บทความวิชาการ
การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

*วินีกาญจน์ คงสุวรรณ, ปร.ด. (Vineekarn Kongsuwan, PhD., R.N.)**
*จุฑาทิพย์ นุ่นด้วง, พยม., (Juthatip Nungduang, RN.)***

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่มีความรุนแรงและพบว่าเป็นสาเหตุของการสูญเสียโดยเฉพาะความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและหน้าที่ความรับผิดชอบของประชากรโลก 1 ใน 10 อันดับแรก (Murrey & Lopez, 1997) โดยองค์การอนามัยโลกได้ ทำนายว่าในปี ค.ศ. 2020 จะเป็นสาเหตุของภาวการณ์สูญเสียความสามารถของประชากรโลก อันดับ 2 รองจากโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน ของทุกกลุ่มอายุทั้งเพศชายและหญิงเนื่องจากเป็นภาวะที่เป็นนานหรือเรื้อรังและเป็นซ้ำได้บ่อย (World Health Organization, 2003) และส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และกระบวนการคิด ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกไร้ค่า ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม แยกตัวเองออกจากครอบครัวและสังคม มีความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย โดยในประเทศไทยช่วงปี 2550–2552 พบว่ามากกว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยฆ่าตัวตายเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต, 2552) และจากรายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2553 พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการรวมทั้งประเทศในปี พ.ศ. 2550–2552 มีจำนวน 123,876 คน 148,240 คน และ 165,785 คน โดยเป็นอัตราป่วยที่เพิ่มขึ้นตามลำดับ และพบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเฉลี่ยทั่วประเทศร้อยละ 6.04 (กรมสุขภาพจิต, 2553) และสาเหตุที่สำคัญคือ การที่ผู้ป่วยไม่รับประทานยาและไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคคลากรทางด้านสาธารณสุข ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายรู้สึกว่าเกิดตราบาป และคิดว่าตนเองเจ็บป่วย ไม่มีความจำเป็นต้องรับประทานยา (อรพินท์ สมบัติวัฒนางกูร, 2551)

การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า นอกจากต้องบุคลากรทางสาธารณสุขต้องมีความเข้าใจในสภาวะของโรคและแนวทางการรักษาของแพทย์แล้ว เพื่อประสิทธิภาพของการดูแลให้อาการซึมเศร้าทุเลาหรือหายนั้น การค้นหาวิธีการเพื่อปรับและประยุกต์ให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายจึงเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งวิธีการรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า มีมากมายหลายวิธีที่แตกต่างกัน แม้ว่าส่วนใหญ่จะรักษาด้วยยาเป็นหลัก (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) โดยผู้ป่วยบางรายอาจจะใช้วิธีการรักษาเบื้องต้นให้กับตนเอง ในการแสวงหาวิธีการรักษาแบบต่างๆ บางรายก็ไม่ได้แสวงหาวิธี

* Corresponding Author: อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
Email: vineekarn.k@psu.ac.th
**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลควนขนุน อ.ควนขนุน จังหวัดพัทลุง

การรักษาใดๆ หรือบางรายพยายามปรับหาความคิดเหตุผลของตนเอง บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมวรรณกรรมที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและแนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

แนวทางดูแลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

แนวทางการดูแลรักษาผู้ที่มีภาวะโรคซึมเศร้าที่มีอาการในระดับเล็กน้อย สามารถรักษาด้วยยา หรือทำจิตสังคมบำบัด (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548; Ministry of health, 2004) ซึ่งการรักษาโรคซึมเศร้าไม่ว่าจะเป็นการรักษาด้วยยาหรือการรักษาทางจิตสังคมสามารถรักษาให้อาการทุเลาหรือหายได้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) โดยการพิจารณาในแต่ละระยะของการรักษาได้แก่ 1) การรักษาระยะเฉียบพลัน (acute phase) 2) ระยะต่อเนื่องของการรักษา (continuation phase) 3) ระยะคงสภาพ (maintenance phase) เป็นระยะที่มีเป้าหมายเพื่อป้องกันโรคกลับเป็นซ้ำอีก โดยพบว่าการบำบัดรักษาผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่ใช้ในปัจจุบัน ได้แก่

1. การรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial treatment)

