

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือ ในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*

Factors Associated with Adherence to Medication in Major Depressive Disorder Patients*

กมลชนก มุลไชย** โสภิต แสงอ่อน*** พัชรินทร์ นินทจันทร์**** มาลาตี รุ่งเรืองศิริพันธ์*****
Kamonchanok Moonchai** Sopin Sangon*** Patcharin Ninthachan**** Malatee Rungrungsiripan*****

บทคัดย่อ

ความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความสำคัญต่อการรักษาโรคซึมเศร้า อย่างไรก็ตาม อัตราความร่วมมือในการรับประทานยาพบค่อนข้างต่ำ การวิจัยแบบบรรยายความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับยา และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ กับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการรักษาที่คลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จำนวน 84 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

Received: March 20, 2020

Revised: May 15, 2020

Accepted: May 24, 2020

-
- * วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
 - * A thesis for the degree of Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University
 - ** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
 - ** A student of Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University E-mail: kamonchanok.stin@gmail.com
 - *** อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
 - *** Corresponding Author, Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University
 - **** รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
 - **** Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University
 - ***** อาจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
 - ***** Lecturer, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับยา แบบสอบถามทัศนคติที่มีต่อการรักษาและเจ้าหน้าที่ และแบบสอบถามวิธีการใช้ยา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล และสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความล้มเหลวในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($r_s = .24, p < .05$) ความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ($r_s = .45, p < .01$) ความเชื่อเกี่ยวกับยาด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา ($r_s = .32, p < .01$) และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ ($r_s = .47, p < .01$) สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความล้มเหลวในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับยาด้านความกังวลจากการรับประทานยา ($r_s = -.27, p < .05$) ด้านการใช้ยามากเกินไป ($r_s = -.39, p < .01$) และด้านอันตรายจากการรับประทานยา ($r_s = -.36, p < .01$) ส่วนเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความล้มเหลวในการรับประทานยา ($r_{pb} = .04, p > .05$) ผลการวิจัยครั้งนี้ให้ข้อมูลที่สำคัญสำหรับการส่งเสริมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับยา สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ ความล้มเหลวในการรับประทานยา

Abstract

Medication adherence is important for treatment of major depressive disorder (MDD). However, the rate of medication adherence is rather low. This descriptive correlational study aimed to investigate the association between gender, age, beliefs about depression, beliefs about medicine and patients, and Patient-healthcare provider relationships with medication adherence in MDD patients. Eighty four MDD patients, both male and female, who received treatment at a psychiatric department of a community hospital were included in this study. Research instruments included Thai depression inventory, personal data questionnaire, depression beliefs inventory, beliefs about medicines questionnaire, the California pharmacotherapy alliance scale (patient version), and medication adherence report scale. Descriptive statistics, point biserial correlation, and Spearman's rank correlation were used for data analysis.

Results showed that factors positively correlated with medication adherence in MDD patients were age ($r_s = .24, p < .05$), beliefs about depression ($r_s = .45, p < .01$), specific-necessity dimension of beliefs about medicines ($r_s = .32, p < .01$), and patient-healthcare provider relationships ($r_s = .47, p < .01$). Factors negatively correlated with

medication adherence in MDD patients were beliefs about medicines-specific-concern dimension ($r_s = -.27, p < .05$), general-overuse dimension ($r_s = -.39, p < .01$), and general-harm dimension ($r_s = -.36, p < .01$). However, gender had no relation with medication adherence ($r_{pb} = .04, p > .05$). The results from this study provide significant information to plan for promoting medication adherence in MDD patients.

Keywords: major depressive disorder, beliefs about depression, beliefs about medicines, patient-healthcare provider relationships, medication adherence

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นภาวะที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ซึ่งเป็นปัญหาทางจิตเวชที่สำคัญและพบได้บ่อย โดยสามารถเกิดขึ้นได้ทุกช่วงอายุ ทุกเชื้อชาติทั่วโลก รายงานขององค์การอนามัยโลกชี้ให้เห็นว่า ในปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วโลก มากกว่า 300 ล้านคน¹ สำหรับในประเทศไทย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีมากเป็นอันดับ 3 ของโรคทางจิตเวช รองจากโรควิตกกังวล และโรคจิตเภทตามลำดับ โดยในปี พ.ศ. 2558 ถึง พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี² ปัจจุบันพบว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากสารสื่อประสาทในสมอง ได้แก่ นอร์เอพิเนฟริน (norepinephrine) ซีโรโทนิน (serotonin) และโดปามีน (dopamine) มีระดับต่ำ³⁻⁵ จึงใช้การรักษาด้วยยาเพื่อปรับสารสื่อประสาทในสมองให้สมดุล⁶ ดังนั้นการรักษาด้วยยาจึงมีความสำคัญในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และเมื่อผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จะทำให้อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยลดลง⁷

แม้ว่ายาจะเป็นการรักษาที่สำคัญแต่กลับพบว่า ความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอัตราค่อนข้างสูง เห็นได้จากการศึกษาจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยาในต่างประเทศ พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่ร่วมมือในการรับประทานยามากถึงร้อยละ 46-70⁸⁻¹¹ และการศึกษาในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยามากถึงร้อยละ 77¹² จะเห็นได้ว่าความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้ทั่วโลก นอกจากนี้ปัญหาความไม่ร่วมมือในการรับประทานยายังส่งผลกระทบต่อ

ผลกระทบสำคัญที่เกิดจากความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา คือ ผู้ป่วยมีการกลับเป็นซ้ำของโรค^{13,14} โรคมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น¹⁴ ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ ลดลง เช่น กระบวนการคิด การตัดสินใจ และการดูแลตนเอง^{14,15} ซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการทำงานลดลง¹⁶ อาจนำไปสู่การเลิกจ้างงาน เมื่อผู้ป่วยว่างงาน ก็อาจก่อให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว^{14,15} นอกจากการกลับเป็นซ้ำของโรค

ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อระดับประเทศชาติ โดยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคซึมเศร้าสูงขึ้น^{6,14,17,18} ดังเช่นที่สหราชอาณาจักร พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคซึมเศร้าตั้งแต่ปี ค.ศ. 2005-ค.ศ. 2010 เพิ่มขึ้นจาก 173.20 ล้านดอลลาร์ เป็น 210.50 ล้านดอลลาร์¹⁸

