

ความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2564

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Medication adherence and associated factors of the elderly with depressive disorders
at King Chulalongkorn Memorial Hospital



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Mental Health

Department of Psychiatry

FACULTY OF MEDICINE

Chulalongkorn University

Academic Year 2021

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุ
	โรคซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
โดย	น.ส.ฐาปนี ใจปิ่นตา
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉันทชาย สิทธิพันธุ์)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	
.....	ประธานกรรมการ
(ดร. นายแพทย์ชาวิท ต้นวีระชัยสกุล)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชามญช์ อินทะพุด)	

CHULALONGKORN UNIVERSITY

รูปนี้ ใจป็นตา : ความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (Medication adherence and associated factors of the elderly with depressive disorders at King Chulalongkorn Memorial Hospital) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. นพ.สุเชษฐ ด้วงงษ์ไชย

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยร่วมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วิธีการศึกษา : การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ณ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ได้รับยาแก้อาการซึมเศร้าอย่างน้อย 1 ขนาน กลุ่มตัวอย่างถูกเก็บข้อมูลผ่านแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง จำนวน 5 ส่วน ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุของไทย แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสำหรับคนไทย แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินสัมพันธภาพที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ผู้ทำการรักษา จากนั้นผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผ่านฐานข้อมูลเวชระเบียนโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาและแบบประเมินดัชนีชี้วัดความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยา การอธิบายข้อมูลผลการศึกษาใช้สถิติเชิงพรรณนาตามลักษณะและการกระจายของข้อมูล การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องใช้สถิติ Pearson's Chi-square test หรือ Fisher's exact test สำหรับเปรียบเทียบตามระดับความร่วมมือในการใช้ยา และ Spearman's rank correlation สำหรับเปรียบเทียบตามคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา การวิเคราะห์แบบถดถอยโลจิสติกส์ถูกใช้เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยทำนายที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดให้ระดับนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.05

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างจำนวน 119 คน มีความร่วมมือในการใช้ยาต่ำ ร้อยละ 16.0 ปานกลาง ร้อยละ 16.8 และสูง ร้อยละ 67.2 ส่วนใหญ่ไม่เคยมีพฤติกรรมการลืมใช้ยา การใช้ยาไม่ตรงเวลาหรือไม่ตรงมือ การหยุดใช้ยาเองและการเพิ่มขนาดหรือลดขนาดยาเอง (ร้อยละ 84.1-96.6) การวิเคราะห์แบบถดถอยโลจิสติกส์พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อความร่วมมือในการใช้ยาระดับต่ำถึงปานกลาง คือ ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง, สถานภาพโสด หย่าร้าง แยกกันอยู่ และการได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมให้หักหรือลดขนาดยาในแผนการรักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวช โดยมีค่า adjusted odds ratio (95% confidence interval) เท่ากับ 6.04(1.08 – 33.76), 2.95 (1.24 – 7.03) และ 2.56 (1.09 – 6.03) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า จำนวนขนานยาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวช รูปแบบการสั่งใช้ยาแก้อาการซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมและความไว้วางใจต่อการตัดสินใจทั้งหมดของแพทย์ในการให้การรักษามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ($p < 0.05$)

สรุปผลการศึกษา: ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวนหนึ่งในหกมีความร่วมมือในการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม โดยผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงควรได้รับการติดตามความร่วมมือในการใช้ยาอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ความช่วยเหลือในการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาอย่างเหมาะสม

สาขาวิชา สุขภาพจิต
ปีการศึกษา 2564

ลายมือชื่อนิติ
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6370013530 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORD: Aged antidepressive agents depressive disorder medication adherence

Thapanee Jaipinta : Medication adherence and associated factors of the elderly with depressive disorders at King Chulalongkorn Memorial Hospital. Advisor: Assoc. Prof. SOOKJAROEN TANGWONGCHAI, M.D.

Objective: To investigate antidepressant adherence and associated factors among elderly with depressive disorders at King Chulalongkorn Memorial Hospital.

Methods: A cross-sectional study was conducted in Psychiatric Outpatient Department at King Chulalongkorn Memorial Hospital. Patients aged at least 60 years old, who were diagnosed with depressive disorder and received at least one antidepressant prescription, were included in the study. All participants completed five self-report questionnaires including Psychosocio-demographic questionnaire, the medication taking behavior in Thai (MTB-Thai) questionnaire, the Thai geriatric depression scale (TGDS), the social support questionnaire (SSQ) and the patient-physician relationship questionnaire. We also collected data from the patient's medical record, which included questions about comorbidity and medication, as well as the medication regimen complexity index (MRCI). Descriptive data were analyzed and reported based on data characteristics and normality test. Comparing proportion difference between groups of defined medication adherence status was determined using Pearson's Chi-square test or Fisher's exact test. Spearman's rank correlation was performed to investigate the associated factor of medication adherence for continuous data. Logistic regression analysis was used to examine the association between various factors and having suboptimal adherence. The significant level was set at P value of less than 0.05.

Results: This study included 119 participants, in which 16.0%, 16.8%, and 67.2% had low, moderate, and high level of adherence to antidepressants. Logistic regression analysis revealed that moderate to severe depression, single/divorced/separated marital status, and receiving a treatment regimen with additional instruction to split the tablet of psychotropic medication significantly increased the risk for low-moderate antidepressant adherence with the adjusted odd ratio (95% confidence interval) of 6.04 (1.08, 33.76), 2.95 (1.24, 7.03) and 2.56 (1.09, 6.03), respectively. In addition, the number of medications for treatment of depression and psychiatric comorbidity, the pattern of antidepressant prescription, social support, and the trust in physician justifications for treatment were associated with medication adherence ($p < 0.05$).

Conclusion: The present study identifies only one in six of elderly with depressive disorder at King Chulalongkorn Memorial Hospital reported suboptimal antidepressant adherence. It is recommended to closely monitor the antidepressant nonadherence in the elderly with risk factors and intervene to improve their adherence.