การรักษาทางจิตสังคมเป็นการใช้วิธีการบำบัดที่สามารถปฏิบัติได้ในหลายลักษณะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือ การใช้กระบวนการช่วยเหลือทางจิตสังคมต่อการลดภาวะซึมเศร้า รวมถึงการจัดการความเสี่ยงและการป้องกันโรคซึมเศร้าของบุคคลระยะยาว เป้าหมายของการบำบัดเพื่อช่วยให้บุคคลมองเห็น รู้จัก เข้าใจตนเองได้อย่างถูกต้องชัดเจนตามสภาพความเป็นจริง เข้าใจสาเหตุของปัญหา สามารถแก้ปัญหาผ่านกระบวนการคิดเพิ่มขีดความรู้ความสามารถในการวิเคราะห์แยกแยะสถานการณ์ชีวิตให้เป็นไปในแนวทางที่เหมาะสม การเรียนรู้ใหม่ในสถานการณ์ดังกล่าวนำบุคคลไปสู่วิธีการให้ความหมายและคุณค่ากับชีวิตของตนเอง เกิดดุลยภาพทางสุขภาพ เกิดความสุข และความพึงพอใจจากการกระทำของตนเอง (สายฝน เอกวรางกุล, 2553) การรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าโดยใช้วิธีจิตบำบัดเพียงอย่างเดียวได้ผลดีในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง (Ministry of health, 2004) และพบว่าการใช้จิตบำบัดร่วมกับการรักษาด้วยยาในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีประสิทธิภาพสูง ซึ่งจิตบำบัดที่เหมาะสมมีหลายรูปแบบชนิดที่ได้ผลดี ได้แก่

1.1 การปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive-behavior therapy) เป็นจิตบำบัดที่ดีที่สุดในการรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า (Ministry of health, 2004) โดยแนวคิดของจิตบำบัดชนิดนี้เชื่อว่าอาการป่วยมีสาเหตุจากการมีแนวคิดที่ไม่ตรงตามความเป็นจริง การรักษามุ่งแก้ไขแนวคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความจริงมากขึ้น เป็นการสร้างแนวทางเลือกและแบบแผนที่ยืดหยุ่นกว่าเดิม รวมถึงการปรับเปลี่ยนความคิดทางลบใช้ทักษะใหม่ในการแก้ปัญหา (Sirey, Bruce, & Kales, 2010)

1.2 การบำบัดเชิงสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal therapy) เป็นการรักษาที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น แก้ไขปัญหาความโต้แย้งและทักษะทางสังคม มุ่งให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและผู้อื่นที่ดีขึ้น (มาโนช

หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) โดยกระบวนการบำบัดเริ่มจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้บำบัดร่วมกันเลือกสถานการณ์ที่ส่งผลให้เกิดปัญหา เช่น ความสูญเสียเศร้าโศก จากนั้นเชื่อมโยงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ที่เลือกกับความขัดแย้งระหว่างบุคคลที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและร่วมกันค้นหาแนวทางเพื่อลดภาวะซึมเศร้าด้วยการปรับตัวและแก้ไขที่ความขัดแย้งระหว่างบุคคล

1.3 จิตบำบัดพลศาสตร์แบบสั้น (Short-term psychodynamic psychotherapy) ผู้รักษาจะมีส่วนในการช่วยผู้ป่วยสืบค้นถึงความขัดแย้งในจิตใจแก้ไขบุคลิกภาพของตนบางส่วนที่เป็นปัญหาและการแก้ปัญหาเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ากับผู้บำบัดร่วมกันค้นหาทำความรู้จักและเข้าใจปัญหา ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีโอกาสระบายความรู้สึกจนเกิดความเข้าใจความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในใจตนเอง ผู้บำบัดอาศัยสัมพันธภาพเชิงบำบัด ความไว้วางใจและการตีความจากจากสถานการณ์ความขัดแย้งเป็นเครื่องมือในการบำบัด (National institute for health and clinical excellence, 2007)