จะเห็นได้ว่าผลกระทบจากความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ส่งผลเสียต่อผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติเป็นอย่างมาก ดังนั้นองค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจึงมีความสำคัญ อันจะนำไปสู่การวางแผนส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือ/ไม่ร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อเกี่ยวกับโรคและการรักษา และปัจจัยทางสังคม ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือ/ไม่ร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ การมีงานทำ^{19,20} รายได้²¹ เพศ^{8,11,22,23} อายุ^{9,24} และระดับการศึกษา^{19,21,23} สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยที่พบความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือ/ไม่ร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ ความรุนแรงของโรค^{8,19,21,24} ระยะเวลาการเจ็บป่วย⁸ จำนวนครั้งในการมาพบแพทย์ต่อปี⁸ และความถี่ในการรับประทานยาต่อวัน²⁵ ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่มีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือ/ไม่ร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับโรค^{21,26} ความเชื่อเกี่ยวกับยาต้านความ

กังวลจากการรับประทานยา (specific-concern)^{8,27,28} ความเชื่อเกี่ยวกับยาต้านอันตรายจากการใช้ยามากเกินไป (general-overuse)⁸ และความเชื่อเกี่ยวกับยาต้านอันตรายจากการรับประทานยา (general-harm)^{8,28} และปัจจัยทางสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือ/ไม่ร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ^{21,25} และการสนับสนุนทางสังคม²⁶

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือ/ไม่ร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ การศึกษาในบริบทของสังคมไทยยังมีจำกัด และปัจจัยที่ศึกษามีหลายปัจจัยที่ผลการศึกษายังไม่แน่นอนหรือไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน อีกทั้งในประเทศไทยพบว่าปี พ.ศ. 2558 จังหวัดลำพูนเป็นจังหวัดที่มีความชุกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและอัตราการฆ่าตัวตาย 19.76 คนต่อประชากรแสนคนซึ่งเป็นอันดับ 1 ของประเทศไทย²⁹ การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในบริบทของสังคมไทยจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการศึกษาในจังหวัดลำพูนภาคเหนือของประเทศไทย ซึ่งไม่พบข้อมูลการศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังนั้นปัจจัยคัดสรรที่นำมาศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ เพศ อายุ ความเชื่อเกี่ยวกับยา ความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับบริบทของสังคมไทยและมีการวิจัยสนับสนุนว่ามีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลการศึกษาจากต่างประเทศ ผลการ

ศึกษาครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น อันอาจจะนำไปสู่การลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ ตลอดจนส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มาจากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยความร่วมมือในการรับประทานยาหมายถึงพฤติกรรมในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาที่เกิดจากการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ^{30,31} การศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีพฤติกรรมรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากลืมนับรับประทานยา^{22,23} เปลี่ยนขนาดยาที่รับประทานเอง²³ และหยุดรับประทานยาเอง^{22,32} จากการศึกษาที่ผ่านมาพบหลายปัจจัยที่พบความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และปัจจัยคัดสรรที่เลือกศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ เพศ อายุ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับยาและสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

เพศ (sex) เป็นเพศสภาพตั้งแต่กำเนิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แบ่งออกเป็นเพศชายและเพศหญิง เพศเป็นปัจจัยที่ถูกบริบทของสังคม และวัฒนธรรมกำหนดให้แสดงบทบาท และปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งอาจมีความเกี่ยวข้องให้เพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาที่แตกต่างกันได้

กล่าวคือ ในสังคมที่เพศหญิงมีหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน เช่น บทบาทคู่สมรส บทบาทแม่ บทบาทแม่บ้าน บทบาทผู้ดูแล ทำให้ยากต่อการเข้ารับการรักษา ไม่สามารถมารับยาตามนัดได้¹⁹ ซึ่งอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการที่ผู้หญิงมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาน้อย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมผลการศึกษาล่าสุดพบว่า เพศหญิงมีโอกาสไม่ร่วมมือรับประทานยามากกว่าเพศชาย 2.26-5.12 เท่า^{11,22,23} หรือบางการศึกษาพบว่าเพศชายมีความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าเพศหญิง⁸

อายุ (age) คือช่วงเวลาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดำรงชีวิตอยู่นับตั้งแต่เกิดจนถึงเวลาที่ทำการวิจัย อายุที่เพิ่มขึ้นอาจทำให้บุคคลมีประสบการณ์มากขึ้นจากการได้เรียนรู้ข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการรักษา ทั้งทางตรงหรือทางอ้อม³³ ดังนั้นอายุจึงอาจมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมก็พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุมากมีความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อย^{8,24} และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุน้อยมีโอกาสไม่ร่วมมือรับประทานยามากกว่ากลุ่มที่มีอายุมากถึง 1.64 เท่า²⁵ โดยอายุที่เพิ่มขึ้น 1 ปี โอกาสที่จะไม่ร่วมมือในการรับประทานยาลดลงร้อยละ 3¹¹ ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุน้อยมีการรับรู้ถึงผลข้างเคียงของยาอันส่งผลกระทบและเป็นปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ ปัญหาความบกพร่องในการมีเพศสัมพันธ์ และปัญหาน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะจึงร่วมมือในการรับประทานยาน้อย^{8,24,25}

ความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า (beliefs about depression) เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยโรค

ซึมเศร้าเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ประสิทธิภาพของการรักษา และประโยชน์และอุปสรรคของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอที่มีผลต่อการป้องกันการเจ็บป่วยหรือหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย³⁴ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า²⁵ และความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าด้านความเข้าใจถึงความจำเป็นของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และประสิทธิผลของการรักษาด้วยยามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า²¹

ความเชื่อเกี่ยวกับยา (beliefs about medicines) เป็นความคิด มุมมองหรือการรับรู้ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกี่ยวกับยาที่ได้รับการจ่ายจากแพทย์ผู้รักษา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับยาใน 4 ด้าน คือ 1) ด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา (specific-necessity) 2) ด้านความกังวลจากการรับประทานยา (specific-concern) 3) ด้านการใช้ยามากเกินไป (general-overuse) และ 4) ด้านอันตรายจากการรับประทานยา (general-harm) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับยาด้านความกังวลจากการรับประทานยา ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ร่วมมือในการรับประทานยาและกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยามีความแตกต่างกัน²⁸ และความเชื่อเกี่ยวกับยาด้านความกังวลจากการรับประทานยามีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า⁸ อีกทั้งยังสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าลดลง 1.8 เท่า²⁷

