยทำทั้งหมดหรือเกือบทั้งหมดลดลงอย่างมากเกือบตลอดเวลาและเป็นติดต่อกันเกือบทุกวัน (ตัดสินจากความรู้สึกของผู้ป่วยเอง หรือจากการสังเกตของผู้ใกล้ชิดว่ามีพฤติกรรมเฉื่อยชาลงเกือบตลอดเวลา)
- iii. น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน โดยมีน้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้นทั้งๆ ที่ไม่ได้ควบคุมอาหารหรือลดน้ำหนัก (มากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวต่อ 1 เดือน) หรือความอยากอาหารเพิ่มขึ้นหรือลดลงเกือบทุกวัน
- iv. มีอาการนอนไม่หลับ หรือหลับบ่อยมากหรือนานผิดปกติเกือบทุกวัน
- v. การเคลื่อนไหวของร่างกายเปลี่ยนแปลงโดยมีอาการกระวนกระวาย ผุดลุกผุดนั่งมากกว่าปกติ หรือเคลื่อนไหวช้าลง รวมทั้งความคิดช้าลงหรือฟุ้งซ่านมากขึ้นเกือบทุกวัน ทั้งนี้จะตัดสินโดยการสังเกตจากผู้อื่น (ไม่ใช่ความรู้สึกของตนเอง)
- vi. อ่อนเพลียไม่มีแรงเกือบทุกวัน
- vii. รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือมีความรู้สึกผิดว่าตนเองผิด หรือไม่ใช่มากเกินไปเหตุ (ซึ่งอาจถึงขั้นหลงผิด) เกือบทุกวัน (ไม่ใช่การตำหนิตนเองหรือเกิดความรู้สึกผิดเพราะตนเองป่วย)

viii. ความสามารถในการคิดถดถอยหรือสมาธิไม่ดี หรือไม่สามารถตัดสินใจได้ และอาการนี้เป็นอยู่เกือบทุกวัน

ix. คิดเรื่องความตายซ้ำๆ (ไม่ใช่เพียงกลัวตาย) หรือคิดเรื่องฆ่าตัวตายโดย อาจจะไม่มีการที่แน่นอน หรือพยายามฆ่าตัวตาย หรือวางแผนฆ่าตัวตาย

B. อาการดังกล่าวจะต้องไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยอาการแบบผสม (Mixed episode)

C. อาการดังกล่าว ทำให้เกิดความทุกข์ใจหรือมีปัญหาทางด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคม อาชีพการงานหรืองานในหน้าที่สำคัญอย่างอื่น

D. อาการดังกล่าวมิได้เป็นผลโดยตรงทางสรีรวิทยาของสารอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่นยาเสพติด ยารักษาโรค หรือภาวะเจ็บป่วยทางกายทั่วไป

E. อาการดังกล่าวมิได้เกิดจากความเศร้าโศกเสียใจตามธรรมดาเช่น ความเศร้าโศกอันเนื่องมาจากการสูญเสียบุคคลที่ผู้ป่วยจะต้องหายไปได้ภายใน 2 เดือน ถ้าหากอาการเป็นนานเกิน 2 เดือนหรืออาการต่างๆ มีความรุนแรงมากจนกระทบกระเทือนการทำหน้าที่ด้านต่างๆ หรือเพราะผู้ป่วยมีอาการหมกมุ่นว่า ตนเองไร้ค่าหมกมุ่นเกี่ยวกับความคิดจะฆ่าตัวตายจนถึงขั้นเป็นพยาธิสภาพมีอาการทางจิต อาการทางกาย เช่นเคลื่อนไหวช้าเช่นนี้จะป็นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง (Major Depressive Disorder)

2. อาการของผู้ป่วยต้องไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรค สำหรับโรคจิตเภท (Schizophrenia) โรคจิตอารมณ์ (Schizoaffective Disorder) โรคคล้ายโรคจิตเภท (Schizophreniform Disorder) โรคจิตเภทหลงผิด (Delusional Disorder) หรือความผิดปกติทางจิต (Psychotic Disorder NOS)

3. ผู้ป่วยไม่เคยมีช่วงเวลาระยะอาการฟุ้งพล่าน (Manic) อาการผสม (Mixed) หรืออาการฟุ้งพล่านที่มีความรุนแรงน้อย (Hypomanic episodes)

กล่าวคือ โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีอารมณ์เศร้ารุนแรงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและยาวนานเกิน 2 สัปดาห์ขึ้นไป ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอื่นๆร่วมด้วย ได้แก่ อาการทางด้านความคิด เช่น คิดเรื่องร้าย มองสภาพทุกอย่างในด้านลบ ขาดสมาธิและความมั่นใจ มีความวิตกกังวลมาก ตัดสินใจไม่ได้แม้ในเรื่องเล็กน้อย ในรายที่รุนแรงมากผู้ป่วยจะรู้สึกผิด โทษตัวเอง รู้สึกตนเองไม่มีค่า หมดหวังทำให้คิดฆ่าตัวตาย อาการทางด้านพฤติกรรม ผู้ป่วยมักมีอาการเชื่องซึม เชื่องช้า คิดช้า พูดช้าแยกตัวและไม่อยากพูดคุยกับใคร อาการทางด้านร่างกาย เช่น รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด มีอาการปวดตามร่างกายเรื้อรัง และปัญหาสัมพันธ์กับบุคคลอื่นแย่งลง

สาเหตุสำคัญของการเกิดโรคซึมเศร้า ได้แก่ สาเหตุทางพันธุกรรม สาเหตุทางด้านจิตใจ และความผิดปกติทางชีวเคมีของสมอง โดยสาเหตุจากพันธุกรรมนั้นพบว่าถ้าบิดาหรือมารดา

คนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้าบุตรจะมีโอกาสเป็นด้วยในอัตราสูงกว่าเด็กทั่วไป 2 เท่าและถ้าทั้งบิดาและมารดาเป็นโรคซึมเศร้าบุตรก็จะมีโอกาสเป็นโรคสูงกว่าเด็กทั่วไป 4 เท่า (สมภพ เรืองตระกูล, 2545) ส่วนสาเหตุทางด้านจิตใจนั้นพบว่า โรคซึมเศร้ามักเกิดภายหลังผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านจิตใจอย่างรุนแรง เช่น เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ความผิดหวังหรือการสูญเสียพรากจาก เช่น บุคคลที่รักตายจาก คนรักติจาก ความกดดันด้านสังคม การเรียน การงานหรือการเงิน สภาพชีวิตที่โดดเดี่ยว ว้าเหว่ ขาดความรักความอบอุ่น เป็นต้น (สุชาติ พหลภคย์, 2542) ส่วนสาเหตุของความผิดปกติทางชีวเคมีของสมอง ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความผิดปกติของการสังเคราะห์สารสื่อประสาทที่สำคัญ 3 ตัวคือ ซีโรโตนิน (serotonin) นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) และโดปามีน (dopamine) (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) ซึ่งมีผลต่อกระบวนการคิด การเรียนรู้ และความรู้สึก ไปจนถึงการกำหนดให้ร่างกายแสดงอารมณ์ หรือพฤติกรรม

1.2 การดำเนินโรค

โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) เป็นความเจ็บป่วยทางจิตเวชที่เรื้อรัง มีอาการเกิดขึ้นเป็นช่วงๆ แต่ละช่วงจะมีระยะเวลายาวนานแตกต่างกัน เมื่อได้รับการรักษาอาการจะทุเลา และสามารถกลับเป็นซ้ำของโรคได้ Kupfer (1991) ได้มีการศึกษาและให้คำจำกัดความเพื่อป้องกันลักษณะการดำเนินโรคของโรคซึมเศร้าเอาไว้ และเพื่อความเข้าใจในเรื่องการดำเนินโรคของโรคซึมเศร้าจึงจำเป็นต้องเข้าใจความหมายของคำจำกัดความเหล่านี้ ได้แก่

Episode คือ ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการครบตามเกณฑ์

Response คือ ช่วงที่อาการดีขึ้น มีอาการตามเกณฑ์หลงเหลืออยู่เพียงเล็กน้อย

Remission คือ ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการน้อยลง (อาการทุเลา) โดยอาการที่เหลืออยู่มีไม่ครบตามเกณฑ์ขั้นต่ำในการวินิจฉัย (Partial remission)

Full remission คือ ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยอาการหายไปทั้งหมด

Recovery คือ ผู้ป่วยมี remission มาระยะเวลาหนึ่งจนค่อนข้างจะแน่ใจว่า recover จาก episode นั้นแล้วคือประมาณ 4-6 เดือน

Relapse คือ ผู้ป่วยกลับมามีอาการมากขึ้นอีกครั้งในช่วงที่อาการทุเลาไปแล้ว

Recurrence คือ ผู้ป่วยกลับมามีอาการอีกหลังจากที่มี recover นั่นคือมีการเกิด Episode ใหม่ของโรค

ธรรมชาติของโรคซึมเศร้านั้นพบว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการเกิดโรคซึมเศร้าอาจเป็นวันหรือสัปดาห์ ผู้ป่วยอาจมีอาการในระยะล่วงหน้าของโรคนำมาก่อน (Prodromal period) เช่น อาการวิตกกังวล อาการกลัว อาการซึมเศร้าเล็กๆ น้อยๆ มาเป็นระยะเวลาหลายๆ เดือน หรือในบางรายที่มี

อาการขึ้นมาเฉียบพลัน ซึ่งพวกนี้มักจะเกิดตามหลังการเผชิญปัญหาทางจิตสังคมอย่างรุนแรง และเมื่อเกิดเป็นโรคซึมเศร้าแล้วพบว่าใน episode หนึ่งของโรคใช้ระยะเวลาประมาณ 6-12 เดือนหากไม่รักษา แต่หากได้รับการรักษา episode หนึ่งของโรคจะเหลือประมาณ 3 เดือน ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดเพียง episode เดียวหรือบางรายเกิดมากกว่านั้น (APA,2000) มีรายงานว่าร้อยละ 50-85 ของผู้ป่วยจะเกิดการ recurrence คือการเกิด episode ใหม่ของโรคได้และรายงานการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแล้ว ประมาณร้อยละ 20-30 ที่อาจมีอาการเล็กน้อยๆหลงเหลือต่อไปอีก เพียงแต่ว่าจำนวนอาการที่มีอยู่ไม่ครบเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะเช่นนี้เรียกว่าทุเลาบ้าง (partial remission) ซึ่งมักมีผลกระทบกระเทือนต่อการทำหน้าที่ต่างๆของผู้ป่วยจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำอีกรอบของโรค (APA,2000) แต่ส่วนใหญ่แล้วพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจะมีอาการทุเลาหลังรับการรักษาไป 4-6 สัปดาห์ (response) และจะมีอาการทุเลาสมบูรณ์และสามารถกลับไปทำหน้าที่ได้ตามปกติหลังรับการรักษา 12 สัปดาห์ (Remission) ดังนั้นจึงพบว่าการหยุดยารักษา ก่อน 12 สัปดาห์ มักทำให้ผู้ป่วยกลับมามีอาการมากขึ้น (Relapse) ได้ (APA,2000)

1.3 การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า

การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) นั้นมีแนวทางในการบำบัดรักษาแบ่งออกเป็น 4 ระยะ (APA, 2000) ตามการดำเนินโรค คือ

1) การบำบัดรักษาในระยะเริ่มต้น (acute phase) เป็นการรักษาเริ่มตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยมาพบด้วยอาการซึมเศร้าจนถึงหายจากอาการ (remission) ใช้ระยะเวลาประมาณ 6-8 สัปดาห์ (APA, 2000) เป้าหมายของการรักษาระยะนี้คือ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับผลดีจากการรักษาด้วยยาหรือจิตบำบัด หรือการรักษาร่วมกันทั้ง 2 วิธี หากสามารถทำให้ผู้ป่วยอาการหายไปทั้งหมด (Full remission) แทนที่จะเพียงแค่อาการดีขึ้นบ้าง (Response) ถือว่าการรักษาในระยะนี้ประสบความสำเร็จ รวมถึงยังเป็นการป้องกันการเกิดอาการกำเริบ (relapse) หรือการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค (recurrence) ได้ จึงถือว่าการรักษาให้ครบตามระยะเวลาในระยะแรกนี้จะเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ดีที่สุด (APA, 2000) วิธีการรักษาแบบต่างๆในระยะนี้ ได้แก่

1.1) การรักษาด้วยยา ยารักษาโรคซึมเศร้าจะไปเพิ่มระดับของสารชีวเคมีในสมอง การรักษาด้วยยาในระยะนี้มีเป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นหรือเพื่อให้อาการซึมเศร้าหมดไป (Remission) ซึ่งใช้ระยะเวลาประมาณ 6-8 สัปดาห์ มีหลักฐานจากรายงานการศึกษายืนยันว่าร้อยละ 50-70 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการป่วยเป็นครั้งแรก และไม่มีโรคร่วมโดยเฉพาะอาการทางจิตหรืออาการฟุ้ง (mania) จะมีการตอบสนองที่ดีต่อการรักษาด้วยยาใน 2-3 สัปดาห์ (APA, 2000) ภายหลังเริ่มให้ยาต้องมีการเฝ้าระวังและติดตามการตอบสนองต่อยา การเกิดผลข้างเคียงจาก

ยาและความปลอดภัยของผู้ป่วย ความถี่ในการเฝ้าระวังติดตามการรักษานี้ จะไม่แน่นอนขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการและความร่วมมือของผู้ป่วยโดยทั่วไปความถี่ประมาณ 1 ครั้งต่อสัปดาห์หรือขึ้นกับแต่ละสถานพยาบาลซึ่งอาจมีทั้งการนัดให้มาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาล การติดตามเยี่ยมบ้านและการติดตามอาการทางโทรศัพท์

1.2) การรักษาด้วยจิตบำบัดเพียงอย่างเดียวได้ผลดีในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าระดับน้อย (mild) ถึงปานกลาง (moderate) (APA, 2000) จิตบำบัดชนิดที่ได้ผลดี ได้แก่

1.2.1 การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) เป็นจิตบำบัดที่เน้นถึงวิธีคิดของผู้ป่วยต่อตัวผู้ป่วยเอง ต่อโรค และต่อผู้อื่น นอกจากนี้ยังเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากความคิดและความรู้สึก และให้ความสนใจเกี่ยวกับกระบวนการที่ยังคงทำให้ปัญหาคำเนินอยู่ (here and now) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิธีคิดและพฤติกรรมนำไปสู่อาการซึมเศร้าที่ลดลง

1.2.2 การบำบัดเชิงสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal therapy) เป็นการรักษาที่เน้นที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น แก้ไขปัญหาความขัดแย้งและทักษะทางสังคม มุ่งให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและผู้อื่นดีขึ้น

1.2.3 จิตบำบัดพลศาสตร์แบบสั้น (Short-term psychodynamic psychotherapy) หลักการเช่นเดียวกับ psychodynamic psychotherapy แต่ระยะเวลาโดยทั่วไปไม่นานเกิน 6 เดือน ผู้รักษามีส่วนในการช่วยผู้ป่วยสืบค้นถึงความขัดแย้งในจิตใจแก้ไขโครงสร้างบุคลิกภาพบางส่วนที่เป็นปัญหา และการแก้ปัญหาเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ

1.2.4 การบำบัดแบบแก้ไขปัญหา (Problem solving therapy) ใช้สำหรับการรักษาผู้ที่เป็โรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild) ผู้บำบัดและผู้ป่วยจะค้นหาปัญหาและแก้ไขร่วมกัน

1.3) การรักษาร่วมกันทั้งวิธีใช้ยาและจิตบำบัด เป็นการรักษาในผู้ที่เป็โรคซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) อาจเป็นการรักษาทั้ง 2 วิธีตั้งแต่การรักษาระยะเริ่มต้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อการรักษาและความร่วมมือในการกินยา หรือทำจิตบำบัดเพิ่มเข้าไปหลังจากที่อาการของผู้ป่วยสนองตอบต่อยาแล้ว ซึ่งพบว่าการใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าหลงเหลือหลังจากได้รับการรักษาด้วยยาในระยะเริ่มต้นแล้ว จะช่วยให้อัตราการหายจากอาการซึมเศร้ามากขึ้นและลดอัตราการกำเริบของโรคได้ (APA, 2000)

1.4) การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy: ECT) ใช้ในผู้ป่วยรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ทนต่ออาการข้างเคียงของยาไม่ได้ หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ได้ผลดีในผู้ป่วยที่อาการรุนแรง เป็นแบบ melancholic หรือมี psychotic features แต่

ทั้งนี้ ECT ไม่ได้ช่วยป้องกัน recurrent จึงควรให้การรักษาด้วยยาต่อหลังจากผู้ป่วยอาการดีขึ้น (APA, 2000)

1.5) การรักษาอื่นๆ เช่น sleep deprivation ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นในวันรุ่งขึ้นหลังการนอน แต่มักกลับมาเป็นอีกหากให้นอนตามปกติ หรือการรักษาด้วยแสง (light therapy) ในผู้ป่วยที่มีลักษณะการป่วยเป็นแบบตามฤดูกาลที่เฉพาะ (seasonal pattern) อาจรักษาแบบเดียวหรือรักษาร่วมกับการให้ยา ผู้ป่วยจะดีขึ้นใน 2-4 สัปดาห์ (APA, 2000)

2) การบำบัดรักษาระยะต่อเนื่อง (Continuation phase) คือระยะเวลาตั้งแต่ 16-20 สัปดาห์ภายหลังที่ผู้ป่วยมี remission จากการรักษาในระยะเริ่มต้น เป้าหมายของการรักษาเพื่อป้องกันอาการกำเริบ (relapse) ขึ้นมาอีก ทั้งนี้พบว่าหากผู้ป่วยหยุดการรักษาก่อนเวลาอันควรจะมีโอกาสเกิดการกำเริบสูงมากและช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงสูงสุดที่จะเกิดอาการกำเริบคือ 3-6 เดือนแรกหลังจากที่อาการสงบ (remission) ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรได้รับยารักษาต่อจากระยะเริ่มต้น (acute phase) ในขนาดเดียวกันต่อไปอีกอย่างน้อย 6 เดือน (APA, 2000) มีรายงานการศึกษาพบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในระยะเริ่มต้นและอาการดีขึ้นแล้วหากไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต่อในระยะต่อเนื่องจะมีอาการกำเริบถึงร้อยละ 33 แต่หากผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาต่อเนื่องพบว่าจะมีอาการกำเริบเพียงร้อยละ 10-15 (APA, 2000)

3) การบำบัดรักษาระยะคงสภาพ (Maintenance phase) มีเป้าหมายเพื่อป้องกันโรคกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำ (recurrence) โดยระยะเวลาของระยะนี้จะขึ้นกับความรุนแรงของอาการและความถี่ของการเกิดโรคก่อนหน้านี้ มีรายงานว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจะมีโอกาสกลับเป็นซ้ำของโรคภายใน 1 ปี หากไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต่อเนื่อง แต่ในทางตรงข้ามหากผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่องถึงระยะคงสภาพจะมีโอกาสกลับเป็นซ้ำเพียง ร้อยละ 10-30 (APA, 2000)

4) การหยุดการรักษา (discontinuation of active treatment) ยังไม่มีการศึกษาที่เป็นระบบถึงระยะเวลาและวิธีการในการหยุดการรักษา การตัดสินใจหยุดการรักษาขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ความเป็นไปได้ที่จะเกิดเป็นซ้ำ, ความถี่และความรุนแรงของ episode ก่อนหน้านี้

1.4 ยาที่ใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้าและผลอันไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยา

ปัจจุบันการรักษาด้วยยารักษาอาการซึมเศร้าเป็นวิธีการที่นิยมใช้มากที่สุด เนื่องจากปลอดภัยและมีประสิทธิภาพในการรักษา ยารักษาอาการซึมเศร้าส่วนใหญ่จะไปขัดขวางการดูดกลับ (reuptake) เข้าเซลล์ประสาทของสารสื่อประสาทที่สำคัญ 3 ตัวคือ ซีโรโทนิน นอร์อีพิเนฟริน และโดปามีน ที่บริเวณจุดต่อของปลายประสาททำให้สารชีวเคมีในสมองเหล่านี้เพิ่มสูงขึ้นส่งผลให้อาการซึมเศร้าหายไป หรือดีขึ้นและยังเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค การลดอาการ

ซึมเศร้าได้เร็วและป้องกันการกลับเป็นซ้ำบ่อยของโรคจะช่วยหยุดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสมองที่จะเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรได้ เนื่องจากโรคซึมเศร้ามีผลทำให้โครงสร้างของสมองส่วนฮิปโปแคมปัสฝ่อและเกิดการสูญเสียเซลล์ประสาท การได้รับยารักษาอาการซึมเศร้าจะเป็นการป้องกันการฝ่อและการสูญเสียเซลล์ประสาทสมองได้ (มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) ปัจจุบันยารักษาอาการซึมเศร้ามีด้วยกัน 4 กลุ่ม (APA, 2000) แต่ละกลุ่มมีประสิทธิภาพของยาทั้งในด้านผลการรักษาและผลอันไม่พึงประสงค์แตกต่างกัน ดังนี้

1. ยาในกลุ่ม Monoamine Oxidase Inhibitors (MAOI) ได้แก่ tranylcypromine, phenelzine, isocarboxazid เป็นยากลุ่มแรกที่น่าสนใจใช้รักษาโรคซึมเศร้า แต่ปัจจุบันไม่นิยมใช้เนื่องจากมีฤทธิ์ทำให้เกิด hypertensive crisis คือความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน เมื่อรับประทานอาหารที่มีสารไทรา민เข้าไป ผู้ป่วยที่ได้รับยาในกลุ่มนี้ต้องระมัดระวังและเคร่งครัดในการควบคุมอาหารที่มีสารไทรา민 เช่น อาหารหมักดองทุกชนิด เนยแข็ง เหล้า เบียร์ ไวน์ ผลไม้สุกทุกชนิด เครื่องดื่มช็อกโกแลต กาแฟ โยเกิร์ต ครีม และตับไก่ เป็นต้น

2. ยาในกลุ่ม Tricyclic and Tetracyclic Antidepressants (TCA) ได้แก่ Amitriptyline, imipramine, trazadone, mirtazapine ยาในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ทำให้เกิดอาการง่วงมาก จนมีการใช้รับประทานก่อนนอนเพื่อช่วยให้นอนหลับ นอกจากอาการง่วงมากแล้วยังพบผลอันไม่พึงประสงค์อื่นได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ผลต่อการทำงานของหัวใจทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นเร็ว ผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศที่พบคือ ความต้องการทางเพศลดลงหรือเกิด erectile dysfunction และผลต่อน้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะยา Amitriptyline

3. ยาในกลุ่ม Serotonin Specific Reuptake Inhibitor (SSRI) ได้แก่ fluoxetine, sertraline, paroxetine, fluvoxamine, citalopam เป็นยารักษาอาการซึมเศร้าที่จัดแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกาเลือกใช้เป็นอันดับแรกมากที่สุด (APA, 2000) เนื่องจากเป็นยาที่ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการดูดกลับของสารซีโรโทนินเพียงอย่างเดียว ไม่มีผลต่อการดูดกลับของสารนอร์อิพิเนฟรินและสารโดปามีน จึงทำให้มีผลอันไม่พึงประสงค์น้อย โดยเฉพาะยา fluoxetine ที่มีผลทำให้ง่วงและเกิดความดันโลหิตต่ำน้อยที่สุด ผลอันไม่พึงประสงค์อื่นของยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย กระสับกระส่าย รบกวนการนอน ซึ่งพบมากในช่วงสัปดาห์แรกและสามารถหายไปได้เอง อย่างไรก็ตามฤทธิ์ที่ไม่พึงประสงค์และเป็นฤทธิ์ที่ค่อนข้างยาวนานคือ ฤทธิ์ที่ทำให้หน้าที่ทางเพศบกพร่อง (sexual dysfunction) อาการที่พบได้บ่อยที่สุดทั้งในผู้หญิงและผู้ชายคือ delayed orgasm โดยมีรายงานว่าประมาณร้อยละ 10-15ของผู้ป่วยขอเลิกใช้ยาในกลุ่มนี้ด้วยสาเหตุดังกล่าว (APA, 2000)

4. ยาชนิดใหม่ๆ ได้แก่ bupropion, nefazadone, venlafaxine, reboxetine มีความปลอดภัยกว่ายาในกลุ่ม Tricyclic และยาในกลุ่ม MAOI (APA, 2000) ยา bupropion ไม่มีผลอันไม่พึง

ประสงค์ที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ แต่อาจจะทำให้เกิดอาการชักได้ง่าย จำเป็นต้องปรับขนาดให้พอดีกับผู้ป่วย ยา nefazadone ไม่มีฤทธิ์อื่นไม่พึงประสงค์ทางเพศและยังทำให้นอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง มีรายงานว่ายา venlafaxine นั้นเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่อารมณ์ซึมเศร้ารุนแรงมากๆหรือดีสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการยาที่ออกฤทธิ์ได้เร็ว แต่ไม่เหมาะกับผู้ป่วยที่อารมณ์ซึมเศร้าเพียงเล็กน้อยหรือปานกลางเพราะยาทำให้เกิดอาการคลื่นไส้และง่วงมาก (APA, 2000)

การรักษาด้วยยาต้องใช้เวลา 4-6 สัปดาห์ในการออกฤทธิ์ (maximum therapeutic effect) (APA, 2000) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการดีขึ้นใน 1 สัปดาห์แรกและหยุดรับประทานยา ซึ่งพบว่าขนาดของยายังไม่เพียงพอต่อการรักษา จำเป็นอย่างยิ่ง ที่ผู้ป่วยต้องกินยาต่อเนื่องในระยะเริ่มต้นของการรักษา (acute phase) อย่างน้อย 4-8 สัปดาห์จึงสามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยรายนั้นๆ ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาหรือไม่ โดยทั่วไปแล้วพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการสงบและสามารถกลับไปทำหน้าที่ได้ตามปกติหลังได้รับการรักษา 12 สัปดาห์ จากรายงานการศึกษามีเพียงร้อยละ 20-30 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเท่านั้นที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา และพบว่ามีสาเหตุมาจากปัจจัยอื่นๆ ได้ เช่น การวินิจฉัยโรคที่ผิดพลาด อาการทางจิตที่รุนแรง ปัญหารุนแรงทางจิตสังคมของผู้ป่วย การใช้สารเสพติด และความไม่ร่วมมือต่อการรับประทานยา (APA, 2000) ดังนั้น การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ได้รับการรักษาด้วยยาจึงเน้นที่การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง การทำความเข้าใจและอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงวิธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง การสังเกตและรายงานอาการผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นให้แพทย์ทราบ รวมถึงการทำให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงวิธีปฏิบัติตนเมื่อมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาที่อาจเกิดขึ้น มีรายงานการศึกษาว่าความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจและไม่สามารถ ทนต่อผลอันไม่พึงประสงค์จากการกินยาได้ เช่น อาการมึนงง ง่วงนอนในช่วงกลางวัน ทำให้ผู้ป่วยหยุดการรักษาด้วยตนเองโดยเฉพาะในช่วง 1-3 เดือนแรกของการรักษา (APA, 2000; Demyttenaere et al., 2008; Haynes, Ackloo, Sahota, & McDonald, 2008; Nemeroff, 2003) ซึ่งเป็นช่วงที่เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำสูงหากอาการของโรคยังไม่สงบ

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกของการบำบัดรักษา โดยหวังว่าผู้ป่วยจะมีอาการสงบ (Remission) และสามารถกลับไปทำหน้าที่ได้ตามปกติ

2. ความร่วมมือในการรักษา

ความร่วมมือ (Compliance) เป็นเรื่องที่มีการศึกษากันมานานตั้งแต่ปี 1950 โดยเฉพาะประเด็นของความร่วมมือทางสุขภาพ เนื่องจากการดูแลสุขภาพจะไม่เกิดประโยชน์หากไม่ได้รับ

ความร่วมมือจากผู้รับบริการจากการรวบรวมรายงานการศึกษา ที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาของ Kyngas, Duffy, & Kroll (2000) ทำให้ประมาณการณ์ได้ว่าผู้ที่เจ็บป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามแผนการรักษาและไม่ร่วมมือในการรักษามีมากกว่าร้อยละ 80 ซึ่งนำมาสู่ปัญหาต่างๆ มากมาย เช่น ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่เพิ่มมากขึ้น การรักษาที่ต้องยุ่งยากซับซ้อนขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยปัญหาการกำเริบของโรคเบาหวานทำให้เกิดสารคีโตนคั่งในร่างกาย (ketoacidosis) อันเนื่องมาจากการไม่ร่วมมือในการควบคุมอาหารและการฉีดอินซูลิน ผลเสียหายในระยะยาวที่ตามมาคือ ปัญหาการมองเห็นและภาวะไตวายซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในที่สุด เช่นเดียวกับความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาต้านวัณโรคซึ่งส่งผลให้ผู้ที่เป็วัณโรคปอดกลายเป็นพาหะในการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ สำหรับปัญหาและผลกระทบจากความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยทางจิตเวชนั้นพบว่าขนาดของปัญหาและความรุนแรงไม่แตกต่างไปจากโรคเรื้อรังอื่นที่พบ กล่าวคือผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายพบปัญหาความไม่ร่วมมือในการกินยาถึงร้อยละ 76 สำหรับผู้ป่วยทางจิตเวชนั้นพบว่าร้อยละ 58 ของผู้ป่วยจิตเภทไม่ร่วมมือในการกินยารักษาอาการทางจิต (antipsychotic drug) และร้อยละ 65 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่ร่วมมือในการกินยารักษาอาการซึมเศร้า (antidepressant drug) (Demyttenaere, 2003) นำมาสู่การไม่ฟื้นหายและเป็นสาเหตุของการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

2.1 ความหมายของความร่วมมือในการรักษา

ความร่วมมือในการรักษาภาษาอังกฤษใช้คำว่า “compliance” ซึ่งมีความหมายทางการแพทย์ หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลทำตามที่คุณคลากรแนะนำ นักวิชาการหลายท่านกล่าวว่าเป็นคำที่มีความหมายทางลบหรือหมายถึงการบีบบังคับ การสั่งให้กระทำเหมือนผู้รับใช้หรือเหมือนไม่คำนึงถึงความรู้สึกของผู้อื่นจึงมักใช้คำว่า “adherence” แทนซึ่งมีความหมายในทางบวกหมายถึงการที่บุคคลมีความยินดีและเต็มใจในการปฏิบัติพฤติกรรมตามที่คุณบุคลากรแนะนำ หรือในบางครั้งใช้คำว่า Co-operation, mutuality และ therapeutic alliance ซึ่งมีความหมายไปในทางปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษา ความร่วมมือจึงเป็นผลลัพธ์ของกระบวนการปฏิสัมพันธ์ Kyngas และคณะ (2000) ได้รวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับการให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาไว้ 4 กลุ่มด้วยกันคือ

1. ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำที่ผู้ป่วยได้เลือกที่จะปฏิบัติตามด้วยความเต็มใจ โดยที่พฤติกรรมหรือการกระทำนั้นสอดคล้องกับคำแนะนำและแผนการรักษาของแพทย์ (Dracup & Meleis, 1982 อ้างใน Kyngas et al., 2000) ความร่วมมือในการรักษาจึงเป็นผลลัพธ์ของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ โดยผู้ให้บริการมีบทบาทในการ

ช่วยเหลือให้ผู้รับบริการและครอบครัวยอมรับและมีส่วนร่วมกับการรักษา (Vivian, 1996 อ้างใน Kyngas et al., 2000)

2. ความร่วมมือในการรักษา เป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วย ผู้ที่ไม่ร่วมมือในการรักษาเป็นผลมาจากความบกพร่องในการดูแลตนเอง (self-care deficit) จึงทำให้ไม่สามารถที่จะมีสุขภาพที่ดีได้ (Bakker & Kasternans, 1994 อ้างใน Kyngas et al., 2000)

3. ความร่วมมือในการรักษา เป็นผลมาจากแรงจูงใจและความตั้งใจในการที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้รักษา เช่น พฤติกรรมการกินยา การควบคุมอาหาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับคำแนะนำและแผนการรักษาของผู้รักษา (Haynes, 1978 อ้างใน Kyngas et al., 2000)