CHULALONGKORN UNIVERSITY

Field of Study: Mental Health

Student's Signature

Academic Year: 2021

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี โดยได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้คอยให้คำแนะนำและให้โอกาสในการคิด วิเคราะห์ และลงมือปฏิบัติ ตลอดจนชี้แนะการแก้ไขข้อบกพร่องหรือปัญหาในระหว่างการทำวิทยานิพนธ์ เอาใจใส่ เข้าใจและเชื่อมั่น รวมถึงให้กำลังใจเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และประสบผลสำเร็จจากการทำวิทยานิพนธ์ในทิศทางที่เหมาะสมต่อผู้วิจัย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณอาจารย์เป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร. นายแพทย์ชาวิท ต้นวีระชัยสกุล และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชามญช์ อินทะพุด กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ที่กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดเห็น และให้คำแนะนำในการปรับแก้ไขวิทยานิพนธ์ เพื่อความถูกต้อง เหมาะสมและสมบูรณ์ของเล่มวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หัวหน้าพยาบาล แพทย์เจ้าของไข้ และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องของแผนกจิตเวช ตึก ภปร. ชั้น 12 รวมถึงเจ้าหน้าที่ฝ่ายอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องซึ่งให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวกและให้กำลังใจในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี รวมถึงคณาจารย์ประจำหลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณาจารย์ประจำหลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิต (บริหารเภสัชกรรม) คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ซึ่งประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้แก่ผู้วิจัย จึงสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณผู้เข้าร่วมการวิจัย ญาติและผู้ป่วยที่ทำการรักษา ณ ช่วงเวลาที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทุกท่าน ที่เมตตาสละเวลาและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล รวมถึงให้กำลังใจต่อผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณเจ้าของเครื่องมือในการเก็บข้อมูลทุกท่าน ที่กรุณาอนุญาตให้ใช้เครื่องมือโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ขอกราบขอบพระคุณ อ.จิรดา ประสาทพรศิริโชค ผู้ซึ่งให้คำแนะนำ ความรู้และความช่วยเหลือในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ รวมถึงให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ตลอดจนสมาชิกในครอบครัวทุกท่าน รวมถึงเพื่อนพี่น้องเภสัชกร ผู้ร่วมงานอาจารย์และเพื่อนนิสิตปริญญาโททุกท่านที่คอยให้ความช่วยเหลือ การสนับสนุนและกำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ รวมถึงเจ้าหน้าที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ เจ้าหน้าที่งานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และเจ้าหน้าที่บัณฑิตศึกษา คณะแพทยศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย ที่อำนวยความสะดวกและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง จนทำให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี คุณค่าและประโยชน์จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ และทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องไว้ ณ ที่นี้

ฐานี ใจปิ่นตา

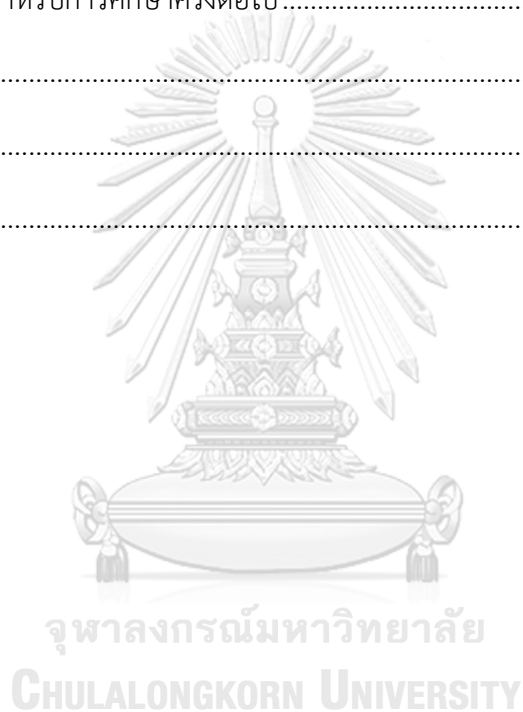
สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	10
บทที่ 1 บทนำ	12
1.1. ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย	12
1.2. คำถามการวิจัย	15
1.3. วัตถุประสงค์การวิจัย	15
1.4. ข้อตกลงเบื้องต้น.....	15
1.5. คำสำคัญ.....	16
1.6. กรอบแนวคิดในการวิจัย	16
1.7. การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ	18
1.8. ข้อจำกัดในการวิจัย.....	18
1.9. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	19
1.10. อุปสรรคที่คาดว่าจะเกิดขึ้นระหว่างการวิจัยและมาตรการในการแก้ไข	19
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	20
2.1. โรคซึมเศร้า.....	21
2.1.1. นิยามคำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า	21
2.1.2. สาเหตุของโรคซึมเศร้า.....	23
2.1.3. ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า.....	25

2.1.4. ลักษณะอาการทางคลินิกของโรคซึมเศร้า.....	25
2.1.5. การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า.....	26
2.1.6. เครื่องมือการประเมินที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า.....	32
2.1.7. การดำเนินของโรคซึมเศร้า.....	37
2.1.8. การรักษาโรคซึมเศร้า.....	38
2.2. โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.....	47
2.2.1. นิยามของผู้สูงอายุ.....	47
2.2.2. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.....	47
2.2.3. โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.....	48
2.2.4. การวินิจฉัยและการรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.....	48
2.3. ความร่วมมือในการใช้ยา (medication adherence).....	51
2.3.1. นิยามของความร่วมมือในการใช้ยา.....	51
2.3.2. การประเมินความร่วมมือในการใช้ยา.....	52
2.3.3. ความร่วมมือในการใช้ยาแก่ซึมเศร้า.....	59
2.3.4. การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาแก่ซึมเศร้า.....	61
2.3.5. ความร่วมมือในการใช้ยาแก่ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.....	62
2.3.6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาแก่ซึมเศร้าของผู้สูงอายุ.....	62
2.4. การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยา.....	72
2.4.1. การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุ.....	72
2.4.2. การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาแก่ซึมเศร้า.....	72
2.4.3. การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาแก่ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.....	73
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	76
3.1. รูปแบบการวิจัย.....	76
3.2. ระยะเวลาดำเนินการวิจัย.....	76