สำหรับความเชื่อเกี่ยวกับยาด้านอันตรายจากการรับประทานยาพบว่า มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ร่วมมือในการรับประทานยาและกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา²⁸ ส่วนความเชื่อเกี่ยวกับยาด้านอันตรายจากการรับประทานยามีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และความเชื่อเกี่ยวกับยาด้านอันตรายจากการใช้ยามากเกินไป พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า⁸

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ (patient-healthcare provider relationships) เป็นการรับรู้หรือทัศนคติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทางสุขภาพในด้านความสามารถในการวางแผนการรักษาร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพ (patient working capacity) ความมุ่งมั่นในการร่วมมือกับการรักษา (patient commitment) ความสามารถในการทำข้อตกลงในการรักษาร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพ (working strategy consensus) และความเข้าใจและการมีส่วนร่วมในการรักษาของผู้บำบัด (therapist understanding and involvement)³⁵ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีเริ่มจากการสื่อสารที่ดีจากบุคลากรทางสุขภาพ²⁵ และจากการสร้างความไว้วางใจของบุคลากรทางสุขภาพ มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ดีเกี่ยวกับโรคและเกิดความตระหนักถึงผลดีของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง²⁵ และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีต่อบุคลากรทางสุขภาพและเกิดความมั่นใจในตัวบุคลากรทางสุขภาพ พร้อมทั้งจะปฏิบัติตามแผนการรักษา อันนำไปสู่ความร่วมมือในการรับประทานยา^{21,35,36}

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า^{21,25}

อาจกล่าวได้ว่าเพศ อายุ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับยา และสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับยา และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ กับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาที่คลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ณ จังหวัดหนึ่งทางภาคเหนือของประเทศไทย

สมมติฐานการวิจัย

เพศ อายุ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับยา และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรคของ ICD-10 ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) และมารับการรักษาที่คลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ณ จังหวัดหนึ่งทางภาคเหนือของประเทศไทย ระหว่าง เดือนกันยายน ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2561 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการ Power analysis ของโคเฮน³⁷ จากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือ/ไม่ร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบขนาดความสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .15-.40^{8,21,26} ในการศึกษาครั้งนี้จึงกำหนดขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (medium effect size) เท่ากับ .30 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 และค่านัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสหสัมพันธ์ (correlation) คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power³⁸ ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 84 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยพิจารณาจากเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป; 2) มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป และได้รับการรักษาด้วยยาด้านเศร้าอย่างน้อย 2 สัปดาห์; 3) มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลางจนถึงไม่มีอาการ ประเมินโดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย (Thai depression inventory: TDI) เป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจ; และ 4) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและเครื่องมือ

เก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

เครื่องมือคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย (Thai depression inventory: TDI) พัฒนาโดย มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์³⁹ มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะคำตอบให้เลือกตอบ 4 คำตอบ ตั้งแต่ ก = 3 คะแนน ถึง ง = 0 คะแนน คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0-60 คะแนน การแปลผลคะแนน โดยคะแนนรวม < 21 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า; 21-25 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับอ่อน; 26-34 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง; 35-40 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง; และ > 40 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงมาก ในการศึกษาครั้งนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถาม 16 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการอยู่อาศัย ประวัติการดื่มสุรา ประวัติการใช้สารเสพติด ระยะเวลาการเจ็บป่วย การมาพบแพทย์เพื่อตรวจตามนัดด้วยตนเอง ระยะเวลาที่แพทย์นัดตรวจ จำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มยา และจำนวนกลุ่มยาที่ผู้ป่วยได้รับ จำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยได้รับต่อวัน และความถี่ในการรับประทานยาต่อวัน

2) แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า (depression beliefs inventory) พัฒนาโดยเอ็ดเวิร์ดและคณะ³⁴ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย ประภาพร ชิมรัมย์ และคณะ²⁶ ซึ่ง

ถามเกี่ยวกับการรับรู้ความจำเป็นในการรักษาอาการซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการรักษาอาการซึมเศร้า และความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการรักษา มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 4 ข้อ และทางลบ 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 5 ระดับ คือ 1-5 คะแนน คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 10 ถึง 50 คะแนน โดยคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความเชื่อที่ดีต่อโรคซึมเศร้า ในการศึกษาครั้งนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .60

3) แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับยา (beliefs about medicines questionnaire: BMQ) พัฒนาโดยฮอร์นและคณะ⁴⁰ และถูกแปลเป็นภาษาไทยโดย ยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ⁴¹ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ประเมินความเชื่อเกี่ยวกับยา 4 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา (5 ข้อ) ด้านความกังวลจากการรับประทานยา (5 ข้อ) ด้านการใช้ยามากเกินไป (4 ข้อ) และด้านอันตรายจากการรับประทานยา (4 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1-5 คะแนน คะแนนรวมแยกเป็นรายด้าน โดยด้านความจำเป็นต่อการรับประทานยา และด้านความกังวลจากการรับประทานยา มีคะแนนรวมระหว่าง 5-25 คะแนน ส่วนด้านการใช้ยามากเกินไป และด้านอันตรายจากการรับประทานยา มีคะแนนรวมระหว่าง 4-20 คะแนน แปลผลคะแนนโดยคะแนนรวมสูง หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับยาแต่ละด้านสูง ในการศึกษาครั้งนี้มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .70

4) แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อการ

รักษาและเจ้าหน้าที่ (the california pharmacotherapy alliance scale: patient version: CALPAS-P) พัฒนาโดยแกสตัน และ มาร์มาร์⁴² ถูกแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย มาลาตี รุ่งเรืองศิริพันธ์ และคณะ³⁵ มีข้อคำถาม 21 ข้อ มี 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความสามารถของผู้ป่วยในการวางแผนการรักษาร่วมกับบุคลากรสุขภาพ (patient working capacity) (4 ข้อ) 2) ความมุ่งมั่นของผู้ป่วยในการร่วมมือในการรักษา (patient commitment) (6 ข้อ) 3) ความสามารถของผู้ป่วยในการทำข้อตกลงในการรักษาร่วมกับบุคลากรสุขภาพ (working strategy consensus) (5 ข้อ) และ 4) ความเข้าใจและการมีส่วนร่วมในการรักษาของผู้บำบัด (therapist understanding and involvement) (6 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 0-4 คะแนน การแปลผลโดยใช้คะแนนเฉลี่ยซึ่งอยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน โดยคะแนนสูงแสดงถึงการมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาและเจ้าหน้าที่ ในการศึกษาครั้งนี้มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .84