4. ความร่วมมือในการรักษา คือ การแสดงออกของผู้ป่วยในการควบคุมตนเองให้ทำตามแผนการรักษาโดยมีปัจจัยจากแรงกระตุ้นภายในตัวผู้ป่วยได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยมและแบบอย่างที่เป็นต้นแบบเป็นต้น (Dimatteo & Dinicola, 1982 อ้างใน Kyngas et al., 2000)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยให้ความหมายของคำว่า “Compliance” ตามแนวคิดของ Haynes (1978) ซึ่งนิยามไว้ว่า ความร่วมมือเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติที่มีผลมาจากความนึกคิด ความตั้งใจ แรงจูงใจและอารมณ์ในการที่จะกระทำตามแผนการรักษาซึ่งเกิดขึ้นจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการทางสุขภาพ จึงเป็นเหตุการณ์ที่ยากแก่การเฝ้าสังเกตได้โดยตรง แต่ในการศึกษาของ Demyttenaere (1997) นั้นกล่าวว่าความร่วมมือในการรักษานั้นยากแก่การประเมินแต่หากสามารถจำแนกเป็นพฤติกรรมของความร่วมมือหรือความไม่ร่วมมือได้ เช่น พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถประเมินได้จากพฤติกรรมการรับประทานยาตามที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ (Drug Adherence) เช่น การกินยาอย่างสม่ำเสมอไม่หยุดยาก่อนระยะเวลาที่กำหนด การกินยาถูกต้องตามคำแนะนำไม่ปรับลดหรือเพิ่มขนาดยาเอง

การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา (Drug Adherence)

การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยานั้นทำได้หลายวิธี และแต่ละวิธีก็ยังมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาที่นิยมนำมาใช้ในการวิจัยจึงมี 2 วิธีใหญ่ๆ ได้แก่ การประเมินทางตรงโดยใช้เครื่องมือ และการประเมินทางอ้อมโดยใช้การสัมภาษณ์ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความร่วมมือจำนวนมากยังมีมาตรฐานไม่เพียงพอ ขาดความเชื่อมั่น (Reliability) และความเที่ยงตรง (Validity) รวมถึงมีอคติต่อการประเมินทำให้มีข้อจำกัดในการนำไปใช้อยู่บ้าง ผู้วิจัยได้รวบรวมและแบ่งเครื่องมือไว้ตามประเภทใหญ่ๆ ของการประเมินดังนี้

1. การประเมินทางตรง ได้แก่ การวัดระดับยาในเลือดหรือในปัสสาวะ เพื่อติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วย

1.1 การวัดจากระดับยาในเลือดหรือในปัสสาวะ เป็นวิธีที่ได้ค่าที่ออกมาแน่นอนแต่มีค่าใช้จ่ายสูงและพบปัญหาในการนำไปใช้คือ ความเป็นไปได้ที่วาระดับของยาที่วัดได้ไม่คงที่เช่นนี้ตลอด เพราะในบางครั้งที่ผู้ป่วยไม่กินยา หรือกินยาไม่ถูกวิธี เช่น มากเกินไปหรือน้อยเกินไปในเวลาที่ไม่ได้มาตรวจ ระดับยาจะไม่ได้เป็นค่าที่แน่นอนตลอด (LaGreca & Schuman, 1995 อ้างใน Kyngas et al., 2000)

1.2 การติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วย ได้แก่ การใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ การตรวจนับจำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยใช้ไป และการให้ผู้ป่วยบันทึกการรับประทานยาด้วยตนเอง (self report)

i. การใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ Medication Event Monitor System (MEMS) เป็นวิธีที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในต่างประเทศเครื่องมือนี้จะติดไว้กับขวดยาของผู้ป่วยและบันทึกการเปิดปิดขวดยา แต่วิธีการนี้ก็มีข้อจำกัดที่ไม่สามารถตรวจสอบได้ว่า การเปิดปิดขวดยาจะแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยกินยา (Cramer, 1989 อ้างใน Kyngas et al., 2000) อีกทั้งเครื่องมือที่ใช้ยังมีราคาแพง

ii. การตรวจนับจำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยใช้ไป เป็นอีกวิธีหนึ่งที่พบบ่อยในการวิจัยและพบว่าเป็นการประเมินทางตรงที่ง่าย ได้ค่าออกมาเป็นปริมาณการกินยาที่สามารถบอกถึงความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วย ได้ตรงมากกว่าวิธีการประเมินผ่านระดับยาในเลือดหรือในปัสสาวะกล่าวคือหากผู้ป่วยกินยาได้มากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนตามที่แพทย์แนะนำให้กินจัดได้ว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการกินยา โดยที่ระยะเวลาที่ใช้ในการประเมินความร่วมมือนั้นต้องไม่ต่ำกว่า 1 เดือน (Haynes, 1978)

iii. การให้ผู้ป่วยรายงานการรับประทานยาด้วยตนเอง (self report) เป็นการประเมินที่ง่าย มีคุณภาพ ให้ผลการศึกษาไม่แตกต่างกับการติดตามผู้ป่วยด้วยเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ (MEMS) และไม่มีต้นทุน (Chakraborty et al., 2008; Demyttenaere, 1997; Katon, 1995; Ludman et al., 2003; Peveler et al., 1999) มีหลายงานวิจัยที่นำมาใช้และมีเกณฑ์การให้คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาไว้หลายแบบ เช่น หากใน 1 เดือนที่ผ่านมาผู้ป่วยรับประทานยาได้มากกว่าหรือเท่ากับ 25 วันแสดงว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือ (Peveler et al., 1999; Chakraborty et al., 2008) และการศึกษาของ Demyttenaere (1997) นำจำนวนวันที่ผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกต้องจากการบันทึกการรับประทานยาของผู้ป่วยมาคำนวณเป็นร้อยละของการรับประทานยา และแบ่งระดับของความร่วมมือออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 75-100% ความร่วมมือในการรับประทาน

ยาอยู่ในระดับดี 25-75% ความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับพอใช้ และ 0-25% ความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับที่ไม่ดี

2. การประเมินทางอ้อม โดยการสัมภาษณ์ การประเมินความร่วมมือโดยการสัมภาษณ์ เป็นวิธีการที่เหมาะสมและได้ผลดีในการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล (case management) (Kyngas et al., 2000) เนื่องจากผู้ป่วยและผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมาในระดับหนึ่ง มีการมอบหมายและทำความเข้าใจกันอย่างชัดเจนในเรื่องที่ต้องการประเมิน ได้แก่

2.1 การสัมภาษณ์โดยการถามตรงประเด็นที่ศึกษา เช่น ผู้ป่วยกินยาหรือไม่ มาตรวจตามนัดหรือไม่ จะทำให้ได้ข้อมูลที่แสดงถึงความร่วมมือของผู้ป่วยแต่ในการศึกษาของ Peveler et al. (1999) และ Hunkeler, Mersman, Hargreaves, & Fireman (2000) ก็พบว่า การสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือที่ไม่เหมาะสมในการวัดเรื่องความร่วมมือในการกินยา กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เนื่องจากความรู้สึกลบอบบางทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นอาจทำให้รู้สึกว่าเขาถูกตำหนิจากผู้ถามและอาจเลือกตอบแบบกลางๆ ไม่ตอบตามความเป็นจริง และการศึกษาของ Suparpit Maneesakorn (2007) ซึ่งพิจารณาในบริบทของคนไทยพบว่า การใช้การสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือที่มีปัญหาในการนำไปใช้เนื่องจากความเชื่อและค่านิยมของผู้ป่วยที่มีต่อผู้รักษาคือให้ความเคารพและเกรงใจ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่กล้าตอบตามความเป็นจริง เกิดอคติต่อการวัด รวมถึงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความบอบบางเรื่องความรู้สึกการถามถึงการปฏิบัติตัวเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ซึ่งอาจทำให้เกิดความรู้สึกว่าถูกจับผิดหรือถูกตำหนิจากผู้รักษา

2.2 การสัมภาษณ์ถึงผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการบำบัดหรือปัจจัยที่เป็นตัวบ่งชี้ความร่วมมือในการรับประทานยา เช่น การรับรู้ (Insight) ทักษะ (Attitude) และอาการซึมเศร้า (depressive symptoms) การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถประเมินที่ผลลัพธ์ของการบำบัดรักษาได้ เนื่องจากยารักษาอาการซึมเศร้ามีประสิทธิผลในการลดอาการซึมเศร้าได้ ดังนั้นหากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารับประทานยาตามแพทย์สั่งจะทำให้ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าลดลง (Haynes, 1978) พบในการศึกษาของ Katon (2003); Peveler et al. (1999); Hunkeler et al. (2000) และ Tay (2007) ที่ประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าโดยแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) ที่จัดเป็นเครื่องมือมาตรฐานในการวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ เป็นตัวบ่งชี้ถึงผลลัพธ์ของความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

จะเห็นได้ว่าการประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเวช นั้นเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนและอาจเกิดความคลาดเคลื่อนได้หากเลือกใช้เครื่องมือที่ไม่เหมาะสมในการศึกษาความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่จึงมักใช้การประเมิน

ร่วมกัน 2 ทางทั้งประเมินทางตรงและทางอ้อม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้การประเมินทางตรง จากพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา โดยใช้เครื่องมือการรายงานการรับประทานยาของผู้ป่วย (self report) นำจำนวนวันที่ผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกต้องคือ รับประทานครบมือ และครบจำนวนเม็ด มาคิดเป็นคะแนนความร่วมมือในการกินยา (drug adherence) และประเมินทางอ้อมจากผลลัพธ์ของการรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ กล่าวคือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ร่วมมือในการรับประทานยาจะมีความเสี่ยงต่อการซึมเศร้าลดลง โดยวัดได้จากแบบประเมินอาการซึมเศร้า Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS) ฉบับภาษาไทย ซึ่งเป็นแบบประเมินเพื่อวินิจฉัยและใช้ติดตามประเมินผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยยาต้านอาการซึมเศร้า ที่ใช้ในหน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช แบบประเมิน Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS) ถือเป็นแบบประเมินที่มีความไวและความเที่ยงตรงสูง ต่อการเปลี่ยนแปลงของความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและมีความน่าเชื่อถือเทียบเท่าแบบประเมิน HAM-D (รณชัย คงสกนธ์, สมบัติ ศาสตร์รุ่งกัก, อวยชัย โรจนนรินทร์กิจ, & อุไร บุรณเชษฐ. 2546)

2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

เนื่องจากโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีอาการเป็นช่วงๆ และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูงหรือในบางรายอาจจะเป็นเรื้อรังตลอดชีวิต ดังนั้น ในปัจจุบันการรักษาด้วยยาในผู้ที่ป่วยโรคซึมเศร้าจึงแบ่งออกเป็น 2 ระยะตามเป้าหมายการรักษา ได้แก่ การรับประทานยาบรรเทาอาการในระยะเริ่มแรกเป็นการรักษาให้อาการเข้าสู่ระยะสงบ (remission) และการรับประทานยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำซึ่งใช้ระยะเวลานานอย่างน้อย 6 เดือน โดยเฉพาะในผู้ป่วยเป็นครั้งแรก (APA, 2000) แต่มุมมองของคนส่วนใหญ่ต่อการเจ็บป่วยและการรักษาทางจิตเวช มักไม่ตรงกับทีมการรักษา ด้วยเหตุที่ความคิดเห็นไม่สอดคล้องกันนี้จึงนำไปสู่ปัญหาที่สำคัญคือความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงมักพบในรายงานการศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยารักษาอาการซึมเศร้า (Adherence for antidepressant) จากการรวบรวมเอกสารและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยารักษาอาการซึมเศร้าผู้วิจัยสามารถจำแนกปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าออกเป็นประเภท ดังนี้

1. ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย

1.1 อายุ เพศ สถานภาพสมรส และสถานภาพทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีรายงานการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุน้อยจะมี

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย (Cramer & Rosenheck, 1998; Demyttnaere et al., 2008) และผลการศึกษาของ Cramer & Rosenheck (1998) ยังพบว่าเพศหญิงจะมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีกว่าเพศชาย แต่ในการศึกษาของ Demyttnaere (2001); Lin, Korff & Katon (1995) & Simon, Whitty, Grimshaw, & Thomas (2003) พบว่าปัจจัยด้านเพศ ไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ แต่ปัจจัยด้านสถานภาพสมรสและสถานภาพทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่าเพศชายที่มีสถานภาพทางสังคมสูงมีหน้าที่การทำงานที่ดีจะมีอัตราการเลิกการรักษาสูง และในเพศหญิงพบว่าผู้หญิงที่แต่งงานแล้ว มีสถานภาพเป็นมารดาที่เลี้ยงดูบุตรจะมีอัตราการเลิกการรักษาสูง

1.2 ลักษณะความเจ็บป่วย (illness characteristics) ที่เรื้อรังและความรุนแรงจะมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา (Haynes et al., 2008) การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายต่อการรักษา ขาดแรงจูงใจ ขาดกำลังใจร่วมกับความรู้สึกเหมือนถูกตีตราว่าเป็นโรคจิต (stigma) เป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรักษา (Sirey et al., 2001) สำหรับความรุนแรงของโรคนั้นพบว่าหากผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของโรคสูงจะมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโดยเฉพาะใน 3 เดือนแรกของการรักษา (Demyttnaere et al., 2008) ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษาส่วนใหญ่มักรู้สึกว่าโรคที่ตนเผชิญอยู่มีความรุนแรง ซึ่งก็หมายถึงว่าผู้ป่วยมีการรู้จักตนเองยอมรับการเจ็บป่วยและการรักษาด้วยดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Burra et al., (2007) ที่พบว่าการรู้จักตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (insight) มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ

1.3 ด้านการรับรู้ ทักษะคิด และความเชื่อของผู้ป่วยที่มีต่อโรคซึมเศร้าและการรักษาด้วยยา การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า นั้นพบว่าทัศนคติต่อการรักษาด้วยยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Ajken, Kronenke, Swindle, & Eckert, 2005; Brook et al., 2006; Burra et al., 2007; Haynes et al., 1978; Katon, 2003; Yeh et al., 2008) โดยเฉพาะการศึกษาของ Chakraborty et al., (2008) ที่ศึกษาเรื่องทัศนคติ ความเชื่อต่อการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ป่วยเป็นครั้งแรก โดยนำแบบประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ADCQ (Antidepressant Compliance Questionnaires) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามองค์ประกอบสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คือ สัมพันธภาพต่อผู้รักษา ผลอันไม่พึงประสงค์จากยา ความเชื่อและ

ทัศนคติต่อการรักษาด้วยยา และทัศนคติของคนในครอบครัวต่อการรักษา นำมาประเมินผู้ป่วย หลังจากรับการรักษาด้วยยาไปแล้ว 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่าความเชื่อและทัศนคติต่อการรักษาด้วยยา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการป่วยครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญที่ $P < 0.05$ โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่า ร้อยละ 88 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความเชื่อและทัศนคติที่บิดเบือนต่อการรักษาด้วยยา (Erroneous views) คือ กลัวการติดยาหากต้องกินเป็นระยะเวลานาน ร้อยละ 72 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีความเชื่อว่าเมื่ออาการดีขึ้นแล้วจะไม่กินยาต่อ และพบว่าความคิดทางด้านลบต่อการกินยา (Negative view of antidepressant) คือ การที่ผู้ป่วยคิดว่ายาไม่ได้ช่วยแก้ปัญหของตนได้จึงทำให้ไม่เต็มใจหรือลังเลในการกินยามีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นอย่างมาก ทั้งนี้ทัศนคติสามารถบ่งบอกถึงความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยได้เนื่องจากทัศนคติมีองค์ประกอบของความคิด ความเชื่อและความรู้สึกที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจภายในตัวบุคคลที่พร้อมจะให้นุคคลกระทำหรือละเว้นที่จะกระทำ

การศึกษาของ Aikens, et al. (2005) ศึกษาปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยารักษาอาการซึมเศร้าในกลุ่ม SSRI ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ผลการศึกษาพบว่าความเชื่อต่อการรักษาด้วยยา เป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาต่อเนื่องนาน 9 เดือน ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และการศึกษาของ Aikens, Nease & Klinkman (2008) พบว่าความไม่เชื่อว่ายาสามารถรักษาอาการซึมเศร้าได้มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา และความเชื่อที่ว่ายาเป็นอันตรายมากกว่ามีประโยชน์ในการรักษา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างมีนัยสำคัญ ($P = .03$)

การศึกษาของ Brook, et al. (2006) ที่ทำการศึกษาปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยารักษาโรคซึมเศร้าชนิด Non-tricyclic drug โดยเฝ้าติดตามพฤติกรรม การรับประทานยาของผู้ป่วยด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์บันทึกการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ใน 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่าไม่เพียงแต่ปัญหาจากผลข้างเคียงของการรับประทานยาเท่านั้นที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา แต่พบว่าทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาต่อเนื่องนาน 6 เดือนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

นอกจากความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ดีต่อโรคและการรักษาด้วยยาจะมีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาแล้ว อุษา วรรณฉวีและคณะ (2551) ยังพบว่าผู้ป่วยคิดว่าหรือเชื่อว่าตนเองไม่ได้ป่วย ร้อยละ 39 เป็นเหตุผลที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่มารับการรักษาตั้งแต่การนัดหมายครั้งแรก

1.4 ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรคและการรักษาด้วยยา กล่าวคือ มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่หยุดรับประทานยาเมื่อรู้สึกสบายขึ้นเนื่องจากเข้าใจว่าตนเองหายจากโรคแล้ว เมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการของโรคปรากฏจะรู้สึกว่ ตนเองปกติดีทำให้ไม่เห็นว่มีความจำเป็นต้องรับประทานยาต่อ รวมทั้งหยุดรับประทานยาเมื่อรู้สึกว่รับประทานแล้วอาการไม่ดีขึ้น ไม่ค่อยสบาย หรือรู้สึกแย่งโดยไม่วทราบว่เป็นผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Demyttnaere (2001) ที่พบว่าร้อยละ 55 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหยุดรับประทานยาเมื่ออาการดีขึ้นแล้ว และการศึกษาของอุษา วรรณฉวี และคณะ (2551) ที่พบว่าร้อยละ 19 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่มาติดตามการรักษาในช่วง 1 เดือนแรกของการรักษาให้เหตุผลว่คิดว่าตนเองหายดีแล้ว และการศึกษาของ Chakraborty และคณะ (2008) ที่พบว่าร้อยละ 72 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการกินยา คือจะเลือกกินยาเฉพาะในวันที่ตนมีอาการซึมเศร้ามากๆ เท่านั้น ซึ่งการศึกษาเรื่องความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไต้หวันของ Yeh, Sung, Yorker, Sun, & Kuo (2008) พบว่ความรู้ความเข้าใจในความสำคัญของการรับประทานยาต่อเนื่องเป็นปัจจัยที่สำคัญในการทำนายความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า นอกจากปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรค และการรักษาด้วยยาแล้วยังพบว่าความไม่เข้าใจถึงอาการในระยะเริ่มแรกจากผลข้างเคียงของยาเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารู้สึกไม่สบาย และไม่ให้ความร่วมมือในที่สุด (Nemeroff, 2003)

1.1 ด้านสังคมสิ่งแวดล้อม เช่น อิทธิพลจากครอบครัวของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับญาติและมีญาติช่วยดูแลในการรับประทานยา จะให้ความร่วมมือในการรักษา มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีญาติ จากการศึกษาการมาติดตามการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในหน่วยตรวจโรคจิตเวชฯ โรงพยาบาลศิริราชพบว่าร้อยละ 22 ของผู้ป่วยที่ไม่มาติดตามการรักษาในช่วงเดือนแรกของการรักษามีสาเหตุมาจากไม่มีญาติพามาโรงพยาบาล และพบร้อยละ 16 ของผู้ป่วยที่ไม่มาติดตามการรักษามีสาเหตุจากญาติหรือบุคคลในครอบครัวไม่เห็นด้วยกับการรักษา (อุษา วรรณฉวีและคณะ, 2551) Beck et al., (1979) กล่าวว่าในช่วงเริ่มแรกของการรักษาผู้ป่วยมักแสวงหาข้อมูลข่าวสารเรื่องการรักษาจากสังคมรอบตัวซึ่งพบว่าข้อมูลข่าวสารที่ผู้ป่วยได้รับ ทั้งด้านประโยชน์หรืออันตรายจากการรับประทานยามีผลต่อความคิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งมักจะมองรอบๆ ด้านตนเองในแง่ลบ ความคิดที่บิดเบือนส่งผลต่อพฤติกรรมรับประทานยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2. ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ปัจจัยทางด้านผู้รักษาและปัจจัยด้านแผนการรักษา

2.1 ปัจจัยด้านผู้รักษา (Provider-related factors) ได้แก่สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมผู้รักษา มีผลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย พบว่าปัญหาสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้รักษา เช่น การขาดการสื่อสาร การไม่ให้ความสนใจกับสิ่งที่ผู้ป่วยกังวล การไม่ยืดหยุ่นในข้อตกลงต่างๆ แพทย์ส่วนใหญ่มีเวลาน้อยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าผู้รักษาให้บริการอย่างรีบเร่งและไม่ได้สนใจกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาของผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่กล้าถามแม้บางครั้งจะไม่เข้าใจในสิ่งที่แพทย์พูด การศึกษาของ Chakraborty, et al. (2008) พบว่าร้อยละ 92 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มาติดตามการรักษาครบ 3 เดือนแรกของการรักษานั้นให้เหตุผลว่ายอมรับและพึงพอใจกับการรักษาและเวลาที่แพทย์ใช้ในการให้คำแนะนำ ส่วนการศึกษาของ Nabeel (2008) พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องการเวลาในการอธิบายจากแพทย์มากกว่าที่ได้รับอยู่ ดังนั้นสัมพันธภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำนายความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Demyttenaere, 2008; Haynes et al., 2008; Katon, 1995) จากการศึกษาเรื่องการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้น ยังพบว่าการให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยในลักษณะสร้างความไว้วางใจ และมีท่าทางที่พร้อมให้ความช่วยเหลือด้วยความยินดีและเต็มใจให้การชี้แนะ แนะนำและให้เวลา รวมทั้งคอยกระตุ้นและให้กำลังใจกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดในการรักษา ล้วนส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ ให้ความร่วมมือกับการรักษาและลดอาการซึมเศร้าลงได้ (Beeber, 1998; Hunkeler et al., 2000; Katon, 2003; Peveler et al., 2000)

2.2 ปัจจัยด้านแผนการรักษา (Medication-related factors) หมายถึงแผนการรักษาด้วยยา ซึ่งขึ้นอยู่กับผลของยาในการรักษาและผลข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยพบว่าผลอันไม่พึงประสงค์ จากการรับประทานยาเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยเฉพาะในช่วง 4-6 สัปดาห์แรกของการรักษา (Katon et al., 2003; Lin et al., 1995; Maddox et al., 1994; Simon et al., 2003) เนื่องมาจากธรรมชาติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความไม่สุขสบายอยู่แล้ว จึงไม่สามารถที่จะทนต่อผลอันไม่พึงประสงค์จากยาได้ การศึกษาของ Nemeroff (2003) พบว่าการที่ผู้ป่วยสามารถทนต่อผลอันไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยาได้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การศึกษาของ Maddox และคณะ (1994) และ Lin และคณะ (1995) พบว่าผลอันไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยาเช่นอาการมึนงง ง่วงนอนในช่วงกลางวัน ปัญหาน้ำหนักเกินในผู้หญิง และปัญหาสมรรถภาพทางเพศลดลงในผู้ชาย มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

กล่าวคือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการซึมเศร้าส่วนใหญ่มักมีประสบการณ์อย่างน้อย 1 อย่างที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาต่อเนื่อง เช่น สัมพันธภาพที่ไม่ดีกับผู้รักษา ผลอันไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยา ความรู้ ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการโรคและการรับประทานยารวมถึงความคิด ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ดีต่อการรับประทานยา ทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการรับประทานยา การศึกษาทำความเข้าใจปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ สามารถนำมาเป็นแนวทางในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพต่อไป

2.3 รูปแบบการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยารักษาอาการซึมเศร้า เป็นเรื่องที่มีการศึกษาค้นคว้ากันมานาน รูปแบบของการส่งเสริมความร่วมมือเกิดขึ้นจาก 2 แนวคิด คือ แนวคิดทางด้านBiomedical Model ที่ให้ความสำคัญกับยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การศึกษาพบว่า จำนวนมียา ลักษณะเมื่อยาและผลอันไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยา มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยารักษาอาการซึมเศร้า ซึ่งนำไปสู่การปรับปรุงทางเภสัชวิทยาเกิดเป็นยาชนิดใหม่ๆขึ้นมา เพื่อลดจำนวนมียาและผลอันไม่พึงประสงค์จากยา ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น และแนวคิดทางด้านPsychology Model ที่ให้ความสำคัญต่อจิตใจ ความรู้สึนึกคิดของผู้ป่วยต่อการรักษาด้วยยา มีหลายกลวิธีทางด้านจิตวิทยาที่พัฒนามาเพื่อใช้ในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย ได้แก่ การให้ความรู้และให้คำปรึกษา เรื่องการรับประทานยา การเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาด้วยยา การปรับความคิดและพฤติกรรม การรับประทานยา และการช่วยเหลือผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหาการรับประทานยาอย่างเป็นระบบ การติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ เป็นต้น แต่ยังไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่าวิธีใดเป็นวิธีที่ดีที่สุด และยังพบว่าการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นมักใช้หลายวิธีร่วมกัน ดังตัวอย่างต่อไปนี้

1. โปรแกรม Collaborative Care ของ Katon (2001) ที่ผสมผสานระหว่างการให้ความรู้ การใช้กลวิธีการปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT) ในการฝึกทักษะการรับประทานยา และการบำบัด CBT โดยแพทย์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการกับสถานการณ์ที่มีผลต่ออาการซึมเศร้าและการติดตามผู้ป่วยอย่างเป็นระบบในชุมชนต่อเนื่องนาน 18 เดือน ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร่ายังอยู่ในการรักษา มีความร่วมมือในการรับประทานยา และอาการซึมเศร้าลดลง

2. โปรแกรม Depression care programs ของVergouwen, Bakker, Burger, Verheij, & Koerselman (2005) เป็นการศึกษาโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการมีระบบเตือนความจำผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยา ซึ่งโปรแกรมประกอบไปด้วยการสอน การให้เอกสาร

แผ่นพับร่วมกับการส่งข้อความเตือนเรื่องการปฏิบัติตัวทางโทรศัพท์และทางจดหมาย ผลการศึกษาพบว่า Depression care programs ไม่ได้ดีกว่า Collaborative Care ของ Katon (2001) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการให้ความรู้ต้องรวมไปถึงการจัดหาความรู้ และการปรับเปลี่ยนกระบวนการความคิด (Cognition) ให้แก่ผู้ป่วยโดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากระบวนการความคิดมีความสำคัญอย่างมากต่อพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วย ซึ่ง Beck และคณะ (1979) กล่าวว่าความคิดอัตโนมัติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เกิดตามมาเรื่อยๆ และรุนแรงมากขึ้นจะทำให้ความคิดที่มีเหตุผลถูกบิดเบือน (Cognitive distortion) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเลิกการรักษา (drop-out) ทั้งในการรักษาด้วยยาและการให้จิตบำบัด และความผิดปกติของความคิดนี้ก็จะพบมากในช่วงแรกของการรักษา (initial phase) ซึ่งพบว่าในช่วงแรกของการรักษา ผู้ป่วยจะได้ข้อมูลจากคนรอบข้างทั้งที่เป็นประโยชน์และไม่เป็นประโยชน์ต่อการรักษา วิธีคิดที่บิดเบือนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะทำให้ข่าวสารการรับรู้ของผู้ป่วยถูกขยายมากเกินไป (Magnify) นำไปสู่ความเชื่อและการเข้าใจผิดๆ เกี่ยวกับการรับประทานยา ความคิดที่บิดเบือนนี้มีผลโดยตรงต่อแรงจูงใจจึงทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าขาดแรงจูงใจที่จะร่วมมือในการรักษาโดยเฉพาะระยะเริ่มเข้าสู่การรักษา

ทั้งนี้รูปแบบการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว จึงให้ผลน้อยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รูปแบบการดูแลแบบผสมผสาน Collaborative Care ได้ผลดีต่อความร่วมมือและการลดอาการซึมเศร้า แต่มีข้อจำกัดในการนำมาใช้เนื่องจากเป็นการดูแลร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพในชุมชน

3. การศึกษาของ Nabeel (2008) พบว่าผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาด้วยยารักษาอาการซึมเศร้าเป็นครั้งแรกต้องการเวลาและคำอธิบายจากแพทย์เป็นอย่างมากโปรแกรมการให้คำปรึกษาเรื่องยาโดยเภสัชกร จึงประกอบไปด้วยการทำความเข้าใจร่วมกับการเสริมแรงในการรับประทานยารักษาอาการซึมเศร้า ให้การสนับสนุนว่าการรับประทานยามีประโยชน์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมที่ใช้เวลา 10-15 นาทีในครั้งแรกที่มารับยา ส่งผลต่อความพึงพอใจและความร่วมมือในการรับประทานยาเมื่อติดตามด้วยเครื่องมือ MEMS จนถึง 6 สัปดาห์

4. การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เป็นการศึกษาของ Hunkeler และคณะ (2000) พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional support) อย่างสม่ำเสมอจากพยาบาลโดยผ่านทางติดตามทางโทรศัพท์ Nurse Telehealth Care ที่ออกแบบไว้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการซึมเศร้าเป็นครั้งแรก จะได้รับการติดตามทางโทรศัพท์จากพยาบาลทุก 2 ครั้งต่อสัปดาห์ในระยะ 2 สัปดาห์แรก ต่อเนื่องทุก 1 ครั้งต่อสัปดาห์จนครบ 8 สัปดาห์ และทุก 2 สัปดาห์จนครบ 16 สัปดาห์ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการซึมเศร้าและความพึงพอใจต่อการรักษาดีขึ้น โดยวัดที่สัปดาห์ที่ 6 และเดือนที่ 6 ของการรักษา แต่ไม่มีความแตกต่างในเรื่องของความ

ร่วมมือในการรับประทานยาเมื่อวัดด้วยเครื่องมือ MEMS ในสัปดาห์ที่ 6 และเดือนที่ 6 ของการรักษา

5. การให้ความรู้ร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาและการปรับเปลี่ยนความคิดต่อการใช้ยา ในการศึกษาของ Peveler และคณะ (1999) ศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือตามแนวคิด “Compliance therapy” ของ Kemp (1996) ที่พบว่าได้ผลดีในผู้ป่วยจิตเภท จึงนำมาพัฒนาใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โปรแกรมประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอนที่สำคัญในการเสริมสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยา คือ การสืบค้นความลังเลใจในการใช้ยา การค้นหาความเชื่อเกี่ยวกับยาที่ได้รับ การให้เหตุผลที่ถูกต้องเกี่ยวกับความจำเป็นในการรับประทานยา และการให้ข้อมูลเรื่องการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ใช้ระยะเวลาดำเนินโปรแกรม 5 ครั้ง ติดต่อกัน สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจและร่วมมือในการรับประทานยา เมื่อวัดด้วยเครื่องมือ MEMS ร่วมกับ self-report ในสัปดาห์ที่ 6 และเดือนที่ 3 ของการรักษา

6. การศึกษาของ Tay (2007) นำโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือตามแนวคิด “Compliance therapy” ของ Kemp (1996) มาศึกษากับผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภทและโรคซึมเศร้า ที่ถูกส่งเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล โปรแกรมทำเป็นรายบุคคล 3-5 ครั้งติดต่อกันครั้งละ 30-60 นาที ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับความคิด และพฤติกรรมมีผลต่อทัศนคติต่อการรับประทานยาของผู้ป่วย เมื่อวัดด้วยแบบวัดทัศนคติต่อการรับประทานยา (DAI-10) ก่อนและหลังการทดลอง