1.4 การบำบัดแบบแก้ไขปัญหา (Problem-solving therapy) ใช้สำหรับการรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าเบื้องต้นในกรณีเป็นโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Ministry of health, 2004) เทคนิคการบำบัดคือ การช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีสมรรถนะและทักษะในการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ วิธีการบำบัดคือการร่วมมือระหว่างผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ากับผู้บำบัดในการระบุปัญหา เรียงลำดับความสำคัญ ความรุนแรงและผลกระทบของปัญหา จากนั้นร่วมกันแก้ไขปัญหา การฝึกทักษะการจัดการกับปัญหารูปแบบต่างๆ รวมทั้งพัฒนาพฤติกรรมการแก้ปัญหาที่เหมาะสมทดแทนวิธีการทางลบที่ไม่เหมาะสมกับลักษณะของปัญหาและความรุนแรง

2. การให้การปรึกษา (counseling) มุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดระหว่างผู้ให้การปรึกษากับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยเชื่อว่ากระบวนการปรึกษาเอื้อให้เกิดกระบวนการค้นหาทำความกระจ่าง เข้าใจ แก้ไขปัญหา ความขัดแย้ง การฟื้นหายจากความรู้สึกเจ็บปวดและการเติบโตของบุคคล ผู้ให้การปรึกษาใช้หลักการสื่อสารเพื่อการบำบัด หลักการบำบัดมุ่งเน้นสัมพันธภาพที่ปลอดภัย ความไว้วางใจ ความจริงใจ ความเข้าใจและเห็นใจ (empathy) ผลการศึกษาพบว่าการให้การปรึกษาที่มีประสิทธิภาพสูงต่อการบำบัดผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (National institute for health and clinical excellence, 2007) และจากการทบทวนของอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2553) พบว่า ทฤษฎีการให้การปรึกษาที่สามารถนำมาใช้ได้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในผู้ป่วยซึมเศร้า เช่น ทฤษฎีการให้การปรึกษาเน้นการบำบัดด้วยเหตุผลและอารมณ์ (Rational Emotive Theory) ทฤษฎีการให้การปรึกษาที่เน้นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-behavior Theory) ทฤษฎีการให้การปรึกษาเน้นผู้ขอรับการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง (Client-Centered Theory) ซึ่งเป้าหมายของการให้การปรึกษาเหล่านี้เป็นการกระทำที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและบุคลิกบางส่วนของมนุษย์ รวมถึง เจตคติ ความรู้สึก การรับรู้ คุณค่าและเป้าหมายของชีวิตของแต่ละ

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งต้องรับผิดชอบในการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานยารักษาโรคซึมเศร้า ในการรับประทานยาที่ต้องใช้เวลานานนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย บอนด์และฮัสซาร์ (Bond & Hussar, 1991) กล่าวว่าความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นพฤติกรรมทางบวกของผู้ป่วยที่ได้รับการจูงใจให้ปฏิบัติตามแผนการรักษา เนื่องจากได้รับรู้ถึงผลดีที่จะเกิดขึ้นต่อตนเองและผลบวกที่จะเกิดขึ้น เช่น การมีความสามารถทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น สอดคล้องกับคำอธิบายของพาขวัญ บุญประสาร (2550) ที่กล่าวว่าความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าว่าเป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ยินดีเต็มใจในการรับประทานยาถูกต้อง สม่ำเสมอ และต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลดีของการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ สอดคล้องกับคำอธิบายของอรพินท์ สมบัติวัฒนางกูร (2551) ว่าความร่วมมือในการรักษาด้วยยา หมายถึงพฤติกรรมที่บุคคลทำตามที่บุคลากรทางการแพทย์แนะนำอย่างเคร่งครัดต่อการใช้ยา การรับประทานอาหาร หรือเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต ให้สอดคล้องกับการรักษาหรือคำแนะนำด้านสุขภาพ ด้วยความยินดีและเต็มใจที่จะทำในสิ่งที่แพทย์แนะนำ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งความร่วมมือที่ดีของผู้ป่วยหมายถึงการที่ผู้ป่วยปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างถูกต้องตามขนาด เวลาที่รับประทานในแต่ละวัน เอาใจใส่ในอาการของตนเองและติดตามกระบวนการรักษาเคร่งครัดทำให้การกลับเป็นซ้ำลดลง

ปัจจัยที่มีผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา

การไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยนั้นเป็นภาวะที่ไม่คงที่ตายตัว หากแต่มีการเปลี่ยนแปลงไปมาได้ตามแต่การรับรู้ ความคาดหวังของผู้ป่วย สภาพแวดล้อม และท่าทีของแพทย์