5) แบบสอบถามวิธีการใช้ยา (the medication adherence report scale: MARS) พัฒนาโดยฮอร์น³⁰ ถูกแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย มาลาตี รุ่งเรืองศิริพันธ์ และคณะ³⁵ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น ฉันเปลี่ยนขนาดยาที่กินด้วยตัวเอง เป็นต้น ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1-5 คะแนน คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 5-25 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาสูง ในการศึกษาครั้งนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87

การปกป้องสิทธิของผู้ถูกวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MURA2018/484 โดยให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจที่จะยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยอย่างอิสระ โดยกลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัยก่อนทำการเก็บข้อมูล และสามารถขอถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาที่ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องการ รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถูกเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยและอภิปรายผลเป็นภาพรวมไม่อ้างอิงถึงตัวตนของผู้เข้าร่วมการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) เมื่อโครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนผ่านบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล หลังได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย

2) ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย ในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ท่าน คือ พยาบาลเฉพาะทางกรพพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ได้แก่ การทำความเข้าใจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การประเมินผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์คัดเข้า วิธีการให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม และการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล

3) ก่อนลงพื้นที่ไปเก็บข้อมูล 1 วัน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยไปยังคลินิกจิตเวชเพื่อทำการคัดเลือก

กลุ่มตัวอย่างจากรายชื่อผู้ป่วยที่มีนัดตรวจในวันถัดไป ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด และบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ จากนั้นแจ้งรายชื่อที่ตรงตามเกณฑ์ให้กับพยาบาลประจำคลินิกจิตเวช เมื่อผู้ป่วยมาตรวจ ณ คลินิกจิตเวช ในวันรุ่งขึ้นพยาบาลประจำคลินิกจิตเวชได้แจ้งผู้วิจัยทราบเพื่อเข้าไปติดต่อ และขอเก็บข้อมูล กรณีที่ผู้ป่วยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์แต่ไม่ได้มาพบแพทย์ตามนัด ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยได้โทรไปขออนุญาตผู้ป่วยเพื่อขอเข้าไปเก็บข้อมูลในภายหลังที่บ้านของผู้ป่วย

4) ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ ในบริเวณของห้องตรวจที่ว่างและมีความเป็นส่วนตัวในคลินิกจิตเวช ใช้เวลาประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมงต่อผู้เข้าร่วมวิจัย 1 ท่าน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มารับการตรวจตามนัด จำนวน 68 ราย และตามไปเก็บข้อมูลที่บ้านของผู้ป่วยที่ไม่ได้มาตรวจตามนัด จำนวน 16 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติบรรยายได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความร่วมมือในการรับประทานยาโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับยา สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ กับความร่วมมือในการรับประทานยาโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์

แบบสเปียร์แมน เนื่องจากผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สันของข้อมูลความร่วมมือในการรับประทานยาพบว่าไม่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

ผลการวิจัย

1) ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 84 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.38) มีอายุระหว่าง 51-60 ปี (ร้อยละ 36.91) มีอายุเฉลี่ย 48.76 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 13.59) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 79.76) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 54.76) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 48.81) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท (ร้อยละ 90.48) มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 55.95) มีลักษณะการอยู่อาศัยแบบครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 79.76) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 1-5 ปี (ร้อยละ 76.19) เฉลี่ย 4.24 ปี มาพบแพทย์เพื่อตรวจตามนัดด้วยตนเอง (ร้อยละ 91.67) ได้รับการรักษาด้วยกลุ่มยาด้านเศร้า (ร้อยละ 100) ได้รับการรักษาด้วยกลุ่มยาคลายกังวล (ร้อยละ 86.91) ได้รับการรักษาด้วยยา 2 กลุ่ม คือ กลุ่มยาด้านเศร้าร่วมกับกลุ่มยาคลายกังวล (ร้อยละ 60.71) รับประทานยา 2 เม็ดต่อวัน (ร้อยละ 44.05) และรับประทานยา 2 ครั้งต่อวัน (ร้อยละ 66.67)

2) ความร่วมมือในการรับประทานยา

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาเท่ากับ 21.85 คะแนน (SD = 4.02) โดยพบว่า ร้อยละ 46.43 ไม่เคยลืมรับ

ประทานยาเลย ร้อยละ 80.96 ไม่เคยเปลี่ยนขนาดยาที่รับประทานด้วยตนเอง ร้อยละ 71.43 ไม่เคยหยุดรับประทานยาช่วงหนึ่ง/ชั่วคราว ร้อยละ 57.15 ไม่เคยตัดสินใจดยาบางมื้อ และร้อยละ 61.91 ไม่เคยรับประทานยาน้อยกว่าแพทย์สั่ง อย่างไรก็ตาม พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 1.19-3.57 มีพฤติกรรมลืมนับรับประทานยา เปลี่ยนขนาดยาที่รับประทานด้วยตนเอง หยุดรับประทานยาช่วงหนึ่ง/ชั่วคราว ตัดสินใจดยาบางมื้อ และรับประทานยาน้อยกว่าแพทย์สั่งเป็นประจำ ดังตารางที่ 1

3) ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับยา และสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ กับความร่วมมือในการรับประทานยาใน

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = .04, p > .05$) ดังตารางที่ 2 และผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($r_s = .24, p < .05$) ความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ($r_s = .45, p < .01$) ความเชื่อเกี่ยวกับยาด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา (specific-necessity) ($r_s = .32, p < .01$) และสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ ($r_s = .47, p < .01$) ส่วนปัจจัยที่มี

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของความร่วมมือในการรับประทานยา ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (n = 84)