สรุป โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา มักเป็นโปรแกรมที่ให้ตั้งแต่ครั้งแรกที่ผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยยาดำเนินติดต่อกันไปประมาณ 3-5 ครั้ง ใช้เวลาเฉลี่ยครั้งละ 15-60 นาที สามารถวัดผลของความร่วมมือในการรับประทานยาได้ ด้วยเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ MEMS ร่วมกับการให้ผู้ป่วยรายงานการรับประทานยาด้วยตนเอง ตั้งแต่ในสัปดาห์ที่ 6 ของการรักษาด้วยยา และยังพบอีกว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวและการใช้โทรศัพท์ในการติดตามผู้ป่วย ไม่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา แต่การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่อยู่บนพื้นฐานของการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรมมารับประทานยาเป็นโปรแกรม ที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Haynes et al., 2008; Peveler et al., 1999; Williams et al., 2007) สำหรับการศึกษาในประเทศไทยนั้น พบในการศึกษาของ พรทิพย์ วชิรดิกล (2551) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิดที่ดำเนินติดต่อกันไปจำนวน 5 ครั้งใช้เวลาครั้งละ 45-60 นาที จะมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะกินยาจิตเวชและพฤติกรรมความร่วมมือในการ

รักษา มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผล 3 เดือนและ 6 เดือน และการศึกษาขององค์ร ประจันเขตต์ (2551) ที่พบว่าทำให้คำปรึกษารายบุคคล โดยเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ จำนวน 2 ครั้งร่วมกับการโทรศัพท์ติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี และรับประทานยาต้านไวรัสสามารถส่งเสริมให้เกิดความต่อเนื่องของการรับประทานยา ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 ทั้งนี้ยังไม่มีการศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2.4 โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรม

แนวคิดและทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา ด้วยยาตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรม ประกอบไปด้วย

2.4.1 การให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing)

2.4.1.1) ความหมายและที่มาของแนวคิด

2.4.1.2) กระบวนการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ

2.4.2 การปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT)

2.4.2.1) ที่มาและความหมายของแนวคิด

2.4.2.2) เทคนิคการปรับความคิดและพฤติกรรม

2.4.1 การให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing)

2.4.1.1) ความหมายและที่มาของแนวคิด

การให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ เป็นการให้คำปรึกษาแบบเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสำรวจปัญหาและจัดการกับความลังเลใจของตนเอง ในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ (Miller & Rollnick, 2002) เริ่มมีการนำมาใช้ตั้งแต่ปี 1983 โดย William Miller เป็นการบำบัดอย่างเป็นระบบ บนพื้นฐานองค์ความรู้ในเรื่องขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) ของ Prochaska & Diclemente (1982) ที่อธิบายขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลไว้ว่าเป็นกระบวนการและมีขั้นตอนดำเนินไปเป็นระยะๆ มีทั้งหมด 5 ระยะ ได้แก่ ระยะเพิกเฉย (Pre-contemplation stage) ระยะลังเลใจ (contemplation stage) ระยะตัดสินใจ (Determination stage) และระยะลงมือกระทำ (Action stage) การให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ

มุ่งเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยไม่เน้นการสอนและฝึกทักษะต่างๆ ให้กับผู้ป่วยเนื่องจากการบำบัดมีแนวคิดที่ว่า ถ้าผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงแล้วผู้ป่วยจะแสวงหาวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมได้ด้วยตัวเอง ผู้ให้การบำบัดต้องวิเคราะห์ให้ได้ว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะใดของการเปลี่ยนแปลง และมีการตอบสนองที่เหมาะสมตามแต่ละระยะจะทำให้ผู้ป่วยขยับไปสู่ขั้นตอนต่อไปได้ จนไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้อย่างถาวร

2.4.1.2) กระบวนการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ

ประกอบไปด้วย 7 ขั้นตอนที่สำคัญคือ

1. การสร้างสัมพันธภาพ

การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญที่สุด ท่าทีที่กระตือรือร้นในการให้ความช่วยเหลือ (Active Helping) การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (Practicing Empathy) เป็นการสื่อสารที่แสดงถึงความเข้าใจลดการต่อต้านจากผู้ป่วย ในบางครั้งการแสดงความเห็นอกเห็นใจของผู้บำบัดยังเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจะบอก ทำให้ผู้บำบัดเข้าใจปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย เป็นการสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้เผชิญปัญหาตามลำพัง ผู้บำบัดที่แสดงลักษณะท่าทีที่เต็มไปด้วยความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยถือเป็นลักษณะที่สำคัญและจำเป็นสำหรับการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ

2. การประเมินระดับของแรงจูงใจ

ผู้บำบัดควรประเมินแรงจูงใจของผู้ป่วยให้ได้ว่าอยู่ในขั้นตอนใดของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) อันได้แก่

1) ระยะเพิกเฉย (Pre-contemplation stage) เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะไม่ยอมรับและไม่เชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นปัญหา ซึ่งพบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมสุขภาพจะอยู่ในระยะนี้และเป็นระยะที่ยากต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Livensky, Forcehimes, O'Donohae, & Beitz, 2007) ผู้ป่วยในระยะนี้ควรได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจและกระตุ้นให้เกิดการตระหนักต่อปัญหาของตนเอง

2) ระยะลังเลใจ (contemplation stage) เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะเริ่มมองเห็นปัญหาแต่ยังมีความลังเลใจ (Ambivalence) ผู้ป่วยจะเริ่มหาข้อมูล ชั่งน้ำหนักหาข้อดีข้อเสีย (Pro and Cons) และมีความรู้สึกว่าคุณเองมีอุปสรรคมากมาย ยังไม่พร้อมและไม่มีแผนการที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะเวลาอันใกล้ ระยะนี้ผู้ป่วยจึงต้องการการเพิ่มแรงจูงใจให้มั่นคงเพื่อที่จะสามารถตัดสินใจได้

3) ระยะตัดสินใจ (Determination stage) เป็นระยะที่เริ่มมีการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะเวลาอันใกล้นี้ ผู้ป่วยจะมีความพร้อมและตั้งใจว่าจะลงมือปฏิบัติพฤติกรรม มีการวางแผน หาข้อมูล ขอคำปรึกษา และเริ่มลงมือกระทำพฤติกรรมบางอย่างแต่ยังไม่อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ผู้ป่วยในระยะนี้ควรจะได้รับ的帮助เหลือในการตัดสินใจ การเตรียมความพร้อมและวางแผน การได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติ จึงจะสามารถพัฒนาไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสมได้

4) ระยะลงมือกระทำ (Action stage) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีการปฏิบัติตามสิ่งที่ตนตั้งใจไว้หรือมีพฤติกรรมที่เหมาะสมไปแล้วระยะเวลาหนึ่ง เป็นระยะที่ต้องการการสนับสนุนให้กำลังใจ รวมถึงส่งเสริมทักษะในการแก้ไขและเผชิญปัญหาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

5) ระยะกระทำต่อเนื่อง (Maintenance stage) ผู้ป่วยจะรู้สึกคุ้นเคยไม่ฝืนและยังคงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่อย่างต่อเนื่อง โดยยังคงมีการป้องกันการกลับไปมีพฤติกรรมเดิม ทั้งนี้ในธรรมชาติของมนุษย์มักพบว่า ความล้าเลใจเกิดขึ้นได้เสมอบางครั้งอาจระลึกถึงปัญหาและเต็มใจที่จะลงมือจัดการแก้ไขแต่บางรายอาจจะไม่ผ่าน และกลับไปเป็นเช่นเดิมก็เนื่องมาจากความล้าเลใจที่เกิดขึ้นไปมาเป็นวงล้อของการเปลี่ยนแปลง

3. การสร้างแรงจูงใจ

ผู้บำบัดควรตรวจสอบความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อปัญหาของตนเองว่า ผู้ป่วยยอมรับว่าเป็นปัญหามากน้อยแค่ไหน เห็นว่าเป็นปัญหาอย่างมากต้องการแก้ไขอย่างจริงจัง หรือว่ายังล้าเลใจ หากพบว่าผู้ป่วยยังล้าเลใจผู้บำบัดต้องมีวิธีการในการจัดการกับความล้าเลใจของผู้ป่วย อันได้แก่

1) การพัฒนาช่องว่างระหว่างเป้าหมายกับปัจจุบัน (Develop discrepancy) เป็นการทำให้ผู้ป่วยมองเห็นความไม่สอดคล้องระหว่างพฤติกรรมปัจจุบันกับเป้าหมายที่เขาต้องการ นั่นคือการขยายความคิดของผู้ป่วย เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ในการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจนั้นจะใช้เทคนิคคำถามปลายเปิด (Open-ended Question) ซึ่งเป็นทักษะพื้นฐานสำคัญในการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ ได้แก่ การถามถึงอนาคต การถามถึงเป้าหมายในชีวิต การถามถึงอดีตที่ดีกว่า ถามถึงสิ่งที่เลวร้ายสุดๆที่เป็นไปได้ หรือถามถึงสิ่งที่ดีสุดๆที่เป็นไปได้ คำถามที่ใช้จะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดเล็กน้อยเพื่อจะได้ตระหนักถึงความสูญเสียและผลกระทบที่รุนแรงที่เกิดจากพฤติกรรมปัจจุบันและเมื่อผู้ป่วยเห็นว่าพฤติกรรมดังกล่าว เป็นอุปสรรคต่อเป้าหมายสำคัญของเขาโอกาสที่เขาจะเปลี่ยนแปลงจะเป็นไปได้มาก นั่นคือแรงจูงใจจะเกิดขึ้น โดยหลักการแล้วผู้ป่วยต้องเป็นฝ่ายหาเหตุผลด้วยตนเองในการเปลี่ยนแปลง ไม่ใช่เหตุผลจากผู้บำบัด ทั้งนี้เพราะคนเรามักจะทำตามความคิดของตนเองมากกว่าจะทำตามที่คนอื่นบอกหรือชักชวนให้ทำ หากการให้คำปรึกษาสามารถดำเนินไปด้วยดี ผู้ป่วยจะมีการพูดที่แสดงถึงความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง

(Change talk) เช่น คำพูดที่แสดงความต้องการหรือความสามารถของผู้ป่วยที่จะทำ คำพูดที่เป็นเหตุเป็นผล หรือเป็นความจำเป็นที่ต้องเกิดพฤติกรรมใหม่

2) การชวนผู้ป่วยชั่งน้ำหนักผลดีและผลเสียเพื่อการตัดสินใจ (Pro and cons) ในสิ่งที่ผู้ป่วยสองจิตสองใจโดยเน้นและชี้ให้ผู้ผู้ป่วยเห็นความขัดแย้งในใจ การชวนปรับเปลี่ยนมุมมอง การรับรู้ตนเองใหม่หรือให้ความหมายใหม่ (Reframing) กลยุทธ์เหล่านี้สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจหรือเป็นการทำให้ผู้ป่วยมองปัญหาทางบวกและมีความต้องการจะเปลี่ยนแปลงตนเองอย่างจริงจังมากขึ้น

4. การจัดการกับอุปสรรค (Removing Barriers)

ภายหลังที่ผู้ป่วยพูดถึงการเปลี่ยนแปลง หรือมีการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมใหม่แล้ว ผู้บำบัดต้องสอบถามและช่วยเหลือผู้ป่วยในการกำจัดอุปสรรค ที่จะมีการเปลี่ยนแปลงตนเองของผู้ป่วย โดยตั้งคำถามผู้ป่วยว่าจะอะไรที่จะเป็นอุปสรรคต่อผู้ป่วยได้บ้าง เพื่อที่ผู้ป่วยและผู้บำบัดจะต้องเริ่มต้นวางแผนกัน ซึ่งแผนการการเปลี่ยนแปลงนั้นจะมาจากคำพูดของผู้ป่วยเอง ผู้บำบัดจะสะท้อนกลับและยืนยันรับรองในสิ่งที่เหมาะสม เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย การกล่าวยืนยันนี้เป็นการสนับสนุนทางด้านจิตใจให้แก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะการสนับสนุนให้เกิดการรับรู้ในความสามารถของตนเอง (Support self-efficacy) การที่ผู้ป่วยเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการกับเรื่องต่างๆ ให้บรรลุ ผลสำเร็จได้เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การกล่าวยืนยันนั้นสามารถทำได้ในเรื่องง่ายๆ ที่เห็นว่าผู้ป่วยสามารถทำได้เช่น “ผู้บำบัดรู้สึกดีใจและขอบคุณที่ผู้ป่วยมาพบในวันนี้” “เป็นเรื่องที่ดีมากที่ผู้ป่วยกินยาได้ต่อเนื่องในสัปดาห์นี้” หรือ “นายภของนับถือในความซื่อสัตย์ของคุณมากในการที่คุณเปิดเผยว่าไม่ได้กินยาเลยในสัปดาห์นี้” (Levensky et al., 2007)

5. การกำหนดเป้าหมาย และการวางแผนที่จะปฏิบัติ (plan) การกำหนดเป้าหมายให้ชัดเจน (Clarifying Goals) ในการบำบัดผู้บำบัดต้องพยายามรวบรวมความคิดของผู้ป่วยและสรุปให้ได้ว่าผู้ป่วยมีแผนการอย่างไรที่จะทำกับปัญหาในขณะนี้ ผู้บำบัดจะไม่บอกผู้ป่วยว่าควรเปลี่ยนแปลงตัวเองอย่างไร หรือสอนทักษะอะไรให้ ผู้บำบัดจะใช้การกระตุ้นด้วยคำถามเพื่อให้ผู้ป่วยพูดถึงเป้าหมายที่ชัดเจนของตนออกมาเอง เช่นคำถามที่ถามว่า “คุณคิดว่า你会ทำอะไร” “อะไรที่จะช่วยเหลือคุณได้บ้าง” ในการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจนั้นผู้ป่วยอาจถามข้อมูลและความเห็นจากผู้บำบัดสำหรับเป็นข้อมูลในการตัดสินใจ ผู้บำบัดควรตอบอย่างตรงไปตรงมา หรือให้คำแนะนำ (Giving Advice) ที่ชัดเจน ซึ่งเป็นสิ่งที่แตกต่างจากให้คำปรึกษาแนวโรเจอร์ที่เน้นให้ผู้ผู้ป่วยคิดเอง การให้คำแนะนำในการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจจะให้ครบทุกด้าน ทั้งการกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยวางแผนการปฏิบัติ และการตระหนักถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลง การให้เห็นถึงประโยชน์

อันตรายหรือความเสี่ยงของการปฏิบัติ และเสนอวิธีการที่เฉพาะเจาะจงและชัดเจนในการจัดการกับปัญหานั้นๆ และหากผู้บำบัดเป็นผู้ให้ข้อมูลหรือข้อเสนอแนะผู้บำบัดจะต้องถามถึงความคิดของผู้ป่วยว่าคิดอย่างไรกับข้อมูลที่ผู้บำบัดให้ไป ยอมรับได้หรือไม่ซึ่งผู้ป่วยก็อาจจะเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยก็ได้ ในการให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยากับผู้ป่วยก็เช่นกันมีรายงานการวิจัยออกมาว่าการให้คำแนะนำทั้งประโยชน์และผลอันไม่พึงประสงค์ จากการรับประทานยาสามารถเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ (Aikens et al., 2008; Hunkeler et al., 2000) การเสนอทางเลือก (Providing Choices) และให้โอกาสผู้ป่วยในการเลือกวิธีการเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง ในการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจนั้น จะแตกต่างจากการให้คำปรึกษาแบบโรเจอร์ที่ภายหลังจบการปรึกษาแล้วผู้ป่วยจะเป็นผู้คิดและตัดสินใจเอาเองว่าจะเลือกทำอะไรต่อไป แต่เนื่องจากการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจนั้น มีเป้าหมายที่ชัดเจนในการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้งนี้ผู้บำบัดจะรู้อยู่แล้วว่าพฤติกรรมใดควรทำและพฤติกรรมใดไม่ควรทำยกตัวอย่างในเรื่องของการออกกำลังกาย ภายหลังที่ผู้บำบัดให้ข้อมูลที่ถูกต้อง อธิบายให้เห็นถึงความสำคัญของการออกกำลังกาย และเสนอวิธีการที่เฉพาะเจาะจงและชัดเจนในการจัดการกับปัญหานั้นแล้ว ผู้บำบัดอาจต้องพูดคุยเสนอทางเลือกอื่นๆกับผู้ป่วยอีกว่ามีวิธีการออกกำลังกายแบบใดที่ผู้ป่วยสามารถทำได้บ้างและผู้ป่วยมีความคิดเห็นต่อทางเลือกต่างๆ อย่างไร โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกวิธีการต่างๆด้วยตนเอง

6. การให้กำลังใจ (คาดหวังด้านบวก)

ถึงแม้ว่าผู้บำบัดดำเนินการช่วยเหลือไปตามหลักการข้างต้น และชักชวนให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาที่จะต้องได้รับการแก้ไขแต่หากผู้ป่วยมองว่าปัญหาไม่มีหนทางแก้ไข เขาก็จะท้อหมดหวัง ดังนั้นความหวังและศรัทธาเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง เป้าหมายของการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจคือผู้ป่วยรับรู้ความสามารถของตน ในการจัดการกับอุปสรรคปัญหาและประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลง โดยปกติผู้ป่วยจะยังไม่ทำการเปลี่ยนแปลงจนกว่าจะรู้สึกว่ามีหวังที่จะทำได้สำเร็จ ผู้บำบัดควรสนับสนุนและชี้ให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ ให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ในความสามารถของตนเอง (Support self-efficacy) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนมีหวังและมองโลกในแง่บวก การที่ผู้ป่วยเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการกับเรื่องต่างๆให้บรรลุผลสำเร็จได้ เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและยังเป็นตัวพยากรณ์ที่ดีในการคาดการณ์ถึงความสำเร็จ (Levensky et al., 2007)

7. การสรุปความ (Summaries) เป็นการเชื่อมโยงและเน้นย้ำในเรื่องที่ได้พูดคุยกัน การสรุปความมักเกิดขึ้นระยะที่มีการสืบค้นความลงใจ ผู้บำบัดต้องเชื่อมโยงและเน้นย้ำให้เห็นถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยพูดถึงความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลง ประโยคที่แสดงถึงความสามารถในการเปลี่ยน

และประโยชน์ที่แสดงเหตุผลความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องการจะเปลี่ยนแปลง เมื่อจบชั่วโมงการบำบัด เป็นการสรุปว่าผู้ป่วยได้พูดอะไรออกมาบ้าง โดยเฉพาะการพูดทวนซ้ำหรือสรุปความคำพูดที่เป็นข้อความจริงใจของผู้ป่วย อาจสรุปความตั้งใจของผู้ป่วยไปด้วย การสรุปความช่วยให้ผู้ป่วยได้ยื่นข้อความจริงใจตนเองเป็นครั้งที่ 3 ครั้งแรกจากตัวของผู้ป่วยเอง ครั้งที่ 2 ช่วงที่ผู้บำบัดให้ข้อมูลป้อนกลับ (providing Feedback) ในชั่วโมงการบำบัด และครั้งที่ 3 จากการสรุปความในช่วงท้าย

กล่าวได้ว่า การให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจเป็นที่ยอมรับในปัจจุบันว่ามีประสิทธิภาพอย่างมากในการใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยเฉพาะการใช้ในการจัดการ และการป้องกันปัญหาสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Levensky et al., 2007) จากการรวบรวมงานวิจัยอย่างเป็นระบบทำให้ทราบว่า การให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจเป็นการบำบัด ที่มีประสิทธิภาพและใช้กันอย่างแพร่หลายไม่เพียงแต่ในผู้ป่วยที่บำบัดยาเสพติดเท่านั้น การให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจยังมีประสิทธิภาพดีต่อความร่วมมือในการรักษา การลดปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยโรคเอดส์ รวมถึงปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพด้านอื่นๆ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และยังพบอีกว่าหากมีการนำการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจไปทำควบคู่ไปกับการให้การรักษาโรค การให้ความรู้และการป้องกันความเสี่ยงจะส่งผลดีต่อความร่วมมือในการรักษา เช่น ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่ต้องการเลิกสุราและบุหรี่ และผู้ป่วยทางจิตเวชที่มีประวัติไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา เป็นต้น ผู้วิจัยคาดว่า การนำการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจมาใช้ในกระบวนการบำบัด เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าครั้งนี้ จะช่วยให้สัมพันธภาพในการบำบัดมีความมั่นคง การกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดในระยะเริ่มต้นหรือระยะสร้างสัมพันธภาพเป็นการช่วยให้ผู้บำบัดเข้าใจในปัญหาหรือความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย การตั้งคำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้ป่วยพูดถึงพฤติกรรมรับประทานยาของตนว่ามีผลดี ผลเสีย ต่อตนเองทั้งในปัจจุบันและในอนาคตอย่างไร รวมทั้งการวางแผนรับประทานยาและการแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นการให้ข้อมูลถึงวิธีการที่หลากหลายในการจัดการกับปัญหาอุปสรรคในระหว่างรับประทานยา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตัดสินใจ เลือกทางเลือกด้วยตนเอง รวมทั้งให้ผู้ป่วยสรุปข้อความจริงใจที่ผู้ป่วยพูดออกมาจะช่วยเสริมสร้างทัศนคติทางบวกให้แก่ตนเอง ผู้บำบัดเสริมแรงหรือให้ยืนยันรับรองข้อความที่ผู้ป่วยพูดออกมาจะเป็นการเสริมศักยภาพและสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง มีเป้าหมายที่ดีต่อการรักษาส่งผลดีต่อความร่วมมือในการรักษาต่อไป

แต่ทั้งนี้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่า ผู้ป่วยมักมีการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการคิด กล่าวคือมีความคิดอัตโนมัติในทางลบ ซึ่งหมายถึงความคิดแรกสุดที่ไม่ได้ผ่านกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล ความคิดอัตโนมัติในทางลบเป็นผลมาจากโครงสร้างทางความคิด ที่รับรู้และแปลความ

สถานการณ์ไปในทางลบ ซึ่งได้แก่ การคิดที่บิดเบือนไปในทางลบทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต (Beck et al., 1979) ด้วยความผิดปกติทางความคิดดังกล่าวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้านี้อาจส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา ภายหลังการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจจะช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักในปัญหาของตนเอง เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษา นั่นก็คือผู้ป่วยได้ปรับเปลี่ยนตนเองจากระยะของการเพิกเฉยต่อปัญหาความเจ็บป่วยเข้าสู่ระยะที่ตระหนัก และหาหนทางในการเปลี่ยนแปลงตนเอง แต่เนื่องจากความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกิดขึ้นได้เสมอๆ โดยไม่ตั้งใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นอุปสรรคต่อการเข้าสู่ระยะปฏิบัติได้ การปรับความคิดและพฤติกรรม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติของตนเอง ที่เกิดขึ้นในระหว่างการรับประทานยาว่าเป็นความคิดที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยหรือไม่ หากพบว่าความคิดอัตโนมัติดังกล่าวเป็นอุปสรรคต่อผู้ป่วยในการรับประทานยาและผู้ป่วยยินดีที่จะปรับเปลี่ยน ก็สามารถที่จะฝึกทักษะในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมได้ ซึ่งน่าจะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยซึมเศร้ามีความมั่นคงในความร่วมมือในการรับประทานยา

2.4.2 การปรับความคิดและพฤติกรรม

2.4.2.1) ที่มาและความหมายของแนวคิด

การปรับความคิดและพฤติกรรมมีที่มาจากทฤษฎีการบำบัดทางความคิด (Cognitive therapy) พัฒนาขึ้นโดย Aaron T. Beck (1976) ซึ่งเป็นจิตแพทย์ที่ให้ความสำคัญกับส่วนของการคิด (Cognition) โดยการบำบัดมีแนวคิดอยู่บนทฤษฎีพื้นฐานที่ว่าเหตุการณ์ (situation) จะนำไปสู่ความคิดอัตโนมัติ (automatic thoughts) แล้วทำให้เกิดอารมณ์ (emotion) ขึ้นมา นอกจากอารมณ์แล้วยังมีพฤติกรรม (behavior) และอาการทางร่างกาย (physiology) เกิดการเปลี่ยนแปลงด้วย การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) เป็นจิตบำบัดที่มีโครงสร้าง เป้าหมายและทิศทางในการบำบัดที่ชัดเจน การบำบัดมุ่งเน้นที่การแก้ไขปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบที่ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้า โดยใช้แนวคิดพื้นฐานการบำบัดทางความคิดที่ว่า การปรับเปลี่ยนความคิดมีผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรม การบำบัดทางความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของ Beck, et al. (1979) ใช้ทั้งวิธีการทางความคิดและวิธีการทางพฤติกรรม เช่น ให้ผู้รับการบำบัดสังเกตและบันทึกความคิดความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเอง มีการมอบหมายงานเป็นการบ้านเป็นต้น จึงนิยมเรียกรวมกันว่า การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) (สุชาติ พหลภักย์, 2542)

2.4.2.2) เทคนิคการปรับความคิด และพฤติกรรมในผู้ป่วย

โรคซึมเศร้า

แนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม มีความเชื่อว่าการคิดมีผลต่อพฤติกรรม และอารมณ์ การคิดสามารถตรวจสอบและปรับเปลี่ยนได้ รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถกระทำได้โดยการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิด ซึ่งเทคนิคการปรับความคิดและพฤติกรรม มี 3 ขั้นตอนที่สำคัญ คือ การค้นหาความคิดอัตโนมัติ การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ และการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ (Beck, 1995; อัจฉรา จรัสสิงห์, นิศกร ตั้งสกุล, บรรณาธิการ, 2550)

1. การค้นหาความคิดอัตโนมัติ ผู้บำบัดจะเริ่มจากการค้นหาปัญหาของผู้ป่วย พยายามหาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อปัญหา (triggers) ซึ่งมักหมายถึงความคิดอัตโนมัติ (Automatic thoughts) ในทางลบที่พัฒนาจนทำให้เกิดความเชื่อ (belief) โดยทั่วไปความคิดอัตโนมัติจะเป็นความคิดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความคิดนี้เกิดขึ้นทันทีก่อนที่จะผ่านกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล เป็นความคิดที่ผุดขึ้นมาเป็นระยะๆ โดยคนเราจะไม่รู้ตัวทั้งๆที่ความคิดอัตโนมัติสัมพันธ์กับอารมณ์ พฤติกรรม และอาการทางกาย ความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นตามมาเรื่อยๆ และรุนแรงมากขึ้นจะทำให้ความคิดที่มีเหตุผลถูกบิดเบือน (distortion) ซึ่ง Beck และคณะ (1979) กล่าวว่า “Cognitive distortion เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเลิกการรักษา (drop out) ทั้งในการรักษาด้วยยาและการให้จิตบำบัด และความผิดปกติของความคิดนี้จะพบมากในช่วงแรกของการรักษา (initial phase) ซึ่งพบว่าในช่วงแรกของการรักษาผู้ป่วยจะได้ข้อมูลจากคนรอบข้าง ทั้งที่เป็นประโยชน์และไม่เป็นประโยชน์ต่อการรักษา วิธีคิดที่บิดเบือนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะทำให้ข่าวสารการรับรู้ของผู้ป่วยถูกขยายมากเกินไป (Magnify) นำไปสู่ความเชื่อและการเข้าใจผิดเกี่ยวกับการกินยา ความคิดที่บิดเบือน (Cognitive distortion) นี้มีผลโดยตรงต่อแรงจูงใจ (poor motivation) และ ความลังเลในการที่จะกระทำ (paralysis of will) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าตนเองสิ้นหวัง ดังนั้นการรักษาไม่น่าจะช่วยอะไรได้ ความคิดของผู้ป่วยมักถูกจำกัดอยู่ในมุมมองที่แคบและยึดติด จึงไม่ใช่เรื่องแปลกที่ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าขาดแรงจูงใจที่จะร่วมมือในการรักษาโดยเฉพาะระยะเริ่มเข้าสู่การรักษา” (p. 371)

2. การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ (Testing automatic thought) เนื่องจากความคิดอัตโนมัติเป็นเพียงสมมุติฐาน จึงจำเป็นต้องพิสูจน์ตรวจสอบเสียก่อนว่า จริงหรือไม่จริงเพียงใด เพื่อที่จะนำไปสู่การปรับความคิดอัตโนมัติหรือการแก้ปัญห Beck และคณะ (1979) กล่าวว่าวิธีว่องค์ประกอบสำคัญประการหนึ่งของการบำบัดทางความคิด (Cognitive therapy) คือความสามารถในการมองความคิดเป็นเพียงปรากฏการณ์หนึ่ง หมายถึงการที่ผู้ป่วยสามารถพิจารณาความคิดแล้ว

ตระหนักให้ได้ว่าความคิดหรือความเชื่อที่เกิดขึ้นขณะนั้นเป็นเพียงความคิดซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นจริงเสมอไป เมื่อผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ที่จะประเมินความคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผลได้ ผู้บำบัดต้องช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักได้ว่าการมีความคิดเช่นนั้นทำให้เกิดประโยชน์ใดต่อตัวเขา หรือสามารถชั่งน้ำหนักระหว่างข้อดีข้อเสียเหตุผลที่สนับสนุนหรือคัดค้าน (Pro and cons) หรือใช้การวิเคราะห์อย่างมีเหตุผลที่บุคคลทั่วไปใช้กัน นอกจากนี้ยังมีการตั้งคำถามถึงสิ่งที่เลวร้ายที่สุด ที่อาจจะเกิดขึ้นหากผู้ป่วยคิดเช่นนั้น วิธีการตั้งคำถามแบบนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นตัวปัญหาได้ชัดเจนและเริ่มที่จะคิดทำการแก้ปัญหา เมื่อผู้ป่วยสามารถตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบว่าไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือไม่เหมาะสมได้แล้วจะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถที่จะปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบของตนเอง

3. การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ หลังจากที่มีการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติแล้ว ผลของการตรวจสอบมีได้ 2 ลักษณะคือ ความคิดอัตโนมัตินั้นได้รับการพิสูจน์ว่าไม่เป็นจริง ความคิดอัตโนมัติจะลดลงไปเองตามธรรมชาติ แต่หากความคิดอัตโนมัตินั้นได้รับการพิสูจน์ว่าเป็นจริงในบางส่วน ผู้บำบัดจะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้มองเห็นผลกระทบของความคิดดังกล่าวและให้ผู้ป่วยได้พิจารณาว่าจะคงความคิดดังกล่าวไว้หรือไม่ และช่วยปรับเปลี่ยนความคิดและแก้ปัญหาเมื่อผู้ป่วยต้องการ

กล่าวคือ แนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นปัญหาที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ โดยมีขั้นตอนของการประเมินค้นหาความคิดอัตโนมัติ ที่นำไปสู่อารมณ์และพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การตรวจสอบความเป็นจริงและการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองตามความเป็นจริง นอกจากจะปรับเปลี่ยนความคิดแล้วยังนำเทคนิคของการปรับพฤติกรรมมาใช้ในการลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ แนวคิดนี้จึงเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยที่นำแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมไปใช้ในการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวช ตัวอย่างเช่น โปรแกรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนของ Katon (1995) ที่พบว่าเทคนิคการปรับความคิดและพฤติกรรมช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักในการกินยาและมีแนวทางการจัดการกับอาการตนเอง เช่น การรู้จักอาการซึมเศร้าของตนเอง อาการเตือนระยะเริ่มแรก และทักษะในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรค ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมจะมีพฤติกรรมการกินยาต่อเนื่องในระหว่างการรักษาป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค (continuing phase) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Ludman และคณะ (2003) ที่พบว่า brief cognitive behavioral therapy เป็นกลวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารู้สึกว่าคุณภาพชีวิตดีขึ้นได้อยู่ลำพังเพียงคนเดียว การกินยาต่อเนื่องได้รับการดูแลจากทีมการรักษาโดยตลอดและการสนับสนุน

ทางจิตสังคมจากพยาบาลด้วยการดูแลแบบการจัดการเป็นรายกรณี ในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจัดการกับปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน การฝึกให้ผู้ป่วยมีทักษะในการตระหนักรู้อารมณ์ของตนเอง ให้ทันเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคได้และการศึกษาของ Kemp (1996); Peveler และคณะ(1999) & Tay (2007) ที่พบว่า การปรับความคิดและพฤติกรรมในโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือ ในการรักษาส่งผลให้ผู้ป่วย เกิดการตระหนักรู้ตนเองต่อการเจ็บป่วย มีทักษะในการกินยาต่อเนื่องและช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ในที่สุด