ทั้งนี้ปัจจัยที่มีผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา สามารถแบ่งเป็นปัจจัย 4 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. ด้านตัวผู้ป่วย พบว่าการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทของพจนันท์ กาศสกุล (2550) ที่ศึกษาแนวคิดของมิลเลอร์ (Miller, 1997) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยามี 5 ประการ ดังนี้ 1) การไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ 2) การรับประทานยาไม่ถูกขนาด 3) การรับประทานยาไม่ตรงเวลา 4) การลืมรับประทานยาในบางขนาด 5) การหยุดรับประทานยาหรือไม่รับประทานยาเลย ทั้งนี้ผู้ป่วยแต่ละคนก็จะมีลักษณะแตกต่างกันไป ปัจจัยที่เกิดจากลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละคนที่ส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ได้แก่

1.1 ทัศนคติ และความเชื่อของผู้ป่วยที่มีต่อโรคและแผนการรักษาด้วยยา ซึ่งมาโนช หล่อตระกูล (2545) กล่าวว่า ผู้ป่วยจะตัดสินใจรับประทานยาตามแผนการรักษาหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับทัศนคติและความเชื่อของผู้ป่วยที่มีต่อยา

และโรคที่เป็น ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกว่าโรคที่ตนเองเผชิญอยู่มีความรุนแรง และสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่พบบ่อย คือ ความไม่สนใจ ไม่คิดว่ายาเป็นสิ่งจำเป็น ผู้ป่วยบางรายหยุดรับประทานยาเองเมื่อรู้สึกสบายขึ้น เนื่องจากเข้าใจว่าตนเองหายจากโรคแล้ว เมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการของโรคปรากฏ จะรู้สึกว่าตนเองปกติดี ทำให้ไม่เห็นว่ายาจำเป็นสำหรับตนเอง หรือการที่ผู้ป่วยยังต้องรับประทานยาแสดงว่าตนเองยังป่วยอยู่ การรับประทานยาเป็นเวลานานทำให้เกิดความเบื่อหน่าย หรือเกิดความรู้สึกต่อต้านการรับประทานยาได้ รวมถึงความรู้สึกไม่เชื่อถือในยาที่ใช้รักษา การปฏิเสธการเจ็บป่วยไม่เชื่อในแผนการรักษา การกลัวการติดยา และความรู้สึกว่ายาไม่ได้ช่วยแก้ปัญหาของเขาในการรักษาระยะเฉียบพลัน (Veazie & Cai, 2006)

ที่สำคัญคือการไม่เชื่อถือต่อแพทย์และบุคลากรด้วยสาเหตุอื่นใดมาก่อน เช่น เคยมีประสบการณ์ไม่ดีกับแพทย์พยาบาลกับการรักษาครั้งก่อนๆ อาจเป็นประสบการณ์โดยตรงของตนเองหรืออาจเป็นประสบการณ์จากญาติหรือคนรู้จักสนิทสนม รวมถึงมีปัญหาในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวไม่เข้าใจ ไม่มีส่วนร่วมดูแลสนับสนุน ทั้งยังอาจซ้ำเติมหรือทำให้ส่งผลต่อการไม่รักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยได้ (อรพินท์ สมบัติวัฒนางกูร, 2551)

1.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคและข้อมูลการรักษาของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ในการรักษาด้วยยานั้น บุคคลผู้ดูแลหรือครอบครัวต้องมีความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้ในการรักษาและรู้ถึง ความสำคัญในการรับประทานยาตามแผนการรักษา การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นสาเหตุหลักของการทำให้อาการกำเริบ และการกลับมารักษาซ้ำ การไม่เข้าใจถึงอาการในระยะเริ่มแรกจากผลข้างเคียงของยาเป็นเหตุให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย และไม่ให้ความร่วมมือในที่สุด (Roe & Swarbrick, 2007) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นจุดสำคัญในการปรับเปลี่ยนให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษา (พจนันท์ กาศสกุล, 2550) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านพุทธิปัญญาของมนุษย์เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านทัศนคติและการปฏิบัติตามมา ความรู้ที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีนั้นจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการตัดสินใจเพื่อการดูแลตนเองและผู้ป่วยก็จะปฏิบัติตามที่ตนเองสนใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากความรู้ที่มีตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ก็จะทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาเพิ่มมากขึ้น การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยยังคงติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