ความร่วมมือในการรับประทานยา	ตลอดเวลา/									
	เป็นประจำ		บ่อยครั้ง		บางครั้ง		นานๆครั้ง		ไม่เคยเลย	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ลืมนับรับประทานยา	3	3.57	4	4.76	20	23.81	18	21.43	39	46.43
เปลี่ยนขนาดยาที่รับประทานด้วยตนเอง	3	3.57	2	2.38	3	3.57	8	9.52	68	80.96
หยุดรับประทานยาช่วงหนึ่ง/ชั่วคราว	1	1.19	5	5.95	6	7.14	12	14.29	60	71.43
ตัดสินใจที่จะงดยาบางมื้อ	2	2.38	4	4.76	7	8.33	23	27.38	48	57.15
รับประทานยาน้อยกว่าแพทย์สั่งที่แพทย์สั่ง	2	2.38	4	4.76	5	5.95	21	25.00	52	61.91

ความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับยาด้านความกังวลจากการรับประทานยา (specific-concern) ($r_s = -.27, p < .05$) ด้านการใช้ยามากเกินไป (general-overuse) ($r_s = -.39, p < .01$) และด้านอันตรายจากการรับประทานยา (general-harm) ($r_s = -.36, p < .01$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_{pb}) แบบพอยซีไบซีเรียล ระหว่างเพศกับความร่วมมือในรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ($n = 84$)

ตัวแปร	r_{pb}	p
เพศ	.04	.74

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (r_s) ระหว่างอายุ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับยา และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ กับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ($n = 84$)

ตัวแปร	r_s
อายุ	.24*
ความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า	.45**
ความเชื่อเกี่ยวกับยา	
1) ด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา (specific-necessity)	.32**
2) ด้านความกังวลจากการรับประทานยา (specific-concern)	-.27*
3) ด้านการใช้ยามากเกินไป (general-overuse)	-.39**
4) ด้านอันตรายจากการรับประทานยา (general-harm)	-.36**
สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ	.47**

* $p < .05$, ** $p < .01$

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับยา และสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

เพศ: การที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อาจอธิบายได้จากลักษณะส่วนบุคคลด้านอื่น ๆ ของเพศหญิงและเพศชายในการศึกษาครั้งนี้ เช่น ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ และสถานภาพสมรส ซึ่งพบว่ามีลักษณะส่วนบุคคลดังกล่าวคล้ายคลึงกัน ทั้งนี้เนื่องจากในการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ระดับการศึกษา^{19,23} การประกอบอาชีพ²⁰ และสถานภาพสมรส⁴³ มีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีระดับการศึกษาน้อยมีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยา¹⁹ และพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีระดับการศึกษาน้อยมีโอกาสน้อยไม่ร่วมมือในการรับประทานยามากกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงถึง 4.43 เท่า²³ สำหรับการประกอบอาชีพมีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยาโดยกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความร่วมมือในการรับประทานยามีการประกอบอาชีพมากกว่ากลุ่มที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา²⁰ และสถานภาพสมรสนั้น พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีสถานภาพสมรสคู่มีโอกาสร่วมมือในการรับประทานยามากกว่ากลุ่มหม้าย หย่า แยก⁴³ จากการศึกษาที่เพศหญิงและเพศชายในการศึกษาครั้งนี้มีลักษณะส่วนบุคคลดังกล่าวคล้ายคลึงกัน จึงน่าจะเป็นส่วนหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับผล

การศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังนั้นจึงน่าจะมีการศึกษาตัวแปรนี้เพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างในบริบทต่าง ๆ

อายุ: อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า นั่นคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุมากมีแนวโน้มที่จะมีความร่วมมือในการรับประทานยาสูง เมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มขึ้น เหตุการณ์ในชีวิตที่เผชิญมากขึ้น การพบเจอเหตุการณ์ต่าง ๆ ทำให้ประสบการณ์ชีวิตมีความหลากหลาย การตัดสินใจต่าง ๆ มีการวิเคราะห์และใคร่ครวญมากขึ้น จากการสั่งสมประสบการณ์ การตัดสินใจจึงรอบคอบขึ้น⁴⁴ จากการศึกษาวิจัยพบว่าคนที่ไม่รับประทานยาด้านเศร้า จะส่งผลให้โรคกลับเป็นซ้ำ^{14,45} ความสามารถในการทำงานลดลง^{16,46} และการทำหน้าที่ทางสังคมเสียไป⁴⁷ ผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้น มีประสบการณ์ที่ได้เห็นผลกระทบจากการไม่รับประทานยาด้านเศร้าที่กล่าวมาข้างต้น^{24,33} ผู้ป่วยจึงเห็นความสำคัญและมีการรับรู้ความจำเป็นในการรับประทานยาเพื่อให้อาการซึมเศร้าดีขึ้น และเกิดความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น^{33,48} ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ก็พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยาเท่ากับ 20.62 คะแนน (SD = 3.93) มากกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อย ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยาเท่ากับ 16.56 คะแนน (SD = 4.85) นอกจากนี้จากการศึกษาอื่นๆ ยังพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อย มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคและการรับประทานยาน้อย ส่วนใหญ่มักจะกังวลกับผลข้างเคียงจากยาว่าการรับประทานยาจะทำให้หน้าหนักเพิ่มขึ้นและมี