3.3. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	76
3.4. วิธีการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง.....	78
3.5. กระบวนการขอความยินยอม.....	78
3.6. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่.....	79
3.7. การรวบรวมข้อมูล.....	85
3.8. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ.....	87
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	89
4.1. ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง.....	90
4.1.1 ข้อมูลด้านบุคคลและจิตสังคม.....	90
4.1.2 ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม.....	92
4.1.3 ข้อมูลด้านโรคซึมเศร้า.....	92
4.1.4 ข้อมูลด้านโรคร่วมทางกายและทางจิตเวช.....	94
4.1.5 ข้อมูลด้านยารักษาโรค.....	95
4.1.6 ข้อมูลด้านความซับซ้อนของแบบแผนการรักษา.....	99
4.1.7 ข้อมูลด้านสัมพันธภาพที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ผู้ทำการรักษา.....	103
4.2. ข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง.....	105
4.2.1 ข้อมูลจากแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสำหรับคนไทย.....	105
4.2.2 ข้อมูลอัตราการครองครองยา.....	106
4.3. ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง.....	107
4.3.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง แบบ Chi-square/Fisher's exact test.....	107
4.3.2 ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องแบบ Spearman's rank correlation.....	114
4.3.3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อ ทำนายความร่วมมือในการใช้ยาแบบ binary logistic regression.....	117

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายและข้อเสนอแนะ	119
5.1. สรุปภาพรวมผลการวิจัย	120
5.2. อภิปรายผลการวิจัย	123
5.3. สรุปผลการวิจัย	133
5.4. ข้อจำกัดของการวิจัย	134
5.5. การนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้	135
5.6. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษารั้งต่อไป	138
บรรณานุกรม	139
ภาคผนวก	150
ประวัติผู้เขียน	179



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 รหัส ICD-10 และ DSM-5 สำหรับวินิจฉัยโรคซึมเศร้า.....	26
ตารางที่ 2 เกณฑ์การวินิจฉัยรหัส ICD-10 code ของ F32 depressive episode	30
ตารางที่ 3 ตัวอย่างเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า.....	32
ตารางที่ 4 แบบประเมินโรคซึมเศร้า Personal Health Questionnaire-9 (PHQ-9).....	34
ตารางที่ 5 การวินิจฉัยแยกโรคซึมเศร้า เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโดยแพทย์	34
ตารางที่ 6 ปัจจัยทำนายที่ผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้า.....	38
ตารางที่ 7 ระยะเวลาของการรักษาโรคซึมเศร้า	39
ตารางที่ 8 ปัจจัยสำหรับพิจารณาเลือกยาแก้อาการซึมเศร้าเพื่อรักษาโรคซึมเศร้าหลัก	42
ตารางที่ 9 สรุปคำแนะนำในการรักษาโดยใช้ยาแก้อาการซึมเศร้าของ CANMAT.....	42
ตารางที่ 10 การรักษาแบบจิตบำบัดที่ถูกแนะนำโดย CANMAT สำหรับรักษาโรคซึมเศร้าหลักระยะเฉียบพลันและระยะยาว	46
ตารางที่ 11 จุดเด่นและข้อจำกัดของวิธีการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา.....	58
ตารางที่ 12 ข้อมูลพื้นฐานด้านบุคคลและจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง	90
ตารางที่ 13 ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง	92
ตารางที่ 14 ข้อมูลชนิดของโรคซึมเศร้าที่ถูกวินิจฉัยในปัจจุบัน	93
ตารางที่ 15 ข้อมูลความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง	93
ตารางที่ 16 ข้อมูลด้านโรคร่วมทางกายและทางจิตเวชของกลุ่มตัวอย่าง.....	94
ตารางที่ 17 ข้อมูลจำนวนขนานยาของกลุ่มตัวอย่าง.....	96
ตารางที่ 18 ข้อมูลยารักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวชของกลุ่มตัวอย่าง	97
ตารางที่ 19 ข้อมูลความซับซ้อนของแบบแผนการรักษาโรคทั้งหมด	100
ตารางที่ 20 ข้อมูลความซับซ้อนของแบบแผนการรักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวช	102
ตารางที่ 21 ข้อมูลสัมพันธภาพที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ผู้ทำการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง.....	103
ตารางที่ 22 รายละเอียดสัมพันธภาพที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ผู้ทำการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง	104

ตารางที่ 23	ข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสำหรับคนไทยของกลุ่มตัวอย่าง.....	105
ตารางที่ 24	พฤติกรรมการใช้ยาแก้ซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง	106
ตารางที่ 25	ข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาจากอัตราการครองยาของกลุ่มตัวอย่าง	107
ตารางที่ 26	ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยด้านบุคคลและจิตสังคม โดยใช้สถิติ Chi-square/Fisher's exact test.....	107
ตารางที่ 27	ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยด้านโรค โดยใช้สถิติ Chi-square/Fisher's exact test.....	109
ตารางที่ 28	ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยด้านจำนวนขนานยาและรูปแบบการสั่งใช้ยา โดยใช้สถิติ Chi-square/Fisher's exact test.....	111
ตารางที่ 29	ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยด้านคำแนะนำวิธีการใช้ยาเพิ่มเติมของโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวช โดยใช้สถิติ Chi-square/Fisher's exact test	112
ตารางที่ 30	ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยด้านสัมพันธภาพที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ผู้ทำการรักษา โดยใช้สถิติ Chi-square/Fisher's exact test	113
ตารางที่ 31	สหสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้การวิเคราะห์แบบ Spearman's rank correlation	115
ตารางที่ 32	ความสัมพันธ์ของความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อทำนายความร่วมมือในการใช้ยาแบบ binary logistic regression	118
ตารางที่ 33	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาระดับต่ำ-ปานกลางในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	135

บทที่ 1 บทนำ

การศึกษาเรื่อง ความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีรายละเอียดของบทนำ ประกอบด้วย 10 ส่วน ได้แก่ ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย คำถามการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ข้อตกลงเบื้องต้น คำสำคัญ กรอบแนวคิดในการวิจัย การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ ข้อจำกัดในการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย และอุปสรรคที่คาดว่าจะเกิดขึ้นระหว่างการศึกษาและมาตรการในการแก้ไข