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
จากฐานแนวคิดการสัมพันธเพื่อสร้างแรงจูงใจและการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ทำให้ทราบว่าโรคซึมเศร้าเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง และมีความรุนแรง ปัญหาของผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกของการเข้ามารับการรักษาพบว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการโรคที่เป็นแล้ว ผลอันไม่พึงประสงค์จากยา ซึ่งมักเกิดขึ้นในสัปดาห์แรกของการรับประทานยา ยังคุกคามให้ผู้ป่วยทุกข์ยิ่งขึ้น โดยธรรมชาติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเองมีความไม่สุขสบายอยู่แล้วจึงไม่สามารถที่จะทนต่อความไม่สุขสบายที่เกิดจากการรับประทานยาได้อีก รวมถึงการรับรู้ข้อมูลที่บิดเบือนยังส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความลังเลใจในการรับประทานยา ขาดแรงจูงใจ ขาดกำลังใจร่วมกับความรู้สึกเหมือนถูกตีตราว่าเป็นโรคจิต (stigma) ทำให้เป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรักษา ตัดสินใจหยุดรับประทานยา โดยไม่บอกหรือแจ้งกับผู้รักษา ซึ่งพบมากถึงร้อยละ 24 (Demyttenaere, 2001) อันเป็นสิ่งที่น่าเสียดายที่ผู้ป่วยไม่มีโอกาสที่จะได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับความทุกข์ทรมานจากภาวะโรคและมีโอกาสที่จะเป็นเรื้อรังหรือกลับเป็นซ้ำได้สูง การทบทวนวรรณกรรมพบว่ารูปแบบการส่งเสริมความร่วมมือในระยะเริ่มแรกของการรักษา ที่เป็นการบำบัดทางจิตสังคมจะไปช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจในปัญหาที่ตนกำลังเผชิญ มีข้อมูลเพียงพอในการตัดสินใจเลือกการรักษา มีแรงจูงใจในการที่จะรับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง ผู้บำบัดและผู้ป่วยจะได้ร่วมกับหาเทคนิคในการมาช่วยเหลือผู้ป่วยแก้ไขปัญหาที่ส่งผลถึงความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ได้แก่ ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยา ผลอันไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยา และการขาดความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ โดยการบำบัดทางจิตสังคมภายใต้สัมพันธภาพที่ดี ระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย โปรแกรมตามแนวคิดการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจร่วมกับการนำเทคนิคการปรับความคิดและพฤติกรรม เป็นโปรแกรมที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาทั้งในผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องรับการรักษาด้วยยา และพบว่าการดำเนินโปรแกรมส่วนใหญ่เป็นการให้การปรึกษารายบุคคล ทั้งในผู้ป่วยใหม่ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่เข้า

มารับการรักษาด้วยยา และผู้ป่วยที่มีปัญหาการรับประทานยาที่ไม่ต่อเนื่อง เนื้อหาของโปรแกรมครอบคลุมการสร้างให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตามการรักษา และจัดการกับปัญหาอุปสรรคในระหว่างรับประทานยา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่เข้มแข็งสามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมได้อย่างต่อเนื่อง โปรแกรมจึงดำเนินต่อเนื่องทุกสัปดาห์ ติดต่อกัน 4 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 20-45 นาที ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดและสิ่งที่ได้จากการรวบรวมวรรณกรรมมาพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา เพื่อใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระยะเริ่มแรกที่ได้รับการรักษาด้วยยา โดยมีรายละเอียดของการพยาบาลในแต่ละระยะ 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ผู้ป่วยแต่ละคนที่มารับการรักษาตั้งแต่ระยะแรกเริ่มจะมีระดับของความตั้งใจ และความพร้อมในการที่ปฏิบัติตามคำแนะนำที่แตกต่างกันบางคนพร้อมที่จะรักษา และปฏิบัติพฤติกรรมที่สอดคล้องตามคำแนะนำได้ทันที บางคนยังไม่พร้อมปฏิบัติตามแผนการรักษา หรือมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามการรักษา กิจกรรมในระยะแรกจึงเน้นที่การสร้างสัมพันธภาพและทำความรู้จักผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม และการสร้างให้เกิดแรงจูงใจที่เข้มแข็งและมั่นคงที่จะเริ่มต้นพฤติกรรมที่สอดคล้องตามคำแนะนำในการรักษาอาการซึมเศร้า

ระยะที่ 2 เป็นการทำให้ผู้ป่วยมั่นคงต่อเป้าหมายในการรักษา การบำบัดในระบายนี้นเน้นการสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมในระยะนี้ยังคงดำเนินไปตามกระบวนการของการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ โดยเน้นที่การประเมินแรงจูงใจ พยาบาลจะสำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการรับประทานยาว่าผู้ป่วยยอมรับหรือยังลังเลใจ โดยทั่วไปมักพบว่าความเชื่อที่ไม่ถูกต้องต่อการกินยา เป็นอุปสรรคสำคัญของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ทำให้เกิดความลังเลในการรับประทานยา การนำเทคนิคการปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral modification) มาใช้ช่วยเหลือผู้ป่วยในการค้นหา และปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบต่อโรคและการรับประทานยา จะเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่า ปัญหาการรับประทานยาของตนสามารถจัดการแก้ไขได้ด้วยตัวเอง และสุดท้ายคือการตัดสินใจวางแผนปฏิบัติตามแผนการรักษาต่อไป ในกิจกรรมนี้ การบันทึกแผนการเปลี่ยนแปลงจะช่วยให้ผู้ป่วยได้กำหนดแผนการปฏิบัติอย่างเฉพาะเจาะจง ชัดเจน ร่วมกับการมอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยได้ทดลองนำไปใช้ในสถานการณ์จริงที่บ้านจะช่วยเพิ่มความมั่นใจในการที่จะทำสำเร็จได้ด้วยตนเอง

ระยะที่ 3 เป็นระยะการติดตามและประเมินผลผู้ป่วยจากสถานกานัจจริง เป้าหมายของการบำบัดในระบายนี้อคือ เพื่อให้ผู้ป่วยยังคงไว้ซึ่งการรับประทานยา รู้สึกคุ้นเคยและไม่ฝืนในการที่จะรับประทานยา สามารถปรับเปลี่ยนการรับประทานยาเป็นนิสัยหรือกิจวัตรได้

ระยะที่ 4 เป็นระยะสุดท้ายพยาบาลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการวางแผนในการกินยาต่อเนื่อง เสริมทักษะการแก้ปัญหาที่มักพบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กินยาต่อเนื่องเป็นเวลานาน เช่น การชักชวนว่าถ้าผู้ป่วยลืมกินควรทำอย่างไร การคาดการณ์ผลที่ตามมาหากหยุดยาก่อนเวลาอันควร ทางเลือกในการจัดการกับผลอันไม่พึงประสงค์จากยา รวมถึงการจัดการกับความรู้สึกเป็นปมด้อยในการที่ต้องรับประทานยา ผู้ป่วยมีทางเลือกในการที่จะบอกเรื่องนี้แก่เพื่อนหรือคนในครอบครัวอย่างไร ซึ่งจะทำให้เกิดพฤติกรรมรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและอาการซึมเศร้าลดลงในที่สุด

โครงสร้างเนื้อหาของโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือ ในการรักษาตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล การดำเนินโปรแกรมขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ป่วย และดำเนินโปรแกรมไปตามลำดับของแต่ละขั้นตอน ย้อนกลับได้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านแรงจูงใจ หรือยังมีความคิดความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง พยาบาลจะมีการทบทวนและเน้นย้ำจนกว่าจะประเมินผ่านจึงจะเริ่มในขั้นตอนต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง Randomized Controlled Trial แบบสองกลุ่ม วัดผลหลังการทดลอง (Posttest only design) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการจากหน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM-IV โดยมีการออกรหัสโรคตาม ICD-10 คือกลุ่มโรค F32.0-F32.9 และได้รับการรักษาด้วยยา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะเดียวกับกลุ่มประชากร โดยมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยใหม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยจนถึงปานกลาง โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 ได้แก่

F32.0 อาการซึมเศร้าเล็กน้อย

F32.1 อาการซึมเศร้าปานกลาง

F32.8 อาการซึมเศร้าแฝงที่เกิดครั้งเดียว

F32.9 อาการซึมเศร้าไม่ระบุรายละเอียด NOS

2. ได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการซึมเศร้า

3. มีการนัดมาติดตามการรักษาด้วยหน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช

4. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

5. สามารถสื่อสารและเข้าใจในภาษาไทย

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ภายหลังมีการวินิจฉัยเป็นลายลักษณ์อักษรว่า มีอาการรุนแรงและพยายามฆ่าตัวตาย (Severe Major depressive disorder with Attempt suicide; F 32.2)
2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ภายหลังมีอาการทางจิตร่วมด้วย (Major depressive disorder with psychotic; F 32.3)

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการของ Central limit theorem กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดเพียงพอจะมีการกระจายเป็นโค้งปกติจึงจะสามารถทำการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติพารามตริกซ์ และส่งผลให้อำนาจการทดสอบ (Power of test) เพิ่มขึ้น จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่กลุ่มละ 25 คน อย่างไรก็ตามในการทดลองได้มีการคำนวณ เพื่อการสูญหายของประชากรไว้ที่ 20 % ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มจึงเป็น 30 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยดำเนินการ โดยการคัดเลือกผู้ป่วยที่มารับบริการจากหน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์เป็นครั้งแรก ในช่วงเดือนตุลาคม 2552 ภายหลังที่ผู้ป่วยพบแพทย์ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าสู่การศึกษา (Inclusion criteria) จะถูกสุ่มเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนเท่าๆ กัน กลุ่มละ 30 คน ตามตาราง Block Randomization จากโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

แหล่งเก็บข้อมูล

สถานที่เก็บข้อมูล คือ หน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ ตึกผู้ป่วยนอก ชั้น 7 โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเป็นหน่วยตรวจของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล จัดว่าเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีผู้ป่วยใหม่มารับบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคทางจิตเวช เฉลี่ย 155 รายต่อเดือน ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท โรคอารมณ์แปรปรวน โรคเครียด โรคที่เกิดจากสารเสพติด เป็นต้น โดยมีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder; F32) เฉลี่ย 29 รายต่อเดือน (จากสถิติการออกรหัสโรคของงานเวชระเบียนหน่วยตรวจโรคจิตเวชฯ โรงพยาบาลศิริราช เดือน ม.ค. – มิ.ย. 2552) การดูแลรักษาตามปกติที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะได้รับ คือ การตรวจวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ โดยอาศัยการประเมินตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตาม DSM-IV การรักษาด้วยยาโดยพบว่ายาต้านเศร้าในกลุ่ม SSRI เป็นยากลุ่มแรกที่อาจารย์แพทย์และ

แพทย์ฝึกหัดพิจารณาให้แก่ ผู้ป่วย (สมพร วิพิศมกุล, สุดสบาย จุลกัทัพพะ, สมพร จรัสเจริญวิทยา, อุษา วรรณฉวี. 2548) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา และการติดตามอาการโดยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาด้วยยาในครั้งแรกจะมีการติดตามอาการใกล้ชิด ทุก 1-2 สัปดาห์ เป็นจำนวน 4 ครั้ง เมื่ออาการดีขึ้นแล้วจึงเป็นการติดตามที่ห่างออกไป การดูแลที่ได้รับจากพยาบาล ได้แก่ การให้ความรู้ ทั้งแบบการสอนสุขศึกษาและแจกเอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การแนะนำเรื่องการมาตรวจตามนัด และการติดตามทางโทรศัพท์หากผู้ป่วยไม่มาติดตามการรักษาในวันที่แพทย์นัด ภายในระยะเวลา 6 เดือนแรกของการรักษาโรคซึมเศร้า สถานที่ที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรมทดลอง ผู้วิจัยใช้ห้องสอนสุขศึกษาภายในหน่วยตรวจโรคจิตเวชฯ ซึ่งเป็นห้องที่เหมาะสมในการให้คำปรึกษาผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยพัฒนาจากประสบการณ์การปฏิบัติงานและการทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการสร้างแรงจูงใจ ของ Miller & Rollnick (2002) ร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) ของ Beck และคณะ (1979) นำมาใช้กับผู้ป่วยใหม่ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่เข้ามารับการรักษาเนื้อหาครอบคลุมการสร้างให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตามการรักษา และจัดการกับปัญหาอุปสรรคในระหว่างรับประทานยา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่เข้มแข็งสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง โปรแกรมบำบัดแบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ระยะที่ 2 ส่งเสริมความเชื่อมั่นและความมั่นใจต่อการรับประทานยารักษาอาการซึมเศร้า ระยะที่ 3 เป็นระยะการติดตามและประเมินผลผู้ป่วยจากสถานการณ์จริง และระยะที่ 4 เป็นระยะสุดท้ายส่งเสริมการรับประทานยาต่อเนื่องภายหลังสิ้นสุดการบำบัด ซึ่งในการดำเนินโปรแกรมจะมีใบงาน (work-sheet) บันทึกกิจกรรมหลักของการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ที่สร้างโดยผู้วิจัย มีคำถามเกี่ยวกับแรงจูงใจ เช่น เหตุผลที่มาพบแพทย์ เหตุผลที่รับประทานยา ปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานยา และระดับของแรงจูงใจในการรับประทานยาใช้มาตรวัดแบบ ruler scale ซึ่งเป็นมาตรวัดแบบง่ายเป็นต้น และคู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สร้างโดยผู้วิจัย เนื้อหาครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาด้วยยาและการบันทึกการรับประทานด้วยตนเอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทำ โดยการหาความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้โดยการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์จำนวน 5 ท่าน

ประกอบด้วย จิตแพทย์ 2 ท่าน อาจารย์สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และพยาบาล
ชำนาญการ 1 ท่าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ที่อยู่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา
สถานภาพสมรส อาชีพ

2) แบบประเมินอาการซึมเศร้า Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS) ของ Montgomery & Asberg (1979) เป็นแบบประเมินเพื่อวินิจฉัยและใช้ติดตาม
ประเมินผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยยา ที่จิตแพทย์ของหน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์
โรงพยาบาลศิริราช ใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
แปลเป็นภาษาไทยโดย จิตวิ แก้วพรสวรรค์ เป็นเครื่องมือที่มีความแม่นยำและความน่าเชื่อถืออยู่ใน
เกณฑ์สูง มีค่า Inter-rater และ Intra-rater reliability ของแบบประเมิน = 0.99 และ 0.99 ตามลำดับ
(ศิริณา ศรพิลาพิสิฐ, นัยนา โปษยานุวัตร, ชดาพิมพ์ ศศลักษณ์านนท์, จิตวิ แก้วพรสวรรค์, สุภโชค
สิงห์กันต์, 2550) มีจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ความซึมเศร้าที่สังเกตได้ ความซึมเศร้าที่รายงาน ความตั้งใจ
เครียดภายใน การนอนหลับที่ลดลง ความอยากอาหารที่ลดลง ความยากลำบากในการรวบรวมสมาธิ
ความอ่อนเพลียเหนื่อยแรง ความไม่สามารถที่จะรู้สึก ความคิดในแง่ลบและความคิดฆ่าตัวตาย การให้
คะแนนจะให้โดยการประเมินลักษณะอาการและความรุนแรงของอาการ มีลำดับคะแนนตั้งแต่ 0-6
คะแนน การประเมินผลคะแนนรวม ≥ 21 คะแนน ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า

3) แบบบันทึกการรับประทานยาด้วยตนเอง ที่สร้างโดยผู้วิจัย ตามแนวคิดของ
Demyttenaere (1997) ที่อธิบายว่าพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
(Drug Adherence Behavior) ประเมินได้จากจำนวนวันที่ผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกขนาด ถูกเวลา และ
ควรติดตามต่อเนื่องทุกวันติดต่อกันมากกว่า 1 เดือน ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยรายงานการรับประทานยาด้วย
ตนเอง (self-report) โดยการบันทึกพฤติกรรมรับประทานยาของตนเองในแต่ละวันลงในแบบ
บันทึกการรับประทานยา ซึ่งมีตัวเลือก 3 ข้อให้ผู้ป่วยเลือกตอบ คือ กินครบตามแพทย์สั่ง กินบ้างไม่
กินบ้าง ไม่ได้กินเลย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

วันเดือนปี	บันทึกพฤติกรรมการรับประทานยา	คะแนน
วันที่....	☐ กินครบตามแพทย์สั่ง	1 คะแนน
	☐ กินบ้างไม่กินบ้าง	0 คะแนน
	☐ ไม่ได้กินเลย	0 คะแนน

1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานยาถูกต้อง คือ กินครบตามแพทย์สั่ง

0 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานยาไม่ถูกต้อง คือ กินบ้างไม่กินบ้าง หรือไม่ได้กินเลย

คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยา (Drug Adherence Behavior) ได้จากการรวบรวมคะแนนจากการบันทึกทั้งหมด 6 สัปดาห์ (42 วัน)

การรายงานการรับประทานยาด้วยตนเอง (self-report) นั้นจากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าเป็นวิธีการที่ได้ผลไม่แตกต่างจากการติดตามผู้ป่วยด้วยเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ (MEMS) (Ludman et al., 2003; Peveler et al., 1999) โดยในงานของ Ludman และคณะ (2003) พบว่าจำนวนวันที่ผู้ป่วยรับประทานยาไปในหนึ่งเดือนนั้น ค่าที่ได้จากการรายงานการรับประทานยาด้วยตนเองมีความสัมพันธ์สูง (high correlated) กับข้อมูลจากเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ของเภสัชกร (MEMS) 86.7% agreement, $K = 0.66$

ในการศึกษาครั้งนี้ก่อนนำเครื่องมือไปใช้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหา รวมทั้งได้ปรับปรุงข้อความและการบันทึกตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตรงตามคุณลักษณะของประชากรในงานวิจัยจำนวน 5 ราย เพื่อสอบถามความชัดเจนและความเข้าใจของผู้ป่วยในการบันทึก และนำผลมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำลงใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนการเตรียมตัวผู้วิจัย

1.1 ผู้วิจัยได้ผ่านการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง 1 และวิชาการให้การปรึกษา ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวนทั้งสิ้น 8 หน่วยกิต

1.2 ผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ

- เรื่อง Cognitive Behaviour Therapy for depression ซึ่งได้รับการรับรองจากคณะจิตวิทยาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยร่วมกับมหาวิทยาลัยควีนแลนด์ ประเทศออสเตรเลียเป็นเวลา 3 วัน
- อบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรเทคนิคการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ ซึ่งได้รับการรับรองจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นเวลา 3 วัน

2. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ผ่านการสอบตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล หลังจากโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 ผู้วิจัยนำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล จากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช เพื่อขออนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 เมื่อผ่านการอนุมัติในการเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตัวต่อหัวหน้าภาควิชาจิตเวช หัวหน้าหน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ พยาบาลหัวหน้าหน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราชเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

2.3 ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาล ในหน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์โรงพยาบาลศิริราช เป็นผู้เชิญชวนผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติที่กำหนดไว้ให้เข้าร่วมการวิจัย โดยเมื่อผู้ป่วยใหม่ออกจากห้องตรวจของแพทย์จะมาพบพยาบาลเพื่อรับคำแนะนำก่อนกลับบ้าน พยาบาลจะเชิญชวนผู้ป่วยหากผู้ป่วยมีท่าทีสนใจ ผู้วิจัยแนะนำตนเอง พูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย จากนั้นชี้แจงและอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ขอความร่วมมือในการวิจัยและเก็บข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งแจ้งสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย และสอบถามความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ป่วยลงลายมือในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการสุ่มผู้ป่วยเข้ากลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการ Block Randomization โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

2.4 ผู้วิจัยดำเนินการกับผู้ป่วยกลุ่มควบคุม จำนวน 2 ครั้งห่างกัน 6 สัปดาห์ ครั้งที่ 1 ในครั้งแรกที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล บันทึกคะแนนซึมเศร้าของผู้ป่วยจากผลประเมินของจิตแพทย์เจ้าของไข้ ซึ่งประเมินด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้า Montgomery and Asberg Depression Rating Scale ฉบับภาษาไทย และมอบคู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีแบบบันทึกการรับประทานยาให้ผู้ป่วย นำกลับไปบันทึกการรับประทานยาทุก

วันที่บ้านเป็นเวลา 6 สัปดาห์ และในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยเป็นครั้งที่ 2 ในวันที่ผู้ป่วยมาติดตามการรักษา เพื่อติดตามอาการซึมเศร้า และรวบรวมจำนวนวันที่ผู้ป่วยรับประทานยาถูกต้องภายหลังสิ้นสุดการทดลองพบว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมไม่มาติดตามการรักษาในวันที่แพทย์นัด 11 ราย ผู้วิจัยใช้การติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยจำนวน 4 ราย ที่ติดต่อไม่ได้ตามหมายเลขโทรศัพท์ที่แจ้งไว้ ผู้วิจัยจึงคัดออกจากการทดลอง ภายหลังสิ้นสุดการทดลองจึงเหลือผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม 26 ราย

2.5 ผู้วิจัยดำเนินการกับผู้ป่วยกลุ่มทดลองเหมือนกับผู้ป่วยกลุ่มควบคุม โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล บันทึกคะแนนซึมเศร้าของผู้ป่วยจากผลประเมินของจิตแพทย์เจ้าของไข้ซึ่งประเมินด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้า Montgomery and Asberg Depression Rating Scale ฉบับภาษาไทยในครั้งแรกที่มาพบแพทย์ และมอบคู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีแบบบันทึกการรับประทานยาให้ผู้ป่วยนำกลับไปบันทึกการรับประทานยาทุกวันที่บ้านเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะพบกับผู้ป่วยเพื่อพูดคุยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นจำนวนทั้งหมด 4 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 20 - 50 นาที โดยเริ่มกิจกรรมครั้งที่ 1 ตั้งแต่ในครั้งแรกที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ และกิจกรรมครั้งที่ 2 - 4 ผู้วิจัยนัดพบผู้ป่วยในวันเดียวกับที่ผู้ป่วยมีนัดมาตรวจกับแพทย์เจ้าของไข้ซึ่งติดต่อกันทุกสัปดาห์ ภายหลังที่ผู้ป่วยพบแพทย์แล้วผู้วิจัยจึงจะดำเนินกิจกรรมกับผู้ป่วย โดยในครั้งที่ 1) เป็นการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตามการรักษา ครั้งที่ 2) เป็นการพูดคุยเพื่อช่วยเหลือในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ครั้งที่ 3) เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการกับปัญหาการรับประทานยา และครั้งที่ 4) เป็นการพูดคุยเพื่อวางแผนในการที่จะรับประทานยาต่อเนื่อง ทั้งนี้วันเวลาเข้าร่วมกิจกรรมจะยึดถือตามความสะดวกของผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้วิจัยจ่ายค่าเสียเวลาและค่าเดินทางให้กับผู้ป่วยเป็นจำนวนเงินครั้งละ 200 บาท ภายหลังสิ้นสุดการทดลองพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองให้ความร่วมมือในการมาติดตามการรักษาและทำการบันทึกการรับประทานยาด้วยตนเองครบทุกราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยจำนวน 7 ราย ที่ไม่ได้มาตรงตามวันนัดแต่ใช้การโทรศัพท์ติดต่อมาหาผู้วิจัยทำการนัดหมายวันนัดใหม่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองเข้าร่วมการวิจัยครบถ้วนจนสิ้นสุดการทดลองจำนวน 30 ราย

2.6 รวบรวมข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างและนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ

กรณียุติการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ ไม่พบกรณียุติการศึกษาจากการที่ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคร่วมอื่นซึ่งทำให้อาการของผู้ป่วยแย่ลง หรือผู้ป่วยเสียชีวิต แต่พบการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมจำนวน 4 คน เป็นผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดและผู้วิจัยใช้การติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์พบว่าติดต่อไม่ได้ตามหมายเลขโทรศัพท์ที่แจ้งไว้ จนกระทั่งติดตามครบ 3 ครั้ง ผู้วิจัยจึงคัดออกจากการทดลอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการตรวจสอบจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลศิริราชเรียบร้อยแล้ว และผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิประชากรที่ใช้ในการศึกษาโดย

1. ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่ ดังนี้

1) ทราบถึงความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งการวิจัยนี้เป็นการให้การบำบัดทางจิต สังคม ซึ่งไม่มีความเสี่ยงใดๆต่อผู้เข้าร่วมวิจัย เพียงแต่อาจเป็นการรบกวนเวลาส่วนตัว และอาจจะรู้สึกไม่สบายใจที่จะต้องตอบคำถามบางอย่าง ซึ่งหากผู้เข้าร่วมวิจัยรู้สึกอึดอัดใจลำบากใจในการตอบคำถามผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธในการตอบคำถามนั้นได้

2) หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบอย่างรวดเร็วโดยไม่ปิดบัง ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัย เป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย, สถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ, คณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น

3) ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้าและการไม่เข้าร่วมการวิจัย หรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและรักษาที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด

2. ได้รับความยินยอมจากผู้ร่วมวิจัย

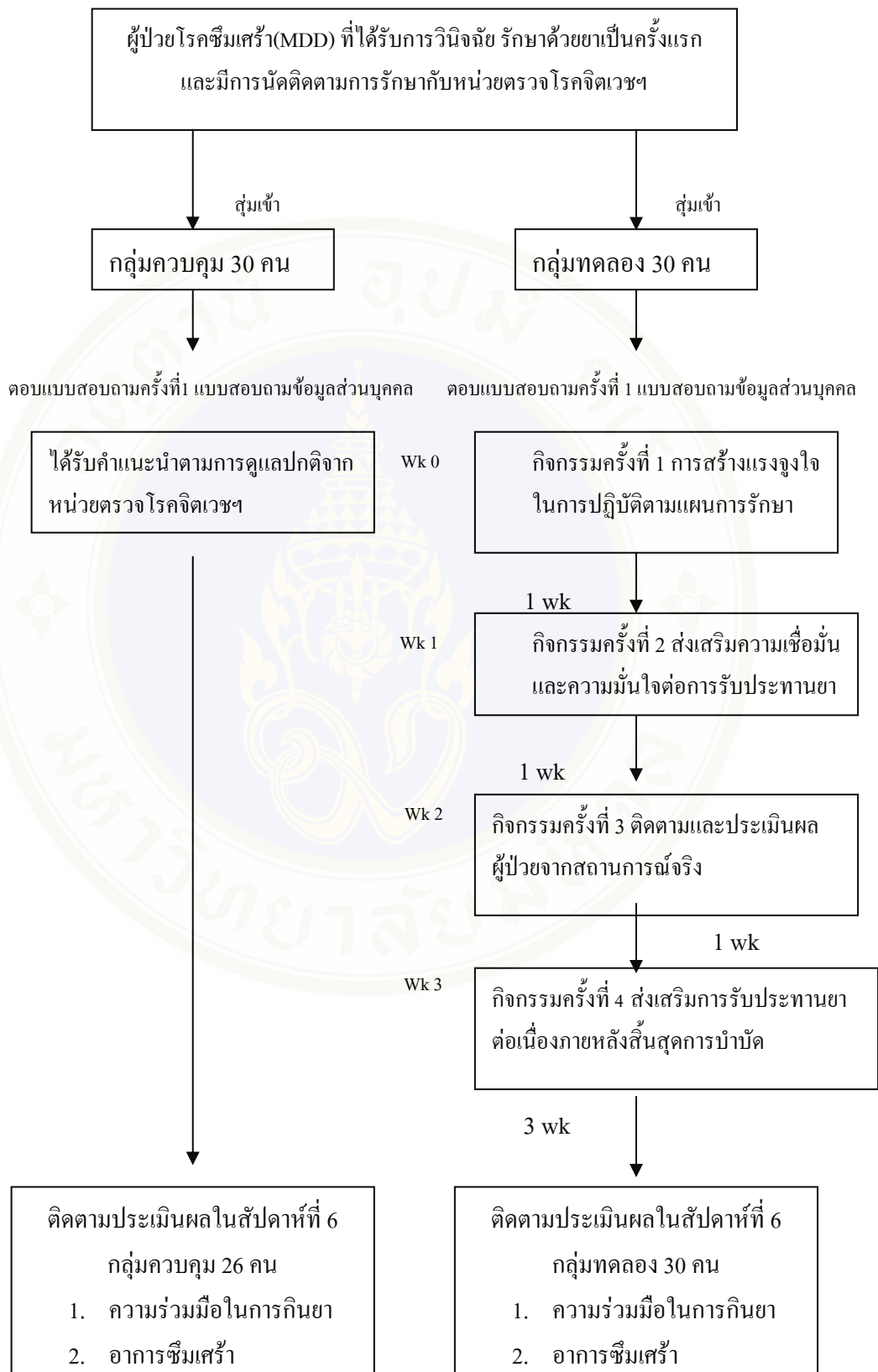
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1) สถิติบรรยาย (Descriptive statistics) แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน ในการรายงานข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

2) สถิติไคสแควร์ ในการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล

3) สถิติ Independent t-test ในการทดสอบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหลังการทดลอง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง



ภาพ 2 แสดงขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม (Randomized Controlled Trial) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือ ในการรักษาด้วยยาต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยศึกษาจากประชากรผู้ป่วยนอกที่มารับบริการจากหน่วยตรวจโรคจิตเวชฯ โรงพยาบาลศิริราช สุ่มเข้ากลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก คือเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) และได้รับการรักษา ด้วยยากลับตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกและยินดีเข้าร่วมการวิจัย จะถูกสุ่มเข้าเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมจำนวนเท่าๆกันกลุ่มละ 30 คน ด้วยวิธีการ Block Randomization เก็บข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม 2552 ถึงเดือนมกราคม 2553 รวมเป็นระยะเวลา 4 เดือนภายหลังสิ้นสุดการทดลองเหลือกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม 26 คนและกลุ่มทดลอง 30 คน ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการศึกษาเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ แสดงดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ และการเปรียบเทียบลักษณะกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (χ^2) และสถิติ t-test

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=26)		t-test	χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1.เพศ						.815 ^{ns}
ชาย	4	13	5	19		
หญิง	26	87	21	81		
2.อายุ					.439 ^{ns}	.619 ^{ns}
ต่ำกว่า 25 ปี	3	10	4	15		
25-44 ปี	12	40	7	27		
45-59 ปี	11	37	9	35		
60 ปีขึ้นไป	4	13	6	23		
	$\bar{X} = 44.07$		$\bar{X} = 45.92$			
	SD = 14.15		SD = 17.47			
	Range = 19-71		Range = 19-85			
3.สถานภาพสมรส						.062 ^{ns}
โสด	9	30	10	39		
คู่	17	57	13	50		
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	4	13	3	11		

ns = no statistical significance $p > .05$

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ และการเปรียบเทียบลักษณะกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (χ^2) และสถิติ t-test (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=26)		t-test	χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
4.ระดับการศึกษา						.637 ^{ns}
ไม่ได้เรียน	1	3	2	8		
ประถมศึกษา	8	27	5	19		
มัธยมศึกษา	2	7	5	19		
ป.ว.ส./ อนุปริญญา	3	10	1	4		
ปริญญาตรี	13	43	11	42		
สูงกว่าปริญญาตรี	3	10	2	8		
5.อาชีพ						.035
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7	23	16	62		
ประกอบอาชีพ						
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	10	33	1	4		
เกษตรกร	2	7	2	8		
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	2	7	2	8		
รับจ้าง	8	27	4	14		
กำลังศึกษา	1	3	1	4		

ns = no statistical significance $p > .05$

จากตาราง 1 ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 44 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14 ปี อายุน้อยที่สุด 19 ปี อายุมากที่สุด 71 ปี ส่วนผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 46 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17 ปี อายุน้อยที่สุด 19 ปี อายุมากที่สุด 85 ปี เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ในด้านระดับการศึกษาผู้ป่วยกลุ่มทดลองจบการศึกษาระดับปริญญาตรี

มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 43 รองลงมาสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 27 อนุปริญญาและสูงกว่าปริญญาตรีเท่ากันคือร้อยละ 10 มัธยมศึกษาร้อยละ 7 ตามลำดับ ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุดเช่นเดียวกันร้อยละ 42 รองลงมาสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษาเท่ากัน ร้อยละ 19 สูงกว่าปริญญาตรีร้อยละ 8 และอนุปริญญาร้อยละ 4 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับการศึกษาในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ในด้านสถานภาพการสมรสผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีสถานภาพคู่มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 57 รองลงมาไม่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 30 และสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ร้อยละ 13 สำหรับผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีสถานภาพคู่ร้อยละ 50 รองลงมาไม่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 39 และสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ร้อยละ 10 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสถานภาพสมรสในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ในด้านอาชีพกลุ่มทดลองประกอบอาชีพรับราชการมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 33 รองลงมาอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 27 ค้าขายหรือทำธุรกิจส่วนตัวและเกษตรกรรวมเท่ากันร้อยละ 7 กำลังศึกษาอยู่ ร้อยละ 3 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 23 ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมซึ่งส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพคิดเป็นร้อยละ 62 รองลงมาอาชีพรับจ้างร้อยละ 14 อาชีพเกษตรกรและค้าขายหรือทำธุรกิจส่วนตัวเท่ากันร้อยละ 8 อาชีพ และรับราชการเท่ากับ กำลังศึกษาอยู่ ร้อยละ 4

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและการเปรียบเทียบคะแนนการรับประทานยาในสัปดาห์ที่ 6 ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติที (t-test)

คะแนนการ รับประทานยา	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=26)		Levene's test for Equality of Variances	t-test	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.	F	t	df
คะแนนการ รับประทานยา รวม 6 สัปดาห์	41.17	2.87	22.58	17.07	130.976 [†]	5.486*	26

* = Significance ที่ $p < .05$

† = Significance ที่ $p < .05$

จากตาราง 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาใน 6 สัปดาห์ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยารวม ใน 6 สัปดาห์ เท่ากับ 41.17 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.87 และผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยารวมใน 6 สัปดาห์ เท่ากับ 22.58 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 17.07 จากการทดสอบโดยใช้สถิติที (t-test) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาลงการทดลองแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

บทที่ 5

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติกับกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถอภิปรายผลการวิจัย ได้ดังนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งประกอบด้วย การเปรียบเทียบความแตกต่างของ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ด้วยสถิติไคร้สแควร์ และเปรียบเทียบความแตกต่างของ อายุ คะแนนอาการซึมเศร้าก่อนการทดลองด้วยสถิติที (t-test) พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีลักษณะส่วนบุคคลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้น การประกอบอาชีพ จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบพบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และกลุ่มทดลองประกอบอาชีพรับราชการมากที่สุด อาชีพ รองลงมา คือ อาชีพรับจ้าง ค้าขาย ทำการเกษตรตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด รองลงมา คือ อาชีพค้าขาย ทำธุรกิจส่วนตัว เท่าๆ กับทำการเกษตร

สมมุติฐานการวิจัย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลตามปกติ ร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจะมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาในสัปดาห์ที่ 6 หลังรับการรักษาดีกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลตามปกติที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาได้ถูกต้องตามเวลาและขนาดยา ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจะเห็นว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้

เมื่อพิจารณาเหตุผลที่ส่งผลให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง มีความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม อาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองได้รับการตอบสนองความต้องการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยตั้งแต่ในครั้งแรกของการมารับรักษาและติดตามต่อเนื่องในครั้งต่อไป

การสัมภาษณ์ผู้ป่วยกลุ่มทดลองในครั้งแรกของการมารับรักษาพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาส่วนใหญ่อยู่ในระยะของการตัดสินใจ (Determination stage) ผู้ป่วยรู้สึกถึงสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง มีการหาข้อมูลและต้องการมาปรึกษาแพทย์ เพื่อรับการช่วยเหลือแรงจูงใจต่อการรับประทานยามีไม่มากหรือบางรายไม่นึกถึงการรับประทานยาเลย การตอบสนองที่ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยในระยะนี้คือ การทำความเข้าใจผู้ป่วย การแสดงความเห็นอกเห็นใจ และการให้ข้อมูลหรือทางเลือกที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ในการตัดสินใจดูแลตัวเอง ทั้งนี้เนื่องมาจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา เป็นสาเหตุสำคัญสาเหตุหนึ่งของความไม่ร่วมมือในการรักษา (อุษา วรรณฉวีและคณะ, 2551) หากในครั้งแรกของการมาโรงพยาบาลผู้ป่วยได้รับการสะท้อนกลับให้ทราบถึงปัญหาความเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญ และปัญหานี้สามารถจัดการแก้ไขได้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจ มีการตั้งเป้าหมายและวางแผนที่จะปฏิบัติตัวต่อไป

เมื่อติดตามต่อในสัปดาห์ที่ 1-2 พบว่า ปัญหาผลข้างเคียงจากการรับประทานยาเป็นปัญหาและอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการรับประทานยาต่อผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 33 ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีปัญหาผลข้างเคียงจากการรับประทานยา ปัญหาสำคัญที่พบ ได้แก่ มีอาการง่วงมากในช่วงกลางวัน ร้อยละ 25 และอาการคลื่นไส้ รับประทานอาหารไม่ได้ ร้อยละ 8 สอดคล้องกับการศึกษาของ Dimettenare (2003) ที่พบว่าอาการไม่พึงประสงค์จากยา คือการง่วงนอนในช่วงกลางวันเป็นสาเหตุหลักของการหยุดรับประทานยา ตั้งแต่ช่วงแรกของการรักษาเช่นเดียวกับการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างคนไทยของอุษา วรรณฉวีและคณะ (2551) ที่พบว่าสาเหตุสำคัญของความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่พบว่า เมื่อผู้ป่วยเผชิญกับอุปสรรคความไม่สบายที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจยุติการรักษาด้วยตนเองตั้งแต่ 4 สัปดาห์แรกของการรักษา เมื่อทำการสืบค้นความลังเลใจของผู้ป่วยจึงพบว่า ผลกระทบจากอาการข้างเคียงดังที่กล่าว

มาทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัว มีความคิด ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยา ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยคิดว่าเป็นยาอันตรายร้อยละ 10 และกลัวดื้อยาร้อยละ 8 รวมถึงความคิดว่ายาไม่ช่วยบรรเทาความทุกข์ทางใจที่มี ร้อยละ 21 การตอบสนองของพยาบาลในระยะนี้จึงมุ่งเน้นที่การลดความกังวลของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยา พยาบาลตอบสนองผู้ป่วยโดยใช้การฟังอย่างตั้งใจเพื่อที่จะสืบค้นปัญหาความลังเลใจ ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ดีต่อการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย เมื่อสามารถสืบค้นได้ว่าความคิดใดมีผลต่อความลังเลใจของผู้ป่วยในการรับประทานยาตามแผนการรักษาแล้ว พยาบาลจะทำการช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนความคิดต่อการรับประทานยา (Modify thought) ผลการวิจัยพบว่าภายหลังที่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับคำปรึกษา เพื่อจัดการกับความกังวลใจในการรับประทานยาแล้วส่งผลให้มีแรงจูงใจทางบวกต่อการรับประทานยา ซึ่งเมื่อติดตามผู้ป่วยต่อในสัปดาห์ที่ 3 พบว่าสัมพันธ์กับเหตุผลที่ผู้ป่วยเลือกรับประทานยาต่อ โดยพบว่าร้อยละ 40 ของผู้ป่วยบอกว่ารับประทานยาเพราะช่วยให้อาการดีขึ้น ร้อยละ 20 ไม่มีปัญหาเรื่องผลข้างเคียงอีกจึงรับประทานยาต่อ ซึ่งมีจำนวนเท่ากันกับการให้เหตุผลที่ว่า ตัดสินใจรักษาให้ครบคอร์สจึงรับประทานยาต่อไป โดยผู้ป่วยให้ข้อมูลแก่พยาบาลไว้ว่าถึงแม้อาการยังไม่ดีขึ้นแต่ได้รับข้อมูลจากแพทย์และพยาบาลว่าต้องรับประทานยาให้ครบตามช่วงเวลาที่กำหนดอาการจึงจะหายไป ผู้ป่วยจึงตัดสินใจรับประทานให้ครบคอร์ส เช่นเดียวกันกับการให้เหตุผลที่ว่า จะลองกินดูว่าจะดีขึ้นหรือไม่ ผู้ป่วยให้ข้อมูลกับพยาบาลว่ากินยาแล้วอาการไม่ดีขึ้นซึ่งพยาบาลได้อธิบายเหตุผลให้ผู้ป่วยแต่ละคนทราบว่า การออกฤทธิ์ของยา และการตอบสนองต่อยาของผู้ป่วยแต่ละคนจะใช้เวลาไม่เท่ากันผู้ป่วยจึงรับประทานยารักษาอาการซึมเศร้าต่อไป

เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มควบคุมแล้วพบว่า การดูแลปกติที่ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมได้รับ มีเพียงคำแนะนำและแผนพบเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามปกติจากพยาบาลที่หน่วยตรวจโรคจิตเวช ซึ่งเป็นการสื่อสารทางเดียว ผู้ป่วยไม่ได้มีโอกาสซักถามข้อสงสัยและยังเป็นช่วงเวลาเพียงเล็กน้อยในการให้คำแนะนำ เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมาก อาจทำให้กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำที่ไม่ครบถ้วน หรือมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับคำแนะนำที่ได้รับหรือไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการที่แท้จริงในการมารับการรักษาครั้งแรก รวมถึงการติดตามผู้ป่วยจะดำเนินไปเมื่อพบว่าผู้ป่วยไม่ได้มาติดตามการรักษา จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมไม่เข้าใจถึงความสำคัญของการรับประทานยา ไม่ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้สึก นึกคิดที่มีต่อโรคซึมเศร้าและการรักษาด้วยยา หรือได้รับการปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อทางลบต่อการรับประทานยา ซึ่งส่งผลให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยกลุ่มควบคุมต่ำกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญ

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Peveler และคณะ (1999) ที่พบว่า การที่พยาบาลประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยถึงเหตุผล ที่ต้องรับประทานยาร่วมกับการให้ความรู้ความ

เข้าใจเรื่องการรับประทุษร้าย ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต่อเนื่องได้นาน 3 เดือน และสนับสนุนการศึกษาของ Hunkeler และคณะ (2000) ที่พบว่าการที่พยาบาลแสดงความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย เสนอตัวเข้าช่วยเหลือจัดการปัญหาของผู้ป่วย ทั้งปัญหาการรับประทุษร้ายและปัญหาทางจิตสังคมโดยผ่านทาง การติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์อย่างสม่ำเสมอในระยะ 6 สัปดาห์แรกของการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความพึงพอใจต่อการรักษาดีขึ้น นอกจากนี้ยังสนับสนุนการศึกษาของ Nabeel (2008) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับความรู้เรื่องยาและการเสริมแรงให้เห็นประโยชน์ของการรับประทุษร้ายตั้งแต่ครั้งแรกของการมารักษา จะมีคะแนนความพึงพอใจต่อการรักษาด้วยยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับความรู้เพียงอย่างเดียว รวมถึงจะมีอัตราการรักษาน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม เมื่อวัดในสัปดาห์ที่ 6 ของการรักษา

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีคะแนนอาการซึมเศร้าหลังการทดลองดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ระยะเริ่มแรกของการรักษา (Acute phase) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ที่ดำเนินไปโดยผ่านทางกระบวนการสร้างแรงจูงใจและการติดตามกระตุ้นให้มั่นคงกับเป้าหมายการรักษา เป็นการช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยรับประทุษร้ายตามแผนการรักษา และยารักษาอาการซึมเศร้าจะไปปรับสมดุลของสารชีวเคมีในสมองส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น อย่างไรก็ตามคะแนนอาการซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมก็ลดลงในสัปดาห์ที่ 6 เช่นเดียวกันแต่ลดลงน้อยกว่ากลุ่มทดลอง ทั้งนี้อาจมาจากปัจจัยที่ว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมรับประทุษร้ายไม่ถูกต้องและไม่ต่อเนื่อง จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยบางรายเลือกรับประทุษร้ายเฉพาะยามอนหลับแต่ไม่รับประทุษร้ายรักษาอาการซึมเศร้า และจะรับประทุษร้ายรักษาอาการซึมเศร้าเฉพาะในวันที่มีเหตุการณ์ความเครียดมากระทบ หรือในวันที่มีอาการซึมเศร้ามากๆ หรือในบางรายรับประทุษร้ายในขนาดที่น้อยกว่าแพทย์สั่งครั้งหนึ่ง หรือบางรายไม่รับประทุษร้ายเลย แต่โดยธรรมชาติของโรคเองแล้ว ถ้าผู้ป่วยมีศักยภาพที่จะปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดด้วยตนเองและการแก้ปัญหาที่ดี อาการซึมเศร้าก็มีแนวโน้มที่จะลดลงได้ ซึ่งเป็นอีกปัจจัยที่ทำให้มีอาการซึมเศร้าในระยะเริ่มแรกนี้ลดลงในทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กล่าวได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทุษร้าย ตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบไปด้วยการให้การพยาบาล 4 ระยะ ในแต่ละระยะพยาบาลจะดำเนินกิจกรรมไปตามกระบวนการของการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ ระยะที่ 1 เป็นการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ผู้ป่วยในระยะนี้จะได้รับการสร้างให้เกิดแรงจูงใจที่เข้มแข็งและมั่นคงที่จะเริ่มต้นพฤติกรรมมารับประทุษร้ายรักษาอาการซึมเศร้าที่สอดคล้องกับแผนการรักษา ระยะที่ 2 เป็นการทำให้ผู้ป่วยมั่นคงต่อเป้าหมาย

ในการรักษา โดยเน้นที่ปัญหา อุปสรรคสำคัญของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ทำให้เกิดความลังเลในการรับประทานครีษการอาการซึมเศร้า การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบที่มีต่อการรับประทานครีษและการเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วยและจัดอุปสรรคในการรับประทานครีษอย่างต่อเนื่องต่อไป นอกจากนั้นยังช่วยเสริมแรงพฤติกรรมการรับประทานครีษที่ถูกต้องเหมาะสมให้ดำเนินต่อไปอย่างมั่นคง และแนะนำหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานครีษที่ไม่เอื้อต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาและการหายจากโรคซึมเศร้า ซึ่งกลยุทธ์ดังกล่าวเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการตัดสินใจวางแผนปฏิบัติตามการรักษาต่อไป ระยะที่ 3 เป็นระยะการติดตามและประเมินผลผู้ป่วยจากสถานการณ์จริงว่าผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญห หรืออุปสรรคต่อการรับประทานครีษได้ด้วยตนเองหรือไม่ และให้ผู้ป่วยพิจารณาแก้ไขอุปสรรค ที่ทำให้ไม่สามารถรับประทานครีษได้ตามแผนการรักษาที่ได้รับ และระยะที่ 4 เป็นระยะสุดท้ายเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการวางแผนในการรับประทานครีษต่อเนื่องภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานครีษยังคงอยู่อย่างสม่ำเสมอ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจะเห็นว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยในครั้งนี้

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง Randomized Controlled Trial แบบสองกลุ่ม วัดผลหลังการทดลอง (Posttest only design) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยนอกที่มารับบริการจาก หน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช สุ่มเข้ากลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก คือเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) และได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกและยินดีเข้าร่วมการวิจัย จะถูกสุ่มเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนเท่าๆ กัน กลุ่มละ 30 คน ด้วยวิธีการ Block Randomization ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งสิ้น 8 เดือน ภายหลังสิ้นสุดการทดลองเหลือกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม 26 คนและกลุ่มทดลอง 30 คน

กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติ ร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากประสบการณ์การปฏิบัติงานและการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า มีปัจจัยสำคัญหลายประการที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะปัจจัยที่เกี่ยวกับความรู้สึกลึกซึ้งของผู้ป่วยต่อโรคซึมเศร้าและการรับประทานยาทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ขาดแรงจูงใจที่จะร่วมมือในการรักษา โดยเฉพาะระยะเริ่มเข้าสู่การรักษา โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยามีพื้นฐานจากแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ของ Miller & Rollnick (2002) ร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) ของ Beck และคณะ (1979) ซึ่งผู้วิจัยนำมาพัฒนาใช้ในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในครั้งนี้ มีทั้งหมด 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 สร้างแรงจูงใจในการ ปฏิบัติตามแผนการรักษา ระยะที่ 2 ส่งเสริมความเชื่อมั่นและความมั่นใจต่อการรับประทานยารักษาอาการซึมเศร้า ระยะที่ 3 ติดตามและประเมินผลผู้ป่วยจากสถานการณ์จริงและระยะที่ 4 ส่งเสริมการรับประทานยาต่อเนื่องภายหลังสิ้นสุดการบำบัด โปรแกรมดำเนินไปทุกสัปดาห์ ตั้งแต่ครั้งแรกที่ผู้ป่วยมารับการรักษาและติดต่อกันไปสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 4 ครั้ง เก็บข้อมูลความร่วมมือในการรับประทานยาและอาการซึมเศร้าเมื่อครบสัปดาห์ที่ 6 ของการรักษา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกการ

รับประทานยาด้วยตนเอง และแบบประเมินอาการซึมเศร้า Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS) ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติบรรยาย (Descriptive statistics) แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ chi-square ในการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล สถิติ Independent t-test ในการทดสอบค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะส่วนบุคคลไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้น การประกอบอาชีพ จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบพบว่ากลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และกลุ่มทดลองประกอบอาชีพรับราชการมากที่สุด
2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาในสัปดาห์ที่ 6 สูงกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งได้รับการวินิจฉัยเป็นครั้งแรก และได้รับการรักษาด้วยยา รักษาอาการซึมเศร้า โดยควรเริ่มกิจกรรมตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ที่ผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยยา และมีการติดตามผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอในระยะแรก เพื่อส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษามากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะในช่วง 6 สัปดาห์ ซึ่งเป็นระยะเริ่มแรกของการรักษาโรคซึมเศร้าเท่านั้น ควรทำการศึกษาต่อไปในระยะของการรักษาต่อเนื่อง 3-6 เดือน เพื่อประโยชน์ในด้านของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค
2. การศึกษาครั้งนี้พบว่า ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมกับผู้ป่วยแต่ละรายนานพอควร ซึ่งการให้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก มีผู้ป่วยมารับบริการจำนวนมาก ดังนั้นควรใช้กลไกกิจกรรมกลุ่มเพื่อจะได้ลดระยะเวลาการพยาบาลและสามารถให้บริการผู้ป่วยได้จำนวนมากขึ้น
3. การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษา ความเป็นไปได้ของการปรับลดระยะเวลาของการบำบัดให้น้อยลง หรือนัดหมายผู้ป่วยตามระยะเวลาที่แพทย์นัด หรือการใช้โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย

4. การศึกษาครั้งต่อไป ควรใช้เครื่องมือในการประเมินการรับประทุษร้ายหลายวิธีร่วมกัน เช่น การนับจำนวนเม็ดยา การสัมภาษณ์การรับประทุษร้าย เป็นต้น

5. การศึกษาครั้งต่อไป ควรออกแบบการศึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมได้มารับกิจกรรมเป็นระยะเช่นเดียวกับที่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ต้องมาเป็นระยะตลอดการบำบัด

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

1. เครื่องมือวัดพฤติกรรมการรับประทุษร้ายในการศึกษาครั้งนี้เป็นการรายงานตนเอง (self report) ซึ่งมีประโยชน์ในแง่ของการใช้ง่ายและประหยัด แต่เป็นไปได้ว่าผู้ป่วยอาจรายงานเพื่อให้เป็นที่พอใจของผู้วิจัย ซึ่งผลการวิจัยอาจคลาดเคลื่อนได้

2. ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม ตามโปรแกรมกับผู้ป่วยกลุ่มทดลองทำให้ผู้วิจัยได้พบพูดคุยกับผู้ป่วยทุกสัปดาห์ มีข้อดีในแง่ของการติดตามดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดในระยะแรกของการรับประทุษร้าย ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการติดตามทุกสัปดาห์ อาจทำให้ผลการวิจัยในกลุ่มทดลองไม่ได้เกิดจากการจัดกระทำด้วยโปรแกรมอย่างเดียว แต่อาจมีผลมาจากการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากผู้วิจัยร่วมด้วย

3. การได้รับเงินค่าตอบแทนการมาพบผู้วิจัย เป็นการช่วยเหลือค่าเดินทางให้แก่ผู้ป่วย ถึงแม้จะเป็นการดีในแง่ของการวิจัยที่ไม่เอาเปรียบผู้ป่วย แต่อาจเป็นข้อจำกัดที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเกรงใจ และรายงานผลเพื่อให้ผู้วิจัยพอใจ

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการ
รับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

THE EFFECT OF PROMOTING DRUG COMPLIANCE PROGRAM ON DRUG
ADHERENCE BEHAVIOR IN PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

อุษา วรรณฉวี 5036755 NSMH/ M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: อัจฉราพร สิริวิทยวงศ์, (พย.ด.), ประภา ยุทธไตร, (พย.ด.),
สุดสภาย จุลกัทัพพะ, (พ.บ.,ป ชั้นสูง, อ.ว. จิตเวชศาสตร์)

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การรักษาด้วยยาด้านเศร้า เป็นการรักษาลึกในการรักษาอาการซึมเศร้าในระยะเริ่มต้น มีหลักฐานจากรายงานการศึกษายืนยันว่าร้อยละ 50-70 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการป่วยเป็นครั้งแรก และไม่มีโรคร่วมโดยเฉพาะอาการทางจิตหรืออาการฟุ้ง (mania) จะมีการตอบสนองที่ดีต่อการรักษาด้วยยาใน 2-3 สัปดาห์ (American Psychiatric Association, 2000) ยารักษาอาการซึมเศร้าส่วนใหญ่จะไปขัดขวางการดูดกลับเข้าเซลล์ประสาทของสารสื่อประสาทที่สำคัญ 3 ตัวคือ ซีโรโทนิน (serotonine) นอร์อีพิเนฟริน (nor-epinephrine) และโดปามีน (dopamine) ที่บริเวณจุดต่อของปลายประสาท ทำให้สารชีวเคมีในสมองเหล่านี้เพิ่มสูงขึ้นส่งผลให้อาการซึมเศร้าหายไป หรือดีขึ้น และยังเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้ โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) แนะนำว่าผู้ป่วยควรรับประทานยาอย่างน้อย 6 เดือน

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาในครั้งแรกมักไม่ร่วมมือในการรับประทานยา จากการสำรวจผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มาพบแพทย์ที่หน่วยตรวจโรคนอก โรงพยาบาลศิริราช พบว่าผู้ป่วยไม่มาติดตามการรักษาตั้งแต่ 1 เดือนแรกของการมาพบแพทย์เป็นจำนวนร้อยละ 64 (อุษา วรรณฉวี, เกษราภรณ์ ภักดีจิตร และอัจฉราพร สิริวิทยวงศ์, 2551) สอดคล้องกับงานวิจัย ใน

ต่างประเทศที่พบว่า ปัญหาความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นพบมากในช่วง 1-3 เดือนแรกของการรักษา (Nemeroff, 2003) และร้อยละ 70 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหยุดยาคด้วยตัวเองในระหว่างการรักษา (Demyttenaere, 2008; Haynes, 2008; Pampallona, Bollini, Tibaldi, Kupelnick, & Munizza, 2002)

ความคิด ความเชื่อ ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค การใช้ยาด้านเศร้า และผลข้างเคียงจากยา เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่ร่วมมือในการรับประทานยา (Bollini, Pampallona, Kupelnick, Tibaldi, & Munizza, 2006; Chakraborty, Avasthi, Kumar, & Grover, 2008; Demyttenaere, 2001; Nabeel, 2008) จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การไม่ยอมรับการเจ็บป่วยด้วยเห็นว่าการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่น่าละอาย ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมส่งผลให้ผู้ป่วยหลายคนที่จะรับประทานยา เนื่องจากเชื่อว่าการรับประทานยาเป็นสัญลักษณ์ของผู้ป่วยทางจิต (Sirey, Raue & Alexopoulos, 2006) นอกจากความเชื่อเกี่ยวกับโรคแล้วผู้ป่วยยังมีความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาด้านเศร้าที่ไม่ถูกต้อง เช่น เชื่อว่ายายาไม่สามารถช่วยแก้ปัญหาคความทุกข์ใจได้ เชื่อว่าการรับประทานยาเป็นเวลานานจะทำให้ต้องพึ่งพายาไปตลอดชีพ (Aikens, Nease & Klinkman, 2008) และความเข้าใจผิดที่ว่าการใช้ยาด้านเศร้าเหมือนกับยาบรรเทาอาการชนิดอื่นๆ คือหยุดใช้ยาเมื่ออาการดีขึ้น เลือกรับประทานยาเฉพาะเวลาที่มีอาการ (Chakraborty et al., 2008) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจและไม่สามารถทนต่อผลอันไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยาได้ เช่น อาการมึนงง ง่วงนอนในช่วงกลางวัน (Lin, Korff, & Katon, 1995; Maddox, Levi, & Thompson, 1994) เป็นสาเหตุสำคัญสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยา

รูปแบบของการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา ที่มีประสิทธิผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลง ได้แก่ รูปแบบที่พัฒนามาจากแนวคิดการสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ของ Miller & Rollnick (2002) ร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรมมารับประทานยา (Cognitive behavior therapy) ของ Beck และคณะ (1979) เป็นรูปแบบที่มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการรับประทานยา และแรงจูงใจในการรับประทานยาของผู้ป่วย ส่งผลให้อาการซึมเศร้าดีขึ้นเมื่อติดตามในระหว่างสัปดาห์ที่ 6-12 และติดตามระยะยาว 6 เดือน หลังการรักษาด้วยยา (Peveler, George, Kinmonth, Campbell, & Thompson, 1999; Tay, 2007; Williams et al., 2007) การบูรณาการการเสริมสร้างแรงจูงใจและการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมได้มีการนำมาใช้ในผู้ป่วยไทยโรคจิตเภท (พรทิพย์ วชรดิolk, 2551) ซึ่งผลการศึกษาคพบว่าสามารถเพิ่มความรู้และพฤติกรรมมารับประทานยา ได้มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมได้นาน 6 เดือน

ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีวัตถุประสงค์ ที่จะทดสอบโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา ที่พัฒนามาจากฐานแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรมรับประทานยา ว่าสามารถเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติหรือไม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

ความร่วมมือในการรับประทานยา เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากความเชื่อและมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติด้วยตัวผู้ป่วยเอง การปฏิเสธความเจ็บป่วยและคิดว่ายาไม่ได้ช่วยในการแก้ปัญหา การมี ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับยารักษาอาการซึมเศร้า เช่น การหยุดรับประทานยาด้วยตนเองเมื่อ อาการดีขึ้น การเลือกรับประทานยาเฉพาะในวันที่มีอาการและไม่ต้องการรับประทานยาเป็นเวลานานเนื่องจากกลัวติดยา ผลอันไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยา และสัมพันธภาพระหว่างการ รักษา เช่น การมีเวลาจำกัดในการให้ข้อมูลและแก้ไขปัญหาลดอุปสรรคในการรับประทานยา เป็นปัจจัย สำคัญที่ทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดการสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick (2002) ซึ่งเป็นการให้คำปรึกษาที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสำรวจปัญหาและ จัดการกับความลังเลใจของตนเองเพื่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะมีพฤติกรรมร่วมมือในการรับประทานยา ร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) ของ Beck และคณะ (1979) ซึ่งเน้นความคิดอัตโนมัติทางลบหรือความเชื่อและการเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยา ซึ่งจะมีผลโดยตรงต่อแรงจูงใจ และ ความลังเลในการที่จะกระทำตามแผนการรักษาหรือรับประทาน ยารักษาอาการซึมเศร้า และเสริมแรงจูงใจพฤติกรรมรับประทานยาที่ถูกต้องเหมาะสม การศึกษา ครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดดังกล่าวมาพัฒนาใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่อยู่ในระยะเริ่มแรกของการ รักษาด้วยยา โดยโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยามุ่งเน้นให้เกิดสัมพันธภาพอันดี ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย สนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับการเจ็บป่วยและการรักษาด้วยยาลด ความกังวลใจเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากผลอันไม่พึงประสงค์จากยาที่ผู้ป่วยได้รับและการให้ข้อมูล ที่ถูกต้องเกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานยารักษาอาการซึมเศร้าที่ได้รับ เพื่อส่งเสริมให้ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดแรงจูงใจในการรับประทานยา และเกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการ รับประทานยา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาในสัปดาห์ที่ 6 ระหว่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือ ในการรักษาด้วยยา ร่วมกับการดูแลตามปกติ และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ร่วมกับการดูแลตามปกติจะมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาในสัปดาห์ที่ 6 หลังรับการรักษา มากกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลตามปกติที่ระดับนัยสำคัญ .05

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงทดลอง Randomized Controlled Trial แบบสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง (Posttest only design) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คือ ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการจาก หน่วยตรวจโรคจิตเวชฯ โรงพยาบาลศิริราช สุ่มเข้ากลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก คือเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM-IV และได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกและยินดีเข้าร่วมการวิจัย จะถูกสุ่มเข้าเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมจำนวนเท่าๆกันกลุ่มละ 30 คน ด้วยวิธีการ Block Randomization

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

- 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ที่อยู่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ
- 2) แบบประเมินอาการซึมเศร้า Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS) ของ Montgomery & Asberg (1979) เป็นแบบประเมินเพื่อวินิจฉัยและใช้ติดตาม ประเมินผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยยา ซึ่งจิตแพทย์ของหน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์

โรงพยาบาลศิริราช ใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แปลเป็นภาษาไทยโดย จิตวิ แก้วพรสวรรค์ เป็นเครื่องมือที่มีความแม่นยำและความน่าเชื่อถืออยู่ในเกณฑ์สูง มีค่า Inter-rater และ Intra-rater reliability ของแบบประเมิน = 0.99 และ 0.99 ตามลำดับ (ศิริณา ศรัทธาพิสิฐ, นัยนา โปษยานุวัตร, ชดาพิมพ์ ศศลักษณ์านนท์, จิตวิ แก้วพรสวรรค์, สุภโชค สิงห์กันต์, 2550) มีจำนวน 10 ข้อ ให้คะแนนโดยการประเมินลักษณะและความรุนแรงของอาการ มีลำดับคะแนนตั้งแต่ 0-6 คะแนน คะแนนรวม ≥ 21 คะแนน ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า

3) แบบบันทึกการรับประทานยาด้วยตนเอง ที่สร้างโดยผู้วิจัย ตามแนวคิดของ Demyttenaere (1997) ที่อธิบายว่าพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Drug Adherence Behavior) ประเมินได้จากจำนวนวันที่ผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกขนาด ถูกเวลา และควรติดตามต่อเนื่องทุกวันติดต่อกันมากกว่า 1 เดือน ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยรายงานการรับประทานยาด้วยตนเอง (self-report) โดยการบันทึกพฤติกรรมรับประทานยาของตนเองในแต่ละวันลงในแบบบันทึกการรับประทานยา ซึ่งมีตัวเลือก 3 ข้อให้ผู้ป่วยเลือกตอบ คือ กินครบตามแพทย์สั่ง กินบ้างไม่กินบ้าง ไม่ได้กินเลย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

วันเดือนปี	บันทึกพฤติกรรมรับประทานยา	คะแนน
วันที่.....	☐ กินครบตามแพทย์สั่ง	1 คะแนน
	☐ กินบ้างไม่กินบ้าง	0 คะแนน
	☐ ไม่ได้กินเลย	0 คะแนน

1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรับประทานยาถูกต้อง คือ กินครบตามแพทย์สั่ง

0 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรับประทานยาไม่ถูกต้อง คือ กินบ้างไม่กินบ้าง หรือไม่ได้กินเลย

คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยา (Drug Adherence Behavior) ได้จากการรวบรวมคะแนนจากการบันทึกทั้งหมด 6 สัปดาห์ (42 วัน)

การรายงานการรับประทานยาด้วยตนเอง (Self-report) นั้นจากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าเป็นวิธีการที่ได้ผลไม่แตกต่างจากการติดตามผู้ป่วยด้วยเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ Medication Event Monitor System (MEMS) (Ludman et al., 2003; Peveler et al., 1999) โดยในงานของ Ludman, et al. (2003) พบว่าจำนวนวันที่ผู้ป่วยรับประทานยาไปในหนึ่งเดือนนั้น ค่าที่ได้จากการรายงานการรับประทานยาด้วยตนเอง มีค่าความสัมพันธ์สูงกับข้อมูลจากเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ของเภสัชกร (MEMS) 86.7% agreement, K= 0.66