ผลกระทบกับการมีเพศสัมพันธ์^{8,25} จึงพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า: ความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นหมายถึง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับรู้ว่าคุณเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค รับรู้ความจำเป็น ประสิทธิภาพ และสิ่งที่เป็นอุปสรรคในการรักษาด้วยยา มีแนวโน้มมีความร่วมมือในการรับประทานยาสูง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การรับรู้ถึงความจำเป็นในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องจะทำให้อาการซึมเศร้าที่เป็นอยู่ดีขึ้น^{21,26} การรับรู้ถึงประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาโดยการรับประทานยาตามแผนการรักษาจะทำให้อาการซึมเศร้าดีขึ้น^{34,49,50} ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาดำ โดยพบว่าร้อยละ 40.40 เห็นด้วยว่า ครอบครัวยุหรือเพื่อนของผู้ป่วยอาจคิดว่าเป็นเรื่องน่าอาย ถ้าพบว่าผู้ป่วยต้องรักษาโรคซึมเศร้า³⁴ เมื่ออธิบายตามแนวคิดแบบจำลองแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model: HBM) สามารถอธิบายได้ว่า การที่บุคคลมีการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยของตนเอง และรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย รับรู้ความจำเป็นในการรักษา มีความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพการรักษา และอุปสรรคในการรักษา จะทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมลดสุขภาพ^{51,52} ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ ความร่วมมือในการรับประทานยานั้นเป็นวิธีหนึ่งในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ทำให้ความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความเชื่อเกี่ยวกับยา: การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับยา 4 ด้าน โดยพบว่า ด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคะแนนความเชื่อด้านการรับรู้ความจำเป็นในการรับประทานยาสูงมีแนวโน้มที่จะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาสูง เห็นได้จากการศึกษาครั้งนี้ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยาสูง โดยร้อยละ 83.34 เห็นด้วยว่า สุขภาพของผู้ป่วยทุกวันนี้ขึ้นอยู่กับรับประทานยารักษาโรคตามที่แพทย์สั่ง และร้อยละ 85.72 เห็นด้วยว่า ยารักษาโรคที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่ช่วยป้องกันไม่ให้อาการของโรคที่แย่ลง ส่วนความเชื่อด้านความกังวลจากการรับประทานยา ด้านการใช้ยามากเกินไป และด้านอันตรายจากการรับประทานยานั้นพบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคะแนนความเชื่อด้านความกังวลจากการรับประทานยา ด้านการใช้ยามากเกินไป และด้านอันตรายจากการรับประทานยาดำมีแนวโน้มที่จะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาสูง ซึ่งเห็นได้จากการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความกังวลจากการรับประทานยาดำ ดังจะเห็นได้จาก เพียงร้อยละ 38.09 เห็นด้วยว่า บางครั้งกังวลว่าพึ่งพารักษาโรคที่รับประทานอยู่ตามแพทย์สั่งมากเกินไป และเพียงร้อยละ 19.05 เห็นด้วยว่า การรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งทำให้รบกวนการดำเนินชีวิต กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่ามีการใช้ยามากเกินไปต่ำ โดยพบเพียงร้อยละ 23.80 เห็นด้วยว่า แพทย์สั่งยารักษาผู้ป่วยมากเกินไป และเพียงร้อยละ 25

เห็นด้วยว่า แพทย์ไว้วางใจหรือให้ความสำคัญต่อการรักษาผู้ป่วยด้วยยามากเกินไป อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อเกี่ยวกับยาด้านอันตรายจากการรับประทานยาต่ำ โดยมีเพียงร้อยละ 20.24 เห็นด้วยว่า การรับประทานยาตามแพทย์สั่งจะเกิดผลเสียมากกว่าผลดีต่อร่างกาย ซึ่งสามารถอธิบายตามมุมมองของผู้ป่วยที่มีต่อการเจ็บป่วย (illness representation) ของเลเวนทาวล์⁵³ ที่ได้กล่าวไว้ว่า มุมมองของผู้ป่วยที่มีต่อการเจ็บป่วยขึ้นอยู่กับ การที่บุคคลมีการรับรู้ถึงอาการเจ็บป่วย ความเข้าใจสาเหตุของการเจ็บป่วย ผลกระทบของการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาอาการเจ็บป่วย และความสามารถในการรักษาหรือควบคุมอาการเจ็บป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเลือกวิธีที่เหมาะสมในการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการเจ็บป่วยของตนเอง⁵³ ซึ่งการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาดูถือเป็นการดูแลตนเองอย่างหนึ่งของผู้ป่วย⁵⁴ การศึกษาครั้งนี้จึงพบว่า ความเชื่อทั้ง 4 ด้านเกี่ยวกับยา คือ ความเชื่อเกี่ยวกับยาด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา ด้านความกังวลจากการรับประทานยา ด้านการใช้ยามากเกินไป และด้านอันตรายจากการรับประทานยา มีความสำคัญต่อการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อันเกิดจากมุมมองของผู้ป่วยที่มีต่อการรักษา ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงสนับสนุนความสำคัญของความเชื่อเกี่ยวกับยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยา

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ: สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กล่าว

คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคลากรทางสุขภาพมีแนวโน้มที่จะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาสูง และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 85.71 เห็นว่า การรักษาที่ได้รับตรงกับความคิดของตนเองที่มองว่าการรักษาด้วยยาจะทำให้อาการดีขึ้น แสดงถึงผู้ป่วยมีความสามารถในการวางแผนการรักษา ร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 64.29 เห็นว่า การพบแพทย์ตามนัดเป็นสิ่งสำคัญสื่อถึงความมุ่งมั่นของผู้ป่วยที่มีต่อความร่วมมือกับการรักษา กลุ่มตัวอย่างมากถึงร้อยละ 83.34 ได้รับคำตอบเป็นที่น่าพอใจเมื่อได้ถามข้อมูลเพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่ แสดงถึงความสามารถของผู้ป่วยในการทำข้อตกลงในการรักษาร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพ และกลุ่มตัวอย่างมากถึงร้อยละ 84.52 ที่รู้สึกว่าการเจ้าหน้าที่รับฟังความกังวลใจและเข้าใจความคาดหวังในการรักษาของตนเอง ชี้ให้เห็นถึงความเข้าใจและการมีส่วนร่วมในการรักษาของผู้บำบัด ดังนั้นอาจอธิบายได้ว่า สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ เกิดจากความไว้วางใจและมั่นใจในตัวบุคลากรทางสุขภาพ^{36,55} ซึ่งเกิดจากทัศนคติที่ผู้ป่วยมีต่อการรักษาและเจ้าหน้าที่ในด้านความสามารถของผู้ป่วยในการวางแผนการรักษา ร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพ ความมุ่งมั่นของผู้ป่วยในการร่วมมือกับการรักษา การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการทำข้อตกลงในการรักษาร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพ และความเข้าใจและการมีส่วนร่วมในการรักษาของผู้บำบัด⁴² ส่งผลให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะเรื่องการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง^{21,36,56,57}

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างในชุมชนเพียง 1 ชุมชน จึงสามารถอ้างอิงผลการศึกษาไปยังประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น

ประโยชน์และข้อเสนอแนะของงานวิจัย

1) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความเชื่อที่ดีเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า มีการรับรู้ความจำเป็นในการรับประทานยาสูง รวมทั้งมีความเชื่อเกี่ยวกับยาในด้านความกังวลจากการรับประทานยา ด้านการใช้ยามากเกินไป และด้านอันตรายจากการรับประทานยาดำ มีแนวโน้มที่จะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาสูง ดังนั้นในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าควรมีเนื้อหาเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาในประเด็นเกี่ยวกับ การรับรู้ความจำเป็น ประสิทธิภาพของการรักษา ปัญหาอุปสรรคในการรักษา รวมถึงความเชื่อเกี่ยวกับยาทั้ง 4 ด้าน เพื่อที่จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรู้และความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับยา สร้างความตระหนักถึงความเจ็บป่วย