1.1. ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย

ปัจจุบันโลกกำลังก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงวัย” หรือ การที่จำนวนประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด⁽¹⁾ ข้อมูลจากองค์อนามัยโลก พบว่า ในปี พ.ศ. 2562 ผู้สูงอายุทั่วโลกมีจำนวนประมาณ 1,000 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า หรือมากกว่า 2,100 ล้านคนในปี พ.ศ. 2593⁽²⁾ เช่นเดียวกันกับประเทศไทย โดยข้อมูลจากสถิติประชากรทางการทะเบียนราษฎร พบว่า จำนวนผู้สูงอายุทั่วประเทศไทย ณ วันที่ 30 เมษายน 2565 มีจำนวนประมาณ 12 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรในประเทศและจังหวัดที่พบจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดคือ กรุงเทพมหานคร โดยมีจำนวนผู้สูงอายุมากถึง 1 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21 ของประชากรทั้งหมดในจังหวัด⁽³⁾ จากข้อมูลดังกล่าว การเตรียมพร้อมเพื่อดูแลและรักษาสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่ปัจจุบันมีสัดส่วนมากขึ้นและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเป็นกลุ่มประชากรหลักในอนาคตจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลากหลายด้าน โดยเฉพาะการเสื่อมถอยของร่างกายตามธรรมชาติ ทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพต่างๆตามมา จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2562 พบว่า ประชากรสูงอายุในประเทศไทยมีการเจ็บป่วยและมีโรคประจำตัวสูงกว่าวัยอื่น (ร้อยละ 25.7 และ 55.1 ตามลำดับ)⁽⁴⁾ โดยพบว่าผู้สูงอายุ 1 คนมีจำนวนโรคประจำตัวเฉลี่ยประมาณ 5 โรค⁽⁵⁾ นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีการเปลี่ยนแปลงของบทบาทหน้าที่ สังคม เศรษฐกิจและสภาพแวดล้อม จึงทำให้ต้องปรับตัวในชีวิตอย่างมากและส่งผลกระทบต่อจิตใจโดยตรง ก่อให้เกิดความเครียดหรือภาวะซึมเศร้าตามมา ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญและพบบ่อยของผู้สูงอายุ จากข้อมูลทั้งในระดับประเทศไทยและระดับโลกพบว่า โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุลำดับแรกของกลุ่มโรคทางจิตเวช และเป็นหนึ่งในสิบห้าสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะมากที่สุด^(6, 7) โดยหากจำแนกตามช่วงวัยพบว่า วัยสูงอายุเป็นวัยที่พบความชุกและมีการสูญเสียปีสุขภาวะจากโรคซึมเศร้ามากที่สุด⁽⁸⁾

ทั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุในประเทศไทย ร้อยละ 30 เป็นผู้ที่เคยมีประสบการณ์ของอาการซึมเศร้าที่รุนแรงอย่างน้อยหนึ่งครั้ง⁽⁹⁾

โรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการความผิดปกติด้านอารมณ์ที่สำคัญและพบได้บ่อยในกลุ่มโรคทางจิตเวช โดยมีอาการเด่น คือ อารมณ์เศร้าหรือขาดความสนใจ มักเกิดร่วมกับอาการทางกาย เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร หรืออาการทางจิต เช่น ความรู้สึกสิ้นหวัง ไร้ค่า หรือความคิดอยากตาย โดยอาการเหล่านี้ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน รบกวนการดำเนินชีวิต การเข้าสังคมและอาจร้ายแรงจนถึงการฆ่าตัวตาย^(10, 11) ทั้งนี้การศึกษาพบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามักมีการฆ่าตัวตายสูงกว่าวัยหนุ่มสาวถึงสองเท่า⁽¹²⁾ เพื่อลดผลกระทบดังกล่าว การรักษาโรคซึมเศร้าจึงมีความสำคัญ โดยวิธีการรักษาโรคซึมเศร้าที่นิยมเลือกใช้เป็นลำดับแรกในปัจจุบัน คือ การใช้ยาแก้ซึมเศร้า ซึ่งมีประสิทธิภาพต่อการรักษาในทุกระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า การใช้ยารักษาโรคซึมเศร้ามักใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนานและต้องอาศัยความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่องเพื่อประสิทธิภาพที่ดีในการรักษา โดยภายหลังจากที่ยาออกฤทธิ์บรรเทาอาการซึมเศร้าจนไม่แสดงอาการระยะสั้น (remission) แล้ว ผู้ป่วยต้องรับประทานยาต่อเนื่องอย่างน้อย 4-9 เดือนเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ⁽¹³⁾ จากการศึกษาพบว่าการกลับมาเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในช่วง 2-3 ปี มักพบมากในผู้สูงอายุ (ร้อยละ 50-90) โดยที่การกลับมาเป็นซ้ำดังกล่าว เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะความสามารถของสมองบกพร่อง (cognitive impairment) และภาวะสมองเสื่อมตามมาได้ นอกจากนี้การศึกษายังพบว่าผู้สูงอายุมีอัตราการไม่แสดงอาการระยะยาว (recovery) และการตอบสนองด้านผลลัพธ์ทางคลินิกต่ำกว่าวัยหนุ่มสาวอย่างมีนัยสำคัญ⁽¹²⁾

ความร่วมมือในการใช้ยา หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานยา รวมถึงการรับประทาน อาหารและ/หรือการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตของบุคคล ที่สอดคล้องกับคำแนะนำซึ่งตกลงร่วมกันกับบุคลากรทางการแพทย์⁽¹⁴⁾ โดยในปัจจุบันความร่วมมือในการใช้ยาเป็นปัจจัยที่ได้รับการยอมรับ และมีความสำคัญอย่างมากต่อประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการรักษา การศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประมาณร้อยละ 60 และผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าประมาณร้อยละ 26-62 ไม่มีความร่วมมือในการใช้ยา^(12, 15) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 77 ไม่มีความร่วมมือในการใช้ยา⁽¹⁶⁾ โดยความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่เกิดขึ้นย่อมส่งผลกระทบในหลากหลายด้าน ทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง เช่น การเพิ่มขึ้นของความรุนแรงของโรค^(17, 18) การกลับมาเป็นซ้ำของโรค⁽¹⁷⁾ การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือการฆ่าตัวตาย^(10, 11) และการรบกวนความสามารถในการดำเนินชีวิต^(18, 19) ซึ่งผลดังกล่าวอาจก่อให้เกิดปัญหาสืบเนื่องไปยังครอบครัวและสังคมที่ต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย เช่น การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายจากการรักษาหรือการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁽¹⁸⁻²²⁾ ดังปรากฏในรายงานค่าใช้จ่ายการรักษาโรคซึมเศร้าของประเทศสหรัฐอเมริกา ระหว่างปี พ.ศ. 2548-2553 พบว่า ความชุกของโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยอายุมากกว่า