ในการศึกษารั้งนี้ก่อนนำเครื่องมือไปใช้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหา รวมทั้งได้ปรับปรุงข้อความและการบันทึกตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตรงตามคุณลักษณะของประชากรในงานวิจัยจำนวน 5 ราย เพื่อสอบถามความชัดเจนและความเข้าใจของผู้ป่วยในการบันทึก และนำผลมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำลงใช้จริง

2. โปรแกรมที่ใช้ในการบำบัด

โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยพัฒนาจากประสบการณ์การปฏิบัติงาน และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick (2002) ร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรม ของ Beck และคณะ (1979) นำมาใช้กับผู้ป่วยใหม่ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ที่เข้ามารับการรักษาเนื้อหาครอบคลุมการสร้างให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตามการรักษา และจัดการกับปัญหาอุปสรรคในระหว่างรับประทานยาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่เข้มแข็ง สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง โปรแกรมบำบัดแบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ระยะที่ 2 ส่งเสริมความเชื่อมั่นและความมั่นใจต่อการรับประทานยารักษาอาการซึมเศร้า ระยะที่ 3 เป็นระยะการติดตามและประเมินผลผู้ป่วยจากสถานการณ์จริง และระยะที่ 4 เป็นระยะสุดท้ายส่งเสริมการรับประทานยาต่อเนื่องภายหลังสิ้นสุดการบำบัด ซึ่งในการดำเนินโปรแกรมจะมีใบงาน (work-sheet) บันทึกกิจกรรมหลักของการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ที่สร้างโดยผู้วิจัย มีคำถามเกี่ยวกับแรงจูงใจ เช่น เหตุผลที่มาพบแพทย์ เหตุผลที่รับประทานยา ปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานยา และระดับของแรงจูงใจในการรับประทานยาใช้มาตรวัดแบบ ruler scale ซึ่งเป็นมาตรวัดแบบง่ายเป็นต้น และ คู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สร้างโดยผู้วิจัย เนื้อหาครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ได้รับการรักษาด้วยยาและการบันทึกการรับประทานด้วยตนเอง

การตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 2 ท่าน อาจารย์สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และพยาบาลชำนาญการ 1 ท่าน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดย

1. ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ โดยการดูแลปกติที่ได้รับจากพยาบาลในครั้งแรกที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ได้แก่ การสอนสุขศึกษาเรื่องโรคซึมเศร้า การแนะนำการมาตรวจตามนัด และการติดตามทางโทรศัพท์หากผู้ป่วยไม่มาติดตามการรักษาในวันที่แพทย์นัด โดยปกติแล้วแพทย์จะนัดติดตามการรักษาทุก 1-2 สัปดาห์ เป็นจำนวน 4 ครั้ง เมื่ออาการดีขึ้นแล้วจึงเป็นการติดตามที่ห่างออกไป สำหรับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล บันทึกคะแนนซึมเศร้าของผู้ป่วยในครั้งแรกที่มาพบแพทย์ และมอบคู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีแบบบันทึกการรับประทานยาให้ผู้ป่วยนำกลับไปบันทึกการรับประทานยาทุกวันที่บ้านเป็นเวลา 6 สัปดาห์ และในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยเป็นครั้งที่ 2 ในวันที่ผู้ป่วยมาติดตามการรักษา เพื่อติดตามอาการซึมเศร้าและรวบรวมจำนวนวันที่ผู้ป่วยรับประทานยาถูกต้อง จากแบบบันทึกการรับประทานยาภายหลังสิ้นสุดการวิจัยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมไม่มาติดตามการรักษาในวันที่แพทย์นัด จำนวน 4 ราย และไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้ ผู้วิจัยจึงคัดออกจากการทดลอง ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง จึงเหลือผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม 26 ราย

2. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติเหมือนกับผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ร่วมกับการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เป็นจำนวนทั้งหมด 4 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 20 – 50 นาที โดยเริ่มกิจกรรมครั้งที่ 1 ในครั้งแรกที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ และกิจกรรมครั้งที่ 2-4 ผู้วิจัยนัดพบผู้ป่วยในวันเดียวกับที่ผู้ป่วยมีการนัดมาตรวจกับแพทย์เจ้าของไข้ ซึ่งติดต่อกันทุกสัปดาห์ ภายหลังที่ผู้ป่วยพบแพทย์แล้วผู้วิจัยจึงจะดำเนินกิจกรรมกับผู้ป่วย วันและเวลาเข้าร่วมกิจกรรมจะยึดถือตามความสะดวกของผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้วิจัยจ่ายค่าเสียเวลาและค่าเดินทางให้กับผู้ป่วยเป็นจำนวนเงินครั้งละ 200 บาท ผู้ป่วยกลุ่มทดลองเข้าร่วมการวิจัยครบถ้วนจนสิ้นสุดการทดลองจำนวน 30 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

เปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ด้วยสถิติ Chi-square เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยา ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมภายหลังสิ้นสุดการทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมี เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้น การประกอบอาชีพ จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบพบว่ากลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และกลุ่มทดลองประกอบอาชีพรับราชการมากที่สุด

2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยามีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาในสัปดาห์ที่ 6 สูงกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและการเปรียบเทียบคะแนนการรับประทานยาในสัปดาห์ที่ 6 ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติที (t-test)

คะแนนการ รับประทานยา	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=26)		Levene's test for Equality of Variances F	t-test	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.		t	df
คะแนนการ รับประทานยา รวม 6 สัปดาห์	41.17	2.87	22.58	17.07	130.976 [†]	5.486*	26

* = Significance ที่ $p < .05$

† = Significance ที่ $p < .05$

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาได้ถูกต้องตามเวลาและขนาดยา ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มควบคุม จะเห็นว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้

เมื่อพิจารณาเหตุผล ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการรับประทานยา สูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม อาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองได้รับการตอบสนองความต้องการที่ สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยตั้งแต่ครั้งแรกของการมารับรักษา และติดตามต่อเนื่องในครั้งต่อไป

การสัมภาษณ์ผู้ป่วยกลุ่มทดลองในครั้งแรกของการมารักษาพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาส่วนใหญ่อยู่ในระยะของการตัดสินใจ (Determination stage) ผู้ป่วยรู้สึกถึงสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง มีการหาข้อมูลและต้องการมาปรึกษาแพทย์ เพื่อรับการช่วยเหลือ แรงจูงใจต่อการรับประทานยาไม่มากหรือบางรายไม่นึกถึงการรับประทานยาเลย การตอบสนอง ที่ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยในระยะนี้คือ การทำความเข้าใจผู้ป่วย การแสดงความเห็นอกเห็นใจ และการให้ ข้อมูลหรือทางเลือกที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยในการตัดสินใจดูแลตัวเอง ทั้งนี้เนื่องมาจากการขาด ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา เป็นสาเหตุสำคัญสาเหตุหนึ่งของความไม่ร่วมมือใน การรักษา (อุษา วรรณฉวีและคณะ, 2551) หากในครั้งแรกของการมาโรงพยาบาลผู้ป่วยได้รับการ สะท้อนกลับให้ทราบถึงปัญหาความเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญ และปัญหานี้สามารถจัดการแก้ไขได้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจ มีการตั้งเป้าหมายและวางแผนที่จะปฏิบัติตัวต่อไป

เมื่อติดตามต่อในสัปดาห์ที่ 1-2 พบว่า ปัญหาผลข้างเคียงจากการรับประทานยาเป็น ปัญหาและอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการรับประทานยาต่อ ผลการวิจัยพบว่าร้อยละ 33 ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองประสบกับผลอันไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยา ปัญหาสำคัญที่พบ ได้แก่ มีอาการง่วงมากในช่วงกลางวัน ร้อยละ 25 และมีอาการคลื่นไส้ รับประทานอาหารไม่ได้ ร้อย ละ 8 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dimettenare (2003) ที่พบว่าอาการไม่พึงประสงค์จากยา คือการ ง่วงนอนในช่วงกลางวัน ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการหยุดรับประทานยาดังแต่ช่วงแรกของการรักษา เช่นเดียวกับการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างคนไทยของอุษา วรรณฉวีและคณะ (2551) ที่พบว่าสาเหตุ สำคัญของความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่พบว่า เมื่อผู้ป่วยเผชิญกับ อุปสรรคความไม่สุขสบายที่เกิดจากการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจยุติการรักษาด้วยตนเองตั้งแต่ 4 สัปดาห์แรกของการรักษา เมื่อทำการสืบค้นความลังเลใจของผู้ป่วยพบว่า ผลกระทบจากอาการ ข้างเคียงดังที่กล่าวมาทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัว มีความคิด ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยา ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยคิดว่ายาอาจทำอันตรายต่อร่างกายร้อยละ 10 และกลัวติดยาร้อยละ 8 รวมถึง ความคิดที่ว่ายาไม่ช่วยบรรเทาความทุกข์ทางใจที่มี ร้อยละ 21 การตอบสนองของพยาบาลในระยะนี้ จึงมุ่งเน้นที่การลดความกังวลของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยา พยาบาลตอบสนองผู้ป่วยโดยใช้การฟัง อย่างตั้งใจเพื่อที่จะสืบค้นปัญหา ความลังเลใจ ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ดีต่อการรักษาด้วยยาของ ผู้ป่วย เมื่อสามารถสืบค้นได้ว่าความคิดใดมีผลต่อความลังเลใจของผู้ป่วยในการรับประทานยาแล้ว พยาบาลจะทำการช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนความคิดต่อการรับประทานยา (Modify thought) ผลการวิจัยพบว่าภายหลังที่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับคำปรึกษา เพื่อจัดการกับความกังวลใจในการ รับประทานยาแล้วส่งผลให้มีแรงจูงใจทางบวกต่อการรับประทานยา ซึ่งเมื่อติดตามผู้ป่วยต่อใน สัปดาห์ที่ 3 พบว่าสัมพันธ์กับเหตุผลที่ผู้ป่วยเลือกรับประทานยาต่อไปโดยพบว่าร้อยละ 40 บอกว่า

รับประทานยาเพราะช่วยให้อาการดีขึ้น ร้อยละ 20 ไม่มีปัญหาเรื่องผลข้างเคียงอีกจึงรับประทานยาต่อ ซึ่งมีจำนวนคนเท่ากันกับการให้เหตุผลที่ว่าตัดสินใจรักษาให้ครบคอร์สจึงรับประทานยาต่อไป โดยผู้ป่วยให้ข้อมูลแก่พยาบาลไว้ว่าถึงแม้อาการยังไม่ดีขึ้นแต่ได้รับข้อมูลจากแพทย์และพยาบาลว่าต้องรับประทานยาให้ครบตามช่วงเวลาที่กำหนดอาการจึงจะหายไป ผู้ป่วยจึงตัดสินใจรับประทานให้ครบคอร์ส เช่นเดียวกันกับการให้เหตุผลที่ว่าคงกินดูว่าอาการจะดีขึ้นหรือไม่ เนื่องจากผู้ป่วยเคยให้ข้อมูลกับพยาบาลว่ารับประทานยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น ซึ่งพยาบาลได้อธิบายเหตุผลให้ผู้ป่วยแต่ละคนทราบว่าอาการของยาและการตอบสนองต่อยาของผู้ป่วยแต่ละคน จะใช้เวลาไม่เท่ากัน ผู้ป่วยจึงรับประทานยารักษาอาการซึมเศร้าต่อไป

เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มควบคุมแล้วพบว่า การดูแลปกติที่ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมได้รับ มีเพียงคำแนะนำและแผนพบเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามปกติจากพยาบาลที่หน่วยตรวจโรคจิตเวช ซึ่งเป็นการสื่อสารทางเดียว ผู้ป่วยไม่ได้มีโอกาสซักถามข้อสงสัย และยังเป็นช่วงเวลาเพียงเล็กน้อยในการให้คำแนะนำ เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมาก อาจทำให้กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำที่ไม่ครบถ้วน หรือมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับคำแนะนำที่ได้รับ หรือไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการที่แท้จริงในการมารับการรักษาครั้งแรก รวมถึงการติดตาม ผู้ป่วยจะดำเนินไปเมื่อพบว่าผู้ป่วยไม่ได้มาติดตามการรักษา จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมไม่เข้าใจถึงความสำคัญของการรับประทานยา ไม่ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้สึก นึกคิดที่มีต่อโรคซึมเศร้าและการรักษาด้วยยา หรือได้รับการปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อทางลบต่อการรับประทานยา ซึ่งส่งผลให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยกลุ่มควบคุมต่ำกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญ

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Peveler และคณะ (1999) ที่พบว่าการศึกษาที่พยาบาลประเมินความเข้าใจของผู้ป่วย ถึงเหตุผลที่ต้องรับประทานยาร่วมกับการให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องการรับประทานยา ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต่อเนื่องได้นาน 3 เดือน และสนับสนุนการศึกษาของ Hunkeler และคณะ (2000) ที่พบว่าการศึกษาที่พยาบาลแสดงความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย เสนอตัวเข้าช่วยเหลือจัดการปัญหาของผู้ป่วยทั้งปัญหาการรับประทานยาและปัญหาทางจิตสังคมโดยผ่านทางติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์อย่างสม่ำเสมอในระยะ 6 สัปดาห์แรกของการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความพึงพอใจต่อการรักษาดีขึ้น นอกจากนี้ยังสนับสนุนการศึกษาของ Nabeel (2008) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับความรู้เรื่องยาและการเสริมแรงให้เห็นประโยชน์ของการรับประทานยา ตั้งแต่ครั้งแรกของการมารับรักษา จะมีคะแนนความพึงพอใจต่อการรักษาด้วยยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับความรู้เพียงอย่างเดียว รวมถึงจะมีอัตราการยุติการรักษาน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม เมื่อวัดในสัปดาห์ที่ 6 ของการรักษา

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีคะแนนอาการซึมเศร้าหลังการทดลองดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ระยะเริ่มแรกของการรักษา (Acute phase) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ที่ดำเนินไปโดยผ่านทางกระบวนการสร้างแรงจูงใจและการติดตามกระตุ้นให้มั่นคงกับเป้าหมายการรักษา เป็นการช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานครบตามแผนการรักษา และยารักษาโรคซึมเศร้าจะไปปรับสมดุลของสารชีวเคมีในสมองส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น อย่างไรก็ตามคะแนนอาการซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมลดลงในสัปดาห์ที่ 6 เช่นเดียวกันแต่ลดลงน้อยกว่ากลุ่มทดลอง ทั้งนี้อาจมาจากปัจจัยที่ว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมรับประทานครบหรือไม่ถูกต้องและไม่ต่อเนื่อง จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยบางรายเลือกรับประทานครบเฉพาะยานอนหลับ แต่ไม่รับประทายารักษาอาการซึมเศร้า และจะรับประทายารักษาอาการซึมเศร้าเฉพาะในวันที่มีเหตุการณ์ความเครียดมากระทบ หรือในวันที่มีอาการซึมเศร้ามากๆ หรือในบางรายรับประทายาในขนาดที่น้อยกว่าแพทย์สั่งครั้งหนึ่ง หรือบางรายไม่รับประทายาเลย แต่โดยธรรมชาติของโรคเองแล้ว ถ้าผู้ป่วยมีศักยภาพที่จะปรับเปลี่ยนกระบวนการ คิดด้วยตนเองและการแก้ปัญหาที่ดี อาการซึมเศร้าก็มีแนวโน้มที่จะลดลงได้ ซึ่งเป็นอีกปัจจัยที่ทำให้มีอาการซึมเศร้าในระยะเริ่มแรกนี้ลดลงในทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กล่าวได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทายา ตามแนวทางการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบไปด้วยการให้การพยาบาล 4 ระยะ ในแต่ละระยะพยาบาลจะดำเนินกิจกรรมไปตามกระบวนการของการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ ระยะที่ 1 เป็นการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ผู้ป่วยในระยะนี้จะได้รับ การสร้างให้เกิดแรงจูงใจที่เข้มแข็งและมั่นคงที่จะเริ่มต้นพฤติกรรมการรับประทายารักษาอาการซึมเศร้าที่สอดคล้องกับแผนการรักษา ระยะที่ 2 เป็นการทำให้ผู้ป่วยมั่นคงต่อเป้าหมายในการรักษา โดยเน้นที่ปัญหา อุปสรรคสำคัญของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ทำให้เกิดความลังเลในการรับประทายารักษาอาการซึมเศร้า การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบที่มีต่อการรับประทายา และการเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วยและจัดอุปสรรคในการรับประทายาอย่างต่อเนื่องต่อไป นอกจากนั้นยังช่วยเสริมแรงพฤติกรรมการรับประทายาที่ถูกต้องเหมาะสมให้ดำเนินต่อไปอย่างมั่นคง และแนะนำหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทายาที่ไม่เอื้อต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาและการหายจากโรคซึมเศร้าซึ่งกลยุทธ์ดังกล่าวเป็นการสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยเกิดการตัดสินใจวางแผนปฏิบัติตามการรักษาต่อไป ระยะที่ 3 เป็นระยะการติดตามและประเมินผล ผู้ป่วยจากสถานการณ์จริงว่า ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาล้มเหลวหรืออุปสรรคต่อการรับประทายาได้ด้วยตนเองหรือไม่ และให้ผู้ผู้ป่วยพิจารณาแก้ไขอุปสรรค ที่ทำให้ไม่สามารถรับประทายาได้ตาม

แผนการรักษาที่ได้รับ และระยะที่ 4 เป็นระยะสุดท้ายเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการวางแผนในการรับประทานยาต่อเนื่องภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการร่วมมือในการรับประทานยา มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยในครั้งนี้

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งได้รับการวินิจฉัยเป็นครั้งแรก และได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการซึมเศร้า โดยควรเริ่มกิจกรรมตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยยา และมีการติดตามผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอในระยะแรก เพื่อส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษามากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะในช่วง 6 สัปดาห์ซึ่งเป็นระยะเริ่มแรกของการรักษาโรคซึมเศร้าเท่านั้น ควรทำการศึกษาต่อไปในระยะของการรักษาต่อเนื่อง 3-6 เดือน เพื่อประโยชน์ในด้านของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค
2. การศึกษาครั้งนี้พบว่าระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมกับผู้ป่วยแต่ละรายนานพอควร ซึ่งการให้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก มีผู้ป่วยมารับบริการจำนวนมาก ดังนั้นควรใช้กลไกกิจกรรมกลุ่มเพื่อจะได้ลดระยะเวลาการพยาบาลและสามารถให้บริการผู้ป่วยได้จำนวนมากขึ้น
3. การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาความเป็นไปได้ ของการปรับลดระยะเวลาของการบำบัดให้น้อยลง หรือนัดหมายผู้ป่วยตามระยะเวลาที่แพทย์นัด หรือการใช้โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย
4. การศึกษาครั้งต่อไป ควรใช้เครื่องมือในการประเมินการรับประทานยาหลายวิธีร่วมกัน เช่น การนับจำนวนเม็ดยา การสัมภาษณ์การรับประทานยา เป็นต้น
5. การศึกษาครั้งต่อไปควรออกแบบการศึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมได้มารับกิจกรรมเป็นระยะเช่นเดียวกับที่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ต้องมาเป็นระยะตลอดการบำบัด

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

1. เครื่องมือวัดพฤติกรรมการรับประทานยาในการศึกษาครั้งนี้เป็นการรายงานตนเอง (self report) ซึ่งมีประโยชน์ในแง่ของการใช้ง่ายและประหยัด แต่เป็นไปได้ว่าผู้ป่วยบางรายอาจรายงานเพื่อให้เป็นที่พอใจของผู้วิจัย ซึ่งผลการวิจัยอาจคลาดเคลื่อนได้

2. ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม ตามโปรแกรมกับผู้ป่วยกลุ่มทดลองทำให้ผู้วิจัยได้พบพูดคุยกับผู้ป่วยทุกสัปดาห์ มีข้อดีในแง่ของการติดตามดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดในระยะแรกของการรับประทานยา ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการติดตามทุกสัปดาห์ อาจทำให้ผลการวิจัยในกลุ่มทดลองไม่ได้เกิดจากการจัดกระทำด้วยโปรแกรมอย่างเดียว แต่อาจมีผลมาจากการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากผู้วิจัยร่วมด้วย

3. การได้รับเงินค่าตอบแทนการมาพบผู้วิจัย เป็นการช่วยเหลือค่าเดินทางให้แก่ผู้ป่วย ถึงแม้จะเป็นการดีในแง่ของการวิจัยที่ไม่เอาเปรียบผู้ป่วย แต่อาจเป็นข้อจำกัดที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเกรงใจ และรายงานผลเพื่อให้ผู้วิจัยพอใจ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสภาการพยาบาล ที่ได้สนับสนุนทุนในการทำวิทยานิพนธ์ และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลา และให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

THE EFFECT OF PROMOTING DRUG COMPLIANCE PROGRAM ON
DRUG ADHERENCE BEHAVIOR IN PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE
DISORDER

USA VANNACHAVEE 5036755 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: ACHARAPORN SEEHERUNWONG,
D.N.S., PRAPA YUTATRI, D.N.S., SUDSABUY CHULAKADABBA, M.D.

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Study

Antidepressant drugs are mainly used to treat the acute phase of depressive patients. Studies have shown that 50% to 70% of patients with major depressive disorder who are first stricken with the disease and who have no co-morbidity especially psychiatric symptoms or mania will have satisfactory response to the treatment within two to three weeks (American Psychiatric Association, 2000). Generally, most of the antidepressant drugs obstruct reuptake of three major neurotransmitters—serotonin, norepinephrine, and dopamine in the synapses, hence an increase in brain neurotransmitters which eliminates or relieves depressive symptoms and prevents relapses. According to the recommendation of World Health Organization, patients with major depressive disorder should take antidepressant drugs for at least six months.

However, patients with major depressive disorder tend to be uncooperative with medication intake when antidepressant drugs are first described. A survey of patients with major depressive disorder who sought treatment at the outpatient setting of Siriraj Hospital has revealed that as many as 64% of patients with major depressive

disorder lost their follow-ups within the first month (Usa Vannachawee, Ketsaraporn Pakdeejit, & Acharaporn Seehiranyawong, B.E. 2551). A similar finding has been reported in studies conducted overseas as well. For example, problems caused by lack of cooperation of patients with major depressive disorder are commonly found within the first one to three months of the treatment (Nemeroff, 2003), and about 70% of patients with major depressive disorder discontinued the medications by themselves during the treatment (Demyttenaere, 2008; Haynes, 2008; Pampallona, Bollini, Tibaldi, Kupelnick, & Munizza, 2002).

Personal ideas, beliefs, misunderstanding of the disease and antidepressant drugs, as well as adverse effects of the medications are major reasons why patients with major depressive disorder lack medication adherence (Bollini, Pampallona, Kupelnick, Tibaldi, & Munizza, 2006; Chakraborty, Avasthi, Kumar, & Grover, 2008; Demyttenaere, 2001; Nabeel, 2008). It has been reported that lack of acceptance of the disease due to a belief that major depressive disorder is a stigma and unacceptable in society makes patients with major depressive disorder neglect medication intake, thinking that medication intake is a symbol of psychiatric patients (Sirey, Raue & Alexopoulos, 2006). In addition to belief about the disease, patients with major depressive disorder may have wrongful beliefs about the disease. For instance, they believe that medication cannot solve their mental sufferings, assume that continuous medication intake will make them become dependent on antidepressant drugs for the rest of their lives (Aikens, Nease & Klinkman, 2008), and have a misunderstanding that antidepressant drugs are like other medications that should be discontinued when the symptoms are relieved or that antidepressants should be taken only when they have the symptoms (Chakraborty et al., 2008). Furthermore, patients' lack of understanding of the disease and ability to tolerate undesirable side effects of the drugs such as dizziness and drowsiness during the day (Lin, Korff, & Katon, 1995; Maddox, Levi, & Thompson, 1994) are also reasons that make patients lack medication adherence.

One of the promotion programs that enhance patients' cooperation in treatment of major depressive disorder, increase their medication adherence, and reduce their depressive symptoms is a promotion program that has been developed based on the concept of Motivational Interviewing of Miller and Rollnick (2002) together with Cognitive Behavior Therapy of Beck et al. (1979). It has been reported

that such a promotion program is effective to adjust patients' attitudes toward medication intake and increase their motivation to adhere to medication, so it results in an improvement in depressive symptoms during the long-term follow-ups at six to 12 weeks and six months after the medication treatment (Peveler, George, Kinmonth, Campbell, & Thompson, 1999; Tay, 2007; Williams et al., 2007). An integration of motivation promotion and cognitive behavioral therapy has been implemented with schizophrenic patients in Thailand (Porntip Vejiradilok, B.E. 2551). The findings of the study showed that the program could increase the patients' knowledge and medication intake behaviors for six months longer when compared to those who did not participate in the program.

Therefore, in the present study, the researcher aimed to determine the effects of a drug compliance promotion program on drug adherence behaviors in patients with major depressive disorder who participated in the program when compared to those who received only routine nursing care or not.

Conceptual Framework of the Study

Drug adherence is a behavior that results from patients' readiness and motivation to adhere to prescribed medication intake. The factors that hinder drug adherence in patients with major depressive disorder include patients' denial of the sickness; beliefs that medication cannot help them solve problems; misunderstanding of the antidepressant drugs such as discontinuing medication intake can be decided by patients when the symptoms have improved, taking drugs only on the days when the symptoms are aggravated, and not wanting to take drugs for a continuous period of time for fear of addiction; undesirable side effects; and relationships in the treatment such as limited time to provide information and solve problems or obstacles in medication intake. A drug compliance promotion program was developed by the researcher based on the concept of motivational interviewing proposed by Miller and Rollnick (2002). It is a provision of consultation which emphasizes patients' participation in the survey of problems and manages their hesitation to create motivation to promote drug adherence. In this study, the concept was implemented together with the concept of cognitive behavior therapy of Beck et al. (1979) which

places its emphasis on negative automatic thinking or incorrect beliefs or understanding of medication intake which directly affect motivation and hesitation to appropriately adhere to the treatment plan and take antidepressant drugs. In this study, such concepts were utilized to develop a drug compliance promotion program for patients with major depressive symptoms who were still in the first stage of the treatment with medications. In this study, the drug compliance promotion program emphasized establishment of a good relationship between nurses and patients, encouraged patients to accept their sickness and treatment with medications, reduced their anxiety and concern about undesirable side effects of the prescribed antidepressant drugs, and provided correct information regarding significance of antidepressant drugs to increase motivation and promote drug adherence among patients with major depressive symptoms.

Research Objective

The present study aimed to compare drug adherence behaviors at the sixth week between patients with major depressive symptoms who received the drug compliance promotion program and those who received only routine nursing care.

Research Hypothesis

Patients with major depressive disorder who received the drug compliance promotion program together with routine nursing care had better drug compliance at the sixth week after the treatment than those who received only routine nursing care with statistical significance at .05 level.

Research Methodology

The present study was randomized controlled trial experimental research with the two-group posttest-only design that aimed at investigating the effects of a drug compliance promotion program on drug adherence of patients with major depressive disorder.

Population and Sample

The population consisted of outpatients who sought services at the psychiatric unit, Siriraj Hospital. The sample was recruited by means of purposive sampling based on the inclusion criteria as follows: 1) They were first diagnosed with major depressive disorder based on the DSM-IV criteria, and 2) They were treated with antidepressant drugs. The subjects who met the inclusion criteria and who were willing to participate in the study were assigned into the experimental group and the control group, with 30 subjects in each group, using block randomization.

Instrumentation

1. Data collection instruments consisted of the following:

1. Demographic characteristics questionnaire was designed to elicit data regarding address, age, gender, educational background, marital status, and occupation

2. Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS) was developed by Montgomery and Asberg (1979) to diagnose and follow up on the outcomes of treatment with antidepressant drugs of patients with major depressive disorder. The instrument was used by psychiatrists at the psychiatric examination unit, Siriraj Hospital to monitor symptoms of patients with major depressive disorder. The instrument was translated into the Thai language by Associate Professor Dr. Thitakawee Kaewpornawan, M.D. Its validity and reliability are at a high level, with the inter-rater reliability and intra-rater reliability equal to 0.99 and 0.99, respectively (Sirina Sathapisit, Naiyana Posya-anuwat, Chadapim Sasalaksananon, Thitakawee Kaewpornawan, & Suppachok Singhakan, B.E. 2550). There are ten items in the instrument to assess observable depression, reported depression, internal tension, reduced sleeping, reduced appetite, difficulty concentrating, fatigue, inability to have feeling, negative thinking, and suicidal thoughts. As for scoring, the scores are given based on the assessment of characteristics and severity of symptoms, with the scores ranging from 0 to 6 points. The scores equal to or higher than 21 points mean the patients have depression.

3. Self-medication intake assessment record form was developed by the researcher based on the concept of Demyttenaere (1997) which explains that patients' drug adherence behaviors can be assessed by the number of days patients correctly take medication, with the right dose and at the right time. This should be followed up continuously for more than one month. In this study, the researcher asked the patients to conduct a self-report by recording their daily medication intake behaviors onto the form, which had three response choices for the patients to choose from: complete as prescribed by the doctor, incomplete medication intake, and no medication intake at all. The scoring criteria were as follows:

	Medication intake behavior record form	Scores
Day 1	☐ Complete as prescribed by the doctor	1 point
	☐ Incomplete medication intake	0 point
	☐ No medication intake at all	0 point

The score of one point was given if the patients had correct medication intake behaviors; that is, they took medications as prescribed by the doctor. As for incorrect medication intake behaviors, including incomplete medication intake and no medication intake at all, the patients would receive the score of 0 point. The total scores would be calculated from the patients' self-report lasting six weeks (42 days) to determine their drug adherence behaviors.

With regard to self-reported medication intake, previous research has shown that it yields similar results to the medication event monitor system (MEMS) (Ludman et al., 2003; Peveler et al., 1999). According to Ludman et al. (2003), the number of days the patients took medication in one month as reported by the patients themselves was highly correlated with the data from the medication event monitor system (MEMS) with 86.7% agreement and $K = 0.66$.

In the present study, before the instrument was used in the main study, it was submitted to a panel to experts to ensure its content validity and language appropriateness. The instrument which was revised and improved based on the experts' comments and suggestions was tried out with five subjects whose

demographic characteristics were similar to those of the subjects in the main study to ensure clarity and ease of understanding of the instrument before it was used in the main study.

2. Research instrument

The drug compliance promotion program was developed by the researcher based on her professional experience and an extensive review of literature on the motivational interviewing concept of Miller and Rollnick (2002) and the concept of cognitive behavioral therapy of Beck et al. (1979). The program was used with newly diagnosed patients when they were first admitted to treatment. The contents of the program covered the creation of motivation to adhere to the treatment plan and to solve problems and overcome obstacles during medication intake to strengthen the patients' motivation to continuously adhere to medication intake. The program was divided into four phases: Phase one was the creation of motivation to adhere to the treatment plan, Phase two was the promotion of confidence and trust in medication intake to treat major depressive disorder, Phase three was the follow-up and assessment of patients in actual situations, and Phase four was the last phase which encouraged continuous medication intake after the end of the treatment. During the implementation of the program, there were work sheets designed by the researcher to record the main activities to promote drug adherence with questions regarding creation of motivation such as reasons for coming to see the doctor, problems and obstacles in medication intake, and reasons for medication intake, levels of motivation for medication intake, arranged in a ruler scale, which was a simple form of measurement, etc. In addition to the work sheets, there was a manual for patients with major depressive symptoms constructed by the researcher. The contents of the manual covered knowledge on self-care of patients with major depressive symptoms who were treated with medication and how to record the self-reported medication intake of patients.

The drug compliance promotion program to promote drug adherence behaviors was examined by a panel of five experts to ensure content validity and language appropriateness. The experts consisted of two psychiatrists, two psychiatric nursing instructors, and one highly experienced professional nurse.

Data Collection

The researcher collected data by herself in the following manner.