และเห็นความสำคัญของการรับประทานยา ตลอดจนให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

2) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคลากรทางสุขภาพมีแนวโน้มที่จะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาสูง และจากการศึกษาครั้งนี้ในการตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถึงแพทย์และพยาบาล ดังนั้นพยาบาลควรมีความตระหนักในการส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย และนำผลการศึกษาค้นคว้ามาวางแผนการสร้างสัมพันธภาพที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกับการรักษาของตนเอง และพยาบาลควรทำความเข้าใจมุมมองของผู้ป่วยต่อการรักษา

3) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุมากมีแนวโน้มที่จะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาสูง ดังนั้นพยาบาลควรให้ความตระหนักถึงการให้ความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุน้อยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ค่อนข้างวิตกกังวลถึงผลข้างเคียงของยาด้านเศร้า

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Depression [Internet]. 2017 [cited 2017 Mar 8]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
2. Department of Mental Health. Ministry of public health. Annual report 2016 [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 8]. Available from: <http://www.dmh.go.th/report/datacenter/map/reds.asp>
3. Dunlop BW, Nemeroff CB. The role of dopamine in the pathophysiology of depression. Arch Gen Psychiatry 2007;64(3):327-37.

4. Jenkins TA, Nguyen JC, Polglaze KE, Bertrand PP. Influence of tryptophan and serotonin on mood and cognition with a possible role of the gut-brain axis. *Nutrients* 2016;8(1). pii: E56. doi: 10.3390/nu8010056.
5. Moret C, Briley M. The importance of norepinephrine in depression. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2011;7(Suppl 1):9-13.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
7. Broder MS, Greene M, Yan T, Chang E, Hartry A, Yermilov I. Medication adherence, health care utilization, and costs in patients with major depressive disorder initiating adjunctive atypical antipsychotic treatment. *Clin Ther* 2019;41(2):221-32.
8. Al Jumah K, Hassali MA, Al Qhatani D, El Tahir K. Factors associated with adherence to medication among depressed patients from Saudi Arabia: a cross-sectional study. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2014;10:2031-7.
9. Alekhya P, Sriharsha M, Priya Darsini T, Reddy SK, Venkata Ramudu R. Treatment and disease related factors affecting nonadherence among patients on long term therapy of antidepressants. *J Depress Anxiety* 2015;4(2):175.
10. Sawada N, Uchida H, Suzuki T, Watanabe K, Kikuchi T, Handa T, et al. Persistence and compliance to antidepressant treatment in patients with depression: a chart review. *BMC Psychiatry* 2009;9:38.
11. Yau WY, Chan MC, Wing YK, Lam HB, Lin W, Lam SP, et al. Noncontinuous use of antidepressant in adults with major depressive disorders-a retrospective cohort study. *Brain Behav* 2014;4(3):390-7.
12. Prukkanone B, Vos T, Burgess P, Chaiyakunapruk N, Bertram M. Adherence to antidepressant therapy for major depressive patients in a psychiatric hospital in Thailand. *BMC Psychiatry* 2010;10:64.
13. Berwian IM, Walter H, Seifritz E, Huys QJM. Predicting relapse after antidepressant withdrawal-A systematic review. *Psychol Med* 2017;47(3):426-37.
14. Ho SC, Chong HY, Chaiyakunapruk N, Tangiisuran B, Jacob SA. Clinical and economic impact of non-adherence to antidepressants in major depressive disorder: a systematic review. *J Affect Disord* 2016;193:1-10.
15. Stein-Shvachman I, Karpas DS, Werner P. Depression treatment non-adherence and its psychosocial predictors: Differences between young and older adults?. *Aging Dis* 2013;4(6):329-36.

16. Dulchuprapha W, Werawattanachai C, Boonlue T. Impact of depression on work loss and disabilities in Thai patients with major depressive disorder. *Thai Bull Pharm Sci* 2016;11(2):1-12. (in Thai)
17. Tang HY, Sayers SL, Weissinger G, Riegel B. The role of depression in medication adherence among heart failure patients. *Clin Nurs Res* 2014;23(3):231-44.
18. Greenberg PE, Fournier AA, Sisitsky T, Pike CT, Kessler RC. The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2005 and 2010). *J Clin Psychiatry* 2015;76(2):155-62.
19. Roca M, Armengol S, Salvador-Carulla L, Monzon S, Salva J, Gili M. Adherence to medication in depressive patients. *J Clin Psychopharmacol* 2011;31:541-3.
20. Lee MS, Lee HY, Kang SG, Yang J, Ahn H, Rhee M, et al. Variables influencing antidepressant medication adherence for treating outpatients with depressive disorders. *J Affect Disord* 2010;123(1-3):216-21.
21. Yeh MY, Sung SC, Yorker BC, Sun CC, Kuo YL. Predictors of adherence to an anti-depressant medication regimen among patients diagnosed with depression in Taiwan. *Issues Ment Health Nurs* 2008;29(7):701-17.
22. Banerjee S, Varma RP. Factors affecting non-adherence among patients diagnosed with unipolar depression in a psychiatric department of a tertiary hospital in Kolkata, India. *Depress Res Treat* 2013;2013:809542. doi: 10.1155/2013/809542.
23. Burra TA, Chen E, McIntyre RS, Grace SL, Blackmore ER, Stewart DE. Predictors of self-reported antidepressant adherence. *Behav Med* 2007;32(4):127-34.
24. Tamburrino MB, Nagel RW, Chahal MK, Lynch DJ. Antidepressant medication adherence:a study of primary care patients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2009;11(5):205-11.
25. Shigemura J, Ogawa T, Yoshino A, Sato Y, Nomura S. Predictors of antidepressant adherence: results of a Japanese internet-based survey. *Psychiatry Clin Neurosci* 2010;64(2):179-86.
26. Suemram P, Wattanapailin A, Yuttatri P, Vongsirimas N. Correlation between beliefs about depression, social support, medical co-morbidity and drug adherence behavior in elderly with major depressive disorder. *The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima* 2016;22(1):108-20. (in Thai)