50 ปีที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 47 มีผลทำให้ค่าใช้จ่ายรายบุคคลเพื่อรักษาโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 62 หรือ 44,411 ดอลลาร์⁽²¹⁾

จากผลกระทบที่เกิดจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าในข้างต้น ซึ่งมีหลากหลายระดับความรุนแรงและส่งผลกระทบในวงกว้าง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุซึ่งมักได้รับผลกระทบที่มีความรุนแรงมากกว่าวัยอื่น ปัจจุบันจึงมีการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้ามากมาย เพื่อค้นหาแนวทางที่เหมาะสมในการสร้างความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีของผู้ป่วย โดยปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 มิติ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ สถานภาพทางการเงิน ระดับการศึกษา^(12, 23) การสนับสนุนทางสังคม^(14, 23, 24) ความสัมพันธ์กับครอบครัว^(12, 15) และค่าใช้จ่ายในการรักษา^(15, 23) 2) ปัจจัยด้านทีมและระบบสุขภาพ ได้แก่ ความเห็นพ้องของทีมบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการรักษา การยอมรับและพึงพอใจระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์^(23, 25) 3) ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า^(23, 26) การดำเนินโรค^(12, 23) และระยะเวลาการเป็นโรคซึมเศร้า⁽²³⁾ รวมถึงโรคร่วมหรือโรคประจำตัวของผู้ป่วย^(12, 15, 23, 24) 4) ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ความซับซ้อนของแบบแผนการรักษา^(23, 27) การได้รับยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน การใช้สารเสพติด⁽²³⁾ และอาการไม่พึงประสงค์จากยา^(12, 23, 28) 5) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส^(12, 23) เชื้อชาติ^(12, 29, 30) ความรู้ ความเชื่อ ทศนคติ การรับรู้ หรือ ความคาดหวังต่อโรคหรือการรักษา และการถูกตราหน้า (stigma)^(12, 15, 23, 24)

การศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า รวมถึงปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องดังกล่าว ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งพบว่าบางปัจจัยมีผลการศึกษาไม่แน่นอนและไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เช่น เพศ สถานภาพสมรส อายุและโรคร่วม^(12, 15, 23, 24) บางปัจจัยมีการพัฒนาเครื่องมือในการประเมินที่ดีขึ้นในปัจจุบัน เช่น ความซับซ้อนของแบบแผนการรักษา ซึ่งเดิมศึกษาเฉพาะจำนวนและความถี่ในการบริหารยา แต่ในปัจจุบันมีเครื่องมือในการประเมินรูปแบบการใช้ยา วิธีการใช้ยาพิเศษและการให้น้ำหนักคะแนนรวมด้วย ซึ่งครอบคลุมและตรงกับนิยามของคำว่าความซับซ้อนของแบบแผนการรักษามากขึ้น เครื่องมือการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาที่สร้างสำหรับคนไทยโดยมีคุณภาพที่ดี นอกจากนี้ยังมีบางปัจจัยที่บริบททางสังคมไทยมีความเป็นเอกลักษณ์และแตกต่างจากต่างประเทศ เช่น แรงสนับสนุนทางสังคมหรือสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งนี้ในประเทศไทย ประภาพรและคณะ⁽²⁴⁾ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยใช้แบบสอบถามวิธีการใช้ยา (medication adherence report scale; MARS) ในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่ง

รายงานผลเป็นคะแนนเฉลี่ย แต่ไม่สามารถแปลผลคะแนนเพื่อบ่งบอกถึงความร่วมมือหรือไม่ร่วมมือในการใช้ยาและไม่สามารถแบ่งระดับความร่วมมือในการใช้ยาได้

จากความสำคัญและการเพิ่มขึ้นของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุและผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในระดับโลกและระดับประเทศ ประกอบกับความสำคัญและผลกระทบของปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ร่วมกับความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลการศึกษา เกี่ยวกับความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว โดยเฉพาะในประเทศไทยที่ยังไม่พบการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่แสดงผลความชุกของความร่วมมือในการใช้ยาอย่างชัดเจน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดในประเทศไทย เพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์ความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในปัจจุบัน และสามารถนำผลการศึกษาดังกล่าวประยุกต์ใช้เพื่อสร้างมาตรการหรือแผนการดูแลรักษาผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะด้านการป้องกันและแก้ไขปัจจัยต่างๆ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาอย่างเหมาะสม ซึ่งจะนำมาสู่ประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการรักษาของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดความล้มเหลวของการรักษาที่อาจนำมาซึ่งการสูญเสียทรัพยากรหรือชีวิตของผู้ป่วยในท้ายที่สุด

1.2. คำถามการวิจัย

- 1) ความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นอย่างไร
- 2) ปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

1.3. วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยร่วมที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

1.4. ข้อตกลงเบื้องต้น

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามระบบ ICD-10 รหัสโรค F32.0-F32.9 (depressive episode), F33.0-F33.9 (recurrent depressive disorder), F34.0-F34.9 (persistent mood/affective disorders), F38.0-F38.8 (other mood/affective disorders) และ F39 (unspecified mood/affective disorders)⁽³¹⁾ จากเวชระเบียนของโรงพยาบาล และมารับ

การรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยเก็บข้อมูลจากการทำแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างและแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลโดยผู้วิจัยเท่านั้น

1.5. คำสำคัญ

ความร่วมมือในการใช้ยา (medication adherence)

โรคซึมเศร้า (depressive disorders)

สูงอายุ (elderly)

ยาแก้ซึมเศร้า (antidepressant agents)