The subjects in the control group received routine nursing care from the nurses. When the subjects came to see the doctor for the first time, the nurses gave them health education on major depressive disorder and offered advice on keeping the doctor's appointments and making telephone follow-ups if the patients did not show up on the day of the appointment. In general, the doctor made an appointment with the patients for a follow-up examination every one or two weeks, for a total of four appointments. When the patients' symptoms had improved, the intervals between the follow-ups would be extended. In this study, the researcher gave routine nursing care to the patients twice, with a six-week interval. During the first session, the researcher interviewed the subjects using the demographic characteristics questionnaire and recorded their major depressive disorder scores at their first examination by the doctor. The researcher also gave a manual for patients with major depressive disorder to the subjects which included the self-reported medication intake record form for the subjects to record their medication intake at home for a period of six weeks. During the second session, the researcher met the subjects on the day the subjects came to the follow-up examination at the sixth week of the treatment to assess their major depressive symptoms and to collect data on the number of days the patients had correct medication intake as recorded in the self-reported medication intake record form. After the end of the research procedure, it was found that there were four subjects who did not show up on the days of the doctor's appointment and these subjects could not be reached. Therefore, they were excluded from the study, and the total number of subjects in the control group was reduced to 26.

2. The subjects in the experimental group received routine nursing care similar to that of the subjects in the control group. However, they also received the drug compliance promotion program for a total of four sessions, each lasting 20 to 50 minutes. The first session was conducted when the subjects came to see the doctor, and the second to fourth sessions were conducted when the subjects came to see the doctor on the days of the appointment. After the subjects met the doctor, the researcher met and conducted activities with the subjects. The researcher asked the

subjects if it was convenient for them to participated in the activities with the researcher and let them choose the days they wanted to have the activity with the researcher, which could be the days of the doctor's appointment. The researcher offered the subjects 200 baht for their time and as traveling expenses. After the research ended, it was found that all the experimental subjects cooperated with the research procedure and all 30 subjects remained in the program until the end.

Data Analysis

In this study, the Chi-square test was used to compare demographic characteristics of the subjects in the experimental and control groups including gender, age, marital status, educational background, and occupation. Furthermore, the independent t-test was employed to compare the subjects' drug adherence behavior scores.

Findings

1. As for demographic characteristics, the subjects in the experimental and control groups were not different with statistical significance except for occupation. A further analysis revealed that most of the subjects in the control group were unemployed, while the largest group of the subjects in the experimental group consisted of government officials.

2. The subjects in the experimental group who received routine nursing care together with the drug compliance promotion program had higher mean score of drug adherence at the sixth week than that of the subjects in the control group who received only routine nursing care with statistical significance.

Table 1 Mean, standard deviation, and comparison of drug adherence scores at the sixth week of the subjects in the experimental group and the control group using t-test

Drug adherence scores	Experimental group (n = 30)		Control group (n = 26)		Levene's test for Equality of Variances F	t-test	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		t	df
Total drug adherence scores in six weeks	41.17	2.87	22.58	17.07	130.976 [†]	5.486*	26

* = Significance at $p < .05$

† = Significance at $p < .05$

Discussion of Findings

According to the study findings, the patients with major depressive disorder in the experimental group who received the drug compliance promotion program had correct drug adherence behaviors in terms of the dosage and the time when compared to those in the control group with statistical significance. Thus, the study hypothesis was accepted.

When considering the reason why the subjects in the experimental group had better drug adherence behaviors than those in the control group, it may be possible that the experimental subjects' needs were met as soon as they first came to the hospital to seek treatment, which continued all through the subsequent follow-ups at the hospital.

According to the interview of the experimental subjects, it was found that most of the patients with major depressive disorder were still in the determination stage. They had already noticed the abnormality that took place in them, they had searched for information, and they decided to see the doctor for help. Their motivation to take medications was generally low, and some of them never even thought of medication intake at all. The responses the researcher gave the subjects at this stage were to show them understanding and compassion. The researcher also gave them information and options that would benefit the patients' decision to perform self-

care. This was because lack of knowledge and understanding about the disease and its treatment was one of the major causes of lack of cooperation in care (Usa Vannachawee et al., B.E. 2551). Thus, it was believed that if the subjects received feedback about the problems they were facing since the first time they came to the hospital for help and learned that their problems could be solved, they would have more motivation, set goals, and plans for self-care practices.

At the first and second weeks' follow-ups, it became apparent that the adverse side effects of the antidepressants were important problems and obstacles that prevented the subjects from adhering to medication intake. The findings showed that 33% of the experimental subjects suffered from various side effects of medication intake, including extreme drowsiness during the day, at 25%, and nausea and loss of appetite, at 8%. Likewise, Dimettenare (2003) found that undesirable side effects of antidepressants including daytime drowsiness were major causes for discontinuation of the medication intake since the initial period of the treatment. In Thailand, Usa Vannachawee et al. (B.E. 2551) found that a main reason why most patients with major depressive disorder lacked adherence to treatment was discomfort caused by the medication which made the patients discontinued medication intake as early as the fourth week of the treatment. Moreover, when investigating the patients' hesitation, it was found that the side effects made patients scared and develop incorrect idea and belief about medication intake. In the present study, the findings indicated that 10% of the subjects thought that the drugs were dangerous, and 8% were concerned with addiction. Also, 21% of the subjects believed that the medications could not relieve their mental sufferings. For these reasons, nurses responded to the subjects by attentively listening to them to identify their problems, hesitation, and negative beliefs and attitudes toward their medication intake. After the ideas that affected the patients' hesitation to adhere to the treatment plan became known, nurses would help patients by modifying their thoughts. The findings showed that after the experimental subjects received advice on how to deal with their medication-related anxiety, they developed positive motivation to adhere to medication intake. A follow-up at the third week revealed that their behaviors were associated with the reasons why the subjects decided to continue their medication intake. About 40% of them indicated that they adhered to drugs because they could improve their symptoms and 20% felt that they

no longer suffered from side effects of the drugs. A similar percentage also indicated that they had decided to complete the treatment plan as prescribed by the doctor. The patients further explained to the nurses that even though their symptoms may not have been improved, but the explanation they received from the doctor and nurses confirmed that they needed to complete the medication intake as prescribed by the doctor to see the outcomes. Thus, they decided to have drug adherence behaviors. Other subjects reasoned that they wanted to try to see if the drugs could actually improve their symptoms, so they adhered to medication intake. It is worth noting that some of the subjects informed the nurses that they did not see any improvement after they took medications, but the nurses explained that the medications had different effects and patients had different responses to the medications, so the patients decided to continue their drug adherence.

On the other hand, the subjects in the control group received only routine nursing care from the hospital. They received advice and pamphlets on self-care practices of patients with major depressive disorder from the nurses in the psychiatric unit, which was one-way communication. The patients did not have any chance to ask nurses to clarify their doubts, and they had a chance to meet the nurses only very briefly as there were a large number of patients at the unit. Therefore, the control subjects may not receive comprehensive or complete advice and they may develop misunderstanding about the disease and treatment. It could be stated that their needs were not satisfied during the first time they came to seek treatment at the hospital, as well as during the subsequent follow-ups, as some of them did not show up on the days of the doctor's appointment. For these reasons, some of the subjects in the control group lacked understanding of the significance of medication intake and lost a chance to exchange their experiences or share ideas about major depressive disorder and medication intake with other fellow patients. More importantly, their negative ideas and attitudes toward drug adherence were not adjusted, so their drug adherence behaviors were lower when compared to those of the subjects in the experimental group with statistical significance.

The findings of the present study were consistent with the findings of Peveler et al. (1999) who found that when nurses assessed the patients' understanding of the reason for medication intake and provided knowledge of medication intake, the

patients with major depressive disorder were able to adhere to the treatment with medications for as long as three months. Similarly, Hunkeler et al. (2000) found that when nurses showed compassion and understanding and offered to help solve the patients' problems with medication intake and psychosocial problems through consistent telephone calls during the first six weeks of the treatment, the patients with major depressive disorder had more satisfaction with the treatment. These findings were also consistent with the findings of Nabeel (2008) who reported that patients with major depressive disorder who received knowledge about medication and reinforcement of benefits of the treatment since the first week of the treatment had higher scores of satisfaction with the treatment than those who received only the knowledge about the disease. They also had a lower rate of discontinuation of treatment than those who received only the knowledge of the disease at the sixth week of the treatment.

In addition, the findings showed that patients with major depressive disorder who received the drug compliance promotion program had better depression scores after the experiment than those who received only routine nursing care. This could be explained that during the acute phase of the treatment, the subjects in the experimental group who received the drug compliance promotion program had a chance to undergo the motivation creation process and were encouraged to adhere to the treatment goal. In other words, they received support to adhere to medications. The antidepressant drugs would adjust the balance of the biochemical substances in the brain, hence improvement in the patients' symptoms. However, the depression scores of the subjects in the control group also reduced at the sixth week of the experiment, but to a lesser extent when compared to the scores of the subjects in the experimental group. One plausible explanation is that the subjects in the control group did not have correct or consistent medication intake. According to the interviews, some subjects indicated that they took only sleeping pills but did not take antidepressant drugs. Others took antidepressant drugs only on the days there were events that caused depression or when they felt extremely depressed. Furthermore, some only took half of the medications prescribed by the doctor, while others did not take any medications at all. Generally, according to the nature of the disorder, if the patients have the potential to adjust their thinking process and have good problem-

solving skills, their depression tends to decrease by itself. This may have constituted one of the reasons why the depression scores of the subjects in both groups reduced during the acute phase.

The drug compliance promotion program based on the concepts of motivational interview and cognitive behavioral therapy consisted of four phases. During each phase, nurses carried out the activities based on the process of consultation to create motivation. Phase one was the creation of motivation to adhere to the treatment plan, so the patients in this phase received establishment of motivation that gave them strength and confidence to begin their intake of antidepressants as specified in the treatment plan. Phase two aimed to make patients adhere to the treatment goal, with an emphasis being placed on patients' problems and obstacles that made them hesitant to adhere to medication intake and adjustment of their negative automatic thoughts about the sickness and its treatment to make patients accept the sickness and overcome obstacles in drug adherence. It also reinforced correct medication intake behaviors to ensure its continuation and provided advice for patients to adjust medication intake behaviors that did not facilitate drug adherence. Such strategies supported the patients to make the decision to adhere to the treatment plan. Phase three was the follow-up and assessment of patients in actual situations to determine if patients were able to solve problems and overcome obstacles in drug adherence by themselves. Patients were enabled to deal with the obstacles that prevented them from adhering to the treatment plan. Finally, phase four was the last phase which encouraged continuous medication intake after the end of the treatment. The study findings revealed that the subjects in the experimental group had more drug adherence behaviors when compared to those of the subjects in the control group with statistical significance at the .05 level, which supported the research hypothesis.

Recommendations for Nursing Practices

The drug compliance promotion plan can be used with patients who are first diagnosed with major depressive disorder and are treated with antidepressants. Nurses should implement the program by carrying out the activities as soon as the patients received medication treatment. They should also continuously conduct follow-ups, especially during the acute phase, to ensure more drug adherence.

Recommendations for Further Research

1. The present study lasted only six weeks, which was the acute phase of major depressive disorder. Therefore, further studies should be conducted during the follow-up phase for three to six months so as to gather more data that will benefit prevention of relapses of major depressive disorder.
2. In this study, it was found that the activities conducted with each patient lasted rather long, which could be inappropriate when provided at the outpatient department where there are a lot of patients waiting to receive services. Thus, group activities may be used instead to reduce the duration of nursing activities and to offer wider services to more patients.
3. Further studies should be carried out to investigate the possibility to reduce the duration of the treatment, to make appointments with the patients on the same day as the doctor's appointments, and to use telephone calls to reach the patients.
4. Further studies should involve the use of various instruments to assess patients' medication intake such as counting pills and interviewing about medication intake, etc.
5. In the future, studies may be designed to let the control subjects participate in the activities on a periodical basis like the experimental subjects who are required to participate in the activities all through the program.

Limitations of the Study

1. The self-reported medication intake was used in the study to assess patients' drug adherence because it was easy to use and saved costs. However, it was possible that the subjects may not have given accurate information so as to please the researcher.
2. In this study, the subjects in the experimental group met the researcher on a weekly basis, so they were followed-up closely during the acute phase. In contrast, the subjects in the control group were not as closely monitored. Thus, it is possible that the outcomes of the experimental subjects did not result from their participation in the drug compliance program alone, but also from the fact that they received close attention from the researcher.

3. The researcher gave the subjects monetary returns in exchange of their traveling to see the researcher. This was because the researcher did not want to cause any burden on the subjects. However, it may have been possible that the subjects gave inaccurate information to the researcher so as to please the researcher instead of giving accurate information that may not have been as satisfying.

Acknowledgment

The researcher would like to extend her sincerest gratitude to the Nursing Council for the financial support in completing the thesis. Her profound thankfulness also goes to all the study subjects for their participation in the study.

บรรณานุกรม

- ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, รณชัย คงสกันธ์, อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, จิรัญกร ญัฐรังสี, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, และคณะ. (2549). *องค์ความรู้โรคซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- พรทิพย์ วชิรดิถก. (2551). ผลของโปรแกรมการปรึกษารายบุคคลตามแนวความคิดสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิดต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 16(1), 269-279.
- มานิช หล่อตระกูล, และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2548). *โรคอารมณ์แปรปรวน*. กรุงเทพฯ: สวีชาญ การพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, และ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2539). การพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(4), 235-246.
- รณชัย คงสกันธ์, สมบัติ ศาสตร์รุ่งกัก, อวยชัย โรจนนรินทร์กิจ, และ อุไร บุรณเชษฐ. (2546). การ พัฒนาแบบประเมิน Montgomery Asberg depression Rating scale (MADRS) ภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 48, 211-218.
- สมพร วิพิศมกุล, สดสบาย จุลกัทัพพะ, สมพร จรัสเจริญวิทยา, อุษา วรรณฉวี. (2548). การศึกษา การใช้ยาด้านเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยนอก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาล ศิริราช. *สารศิริราช*, 57, 328-335.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2545). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สุชาติ พหลภักย์. (2542). *ความคิดปกติทางอารมณ์*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริกัญท์
- องค์อร์ ประจันเขตต์. (2551). ผลของการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อเนื่อง สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์. *วารสารพยาบาลทหารบก* 9(2), 56-68.
- อัจฉรา จรัสสิงห์ และ นิศกร ตั้งสกุล (บรรณาธิการ). (2550). *คู่มือการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าแบบ CBT (Cognitive Behavioral Therapy)*. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- อุษา วรรณฉวี, เกษราภรณ์ ภักดีจิตร, และ อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์. (2551). ศึกษาการมาติดตามการ รักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในหน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์โรงพยาบาลศิริราช. *วารสารพยาบาล ศิริราช*, 2(1), 25-36.

- Aikens, J., Nease, D., & Klinkman, M. (2008). Explaining patients' beliefs about the necessity and harmfulness of antidepressants. *Annals of Family Medicine*, 6(1), 23-29.
- Aikens, J., Nease, D., Nau, D., Klinkman, M., & Schwenk, T. (2005). Adherence to maintenance-phase antidepressant medication as a function of patient beliefs about medication. *Annals of Family Medicine*, 3(1), 23-30.
- American Psychiatric Association. (2000). *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder Second Edition*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basic and Beyond*. New York: the Guilford press.
- Beeber, L. S. (1998). The concept of interpersonal pattern in Peplau's Theory of Nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5, 187-192.
- Bollini, P., Pampallona, S., Kupelnick, B., Tibaldi, G., & Munizza, C. (2006). Improving compliance in depression: a systematic review of narrative reviews. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 31, 253-260.
- Brook, H., Hout, V., Hein, J., Stalman, Wim, B., Haan, d., et al. (2006). Nontricyclic Antidepressants: Predictors of Nonadherence. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 26(6), 643-647.
- Burra, T. A., Chen, E., McIntyre, R. S., Grace, S. L., Blackmore, E. R., & Stewart, D. E. (2007). Predictors of self-reported antidepressant adherence. *Behavioral Medicine*, 32, 127-134.
- Chakraborty, K., Avasthi, A., Kumar, S., & Grover, S. (2008). Attitudes and beliefs of patients of first episode depression towards antidepressants and their adherence to treatment. *Sociology Psychiatry Epidemiology*, 10, 468-474.
- Cramer, J. A., & Rosenheck, R. (1998). Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psychiatric Services*, 49, 196-201.
- Demyttenaere, K. (1997). Compliance during treatment with antidepressants. *Journal of Affective Disorder*, 43, 27-39.
- Demyttenaere, K. (2001). Compliance with antidepressants in a primary care setting: Beyond lack of efficacy and adverse events. *Journal Clinical Psychiatry*, 64(12), 1415-1420.

- Demyttenaere, K. (2003). Risk factors and predictors of compliance in depression. *European Neuropsychopharmacology*, 13, 69-75.
- Demyttenaere, K., Adelin, A., Patrick, M., Walther, D., Katrien, D. B., & Michele, S. (2008). Six month compliance with antidepressant medication in the treatment of major depressive disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 23, 36-42.
- Haynes, R. B. (1978). *Compliance in health Care*. Baltimore: John Hopkins Press.
- Haynes, R. B., Ackloo, E., Sahota, N., & McDonald, H. (2008). Interventions for enhancing medication adherence (Cochrane Review) [Electronic version]. *The Cochrane Library*, 2, 1-129.
- Haynes, R. B., McDonald, H., & Garg, A. (2002). Interventions to Enhance Patient Adherence to Medication Prescriptions: Scientific review. *Journal of the American Medical Association*, 288(22), 2868-2879.
- Hunkeler, E. M., Mersman, J. F., Hargreaves, W. A., & Fireman, B. (2000). Efficacy of Nurse Telehealth Care and Peer support in Augment treatment of Depression in Primary care. *Archives of Family Medicine*, 9, 700-708.
- Katon, W. J. (1995). A Multifaceted Intervention to Improve Treatment of Depression in Primary Care. *Archives of General Psychiatry*, 53, 924-932.
- Katon, W. J. (2003). Enhancing adherence to prevent depression relapse in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 25, 303-310.
- Kemp, R., Hayward, P., Applewhaite, G., Everitt, B., & David, A. (1996). Compliance therapy in psychotic patient: randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 312, 345-349.
- Kupfer, D. J. (1991). Long-term treatment of depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 28-34.
- Kyngas, H., Duffy, M. E., & Kroll, T. (2000). Review Conceptual analysis of compliance. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 5-12.
- Levensky, E. R., Forcehimes, A., O'Donohue, W. T., & Beitz, K. (2007). Motivational interviewing. *American Journal of Nursing*, 107(10), 50-58.
- Lin, E., Korff, V., & Katon, W. (1995). The role of the primary care physician in patients' adherence to antidepressant therapy. *Medical Care*, 33, 67-74.

- Ludman, E., Katon, W., Bush, T., Rutter, C., Lin, E., Simon, G., et al. (2003). Behavioural factors associated with symptom outcomes in a primary care based depression prevention intervention trial. *Psychological Medicine*, 33, 1061-1070.
- Maddox, J., Levi, M., & Thompson. (1994). The compliance with antidepressants in general practice. *Journal Psychopharmacology*, 8, 48-53.
- Mei-Yu Yeh., S.-C. S., Beatrice Crofts Yorker., Chi-Chen Sun.& Ya-Lin Kuo. (2008). Predictors of Adherence to an Antidepressant Medication Regimen Among Patients Diagnosed with Depression in Taiwan. *Mental Health Nursing*, 29(7), 701-717.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Nabeel, A.-S. (2008). Depressed patients' preference for education about medications by pharmacists in Kuwait. *Patient Education and Counselling*, 72, 94-101.
- Nemeroff, C. B. (2003). Improving Antidepressant Adherence. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 25-30.
- Pampallona, S., Bollini, P., Tibaldi, G., Kupelnick, B., & Munizza. (2002). Patient adherence in the treatment of depression. *British Journal of Psychiatry*, 180, 104-109.
- Peveler, R., George, C., Kinmonth, A., Campbell, M., & Thompson, C. (1999). Effect of antidepressant drug counseling and information leaflets on adherence to drug treatment in primary care: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 319, 612-615.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory research and practice*, 19, 276-288.
- Simon, G., Whitty, P., Grimshaw, J., & Thomas, R. (2003). Educational and organizational interventions to improve the management of Depression in primary care: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 289(23), 3145-3151.
- Sirey, J., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S., Perlick, D. A., Friedman, S. J., DeBenedetto, A., & Meyers, B. S. (2001). Perceived stigma and patient related illness severity as predictors of adherence. *Psychiatric Services*, 52, 1633-1638.

- Suparpit Maneesakorn, Deborah,R., Kevin, G., & Richard, G. (2007). An RCT of adherence therapy for people with schizophrenia in Chiang Mai, Thailand. *Journal of Clinical Nursing, 16*, 1302-1312.
- Tay, S.-E. C. (2007). Compliance Therapy. *Journal of Psychosocial Nursing, 45*(6), 29-37.
- Vergouwen, A., Bakker, A., Katon, W., Verheij, T., & Koerselman, F. (2005). Improving Adherence to Antidepressant: A Systematic Review of Interventions. *Journal Clinical Psychiatry, 64*, 1415-1420.
- Williams, J. W., Gerrity, M., Holsinger, T., Dobscha, S., Gaynes, B., Dietrich, A., et al. (2007). Systematic review of multifaceted interventions to improve depression care. *General Hospital Psychiatry, 29*, 91-116.
- Yeh, M.-Y., Sung, S.-C., Yorker, B. C., Sun, C.-C., & Kuo., Y.-L. (2008). Predictors of Adherence to an Antidepressant Medication Regimen Among Patients Diagnosed with Depression in Taiwan. *Mental Health Nursing, 29*(7), 701-717.



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ภาณุรัตน์
อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ ดร. ดาราวรรณ ต๊ะปีนตา
อาจารย์พยาบาลประจำกลุ่มกระบวนการวิชาการพยาบาลจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
3. นายแพทย์เทอดศักดิ์ เดชคง
นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 8 กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
4. อาจารย์ นายแพทย์ธีรศักดิ์ สาดตรา
อาจารย์แพทย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล
5. คุณเพ็ญพรรณ ปทุมมาศ พยาบาลหัวหน้าหน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข

2 ถนนพหลโยธิน บางกอกน้อย
กรุงเทพฯ 10700



โทร (662) 4196405-6
โทรสาร (662) 4196405

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข *Si* 476/2009

ชื่อโครงการภาษาไทย : ผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการ รับประทานยาใน
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

รหัสโครงการ : 437/2552(EC2)

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางอุษา วรรณฉวี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. โครงร่างการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
5. แบบสอบถาม

วันที่รับรอง : 25 กันยายน 2552

วันหมดอายุ : 24 กันยายน 2553

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรอง
โครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS
Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

ลงนาม
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงจรรยา เลิศอรธรรมณี)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

1 ตุลาคม 2552
วันที่

ลงนาม
(ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ธีรวัฒน์ ฤกษ์นันทน์)
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

5 ตุลาคม 2552
วันที่

ภาคผนวก ก

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ และการเปรียบเทียบลักษณะกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม จำนวน 60 คน ตั้งแต่เริ่มต้นการวิจัย ก่อนหักผู้ป่วยสูญหายจากการวิจัย โดยใช้สถิติไคสแควร์ (χ^2)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1.เพศ					1.000 ^{ns}
ชาย	4	13	5	17	
หญิง	26	87	25	83	
2.อายุ					.619 ^{ns}
ต่ำกว่า 25 ปี	3	10	4	13	
25-44 ปี	12	40	8	27	
45-59 ปี	11	37	9	30	
60 ปีขึ้นไป	4	13	9	30	
	$\bar{X} = 44.07$		$\bar{X} = 48.83$		
	SD = 14.15		SD = 18.60		
	Range = 19-71		Range = 19-85		
3.สถานภาพสมรส					.098 ^{ns}
โสด	9	30	10	33	
คู่	17	57	14	47	
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	4	13	6	20	

ns = no statistical significance $p > .05$

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ และการเปรียบเทียบลักษณะกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม จำนวน 60 คน ตั้งแต่เริ่มต้นการวิจัย ก่อนหักผู้ป่วยสูญหายจากการวิจัย โดยใช้สถิติไคสแควร์ (χ^2) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
4.ระดับการศึกษา					.879 ^{ns}
ไม่ได้เรียน	1	3	3	10	
ประถมศึกษา	8	27	8	27	
มัธยมศึกษา	2	7	4	13	
ป.ว.ส./ อนุปริญญา	3	10	2	7	
ปริญญาตรี	13	43	11	36	
สูงกว่าปริญญาตรี	3	10	2	7	
5.อาชีพ					.042
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7	23	19	63	
ประกอบอาชีพ					
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	10	33	3	10	
เกษตรกร	2	7	2	7	
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	2	7	2	7	
รับจ้าง	8	27	3	10	
กำลังศึกษา	1	3	1	3	

ns = no statistical significance $p > .05$

ตาราง 4 จำนวน ร้อยละ เหตุผลในการมารักษาของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง

เหตุผลในการมาพบแพทย์	จำนวน	ร้อยละ
มีความไม่สบายทางกาย	10	34
มีความทุกข์ทางใจ	9	30
มีปัญหาอารมณ์ เช่น หงุดหงิดง่าย เบื่อหน่าย อยากตาย	9	30
ครอบครัวพามา	1	3
มีความสงสัยเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของตนเอง	1	3
รวม	30	100

* รวบรวมจากใบงานในกิจกรรมในครั้งแรก

ตาราง 5 จำนวน ร้อยละของปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานยาของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง สอบถามภายหลังที่เข้าร่วมกิจกรรมในครั้งที่ 2 (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานยา	ความถี่	ร้อยละ
ไม่มีปัญหา	7	14
มีผลอันไม่พึงประสงค์จากการกินยา	16	33
ง่วงมากในช่วงกลางวัน	(12)	(25)
คลื่นไส้ รับประทานอาหารไม่ได้	(4)	(8)
ไม่ได้กินข้าวจึงไม่ได้กินยาหลังอาหาร	4	8
ลืมกิน	3	6
คิดว่ายาไม่ช่วยบรรเทาความทุกข์ใจที่มี	10	21
กลัวติดยา	4	8
กลัวอันตรายจากยา	5	10
รวม	49	100

* รวบรวมจากใบงานในกิจกรรมครั้งที่ 2

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละ ของเหตุผลที่รับประทานยาของกลุ่มทดลอง สอบถามภายหลังที่เข้าร่วมโปรแกรมในครั้งที่ 4

เหตุผลที่ผู้ป่วยรับประทานยารักษาอาการซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
กินแล้วอาการดีขึ้นจึงกินต่อ	12	40
กินแล้วไม่มีผลข้างเคียงจากยาจึงกินต่อ	6	20
ตัดสินใจรักษาจึงต้องกินให้ครบคอร์ส	6	20
ลองกินดูว่าจะดีขึ้นหรือไม่	3	10
ดีกว่าปล่อยไว้แล้วอาการมากขึ้น	3	10
รวม	30	100

* รวบรวมจากใบงานในกิจกรรมครั้งที่ 4

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

คะแนนอาการซึมเศร้า		Mean	Std.
กลุ่มควบคุม (n=21)	ก่อน	25.09	7.11
	หลัง	19.90	11.07
กลุ่มทดลอง (n=30)	ก่อน	28.10	6.82
	หลัง	11.53	6.59

ตาราง 8 รวบรวมข้อมูลจากใบงานที่ 1 การสำรวจเป้าหมายของการมารักษา สอบถามตั้งแต่เริ่มแรก
ที่เข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 (ตอบได้คนละ 1 ข้อ)

เหตุผลในการมาพบแพทย์	จำนวน	ร้อยละ
มีความไม่สุขสบายทางกาย	10	34
- นอนไม่หลับ	3	
- กินไม่ได้ไม่มีเรี่ยวแรง	2	
- หายใจไม่คล่องกลั้วเป็นมะเร็งปอด (ส่งจากmed)	1	
- อ่อนเพลีย ไม่มีแรงทำงาน	1	
- ไม่มีแรงทำงานต้องพึ่งเครื่องดัดมุ้งกำลัง	1	
- คิดยาแก้ปวด (ส่งจากประกันสังคม)	1	
- มือไม้ชาไม่มีเรี่ยวแรง (ส่งจากmed)	1	
มีความทุกข์ทางใจ	9	30
- กลัวตัวเองจะเป็นบ้าเจ็บใจที่สามีเข้าข้างภรรยาบ่อย	1	
- ทนไม่ได้ที่สามีเอาผู้หญิงอื่นเข้าบ้านกลัวจะอาละวาด	1	
- ทุกข์เรื่องลูกและสามี อยากได้ยานอนหลับช่วย	1	
- ป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค กลัวไม่มีคนดูแล	1	
- ลูกสามีทำร้ายต้องทนอยู่เพื่อลูก	1	
- ถูกบีบคั้นจากหัวหน้างานอยากตาย	1	
- อยากตายเพราะถูกแฟนทิ้ง	1	
- รู้สึกโลกนี้มีแต่คนไม่จริงใจ (โดนหลอกเงิน)	1	
- ทุกข์เรื่องลูกสาวถูกกระทำชำเรา	1	
มีปัญหาอารมณ์ เช่น หงุดหงิดง่าย เบื่อหน่าย อยากตาย	9	30
- รู้สึกไม่มีความสามารถในการทำงานอยากตาย	1	
- เบื่อหน่าย หงุดหงิดง่ายกับงานที่ทำอยู่ (ร้านอาหาร)	1	
- อารมณ์เศร้าง่าย เรียนหนังสือไม่รู้เรื่องเลย	1	
- หงุดหงิด เบื่อหน่ายรู้สึกทุกอย่างในบ้านมีแต่ปัญหา	1	
- หงุดหงิด เบื่อหน่ายงานที่โรงเรียน	1	
- อารมณ์ดกทำวิทยานิพนธ์ไม่ได้	1	
- รู้สึกกลัว ไม่มีสาเหตุ	1	
- เบื่อหน่ายงานที่ทำอยู่ทุกวัน	1	
- แยกตัว ไม่อยากพูดคุยกับใคร	1	

ตาราง 8 รวบรวมข้อมูลจากใบงานที่ 1 การสำรวจเป้าหมายของการรักษา สอบถามตั้งแต่เริ่มแรกที่เข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 (ตอบได้คนละ 1 ข้อ)

เหตุผลในการมาพบแพทย์	จำนวน	ร้อยละ
ครอบครัวยากจน	1	3
– ตายายพามารักษาเพราะคนไข้ไม่ยอมไปทำงาน	1	
มีความสงสัยเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของตนเอง	1	3
– อยากรู้ว่าทำไมควบคุมใจตนเองไม่ได้ (ใจสั่นกลัว)	1	
รวม	30	100

ตาราง 9 รวบรวมข้อมูลจากใบงานที่ 3 ปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานยา สอบถามภายหลังที่เข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานยา	ความถี่	ร้อยละ
ไม่มีปัญหา	7	14
มีผลอันไม่พึงประสงค์จากการกินยา	16	33
– ง่วงมากในช่วงกลางวัน	12	
– คลื่นไส้ รับประทานอาหารไม่ได้	4	
ไม่ได้กินข้าวจึงไม่ได้กินยาหลังอาหาร	4	8
– ไม่ดีขึ้นเลยยังไม่อยากกินข้าวเลยไม่ได้กินยาในบางวัน	2	
– หากลูกไม่เตือนให้กินข้าวคนไข้จะไม่สนใจกินข้าวกินยา	1	
– ไม่ได้กินข้าวเช้าจึงไม่ได้กินยา	1	
ลืมกิน	3	6
– ไม่ได้พกยาติดตัวไปทำงาน	1	
– ลืมแล้วข้ามไปเลย	2	
คิดว่ายาไม่ช่วยบรรเทาความทุกข์ใจที่มี	10	21
– กินแล้วไม่หายเครียด	4	
– กินแล้วไม่ดีขึ้นเลยคิดว่า การได้พูดคุยกับพยาบาลช่วยได้มากกว่า	2	
– กินแล้วไม่ช่วยให้เลิกคิดเรื่องสามีได้เลย	1	
– ไม่คิดว่ายาช่วยได้ยังรู้สึกอยากลาออกจากงาน	1	
– กินแล้วไม่ดีขึ้นยังไม่อยากอยู่คนเดียว (เหงา)	1	
– ยังคิดมากนอนไม่หลับต้องใช้การสวดมนต์ช่วย	1	

ตาราง 9 รวบรวมข้อมูลจากใบงานที่ 3 ปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานยา สอบถามภายหลังที่เข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (ต่อ)

ปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานยา	ความถี่	ร้อยละ
กลัวติดยา	4	8
- กินแล้วนอนหลับได้จึงกลัวว่าต้องกินตลอด	1	
- กลัวกินแล้วติดจึงอยากกินเป็นบางวัน	1	
- กลัวติดต้องกินตลอด	2	
กลัวอันตรายจากยา	5	10
- กินแล้วเพลียมาก ๆ ลูกไม่ขึ้นเลยรู้สึกว่ายาก	1	
- ตอนเช้าวันไหนที่ต้องขับรถกลัวกินยาแล้วอันตรายจึงไม่ได้กิน	1	
- วันหยุดไปเที่ยวกับเพื่อนๆ กลัวว่ากินแล้วจะซึมจึงไม่กิน	1	
- กินแล้วมีน้ำลายมีผลต่อสมอง	1	
- กินแล้วใจเต้นแรงรู้สึกว่ายากไป	1	
รวม	49	100

ตาราง 10 รวบรวมข้อมูลจากใบงานที่ 5 เหตุผลที่รับประทานยา รักษาอาการซึมเศร้าต่อ สอบถามภายหลังที่เข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 3 (ตอบคนละ 1 ข้อ)

เหตุผลที่ผู้ป่วยรับประทานยา รักษาอาการซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
กินแล้วอาการดีขึ้นจึงกินต่อ	12	40
- กินแล้วสบายใจขึ้นมาก	4	
- รู้สึกดีขึ้นไม่แย่ง	1	
- รู้สึกดีขึ้นมากไม่คิดอยากตาย	1	
- กินแล้วดี กินข้าวได้	1	
- กินแล้วใจเย็นสามารถคุยกับสามีได้	1	
- รู้สึกสมองโปร่งดีขึ้นจึงกินต่อ	1	
- กินแล้วมีเรี่ยวแรงขึ้นไม่ต้องพึ่งกระแทก	1	
- กินแล้วดีกว่ากินยาแก้ปวดพาราเซตามอน	1	
- กินแล้วมีอาการที่พอคุยกับใครบ้าง	1	

ตาราง 10 รวบรวมข้อมูลจากใบงานที่ 5 เหตุผลที่รับประทานยารักษาอาการซึมเศร้าต่อไป สอบถามภายหลังที่เข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 3 (ตอบคนละ 1 ข้อ) (ต่อ)

เหตุผลที่ผู้ป่วยรับประทานยารักษาอาการซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
กินแล้วไม่มีผลข้างเคียงจากยาจึงกินต่อ	6	20
- ไม่มีผลข้างเคียงแล้วจึงกินต่อ	2	
- กินแล้วง่วงแต่ทนได้	2	
- กินได้ไม่มีปัญหาอะไรก็กินไป	1	
- กินได้ไม่กลัวผลข้างเคียงจากยาอีก	1	
ตัดสินใจรักษาจึงต้องกินให้ครบคอร์ส	6	20
- กินแล้วดีพยาบาลว่าต้องกินให้ครบ 6 เดือนจึงกิน	1	
- อาจารย์บอกว่าต้องกินให้ครบคอร์สซึ่งอาจต้องกินจนเรียนจบ	1	
- เชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์ ต้องกินต่อ	2	
- ญาติที่เป็นหมอบอกว่าให้กินให้ครบคอร์ส	1	
- ผอ.บอกให้รักษาให้หายดี	1	
ลองกินดูว่าจะดีขึ้นหรือไม่	3	10
- ยาช่วยไม่ได้หมดทุกเรื่องแต่ก็สบายใจขึ้นจึงลองกินต่อ	1	
- กินทั้งที่ยังกลัวว่าจะมีผลต่อร่างกายหรือไม่	1	
- ยังไม่ดีขึ้นแต่หมอบอกให้กินต่อ	1	
ดีกว่าปล่อยไว้แล้วอาการมากขึ้น	3	10
- ไม่ดีขึ้นมากแต่หากไม่กินกลัวไม่หาย	1	
- ดีกว่าไม่ทำอะไรเลยแล้วเราแย่ลง	1	
- หากไม่กินคงกลัวใจไม่หายเพราะปัญหาครอบครัวยังมีมาเรื่อยๆ	1	
รวม	30	100

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต่อพฤติกรรมความร่วมมือ
ในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบประเมินทั้งหมด 3 ส่วน ได้แก่

- | | | |
|------------|--------------------------|--------------|
| ส่วนที่ 1. | แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน 6 ข้อ |
| ส่วนที่ 2. | แบบประเมินอาการซึมเศร้า | จำนวน 10 ข้อ |
| ส่วนที่ 3. | แบบบันทึกการรับประทานยา | จำนวน 1 ฉบับ |

วันที่เก็บข้อมูล...../...../.....