นอกจากนั้นผู้ป่วยที่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคของตนตลอดจนวิธีการรักษา จะติดตามการรักษาดีกว่าอย่างชัดเจน ข้อมูลที่ผู้ป่วยควรได้รับได้แก่การที่จะรู้ว่าต้องรับประทานยาอย่างไร วันละกี่มื้อ ต้องใช้เวลานานเท่าไรจึงจะเห็นผลในการรักษา ซึ่งโดยทั่วไปต้องใช้เวลา 2-4 สัปดาห์ ก่อนจึงจะเห็นผลดีของการรักษาชัดเจน จำเป็นที่จะต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าอาการจะดีขึ้นแล้วก็ตาม หากหยุดรับประทานยาก่อน 6 เดือน จะมีโอกาสเสี่ยงต่ออาการกำเริบ ดังนั้นจึงควรปรึกษาแพทย์ก่อนหยุดยา (มาโนช หล่อตระกูล, 2547)

2. ด้านลักษณะโรค จากภาวะโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยที่เกี่ยวเนื่องกับการขาดแรงจูงใจ ขาด

กำลังใจที่จะให้ความมีส่วนร่วมในการรักษา รวมถึงความรู้สึกเหมือนถูกตีตราว่าเป็นโรคทางจิต (stigma) ทำให้เป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรักษา (Sirey, Raue, & Alexopoulos, 2006) ทำให้เป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือของผู้ป่วย นอกจากอาการของโรคที่เรื้อรัง โรครักษาไม่หาย โรคเป็นๆ หายๆ บางช่วงไม่มีอาการ ผู้ป่วยจึงเข้าใจว่าหายแล้ว กรณีผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคที่เรื้อรังและไม่รุนแรง ความร่วมมือในการรักษาจะลดลง เนื่องจากระยะเวลาที่ใช้ในการรักษานาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ กับการรักษาและ กลัวติดยา หรืออาจต้องการทดลองรักษาด้วยวิธีการอื่นๆ

3. ด้านการรักษา

3.1. ระยะเวลาการรักษาที่นาน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่จะตอบสนองต่อยารักษาโรคซึมเศร้าใน 2-4 สัปดาห์ โดยใช้เวลาในการรักษาระยะเฉียบพลันรวมแล้ว 12 สัปดาห์ หลังจากไม่มีอาการซึมเศร้าแล้วจะต้องรับประทานยาต่ออย่างน้อย 6 เดือน เพื่อป้องกันอาการกำเริบ หรือการกลับเป็นซ้ำของโรคซึ่งนับว่าเป็นการรักษาที่ใช้เวลานาน อาจมีผลต่อความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา (มาโนช หล่อตระกูล, 2547)

3.2. การเกิดผลข้างเคียงจากยา โดยเฉพาะผลการรับประทานยาต้านเศร้าในระยะเวลานาน ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและการไม่ร่วมมือในการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่เป็นอิสระเพราะถูกควบคุมจากยาที่รักษา หรือเป็นการถูกบังคับให้รับประทานยาทางอ้อม ทำให้ผู้ป่วยบางรายเกิดการต่อต้านการรับประทานยา ในผู้ป่วยบางรายอาจเกิดความรู้สึกกังวลว่าตนเองจะติดยาที่ใช้รักษาหรือต้องพึ่งพายาที่ใช้รักษามากเกินไป การรักษาที่ใช้ระยะเวลานาน ได้รับผลการรักษาจากยาน้อย ได้รับผลกระทบจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ทำให้ผู้ป่วยเกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติ เช่น อาการง่วงนอนหรืออาการหน้ามืดเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถเป็นต้น การรับประทานยาหลายขนาน การรับประทานยาวันละหลายๆ ครั้งซึ่งรุช (Rush, 2007) กล่าวว่าการให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารับประทานยาวันละครั้งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยามากกว่าการให้รับประทานยาวันละ 3 ครั้ง และจากการศึกษาของโรและสวอร์บริค (Roe, D., & Swarbrick, M., 2007) พบว่าปัจจัยของความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาเนื่องจากผลข้างเคียงของยา การได้รับยาหลายขนานและต้องรับประทานวันละหลายมื้อทำให้ยากแก่การปฏิบัติตาม

4. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้การรักษา มาโนช หล่อตระกูล (2547) กล่าวว่าการขาดการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด ปัญหาการสื่อสารได้แก่ ไม่สามารถอธิบายหรือให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ว่าต้องดูแลตัวเองอย่างไร ภาษา ท่าทางของบุคลากรทางการแพทย์ไม่เหมาะสม ไม่ใส่ใจ ไม่เห็นคุณค่าผู้ป่วย บุคลากรมีอคติว่าตนมีหน้าที่ "สั่ง" และผู้ป่วยมีหน้าที่ "ทำตาม" จึงไม่ใช่บรรยากาศของการปรึกษาหารือกันว่าแนวทางการรักษาใดจะเหมาะสมกับผู้ป่วยมากที่สุด นอกจากนั้นปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้การรักษายังเกี่ยวข้องกับระบบบริการที่ขาดความสะดวก ยุ่งยาก หลายขั้นตอน ให้เวลาน้อยเกินไปในการที่แพทย์จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย

5. ด้านค่าใช้จ่ายในการรับการรักษา พบว่าไม่น้อยที่ผู้ป่วยอยากปฏิบัติตามที่แพทย์สั่ง แต่

ทำไม่ได้ ด้วยความจำเป็นหลายๆ ประการ ได้แก่ ผู้ป่วยอาจไม่สะดวกในการมารับบริการ เช่น การต้องใช้เวลาในการรักษาเพื่อพบแพทย์แต่ละครั้ง การต้องขาดงานเป็นวัน ลางานบ่อยไม่ได้ มาโรงพยาบาลลำบาก หรือไม่มีคนพามา และโดยอาการป่วยที่ไม่ทุเลา ประสิทธิภาพของยาที่มีต่อการรักษาลดลง และเกิดดื้อยา ก่อให้เกิดการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจทั้งต่อตัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและประเทศชาติ (สรยุทธ วาสิกนานนท์, 2547)

วิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นปัญหาใหญ่ของการรักษาภาวะซึมเศร้า และยืนยันว่าผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า 1 ใน 3 จะรักษาได้ไม่สมบูรณ์ถ้าไม่ได้รับการรักษาด้วยยา และควรมีการเพิ่มวิธีการส่งเสริมความร่วมมือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับยาต้านเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีวิธีการดังนี้ (อรพินท์ สมบัติวัฒนางกูร, 2551 และ พาขวัญ บุญประสาร, 2550)

1. การให้ความรู้และให้การปรึกษาเรื่องยาและโรคแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและญาติ การให้คำแนะนำแก่ญาติควรปฏิบัติในกรณีที่เห็นว่าผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการรับรู้และเข้าใจในการรับประทานยา หากเป็นไปได้ การชี้แจงหรือให้คำแนะนำเรื่องโรคและยาควรเชิญญาติเข้าร่วมฟังด้วย เพราะในสังคมไทย ญาติจะเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการคอยดูแลผู้ป่วย (มาโนช หล่อตระกูล, 2545) การมีผู้ช่วยในการดูแล และการแนะนำให้การปรึกษา โดยเฉพาะการให้ความรู้เพื่อให้เกิดความเชื่อถือ และนอกจากนั้นการให้ผู้ป่วยและญาติตระหนักในการรักษาด้วยยาต้านเศร้า สามารถส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาได้ถึงร้อยละ 85 (Aikens et al., 2005)

2. การมีวิธีการปฏิบัติและติดตามที่มีประสิทธิภาพ การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าจะช่วยส่งเสริมความร่วมมือของผู้ป่วย (American Psychiatric Association, 2006) และ พบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ทำให้ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีความร่วมมือในการรักษาด้วยร้อยละ 97.87 มีความพึงพอใจในการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 94.70 มาตรวจตามนัดทุกคน ไม่มีการกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบจากการขาดยา และผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีความพึงพอใจในระดับมากร้อยละ 90.91 (อรพินท์ สมบัติวัฒนากูร, 2551) และพบว่าหลังการดูตัวแบบสัญลักษณ์ โดยจะเป็นการเสนอตัวแบบผ่านสื่อวีดีทัศน์เพื่อให้เกิดการปรับพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า เรื่องการรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ เพิ่มขึ้นร้อยละ 100 เรื่องการลืมรับประทานยาหรือรับประทานไม่ติดต่อกันลดลงร้อยละ 85 เรื่องการลดจำนวนยาด้วยตนเองลดลงร้อยละ 80 ส่วนในผู้ป่วยที่ใกล้ถึงวันนัดมาพบแพทย์หรือมีแนวโน้มว่าจะขาดยาควรมีวิธีการติดตามที่เหมาะสม เข้าถึงทันเวลา เช่นการเตือนล่วงหน้าทางโทรศัพท์ (พาขวัญ บุญประสาร, 2550)

3. การสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจในการบำบัด ผู้ให้บริการควรมีสัมพันธภาพที่ดี

กับผู้ป่วย เพื่อจะให้ผู้ป่วยเต็มใจที่จะบอกและได้ข้อมูลที่เป็นความจริงเช่น ความเห็นด้วยกับความจำเป็นในการรักษาและปัญหาทางการเงินรวมทั้งผู้ให้บริการต้องประเมินด้านกายภาพของผู้ป่วยด้วย เช่น ความจำของผู้ป่วย (Haynes et al., 2005) ควรให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เกิดความรู้สึกที่ดีในการรักษา ผู้ให้บริการควรให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยถึงผลลัพธ์ของการรักษา เพื่อลดความวิตกกังวลกับการเจ็บป่วยของตนเองส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษาตามมา

4. การใช้อุปกรณ์ที่ช่วยให้ผู้ป่วยดูแลเรื่องยาเอง เช่น กล่องใส่ยาที่กั้นเป็นส่วนๆ สำหรับยาในแต่ละมื้อในหนึ่งวัน จะช่วยทำให้ผู้ป่วยลดการลืมรับประทานยาได้

5. การบำบัดทางปัญญา เป็นการเสริมการรักษาด้วยยา โดยยาจะช่วยให้ผู้ป่วยตอบสนองต่อการบำบัดทางจิตดีขึ้นและคอยเป็นเพื่อนกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและนำไปสู่การมีส่วนร่วมในการรักษาได้ (อรพินท์ สมบัติวัฒนางกูร, 2551)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการมีวิธีการปฏิบัติและติดตามที่มีประสิทธิภาพ การสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจในการบำบัด การใช้อุปกรณ์ที่ช่วยให้ผู้ป่วยดูแลเรื่องยาเองและการบำบัดทางปัญญาร่วมกับการรักษาด้วยยา ซึ่งวิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอาจใช้วิธีหลายวิธีร่วมกันเพื่อให้เกิดผลดีในการรักษา และป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้

บทสรุป

บุคลากรทางด้านสาธารณสุขมีความจำเป็นที่จะต้องมีทัศนะในการมองโลกในแง่ดี เต็มใจที่จะช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ให้พ้นทุกข์ โดยการดูแลที่เป็นพื้นฐานสำคัญ ได้แก่ ตั้งใจฟังให้เข้าใจ ในสิ่งที่ผู้ป่วยคิดและเชื่ออยู่ก่อน แล้วหลังจากนั้น คือการประยุกต์คำแนะนำที่เป็นประโยชน์และเหมาะสมให้กับผู้ป่วยเป็นรายๆ ไป และการป้องกันที่สำคัญคือ การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย และผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการหมั่นสังเกตว่าความผิดปกติไปของผู้ป่วยคืออะไร และสอบถามทันทีที่พบความผิดปกติ โดยไม่ปล่อยให้เกิดความเข้าใจผิดหรือผิดใจกันระหว่างผู้ป่วย และผู้ดูแลรักษา ซึ่งหากปัญหามีการสะสมและคงอยู่เรื้อรังไม่ได้รับการดูแลแก้ไข ก็จะเกิดผลเสียที่ตามมาคือ ภาวะซึมเศร้าที่นำไปสู่ความเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองหรือการฆ่าตัวตายได้ รวมถึงภาวะสุขภาพที่เสื่อมลงของผู้ป่วย และความหงุดหงิดเหนื่อยล้าของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่ทำงานไม่ประสบความสำเร็จนั่นเอง

รายการอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด.* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.

____. (2553). *รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2553.* กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด บางกอกบล็อก.

นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ. (2548). *ศิลปะการใช้ยาต้านโรคซึมเศร้า.* กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พาขวัญ บุญประสาร. (2550). *ผลของตัวแบบ*

สัญลักษณ์ต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี. การค้นคว้าแบบอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พจนันท์ กาศสกุล. (2550). *ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์.* การค้นคว้าแบบอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มาโนช หล่อตระกูล. (2545). ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา. *วารสารคลินิก, 167*(14), 761-765.

____. (2547). *โรคซึมเศร้า.* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, มหาวิทยาลัยมหิดล. 20 ตุลาคม 2553 แหล่งที่มาhttp://www.mahidol.ac.th/mahidol/ra/rapc/gp_dep.html

____(2550). *คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช.* กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ครั้งที่ 4; พิมพ์ดี.

มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์. (2548). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี.*(พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ: บียอร์น เอนเทอร์ไพรซ์ จำกัด.

สรยุทธ วาสิกนานนท์. (2547). *โรคซึมเศร้า.* ใน ธรณินทร์ กองสุข (บรรณาธิการ), การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สายฝน เอกวรางกูล. (2553). *รู้จัก เข้าใจ ดูแลภาวะซึมเศร้า.* กรุงเทพมหานคร: บริษัท ส.เอเชีย เพรส (1989) จำกัด

อรพรรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2553). การบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 24*(1), 1-13.

อรพินท์ สมบัติวัฒนางกูร. (2551). *ประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก.* การค้นคว้าแบบอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Aikens, E. K., Neas, D. E., Nau, D. P., Klinkman, M. S., & Schwenk, T. L. (2005). *Adherence to maintenance: Phase antidepressant medication as a function of patient beliefs about medication.* Retrieved September 20, 2010, from http://www.annfammed.org/cgi/content/full/3/1/23

American Psychiatric Association. (2006). *Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder* (2nd ed.). Retrieved July 10, 2006, from www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/mdd2e_05-15-06.pdf

Bond, W. S., & Hussar, D. A. (1991). Detection method and strategies for improving medication Compliance. *American Journal of Hospital psychiatry, 48*, 1978-1988.

Friedman, B., Conwell, Y., Delavan, R.R.,

Wamsley, B.R., Eggert, G.M.(2005). Depression and suicidal behaviors in Medicare primary care patients under age 65. *Journal of General Internal Medicine, 20*(5), 397-403.

Haynes, R.B., Yao, X., Degani, A., Kripalani, S., Garg, A., & Mcdonald, H.P. (2005). Intervention for enhancing medication adherence (Review). Retrieved November 30, 2007, from http://mrw.interscience.wiley.com/cochrance/clsysrev/articles/CD000011/pdfs.html.

Michigan Quality Improvement Consortium. (2004). *Management of adult with Major depression.*

Miller, J. F. (1997). *Compliance (medicine).* Retrieved September 4, 2007, from http://en.wikipedia.org/wiki/Compliance_%28medicine%29

Ministry of Health. (2004). *Depression: Clinical practice guidelines.* Ministry of Health. National Guideline Clearinghouse. Clinical Practice Guidelines Definition. Retrieved October 10, 2009, from http://www.ngc.ac.uk

Murrey, C. J., & Lopez A. D. (1997). Alternative projection of mortality and disability by cause 1990-2020: Global burden of diseases study. *Lancet, 349,* 1498-1504.

National Institute for Clinical Excellence (2007) *Depression: Management of Depression in Primary and Secondary Care. Clinical Guideline 23.* Retrieved March 10, 2007, from http://www.nice.org.uk/CG023NICE-guideline

Polit, D. F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing Research: Principles & Methods* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Roe, D., & Swarbrick, M. (2007). A Recovery-Oriented Approach to Psychiatric Medication: Guidelines for Nurses. *Journal of Psychosocial Nursing, 45*(2), 35-40.

Rush, A. J. (2000). Mood disorders: treatment of depression. In Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (Eds.), *Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of Psychiatry* (pp. 1377-1385).

Sirey, J.A., Bruce,M.L., & Kales, H.C. (2010). Improving Antidepressant Adherence and Depression Outcomes in Primary Care: The Treatment Initiation and Participation Program. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 18* (6), 554–562.

Veazie, P.J. & Cai, S. (2006). A connection between medication adherence, patient sense of uniqueness, and the personalization of information. Received April 1, 2006, from http://dx.doi.org/10.1016/j.mehy.2006.04.077

World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies - Evidence for action.* Geneva: World Health Organization.