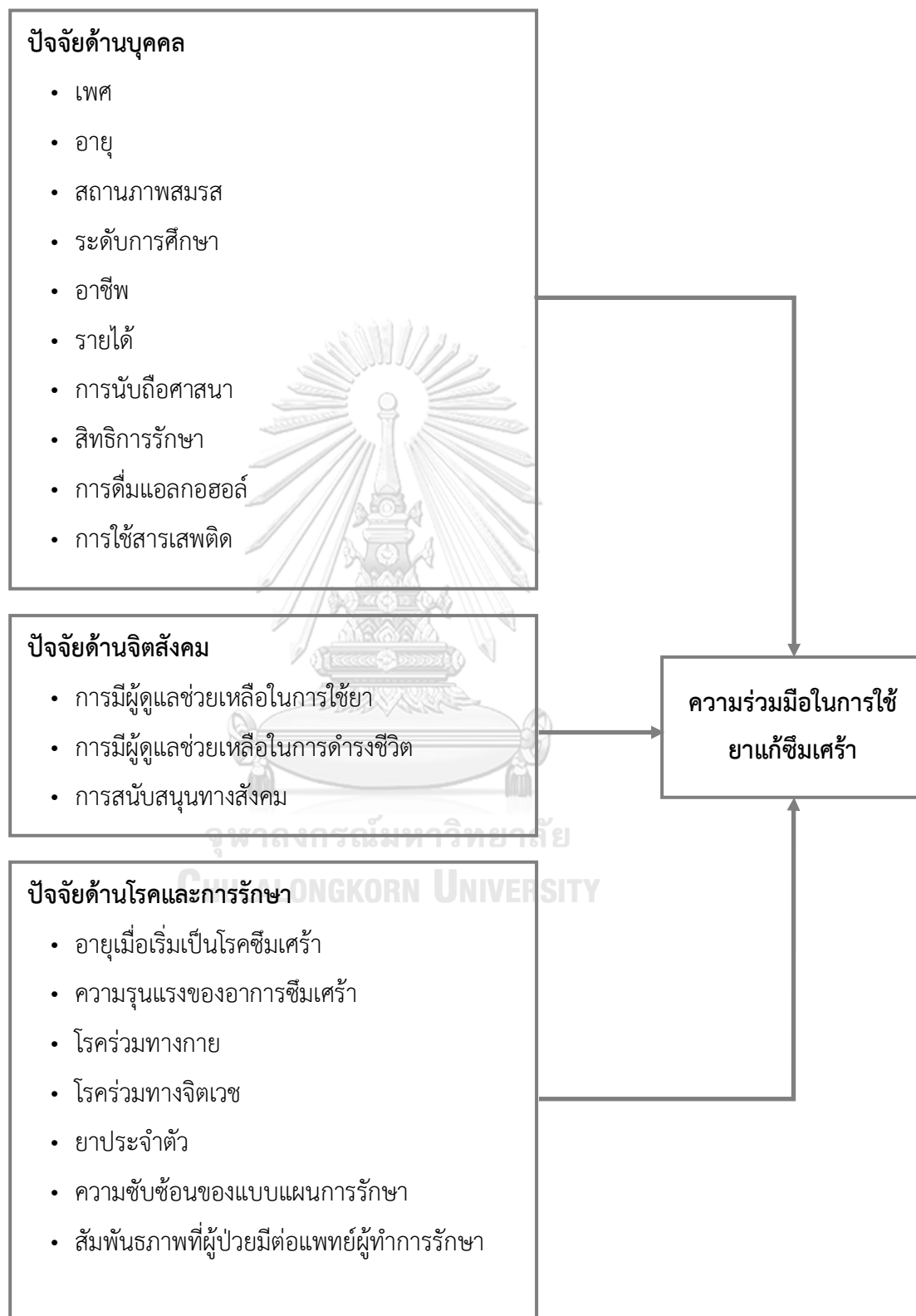
1.6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ โดยบางปัจจัยมีผลการศึกษาที่ยังไม่แน่ชัด ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพทางการเงิน (รายได้) อาชีพหรือการมีอาชีพ ระดับการศึกษา การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด ยาและโรคร่วม ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและอายุเมื่อได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า บางปัจจัยมีการพัฒนาเครื่องมือในการประเมินที่ดีขึ้นในปัจจุบัน ได้แก่ ความซับซ้อนของแบบแผนการรักษา ซึ่งเดิมศึกษาเฉพาะจำนวนและความถี่ในการบริหารยา แต่ในปัจจุบันมีเครื่องมือในการประเมินรูปแบบการใช้ยา วิธีการใช้ยาพิเศษและการให้น้ำหนักคะแนนเพิ่มเติม ทำให้ขอบเขตการประเมินครอบคลุมและตรงกับนิยามของคำว่าความซับซ้อนของแบบแผนการรักษามากขึ้น นอกจากนี้ยังมีบางปัจจัยที่บริบททางสังคมของประเทศไทยมีการให้คำนิยามและองค์ประกอบที่แตกต่างจากต่างประเทศ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การนับถือศาสนา สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ หรือค่าใช้จ่ายด้านยา (สิทธิการรักษา) รวมถึงบางปัจจัยที่ยังไม่พบข้อมูลการศึกษาที่จำเพาะเจาะจงในกลุ่มผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าของประเทศไทย ได้แก่ การมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการใช้ชีวิตหรือการใช้ยา

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำปัจจัยดังกล่าวทั้งหมด กำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

ตัวแปรอิสระ (independent variables)

ตัวแปรตาม (dependent variables)



1.7. การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

โรคซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มอาการความผิดปกติด้านอารมณ์ที่มีอาการเด่น คือ อาการซึมเศร้าหรือขาดความสนใจ ร่วมกับอาการสำคัญอื่น เช่น สิ้นหวัง เบื่ออาหาร ไร้ค่า น้ำหนักเปลี่ยนแปลงนอนไม่หลับ สมาธิลดลง หรือมีความคิดอยากตาย อาการเหล่านี้ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานและส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์^(20, 22) โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และยืนยันการวินิจฉัยตามระบบ ICD-10 รหัสโรค F32.0-F32.9 (depressive episode), F33.0-33.9 (recurrent depressive disorder), F34.0-F34.9 (persistent mood/ affective disorders), F38.0-F38.8 (other mood/affective disorders) และ F39 (unspecified mood/affective disorders)⁽³¹⁾