เลขที่แบบสอบถาม.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่าง หรือเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ ที่ตรงกับข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน

1. ที่อยู่ของท่าน.....

.....
หมายเลขโทรศัพท์ที่บ้าน.....

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....

2. อายุ.....ปี

3. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

4. สถานภาพสมรส

☐ โสด ☐ คู่ ☐ หม้าย
☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆระบุ.....

5. ระดับการศึกษาสูงสุด

☐ ไม่ได้เรียน ☐ ป.6
☐ ม.3 ☐ ม.6 / ปวช.
☐ อนุปริญญาตรี / ปวส. ☐ ปริญญาตรี
☐ ปริญญาโท ☐ สูงกว่าปริญญาโท
☐ อื่นๆ ระบุ.....

6. อาชีพ

☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ
☐ ประกอบอาชีพระบุ
() รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
() เกษตรกรรม
() ค้าขาย
() รับจ้าง
() อื่นๆระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการซึมเศร้า Montgomery Asberg Depression Rating Scale

MADRS ฉบับภาษาไทย

คำชี้แจง การให้คะแนนจะให้โดยการประเมินลักษณะอาการและความรุนแรงของอาการ ผู้ประเมินจะต้องให้ค่าลำดับคะแนน(0, 2, 4, 6) หรือระหว่างค่าลำดับคะแนนก็ได้ (1, 3, 5)

1. ความเศร้าที่เห็นชัด

การแสดงออกถึง ความท้อแท้ใจ ความเศร้าหมองและความสิ้นหวัง สะท้อนออกมาในคำพูด การแสดงออกของสีหน้าและท่าทาง ประเมินอันดับโดยอาศัยความลึกและความไม่สามารถที่จะทำให้ร่าเริงขึ้นได้

คะแนน =

0. ไม่มีความเศร้า
2. ตู้อ้อแท้ใจ แต่ทำให้ร่าเริงขึ้นโดยไม่มี ความยากลำบาก
4. ปรากฏความเศร้าและไม่มีความสุขเป็นส่วนใหญ่ของเวลา
6. ตู้อ้อทุกข์ตลอดเวลา หมดหวังอย่างสุดขีด

2. ความเศร้าที่ถูกราชงาน

การแสดงออกถึง ราชงานของอารมณ์เศร้า ไม่คำนึงถึงว่าจะถูกสะท้อนให้เห็นในลักษณะท่าทางหรือไม่ก็ตาม รวมถึงความร่าเริงที่ลดลง ความสิ้นหวัง หรือความรู้สึกว่าอยู่ไกลเกินความช่วยเหลือ และไม่มี ความหวัง ประเมินอันดับ ขึ้นอยู่กับ ความรุนแรง ระยะเวลา และขอบเขตที่เหตุการณ์ต่างๆมีอิทธิพลต่ออารมณ์ที่ถูกราชงาน

คะแนน =

0. ความเศร้าเป็นครั้งคราว ในความสอดคล้องกับสถานการณ์
2. เศร้า หรือ ไม่มีชีวิตชีวา แต่ทำให้ร่าเริงได้ โดยไม่มี ความยากลำบาก
4. ความรู้สึกที่ครอบคลุมไปทั่วของความเศร้าโศกหรือความเศร้าหมองสถานการณ์ภายนอกยังคงมีอิทธิพลต่ออารมณ์อยู่
6. ความเศร้า ความทุกข์ยากหรือความสิ้นหวังอย่างต่อเนื่อง หรือไม่เปลี่ยนแปลง

3. ความตึงเครียดภายใน

การแสดงออกถึง ความรู้สึกของความไม่สะดวกสบายที่อธิบายได้ไม่ชัดเจน ความกระสับกระส่าย สับสนวุ่นวายภายใน จิตใจที่ตึงเครียดขึ้นไปจนถึงความตื่นตระหนก หวาดกลัวหรือกลัวคลุ้มอย่างมา

คะแนน =

ประเมินอันดับขึ้นอยู่กับ ความรุนแรง ความถี่ ระยะเวลา และขอบเขตของการปลอบประโลมที่ผู้ป่วยเรียกร้อง

0. จิตสงบ มีความตึงเครียดภายในเพียงประเดี๋ยวเดียวเท่านั้น
2. ความรู้สึกกระสับกระส่าย และความไม่สะดวกสบายที่อธิบายได้ไม่ชัดเจนเป็นครั้งคราว
4. ความรู้สึกตึงเครียดภายในอย่างต่อเนื่อง หรือความรู้สึกตื่นตระหนกเป็นพักๆ ซึ่งผู้ป่วยสามารถแค่เพียงควบคุมได้ด้วยความยากลำบาก
6. ความกลัวและความกลัวคลุ้มอย่างรุนแรงที่ไม่ผ่อนคลายลง และความตื่นตระหนกที่เข้าครอบงำ

คะแนน =

4. การนอนหลับลดลง

การแสดงออกถึง ประสบการณ์การนอนหลับที่มีระยะเวลาและความถี่ลดลงเปรียบเทียบกับแบบแผนปกติของคนนั่นเอง

0. นอนหลับปกติ
2. ความลำบากเล็กน้อยที่จะนอนหลับ หรือนอนหลับลดลงเล็กน้อย นอนหลับไม่สนิทหรือหลับเป็นครั้งคราว
4. นอนหลับลดลง หรือขาดตอนโดยอย่างน้อยเป็นเวลา 2 ชั่วโมง
6. หลับได้น้อยกว่า 2-3 ชั่วโมง

คะแนน =

5. ความอยากอาหารลดลง

การแสดงออก ความรู้สึกไม่อยากอาหารเปรียบเทียบกับเมื่อสบายดี ประเมินอันดับโดย การสูญเสียความต้องการอาหาร หรือความจำเป็นต้องบังคับตนเองให้กินอาหาร

0. ความอยากอาหารปกติหรือเพิ่มขึ้น
2. ความอยากอาหารลดลงเล็กน้อย
4. ไม่มีความอยากอาหาร อาหารไม่มีรสชาติ
6. จำเป็นโดยทั้งหมดที่ต้องมีการชักชวนให้กินอาหาร

6. ความยากลำบากในการรวบรวมสมาธิ

การแสดงออกถึง ความยากลำบากในการรวบรวมความคิดของตน

คะแนน =

ไปจนถึงการขาดสมาธิอย่างไรสามารถ

ประเมินอันดับขึ้นอยู่กับ ความรุนแรง ความถี่และระดับความสามารถที่เกิดขึ้น

0. ไม่มีความยากลำบากในการรวบรวมสมาธิ
2. ความยากลำบากเป็นครั้งคราว ในการรวบรวมความคิดของตน
4. ความยากลำบากในการรวบรวมและรักษาความคิดไว้ ซึ่งทำให้ความสามารถในการอ่านหรือในการคงการสนทนาลดลง
6. ไม่สามารถอ่านหรือสนทนาได้โดยไม่มี ความยากลำบาก

7. ความอ่อนเพลีย

การแสดงออกถึง ความยากลำบากในการลงมือทำ หรือความช้าในการ

คะแนน =

เริ่มและกระทำ กิจกรรมต่างๆที่ทำประจำวัน

0. แทบไม่มีความยากลำบากในการลงมือทำ, ไม่มีความเหนื่อย
2. ความยากลำบากในการลงมือทำกิจกรรมต่างๆ
4. ความยากลำบากในการลงมือทำกิจกรรมที่เป็นกิจวัตรง่ายๆ ซึ่งทำให้สำเร็จได้ ต้องอาศัยความพยายาม
6. ความอ่อนเพลียอย่างสมบูรณ์ ไม่สามารถทำอะไรได้โดยไม่มี ความช่วยเหลือ

8. การไม่สามารถรู้สึก

การแสดงออกถึง ประสบการณ์ส่วนตัวที่มีความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม

คะแนน =

คือกิจกรรมต่างๆลดลงซึ่งโดยปกติแล้วเป็นสิ่งที่ให้ความพอใจ ความสามารถ

การตอบสนองทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมต่อสถานการณ์หรือผู้คนลดลง

0. ความสนใจในสิ่งแวดล้อมและผู้คนอื่นๆเป็นปกติ
2. ความสามารถในการรู้สึกเพลิดเพลินต่อสิ่งที่โดยปกติสนใจลดลง
4. หหมดความสนใจในสิ่งแวดล้อม สูญเสียความรู้สึกสำหรับเพื่อนและคนคุ้นเคย
6. ประสบการณ์ของการเป็นอัมพาตของอารมณ์ไม่สามารถจะรู้สึกโกรธเศร้าโศกหรือยินดีและล้มเหลวอย่างสมบูรณ์ (หรืออย่างเจ็บปวด) ที่จะรู้สึกต่อญาติสนิทและเพื่อนๆ

9. ความคิดในแง่ร้าย

คะแนน =

การแสดงออกถึง ความคิดเกี่ยวกับความรู้สึกผิด ด้อยกว่าผู้อื่น

การโทษตัวเอง บาป ความสำนึกผิดและความหายนะ

0. ไม่มีความคิดในแง่ร้าย
2. ความคิดเกี่ยวกับความล้มเหลว โทษตนเอง หรือตนเองด้อยค่าขึ้นๆลงๆ
4. ประณามตัวเองอย่างยืดยาด หรือแน่ชัด แต่ยังคงมีความคิดมีเหตุมีผลเกี่ยวกับความรู้สึกผิดหรือตราบาป มองในแง่ร้ายเกี่ยวกับอนาคตเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ
6. ความคิดหลงผิดเกี่ยวกับความหายนะความสำนึกผิดหรือบาปที่ไม่สามารถไถ่บาปได้ การประณามตนเองอย่างไร้สาระ และไม่สามารถสั่นคลอนได้

10. ความคิดฆ่าตัวตาย

คะแนน =

การแสดงออกถึง ความรู้สึกว่าชีวิตเป็นการมีชีวิตที่ไม่มีค่า การตายตาม

ธรรมชาติเป็นสิ่งที่ตนยินดีต้อนรับ ความคิดฆ่าตัวตายและการเตรียมการสำหรับฆ่าตัวตายในความพยายามฆ่าตัวตายนั้น ไม่ควรมีอิทธิพลต่อการประเมินอันดับ

0. สนุกกับชีวิต หรือรับมันตามที่มันเข้ามา (ในชีวิต)
2. เบื่อหน่ายชีวิต ความคิดฆ่าตัวตายเพียงประเดี๋ยวเดียว
4. น่าจะเป็นไปได้ว่าตายดีกว่า ความคิดฆ่าตัวตายพบบ่อยเป็นธรรมดา และพิจารณาว่าการฆ่าตัวตายเป็นวิธีแก้แค้นหนึ่งที่เป็นไปได้ แต่ไม่มีแผนการหรือความตั้งใจที่จำเพาะเจาะจง
6. แผนการสำหรับการฆ่าตัวตายชัดเจน เมื่อมีโอกาสการเตรียมการสำหรับการฆ่าตัวตายอย่างคล่องแคล่ว

คะแนนรวม =

การประเมินผล

คะแนนรวม ≥ 21 คะแนน ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกการรับประทานยา

คำชี้แจง ใบบันทึกการรับประทานยามีวัตถุประสงค์เพื่อบันทึกการรับประทานยาในแต่ละวัน รวมถึงความคิดเห็น ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น หรือที่มีต่อการรับประทานยา การบันทึกตรงตามความจริงที่เกิดขึ้น จะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ โดยข้อมูลที่บันทึกนี้จะส่งคืนถึงผู้วิจัยโดยตรง ไม่ไปมีผลต่อการรักษาที่จะได้รับจากแพทย์เจ้าของไข้แต่อย่างใด

ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอความร่วมมือให้ท่านบันทึกการรับประทานยาของท่านในแต่ละวัน โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ตรงกับท่านมากที่สุด เช่น

- กินครบตามแพทย์สั่ง หมายถึง ในวันนี้น่ากินยา ครบมื้อ และครบจำนวน
- กินบ้างไม่กินบ้าง หมายถึง ลืมกินยาเป็นบางมื้อ หรือกิน ไม่ครบจำนวน
- ไม่ได้กินเลย หมายถึง ไม่ได้กินยาเลยในวันนี้

วันที่	การรับประทานยา	บันทึกความคิดเห็นของท่าน
	☐ กินครบตามแพทย์สั่ง ☐ กินบ้างไม่กินบ้าง ☐ ไม่ได้กินยาเลย	
	☐ กินครบตามแพทย์สั่ง ☐ กินบ้างไม่กินบ้าง ☐ ไม่ได้กินยาเลย	
	☐ กินครบตามแพทย์สั่ง ☐ กินบ้างไม่กินบ้าง ☐ ไม่ได้กินยาเลย	
	☐ กินครบตามแพทย์สั่ง ☐ กินบ้างไม่กินบ้าง ☐ ไม่ได้กินยาเลย	
	☐ กินครบตามแพทย์สั่ง ☐ กินบ้างไม่กินบ้าง ☐ ไม่ได้กินยาเลย	
	☐ กินครบตามแพทย์สั่ง ☐ กินบ้างไม่กินบ้าง ☐ ไม่ได้กินยาเลย	
	☐ กินครบตามแพทย์สั่ง ☐ กินบ้างไม่กินบ้าง ☐ ไม่ได้กินยาเลย	

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต่อพฤติกรรมการรับประทานยา ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วย

1. โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจ
ร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
ประกอบไปด้วยแผนการดำเนินกิจกรรม 4 ครั้งดังนี้
 - ครั้งที่ 1. การสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษา
 - ครั้งที่ 2. การส่งเสริมความเชื่อมั่นและความมั่นใจต่อการรับประทานยา
 - ครั้งที่ 3. การติดตามและประเมินผลผู้ป่วยจากสถานการณ์จริง
 - ครั้งที่ 4. การส่งเสริมการรับประทานยาต่อเนื่องภายหลังสิ้นสุดการบำบัด
2. แบบบันทึกกิจกรรมหลักของการดำเนินโปรแกรมประกอบด้วย
 1. ใบงานที่ 1 การสำรวจเป้าหมายของการมารักษา
 2. ใบงานที่ 2 การประเมินแรงจูงใจในการรับประทานยา
 3. ใบงานที่ 3 ใบบันทึกการเปลี่ยนแปลง
 4. ใบงานที่ 4 การชั่งน้ำหนักเพื่อการตัดสินใจ
 5. ใบงานที่ 5 ใบบันทึกการเปลี่ยนแปลง
3. คู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ใบงานที่ 1 การสำรวจเป้าหมายของการมารักษา

1. อะไรที่ทำให้ฉันมาพบแพทย์

2. ในการพบแพทย์ครั้งนี้มีอะไรที่ฉันต้องกลับไปทำ

ความคิดเห็นที่ 1	มั่นใจที่จะทำ%
ความคิดเห็นที่ 2	มั่นใจที่จะทำ%
ความคิดเห็นที่ 3	มั่นใจที่จะทำ%
3. ฉันเลือกที่จะทำอะไร.....
4. จะเริ่มทำเมื่อไหร่.....

ใบงานที่ 2 การประเมินแรงจูงใจในการรับประทานยา

คำชี้แจง มาตรวัดไม้บรรทัดนี้เป็นอุปกรณ์ที่ผู้วิจัยใช้ในการประเมินแรงจูงใจของผู้ป่วยแบบง่าย โดยหมายเลขตั้งแต่ 0-10 บนไม้บรรทัดนี้ เป็นคะแนนที่บ่งบอกถึงความสำคัญที่ผู้ป่วยให้ต่อการกินยาออกมาเป็นตัวเลขคร่าวๆ การนำไปใช้ผู้วิจัยจะใช้การถามให้ผู้ป่วยเลือกตอบว่าท่านจะให้คะแนนความสำคัญต่อการรับประทานยารักษาอาการซึมเศร้าอยู่ที่เท่าไร



การแปลค่า (Ruler scale)

0 หมายถึง ไม่ให้ความสำคัญ

1-4 หมายถึง ให้ความสำคัญพอใช้

5-9 หมายถึง ให้ความสำคัญ

10หมายถึง ให้ความสำคัญมากที่สุด

บันทึกความคิดเห็น

.....

.....

.....

.....

ใบงานที่ 3 ใบบันทึกการเปลี่ยนแปลง

1. เป้าหมายที่ได้วางไว้.....
2. ในสัปดาห์ที่ผ่านมาท่านรับประทานยาตามที่วางแผนไว้อย่างไร
 - ☐ กินครบตามแพทย์สั่ง
 - ☐ กินบ้างไม่กินบ้าง.....
 - ☐ ไม่ได้กินยาเลย.....
3. ปัญหาและอุปสรรค

.....

.....

.....
4. ต้องการทำต่อไปหรือไม่/ ทำอย่างไร

.....

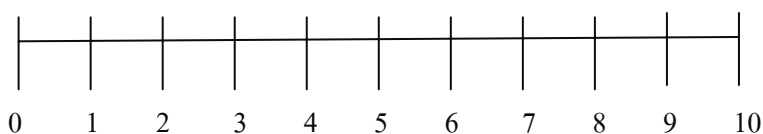
.....

.....
5. เหตุผลที่จะพยายามทำต่อไป

.....

.....

.....
6. แรงจูงใจต่อการรับประทานยา.....



ใบงานที่ 4 การชั่งน้ำหนักเพื่อการตัดสินใจ (Pro and cons)

คำชี้แจง ใช้สำหรับบันทึกข้อดีและข้อเสียของการรับประทานยารักษาอาการซึมเศร้า

ด้านดีของการรับประทานยา 	ด้านเสียของการรับประทานยา
ด้านดีของการไม่รับประทานยา 	ด้านเสียของการไม่รับประทานยา

ใบงานที่ 5 ใบบันทึกการเปลี่ยนแปลง

1. เป้าหมายที่ได้วางไว้.....

2. ต้องการทำอะไรหรือไม่/ ทำอย่างไร

.....

.....

.....

3. เหตุผลที่จะพยายามทำอะไร

.....

.....

.....

4. มั่นใจเท่าไรว่าจะทำสำเร็จ%

5. แรงจูงใจต่อการรับปรึกษา.....



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติ พี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ชื่อผู้วิจัย นางอุษา วรรณฉวี

สถานที่ทำงาน/ สถานที่ติดต่อ หน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ ตึกผู้ป่วยนอกชั้น 7 โรงพยาบาลศิริราช

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก 02-4197373-4 (ที่ทำงาน) 089-6647648 (มือถือ)

ผู้สนับสนุนทุนวิจัย สภาการพยาบาล

ระยะเวลาในการวิจัย ประมาณ 1 ปี

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมที่พยาบาลจะนำไปใช้ในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาเป็นครั้งแรกกับหน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ คือข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะช่วยให้พยาบาลมีโปรแกรมหรือมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กำลังเข้ามารับการรักษาพยาบาลในหน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ ให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา ทำให้อาการซึมเศร้ามลดลง ตลอดจนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจาก ท่านเป็นผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาโรคซึมเศร้าเป็นครั้งแรก และได้รับการรักษาด้วยยา กับหน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช โดยจะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้นประมาณ 60 คน ซึ่งจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มกลุ่มละ 30 คนซึ่งผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกคนมีโอกาสเข้ากลุ่มใดกลุ่มหนึ่งได้

หากท่านสนใจเข้าร่วมการวิจัยนี้ ท่านจะได้การปฏิบัติ ดังนี้

กรณีที่ท่านได้รับเลือกเข้าอยู่กลุ่มที่ 1

1. ผู้วิจัยจะขอสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของท่าน เช่น อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ เป็นต้น ซึ่งใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 5 นาที
2. ท่านจะได้รับคู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ครอบคลุมเนื้อหาสาระสำคัญเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า อาการ การรักษาและการปฏิบัติตัว รวมถึงไบบันทึกรับประทานยาด้วยตนเอง ให้ท่านนำ

กลับไปบันทึกการรับประทานยาตามความเป็นจริงของท่านที่บ้านทุกสัปดาห์เป็นเวลานาน 6 สัปดาห์ และขอให้ท่านนำมาส่งคืนผู้วิจัยในทุกสัปดาห์ที่ท่านมีนัดมาติดตามการรักษา

3. ในวันที่ท่านมาตรวจตามนัด ผู้วิจัยจะพูดคุยกับท่านเกี่ยวกับการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตามการรักษา โดยผู้วิจัยจะส่งเสริมและเปิดโอกาสให้ท่านร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลปัญหาในการรับประทานยาที่เกิดขึ้น เพื่อช่วยกันหาทางแก้ไขปัญหาเหล่านั้น ร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ท่านได้รับจากแพทย์ ซึ่งผู้วิจัยจะพบกับท่านทุก 1 สัปดาห์เป็นจำนวนอีก 3 ครั้งใช้เวลาครั้งละ 20 – 50 นาที ทั้งนี้ผู้วิจัยจะจ่ายค่าเสียเวลาและค่าเดินทางให้กับท่านเป็นจำนวนเงิน 200 บาท ในแต่ละครั้งที่ท่านเดินทางมาพบผู้วิจัย
4. เมื่อท่านมารับการรักษาครบ 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดต่อให้ท่านเดินทางมาพบผู้วิจัยที่โรงพยาบาลศิริราชอีกครั้งเพื่อให้ท่านได้รับการประเมินอาการซึมเศร้า ในการเดินทางมาพบผู้วิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะสอบถามความสะดวกของท่านด้วยว่าท่านจะสามารถมาได้หรือไม่ และให้ท่านเป็นผู้เลือกวัน เวลา ที่ท่านสะดวก หรืออาจเป็นวันเดียวกันกับที่ท่านมีนัดตรวจกับแพทย์เจ้าของไข้ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะจ่ายค่าเสียเวลาและค่าเดินทาง ในครั้งนี้ให้กับท่านเป็นจำนวนเงิน 200 บาท
5. นอกจากนี้ในกรณีที่ท่านไม่ได้มาตรวจตามนัดหรือลืมการนัดหมาย ผู้วิจัยจะขออนุญาตในการติดตามท่านทางโทรศัพท์เพื่อติดต่อสอบถามและนัดหมายการพบกันใหม่ในครั้งต่อไป ในการติดตามทางโทรศัพท์จะใช้เวลาประมาณ 10 นาทีหากท่านไม่สะดวกที่จะพูดโทรศัพท์ในขณะนั้น ผู้วิจัยจะขอนัดหมายและโทรติดต่อไปใหม่ในช่วงเวลาที่ท่านสะดวก

กรณีที่ท่านได้รับเลือกเข้าอยู่กลุ่มที่ 2

1. ผู้วิจัยจะขอสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของท่าน เช่น อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ เป็นต้น ซึ่งใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 5 นาที
2. ท่านจะได้รับคู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ครอบคลุมเนื้อหาสาระสำคัญเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า อาการ การรักษาและการปฏิบัติตัว รวมถึงไปบันทึกการรับประทานยาด้วยตนเอง ให้ท่านนำกลับไปบันทึกการรับประทานยาตามความเป็นจริงของท่านที่บ้านทุกสัปดาห์เป็นเวลานาน 6 สัปดาห์ และขอให้ท่านนำมาส่งคืนผู้วิจัยในทุกสัปดาห์ที่ท่านมีนัดมาติดตามการรักษา
3. ในวันที่ท่านมาตรวจตามนัด และส่งคืนแบบบันทึกการรับประทานยา ผู้วิจัยจะสอบถามและเปิดโอกาสให้ท่านร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลปัญหาในการรับประทานยาที่เกิดขึ้นและท่านจะได้รับคำแนะนำและการดูแลที่เหมาะสมตามมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาล

4. เมื่อท่านมารับการรักษาครบ 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดต่อให้ท่านเดินทางมาพบผู้วิจัยที่โรงพยาบาลศิริราชอีกครั้งเพื่อให้ท่านได้รับการประเมินอาการซึมเศร้า ในการเดินทางมาพบผู้วิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะสอบถามความสะดวกของท่านด้วยว่าท่านจะสามารถมาได้หรือไม่ และให้ท่านเป็นผู้เลือกวัน เวลา ที่ท่านสะดวก หรืออาจเป็นวันเดียวกันกับที่ท่านมีนัดตรวจกับแพทย์เจ้าของไข้ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะจ่ายค่าเสียเวลาและค่าเดินทาง ในครั้งนี้ให้กับท่านเป็นจำนวนเงิน 200 บาท
5. นอกจากนี้ในกรณีที่ท่านไม่ได้มาตรวจตามนัดหรือลืมการนัดหมาย ผู้วิจัยจะขออนุญาตในการติดตามท่านทางโทรศัพท์เพื่อติดต่อสอบถามและนัดหมายการพบกันใหม่ในครั้งต่อไป ในการติดตามทางโทรศัพท์จะใช้เวลาประมาณ 10 นาทีหากท่านไม่สะดวกที่จะพูดโทรศัพท์ในขณะนั้น ผู้วิจัยจะขอนัดหมายและโทรติดต่อไปใหม่ในช่วงเวลาที่ท่านสะดวก

ท่านมีสิทธิที่จะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โดยท่านจะยังได้รับการดูแลตามวิธีการที่เป็นมาตรฐานของโรงพยาบาล และไม่มีผลต่อการรักษาใดๆ

เนื่องจากโครงการวิจัยนี้เป็นเพียงการพูดคุย แลกเปลี่ยนข้อมูล ร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตามการรักษาของท่าน รวมทั้งการบันทึกการรับประทานยาของท่านตามความเป็นจริง เพราะฉะนั้นจึงไม่มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน แต่ท่านต้องเสียเวลาในการให้ข้อมูล ท่านอาจรู้สึกอึดอัดใจ ไม่สบายใจ หรือต้องการยุติการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งท่านสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องบอกเหตุผล

หากมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับกรวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ นางอุษา วรรณฉวี หมายเลขโทรศัพท์ 089-6647648 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ในการเข้าร่วมวิจัยนี้ ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ เพิ่มเติมจากค่ารักษาพยาบาลตามปกติ

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็ว และไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย จะถูกเก็บรักษาไว้โดยไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวมโดยไม่สามารถระบุข้อมูลรายบุคคลได้ ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับตามมาตรฐานแต่ประการใด

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนทราบได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ตึกอดุยเดชวิกรม ชั้น 6 ร.พ.ศิริราช โทร. (02) 419-6405-6 โทรสาร (02) 419-6405

ลงชื่อ..... ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย / วันที่.....

(.....)



หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Form)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี
อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า”

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัยรายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ นางอุษา วรรณฉวี หน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ ตึกผู้ป่วยนอกชั้น 7 โรงพยาบาลศิริราช หมายเลขโทรศัพท์ 089-6647648 ได้ตลอดเวลา

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ตึกอดุลยเดชวิกรม ชั้น 6 ร.พ.ศิริราช โทร. (02) 419-6405-6 โทรสาร (02) 419-6405

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้าหรือระบุเหตุผล โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารที่แจ้งผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนา
ยินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย

(.....)

วันที่.....

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่านหนังสือไม่ออกผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัย
คือ.....

จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

วันที่.....

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล	นางอุษา วรรณฉวี
วัน เดือน ปี เกิด	2 กรกฎาคม พ.ศ. 2514
สถานที่เกิด	จังหวัดกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย
คุณวุฒิ	มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2537 พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปัจจุบันกำลังศึกษาในหลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
ที่อยู่ปัจจุบัน	2/2 ม.8 บางน้ำผึ้งใน พระประแดง สมุทรปราการ 10130 โทรศัพท์ 089-6647648 E-mail address: siuwn@mahidol.ac.th
ตำแหน่งปัจจุบันและสถานที่ทำงาน	พยาบาลระดับ 6 หน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

ประสบการณ์การทำงานวิจัย

1. สมพร วิพิศมกุล, สุดสบาย จุลกัทัพพะ, สมพร จรัสเจริญวิทยา, อุษา วรรณฉวี (2548). การศึกษาการใช้ยาต้านเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยนอก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช. *สารศิริราช*, 57, 328-335.
2. อุษา วรรณฉวี, เกษราภรณ์ ภักดีจิตร, อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ (2551). ศึกษาการมาติดตามการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในหน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์โรงพยาบาลศิริราช. *วารสารพยาบาลศิริราช*, 2(1), 25-36.