

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อความร่วมมือ ในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ปริยารัตน์ แคมคำ*, สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว**, พชรินทร์ นินทจันทร์***

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษา ณ คลินิกสุขภาพจิตแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอายุอยู่ระหว่าง ๒๐-๖๐ ปี ซึ่งคัดเลือกจากประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน ๕๐ คน ทำการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ ๒๕ คน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติไคสแควร์ และสถิติที่เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา โดยควบคุมตัวแปรร่วม คือ ระยะเวลาการเจ็บป่วย, ระยะเวลาการรับประทานยา, ระดับภาวะซึมเศร้า และคะแนนก่อนการทดลองด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวน ANCOVA

ผลการศึกษา พบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน และความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา สามารถเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

คำสำคัญ: โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา, ความร่วมมือในการรักษา, โรคซึมเศร้า

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

*** คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นภาวะความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ในปัจจุบันพบความชุกของโรคซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกใน The Global burden of disease ได้จัดให้ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุของภาวะการสูญเสียความสามารถของประชากรโลก ในปี ค.ศ. ๑๙๙๗ เป็นอันดับ ๔ และคาดการณ์ไว้ว่าจะสูงขึ้นเป็นอันดับ ๒ ในปี ค.ศ. ๒๐๒๐ รองจากโรคหัวใจขาดเลือด^๑ สำหรับในประเทศไทย พบว่า ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ มีอัตราความชุกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประมาณร้อยละ ๔.๗๖ ของจำนวนประชากรทั้งหมดในประเทศ หรือประมาณ ๓ ล้านคน^๒

การรักษาโรคซึมเศร้าประกอบด้วย การรักษา ๒ ลักษณะ คือ การรักษาทางกายและการรักษาทางจิตสังคม การรักษาทางร่างกาย ที่นิยมใช้กันแพร่หลายคือ การรักษาด้วยยา และยาที่ใช้รักษาโรคซึมเศร้าในปัจจุบันค่อนข้างจะมีประสิทธิภาพและมีอยู่หลายประเภท ยาที่ใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้ามีการออกฤทธิ์โดยเพิ่มระดับของสารสื่อประสาทในสมอง^๓

ส่วนวิธีการรักษาทางด้านอื่นๆ เช่น การทำจิตบำบัด ครอบครัวบำบัดนั้นต้องใช้เวลา และไม่มีบุคลากรด้านนี้เพียงพอที่จะให้การบำบัดได้กับทุกคน ยาจึงมีบทบาทสำคัญในการรักษาผู้ป่วยจิตเวช การปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยยาจึงมีความสำคัญยิ่งที่จะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพ แต่ในทางปฏิบัติพบว่า มีผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษา จะด้วยเหตุผลใดก็ตาม

จากการศึกษารูปแบบการใช้ยารักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พบผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าจะได้รับการรักษาด้วยยาด้านเศร้าเป็นหลักและพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นที่ตรวจพบในปี พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๒ ได้เพิ่มจำนวนขึ้นเป็น ๘๓๕, ๑,๐๓๕ และ ๑,๑๖๓ ราย ตามลำดับ^๔ และจัดเป็นกลุ่มโรคที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งของผู้ป่วยจิตเวช การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีปัญหาการใช้ยา ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกสุขภาพจิต แผนกผู้ป่วยนอก ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ จำนวน ๑๐ ราย พบว่าผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ส่วนหนึ่งไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา มีผลทำให้เกิดอาการซึมเศร้าไม่ลดลงและมีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ซึ่งมีสาเหตุจากการไม่รับประทานยา

แพมพาโลน่า^๕ กล่าวว่า มีข้อมูลเชิงประจักษ์จากการศึกษาว่า ๑ ใน ๓ ของผู้ป่วยมักไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา

การที่ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือไม่ร่วมมือในการรักษา มีผลทำให้เกิดอาการป่วยซ้ำ (relapse) จากการรักษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่ป่วยเป็นครั้งแรกจะมีโอกาสเป็นซ้ำร้อยละ ๕๐ ผู้ที่ป่วยเป็นครั้งที่ ๒ มีโอกาสเป็นซ้ำร้อยละ ๗๐ และผู้ที่ป่วยเป็นครั้งที่ ๓ จะมีโอกาสเป็นซ้ำร้อยละ ๘๐^๖ การกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังอาจเกิดปัญหาความขัดแย้งกับสมาชิกครอบครัวและผู้ร่วมงาน เนื่องจากความบกพร่องทางด้านสัมพันธภาพของผู้ป่วยและจากความคิดและอารมณ์ทางด้านลบ อาจนำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตายในที่สุด

การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลจิตเวช^๗ โดยพบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) ช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น^๘ เช่น การศึกษาของชีเตห์และฮาสกีส์^๙ พบว่า ผลของสุขภาพจิตศึกษาช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นและความต้องการการรับประทานยาต่อเนื่องเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของซาจาโทวิก^{๑๐} พบว่า ผลของสุขภาพจิตศึกษาแบบรายบุคคลช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและคุณภาพชีวิตดีขึ้น และพบว่าการวิจัยที่ค้นคว้าส่วนใหญ่เป็นรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล เช่นเดียวกับการศึกษาของโดแกน^{๑๑} พบว่า สุขภาพจิตศึกษาทำให้ความรู้ในเรื่องยาเพิ่มขึ้น, คุณภาพชีวิตดีขึ้น, ช่วยลดระดับอาการซึมเศร้าและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีขึ้น

เนื่องจากการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยยาต้องใช้เวลานานในการดูผลของยาและการปรับลดหรือเพิ่มขนาดของยาให้เหมาะกับอาการของผู้ป่วยตลอดจนการเลือกประเภทยาให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย การรักษาโรคซึมเศร้าด้วยยาต้องการความรู้ความเข้าใจในวิธีการรักษา และต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็น การให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องสำคัญ จากการศึกษในประเทศพบว่ารูปแบบการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร่ายังมีน้อย ซึ่งในผู้ป่วยเหล่านี้ยังขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและเกิดการป่วยซ้ำจากการไม่รับประทานยา ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะใช้รูปแบบสุขภาพจิตศึกษาเพื่อช่วยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา เพื่อให้ผลการรักษามีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment Research) ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษา ณ คลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง ๒๐-๖๐ ปี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ มีระดับภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางและคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับไม่ดี เข้ากลุ่มทดลอง ๒๕ รายและกลุ่มควบคุม ๒๕ ราย ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมจะได้รับแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Thai Depression Inventory) และแบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Medication Adherence Questionnaire) ผู้ป่วยกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบรายบุคคล ซึ่งจะได้รับกิจกรรมตามแผนการทดลองสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง ครั้งละ ๖๐-๙๐ นาที เป็นเวลา ๓ สัปดาห์ จนครบ ๓ ชุดกิจกรรม ส่วนผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ หนึ่งเดือนภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะทำแบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและแบบวัดระดับซึมเศร้าฉบับเดียวกันที่ใช้ก่อนการดำเนินโปรแกรมฯ อีกครั้งหนึ่ง จากนั้นเปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ภายหลังสิ้นสุดการทดลองแล้วผู้วิจัยได้แจกแบบเรียนเรื่องโรคซึมเศร้าให้กับกลุ่มควบคุมทุกคน ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาคือ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๓ - เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๔

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ สิทธิประโยชน์ ความยุติธรรมและความถูกต้อง ผู้วิจัยได้พิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ อนุมัติให้เมื่อวันที่ ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๓ หนังสืออนุมัติเลขที่ ศธ.๐๕๑๖.๒๕/๐๒๔ และผ่านการขออนุญาตทำการศึกษาในพื้นที่

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for windows โดยทดสอบความเท่าเทียมกันของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มในส่วนเพศ อายุ ด้วยสถิติ chi-square test และสถิติ inde-

pendent t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาหลังเข้าโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of covariance) และควบคุมตัวแปรร่วม (covariance) คือ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระยะเวลาการรับประทานยา คะแนนระดับภาวะซึมเศร้าและคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาก่อนการทดลอง เพื่อปรับค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลอง ให้การเปรียบเทียบมีผลที่แม่นยำยิ่งขึ้น และกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าพี) ที่ระดับ .๐๕

ผลการวิจัย

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ ๖๘ และ ๖๘ ตามลำดับ มีอายุอยู่ระหว่าง ๒๐-๓๐ปี ร้อยละ ๕๖ และ ๓๒ ตามลำดับ สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ ๔๔ และ ๔๘ ตามลำดับ และมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีร้อยละ ๖๐ และ ๒๐ ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ ๒๔ และ ๒๘ มีความพึงพอใจของรายได้ ร้อยละ ๘๘ และ ๕๖ ตามลำดับ ระยะเวลาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่อยู่ที่ ๑-๑๒ เดือน คิดเป็นร้อยละ ๖๔ และ ๘๖ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคซึมเศร้า (ในแต่ละครั้งของการเกิดโรค) ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม คือน้อยกว่า ๓ ครั้ง ร้อยละ ๘๘ และ ๘๐ ระยะเวลาการรับประทานยาส่วนใหญ่อยู่ที่ ๑-๑๒ เดือน คิดเป็นร้อยละ ๔๔ และ ๓๖ ตามลำดับ สิทธิที่ใช้ในการรักษาครั้งนี้คือ จ่ายเอง คิดเป็นร้อยละ ๕๒ และ ๖๘ ส่วนประวัติการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดคิดเป็นร้อยละ ๖๘ แต่กลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีประวัติการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดเพียงร้อยละ ๒๐ เมื่อทดสอบความแตกต่างของลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ (Independent t-test) สำหรับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระยะเวลาการรับประทานยา และใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) สำหรับข้อมูลอื่นๆ พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าพี > .๐๕) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะส่วนบุคคลส่วนใหญ่ใกล้เคียงกัน

สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภายหลังควบคุมตัวแปรร่วม คือ คะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาก่อนการทดลอง ระดับภาวะซึมเศร้า ระยะเวลาการเจ็บป่วยและระยะเวลาการรับประทานยา หลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ผลการทดสอบ

ทางสถิติแสดงว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($F = ๑๔๓.๖๘๗$, ค่า $p < ๐.๐๕$) ดังตารางที่ ๒ และค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังการทดลองภายหลังปรับแล้วของกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = ๗.๓๗$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = ๓.๐๘$) ดังตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

กลุ่มตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน	ค่าเฉลี่ย เบี่ยงเบน	ค่าเบี่ยงเบน	ค่าที	ค่าพี
กลุ่มทดลอง (จำนวน = ๒๕)						
ก่อนทดลอง	๓.๐๘	.๗๕๕				
			๔.๐๘	.๘๖	๖.๘๓*	<.๐๐๑
หลังทดลอง	๗.๑๖	๑.๐๕๔				
กลุ่มควบคุม (จำนวน = ๒๕)						
ก่อนทดลอง	๓.๑๒	.๖๒๔				
			.๐๔	.๒๐		
หลังทดลอง	๓.๑๖	.๕๘๗				
					๒๒.๘๒**	<.๐๐๑

* เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในกลุ่มทดลอง

** เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ ๒ แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาภายหลังปรับแก้ หลังการทดลองในระยะติดตามผล ๑ เดือน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้คะแนนความร่วมมือในการรักษาก่อนการทดลอง ระดับภาวะซึมเศร้า ระยะเวลาการเจ็บป่วยและระยะเวลาการรับประทานยาเป็นตัวแปรร่วม (Covariate)

คะแนนความร่วมมือ ในการรักษาด้วยยา	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน	ค่าเอฟ	df	ค่าที	๙๕% Confidence Interval	
						upper Bound	lower bound
กลุ่มทดลอง	๗.๓๗	.๑๒๖	๑๔๓.๖๘	๑	<.๐๐๑	๖.๕๘	๗.๔๕
กลุ่มควบคุม	๓.๒๕	.๒๕๓		๔๘		๒.๘๖	๓.๓๓

วิจารณ์ผลการวิจัย

ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงว่า ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจากการได้รับสุขภาพจิตศึกษา สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) ของ Anderson^{๓๓, ๓๔} เป็นรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อันจะนำไปสู่การเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่งผลต่อการป้องกันและลดการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งเป็นผลมาจากการไม่ร่วมมือในการรับประทานยา^{๔๕, ๔๖} ซึ่งการให้สุขภาพจิตศึกษาในการวิจัยนี้จะช่วยจัดการกับการไม่ร่วมมือในการรับประทานยาและช่วยให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาในการสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลายฉบับ เช่น การศึกษาของชีดาดและฮาสกีส์^{๓๐} พิสูจน์ว่า ผลของสุขภาพจิตศึกษาช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นและเพิ่มความต้องการในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และยอมรับโอกาสเกิดผลข้างเคียงของยา สอดคล้องกับการศึกษาของซาจาโทวิก^{๓๑} ซึ่งการศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับงานวิจัยที่เกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและผลของความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลการศึกษพบว่า ผลของสุขภาพจิตศึกษาแบบรายบุคคลช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและคุณภาพชีวิตดีขึ้น และพบว่าส่วนใหญ่เน้นรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นแบบรายบุคคล โดยการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย พัฒนาการจัดการกับอุปสรรคปัญหาให้เหมาะสมกับแผนการรักษา และฝึกทักษะการจัดการกับตัวเอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในครั้งที่ใช้รูปแบบสุขภาพจิตศึกษารายบุคคลในการเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและการฝึกทักษะการจัดการกับปัญหา ซึ่งการฝึกทักษะดังกล่าวจะช่วยจัดการกับสาเหตุของการไม่รับประทานยาและจัดการกับผลข้างเคียงจากยาดังเช่น การศึกษาของ มิกโคลวิช^{๔๕} ที่สอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้ถึงปัญหาที่เกิดจากการรับประทานยา โดยช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ปัญหาและหาทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งผลถึงการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

นอกจากการฝึกทักษะจัดการกับปัญหาแล้วการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยก็เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการ

รักษาด้วยยาเพราะจากการศึกษาของมอร์ลีย์^{๔๖} พิสูจน์ว่าคุณภาพชีวิตและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะเพิ่มขึ้นหากได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนและข้อมูลด้านการรักษา เช่นเดียวกับการศึกษาของโดแกนและซาเบนซีโอกลูร์^{๔๗} กล่าวว่าสุขภาพจิตศึกษาช่วยให้ความรู้ในเรื่องยาเพิ่มขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ช่วยลดระดับอาการซึมเศร้าและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีขึ้น ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการเจ็บป่วย รวมถึงการออกฤทธิ์ของยาแล้วจะทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีขึ้น

สรุป

จากการวิจัยครั้งนี้ การให้สุขภาพจิตศึกษาสามารถเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพื่อให้ผู้ป่วยได้เพิ่มความรู้และบริหารจัดการกับปัญหาที่ก่อให้เกิดความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา นับว่าเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการนำไปปรับใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย จากเงินกองทุนวิจัยธรรมศาสตร์ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๓ ประเภททุนวิจัยทั่วไป

เอกสารอ้างอิง

๑. Murray CJL, Lopez AD. The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability From Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Cambridge, Mass., Harvard University 1996.
๒. กรมสุขภาพจิต ๒๕๕๐. สถิติโรคซึมเศร้า. เข้าถึงโดย <http://www.thaihealth.net/h/article687.html>. เข้าถึงเมื่อ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๕๒.
๓. สมภพ เรืองตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ ๖). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้ว ๒๕๕๓.
๔. โรงพยาบาลธรรมศาสตร์, รายงานสถิติโรคผู้ป่วยนอก. ปทุมธานี: โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ๒๕๕๓.
๕. Pampallona S, Bollini P. Patient adherence in the treatment of depression. Br J psychiat 2002;180:104-9.

๖. University of Michigan Health System. Depression: Depression Guideline. Michigan: University of Michigan 2005.
๗. Doenges ME, Townsend MC, Moorhouse MF. Psychiatric Care Plans: Guidelines for Individualizing Care. Philadelphia: F.A. Davis Company 1995.
๘. Colom F. Psychoeducation: improving outcomes in bipolar disorder. *Eur Psy* 2005;20:59-364.
๙. Seedat S, Haskis A, Dan JS. Benefits of Consumer Psychoeducation: A Pilot Program in South Africa. *Int J of Psychiatry Med* 2008;38:31-42.
๑๐. Sajatovic M, Chen P, Dines P, Shirley E. Psychoeducational approaches to medication adherence in patients with bipolar disorder. *Dis Manag Health Out* 2007;15:181-92.
๑๑. Dogan S, Sabanciogullari S. The effects of patient education in lithium therapy on quality of life and compliance. *Arch Psychiatry Nurse* 2003;17:270-5.
๑๒. Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DJ. Family treatment of adult schizophrenic patients: A psychoeducation approach. *Schizophrenic Bulletin* 1980;6:490-505.
๑๓. Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DJ. Schizophrenic and the family: A Practitioner's guide to psychoeducation and management. New York: Guilford Press 1986.
๑๔. Hayes R, Gantt A. Patient psychoeducation: the therapeutic use of knowledge for the mentally ill. *Soc Work Health Care* 1992;17:53-67.
๑๕. Mikliowit DY, Scott J. Psychosocial treatments for bipolar disorder: cost-effectiveness, mediating mechanisms, and future directions. *Bipolar Disord* 2009;11:110-22.
๑๖. Morselli PL, Elgie R, Cesana B. GAMIAN-Europe/BEAM survey II-cross-national analysis of unemployment, family history, treatment satisfaction and impact of bipolar disorder on life style. *Bipolar Disord* 2004; 487-97.

Abstract

The effects of psychoeducation program on medication adherence among patients with depression

Preeyarat Khamkum*, Suwanee Keawkingkaew**, Patcharin Nintachan***

* Faculty of Nursing, Eastern Asia University

** Faculty of Nursing, Thammasat University

*** Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

The purpose of this research was to ascertain the effects of a psychoeducation program on medication adherence among patients with depression. The samples consisted of 50 male and female patients, age 20-60, who sought treatment at the Mental Health Clinic at Thammasat University Hospital. They were selected according to the criteria and were randomly assigned to the study group and control group, 25 in each group.

Demographic data were collected and analysed using a Chi-square test and independent t-test. The Medical Adherence scores before and after participation in the program in the study and control groups were compared by controlling for the covariate variables such as length of illness, duration of treatment with medication, level of depression before the experiment, and the pretest medication adherence score by using ANCOVA.

The study revealed that the medication adherence scores in the patients with depression, who participated in the psychoeducation program were significantly higher than those patients that received normal treatment and the medical adherence scores of the patients with depression that participated in the program after the experiment were significantly higher than before the experiment.

The results of this study indicate that, the psychoeducation program can help to improving the level of medication adherence among depressive patients.

Key words: Psychoeducation program, Medication adherence, Depression