ความร่วมมือในการใช้ยา หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาแก้ซึมเศร้าของผู้ป่วย รวมถึงการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารและ/หรือ การดำเนินชีวิต เพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษาโรคซึมเศร้าที่ผู้ป่วยตกลงและยอมรับร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ โดยประเมินจากแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสำหรับคนไทย (Medication Taking Behavior in Thai; MTB-Thai) ซึ่งใช้ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาแก้ซึมเศร้า ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คำนวณเป็นค่าคะแนนรวม แบ่งระดับความหมายออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าต่ำ (6-21 คะแนน) ความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าปานกลาง (22-23 คะแนน) และ ความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าสูง (24 คะแนน)⁽³²⁾ โดยผู้วิจัยกำหนดให้ความร่วมมือในการใช้ยาจากแบบสอบถาม MTB-Thai เป็นตัวแปรตามหลักและใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางสถิติทั้งหมดของงานวิจัยนี้ และมีการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาจากการคำนวณ อัตราการครอบครองยา (medication possession ratio: MPR) ร่วมด้วย เพื่อลดความคลาดเคลื่อนและสนับสนุนข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาหลัก

1.8. ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลเฉพาะช่วงเวลา โดยเป้าหมายเพื่อหาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้หรือสื่อถึงกลุ่มประชากรกลุ่มนี้หรือกลุ่มอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเท่านั้น โดยการศึกษาในรูปแบบเชิงพรรณนา ดังนั้นปัจจัยที่พบความสัมพันธ์จะไม่สามารถบ่งบอกทิศทางหรือความเป็นเหตุเป็นผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาได้

1.9. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

- 1) ทราบข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุในประเทศไทยในปัจจุบัน
- 2) สร้างมาตรการการพิจารณาเลือกแผนการรักษาและการดูแลรักษาผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะด้านการป้องกันและแก้ไขปัจจัยต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาอย่างถูกต้องและเหมาะสม เช่น สร้างเกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยเพื่อเข้ารับคำปรึกษา ด้านความร่วมมือในการใช้ยา โดยเฝ้าระวัง ติดตามและวางแผนแก้ปัญหารายบุคคล เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษาสูงสุด บรรเทาอาการ ลดการดำเนินไปของโรค ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดความล้มเหลวของการรักษา ที่อาจนำมาซึ่งการสูญเสียทรัพยากรหรือชีวิตของผู้ป่วยในท้ายที่สุด

1.10. อุปสรรคที่คาดว่าจะเกิดขึ้นระหว่างการศึกษาและมาตรการในการแก้ไข

- 1) ความไม่เข้าใจคำถามของผู้เข้าร่วมวิจัย แก้ไขได้โดยการอธิบายรายละเอียดของข้อความนั้น
- 2) ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ด้วยตนเองเนื่องจากมีปัญหาด้านสายตา แก้ไขได้โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฟัง
- 3) ช่วงเวลาของการตอบแบบสอบถามที่ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สะดวกในการตอบ ซึ่งสามารถแก้ไขได้โดยการหาหรือแบ่งช่วงเวลาในการสอบถามที่ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความสะดวก
- 4) ความยากลำบากของการเข้าถึงเวชระเบียนของโรงพยาบาล เนื่องจากขาดความเข้าใจระบบฐานข้อมูลเวชระเบียนหรือข้อจำกัดของจำนวนอุปกรณ์ในการเข้าถึง แก้ไขโดยการศึกษาและทำความเข้าใจฐานข้อมูลเวชระเบียนก่อนเริ่มเก็บข้อมูล การทำแบบเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อให้สามารถเก็บข้อมูลอย่างรวดเร็วและเลือกช่วงเวลาการเก็บข้อมูลในช่วงที่มีการใช้อุปกรณ์เข้าถึงเวชระเบียนน้อยและไม่รบกวนการทำงานของบุคลากรในแผนก
- 5) สถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้เกิดความยากลำบากในการเก็บข้อมูล สามารถแก้ไขโดย วางแผนการเก็บข้อมูลโดยคำนึงถึงจำนวนผู้ป่วยในสถานการณ์ปัจจุบันและเมื่อสถานการณ์เลวร้ายที่สุดตามจริง ซึ่งต้องใช้ระยะเวลา นานกว่าปกติ ทั้งนี้การเข้าถึงผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อสอบถามข้อมูลต้องทำตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคอย่างเคร่งครัด

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง ความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีการทบทวนวรรณกรรมด้านเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

2.1. โรคซึมเศร้า

- 2.1.1. นิยามคำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า
- 2.1.2. สาเหตุของโรคซึมเศร้า
- 2.1.3. ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า
- 2.1.4. ลักษณะอาการทางคลินิกของโรคซึมเศร้า
- 2.1.5. การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า
- 2.1.6. เครื่องมือการประเมินที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า
- 2.1.7. การดำเนินของโรคซึมเศร้า
- 2.1.8. การรักษาโรคซึมเศร้า

2.2. โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

- 2.2.1. นิยามของผู้สูงอายุ
- 2.2.2. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
- 2.2.3. โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
- 2.2.4. การวินิจฉัยและการรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

2.3. ความร่วมมือในการใช้ยา

- 2.3.1. นิยามของความร่วมมือในการใช้ยา
- 2.3.2. การประเมินความร่วมมือในการใช้ยา
- 2.3.3. ความร่วมมือในการใช้ยาแก่ซึมเศร้า
- 2.3.4. การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาแก่ซึมเศร้า
- 2.3.5. ความร่วมมือในการใช้ยาแก่ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
- 2.3.6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาแก่ซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

2.4. การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยา

- 2.4.1. การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุ
- 2.4.2. การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาแก่ซึมเศร้า
- 2.4.3. การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาแก่ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