27. Brown C, Battista DR, Bruehlman R, Sereika SS, Thase ME, Dunbar-Jacob J. Beliefs about antidepressant medications in primary care patients: relationship to self-reported adherence. *Med Care* 2005;43(12):1203-7.
28. De Las Cuevas C, Peñate W, Sanz EJ. Risk factors for non-adherence to antidepressant Treatment in patients with mood disorders. *Eur J Clin Pharmacol* 2014;70(1):89-98.
29. Department of Mental Health. Ministry of public health. Annual report 2015 [Internet]. 2015 [cited 2018 Mar 8]. Available from: <http://www.dmh.go.th/report/datacenter/map/reds.asp>
30. Horne R. The medication adherence report scale (MARS). Hastings, UK: University of Brighton; 1996.
31. World Health Organization. Defining adherence [Internet]. 2013 [cited 2017 Mar 8]. Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4883e/8.9.1.html#Js4883e.8.9.1>
32. Zhou Q, Wu ZG, Wang Y, Liu XH, Chen J, Wang Y, et al. Clinical characteristics associated with therapeutic nonadherence of the patients with major depressive disorder: a report on the national survey on symptomatology of depression in China. *CNS Neurosci Ther* 2019;25(2):215-22.
33. Krueger K, Botermann L, Schorr SG, Griese-Mammen N, Laufs U, Schulz M. Age-related medication adherence in patients with chronic heart failure: a systematic literature review. *Int J Cardiol* 2015;184:728-35.
34. Edlund MJ, Fortney JC, Reaves CM, Pyne JM, Mittal D. Beliefs about depression and depression treatment among depressed veterans. *Med Care* 2008;46(6):581-9.
35. Rungruangsiripan M, Sittimongkol Y, Maneesriwongul W, Talley S, Vorapongsathorn T. Mediating role of illness representation among social support, therapeutic alliance, experience of medication side effects, and medication adherence in persons with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* 2011;25(4):269-83.
36. Cheung K, Hicks J, McEwen B, Cianfarani G. Strong healthcare provider-patient relationship improves patient adherence and lowers healthcare costs: a meta-analysis [Internet]. 2012 [cited 2019 Mar 8]. Available from: https://mycred.com/libs/pdf/healthcare__portfolios__patient__adherence.
37. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. United States of America: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.

38. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods* 2009;41(4):1149-60.
39. Lotrakul M, Sukanich P. Development of the Thai Depression Inventory. *J Med Assoc Thai* 1999;82(12):1200-7. (in Thai)
40. Horne R, Weinman J, Hankins M. The beliefs about medicines questionnaire: The developments and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychol Health* 1999;14:1-24.
41. Leungsomnapa Y, Leungsomanpa S, Promproh S, Thasirasawad P, Keawchaum R, Suworawatanakul W. Confirmatory factor analysis of beliefs about medicine questionnaire in Thai version. *J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center* 2014;31(4):297-310. (in Thai)
42. Gaston L, Marmar CR. Manual of California psychotherapy alliance scales (CALPAS) [unpublished manuscript]. Montreal, Quebec: McGill University; 1991.
43. Bull SA, Hu XH, Hunkeler EM, Lee JY, Ming EE, Markson LE, et al. Discontinuation of use and switching of antidepressants: Influence of patient-physician communication. *JAMA* 2002;288(11):1403-9.
44. D’Zurilla TJ, Maydeu-Olivares A, Kant GL. Age and gender differences in social problem-solving ability. *Pers Individ Differ* 1998;25(2):241-52.
45. Kim-Romo DN, Rascati KL, Richards KM, Ford KC, Wilson JP, Beretvas SN. Medication adherence and persistence in patients with severe major depressive disorder with psychotic features: antidepressant and second-generation antipsychotic therapy versus antidepressant monotherapy. *J Manag Care Spec Pharm* 2016;22(5):588-96
46. Broadhead WE, Blazer DG, George LK, Tse CK. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA* 1990;264(19):2524-8.
47. Fried EI, Nesse RM. The impact of individual depressive symptoms on impairment of Psychosocial functioning. *PLoS One* 2014;9(2):e90311. doi: 10.1371/journal.pone.0090311.
48. Aikens JE, Nease DE, Nau DP, Klinkman MS, Schwenk TL. Adherence to maintenance-phase antidepressant medication as a function of patient beliefs about medication. *Ann Fam Med* 2005;3(1):23-30.

49. Chakraborty K, Avasthi A, Kumar S, Grover S. Attitudes and beliefs of patients of first episode depression towards antidepressants and their adherence to treatment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009;44(6):482-8.
50. Lynch J, Kendrick T, Moore M, Johnston O, Smith PWF. Patients' beliefs about depression and how they relate to duration of antidepressant treatment. Use of a US measure in a UK primary care population. *Prim Ment Health Care* 2006;4:1-11.
51. Alatawi YM, Kavookjian J, Ekong G, Alrayees MM. The association between health beliefs and medication adherence among patients with type 2 diabetes. *Res Social Adm Pharm* 2016;12(6):914-25.
52. Beck AT. American handbook of psychiatry: depressive neurosis [Internet]. 1974 [cited 2017 Mar 8]. Available from: <http://www.freepsychotherapybook.org>
53. Leventhal H, Brissette I, Leventhal EA. The common-sense model of self-regulation of health and illness. In: Cameron LD, Leventhal H, editors. *The self-regulation of health and illness behavior*. New York: Routledge; 2003. pp. 42-65.
54. Horne R. Representations of medication and treatment: advances in theory and measurement. In: Petrie KJ, Weinman JA, editors. *Perceptions of health and illness: current research and applications*. Amsterdam, Netherlands: Harwood; 1997. pp. 155-88
55. Kalogianni A. Factors affect in patient adherence to medication regimen. *Health Sci J* 2011;5(3):157-8
56. Grillo V, Tan D, Zhao X, Teoh C, Stankus A P. Patients' attitudes to doctor, treatment satisfaction and adherence: a comparison of urban China and Japan. *Value Health* [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 8];21:S90. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jval.2018.07.675>
57. Jamous RM, Sweileh WM, El-Deen Abu Taha AS, Zyoud SH. Beliefs about medicines and self-reported adherence among patients with chronic illness: a study in Palestine. *J Family Med Prim Care* 2014;3(3):224-9.