2.1. โรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นโรคจิตเวชที่พบได้บ่อยในประชาชนทั่วไป จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 350 ล้านคน คิดเป็นความชุกร้อยละ 2-10 ของประชากรทั่วโลก การศึกษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง 17 ประเทศทั่วโลก พบว่าในประชากรทุก 1 คนจาก 20 คน เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ามาก่อนในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมา และการฆ่าตัวตายเป็นผลกระทบที่สำคัญของภาวะซึมเศร้าดังกล่าว⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้ การศึกษาภาระโรค (burden of disease) ของ 204 ประเทศทั่วโลก ระหว่างปี ค.ศ.1990-2019 โดย GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborator⁽⁶⁾ ยังพบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุอันดับ 1 ของกลุ่มโรคทางจิตเวชและเป็น 1 ใน 15 สาเหตุหลักของการเกิดภาระโรคและการสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควรและความบกพร่องทางสุขภาพ (Disability-Adjusted Life Years : DALYs) ของประชากรทั้งหมด เช่นเดียวกับประชากรในประเทศไทย จากการรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557 ของสำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ⁽⁷⁾ พบว่า โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุอันดับ 1 ของกลุ่มโรคทางจิตเวช และอันดับ 4 ของการสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years Lost due to Disability : YLDs) ในเพศหญิง ในขณะที่ในเพศชาย โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุอันดับ 2 ของกลุ่มโรคทางจิตเวช รองจากการเสพติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และอันดับ 16 ของความผิดปกติและกลุ่มโรคทั้งหมด ทั้งนี้หากไม่นับรวมความผิดปกติของพฤติกรรมจากการเสพติด พบว่าตลอดชีวิตที่ผ่านมาของคนไทยร้อยละ 7.4 ต้องมีประวัติการเป็นโรคจิตเวชอย่างน้อย 1 โรค โดยพบว่ากลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ มีความชุกช่วงชีวิตมากเป็นอันดับสามของประเทศ คือ ร้อยละ 1.9⁽³³⁾ จากการจัดลำดับการสูญเสียปีสุขภาวะและความชุกของโรคซึมเศร้าในข้างต้นทั้งหมด สะท้อนว่า โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของร่างกายทำให้เกิดภาวะบกพร่องทางสุขภาพและส่งผลให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์กับความเจ็บป่วยเป็นเวลานานกว่าโรคอื่นๆ โดยเฉพาะในกลุ่มโรคทางจิตเวช ทั้งนี้ยังอาจส่งผลกระทบต่อเนื่องไปยังบุคคลรอบข้างหรือครอบครัวผู้ป่วย และส่งผลกระทบต่อสังคมในที่สุด

2.1.1. นิยามคำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า

โดยทั่วไปการดำเนินโรคของโรคซึมเศร้า มักเริ่มจากการมีอารมณ์เศร้า (sadness) ภาวะซึมเศร้า (depression) แล้วจึงพัฒนาเป็นการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (depressive disorder) โดยอาจมีอาการทางจิตอื่นร่วมด้วย ทั้งสามลักษณะของซึมเศร้า มีความแตกต่างกัน ดังนี้

อารมณ์เศร้า (sadness) หมายถึง อารมณ์ที่ตอบสนองทางด้านลบเมื่อต้องเผชิญกับสิ่งกระตุ้นหรือเหตุการณ์ในด้านลบ เช่น การสูญเสีย การถูกปฏิเสธหรือการพลาดในสิ่งที่หวัง อาจถูก

บอกเล่าได้หลายอย่าง เช่น เศร้า หดหู่ใจ ทรมานใจ โดยมักเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวกับทุกคนทุกเพศ ทุกวัย และมีระยะเวลาคงอยู่ของอารมณ์ในช่วงหนึ่งอย่างเหมาะสม ไม่นานเกินไป โดยความเศร้านี้ มักเกิดร่วมกับความรู้สึกสูญเสีย ผิดหวังหรือทรมาน⁽¹⁰⁾

ภาวะซึมเศร้า (depression) หมายถึง อารมณ์เศร้าที่มากเกินไปหรือมีระยะเวลาอันยาวนานเกินไป หรือเป็นอารมณ์เศร้าที่เกิดจากสิ่งกระตุ้นสมมติ เช่น การคาดการณ์ล่วงหน้าหรือคิดไปเอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การเข้าสังคมและการทำงาน ที่แม้ว่าจะได้รับการอธิบายด้วยเหตุผลหรือได้รับกำลังใจก็มักไม่ทำให้อารมณ์เศร้ามองดีขึ้น นอกจากอารมณ์เศร้า มักมีความรู้สึกด้อยค่า ความรู้สึกผิดและความอยากตาย ร่วมด้วย หากเกิดอาการรุนแรงจะมีอาการทางกายร่วมด้วย เช่น การนอนหลับผิดปกติ น้ำหนักลดหรือความอยากอาหารมากขึ้น เคลื่อนไหวช้าหรืออยู่ไม่สุข เป็นต้น^(10, 11)

โรคซึมเศร้า (depressive disorder) เป็นกลุ่มอาการความผิดปกติด้านอารมณ์ที่เข้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD (International Classification of Diseases and health related problems) หรือ DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders) มีลักษณะสำคัญ คือ อารมณ์เศร้าหรือความรู้สึกว่างเปล่า ร่วมกับอาการทางกายหรือการเปลี่ยนแปลงของสติปัญญา (cognition) ทั้งนี้อาจมีอาการทางลบอื่น เช่น ความรู้สึกด้อยค่า หงุดหงิด ร่วมด้วย ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การเข้าสังคมหรือการทำงาน นอกจากนี้ยังอาจส่งผลกระทบต่อครอบครัวในการสร้างภาระการดูแลหรือการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจและสังคมตามมาในภายหลัง^(20, 22)

โรคซึมเศร้าสามารถจำแนกย่อยออกเป็นหลายประเภทตามสาเหตุและหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรค โดยแบ่งเป็นโรคที่สำคัญ ดังนี้

1. โรคซึมเศร้าหลัก (major depressive disorder; MDD)
2. โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (persistent depressive disorder/dysthymia)
3. Disruptive mood dysregulation disorder (DMDD)
4. Premenstrual dysphoric mood disorder (PMDD)
5. Substance/medication-induced depressive disorder
6. Depressive disorder due to another medical condition
7. Other specified depressive disorder^(10, 11)

ชนิดของโรคซึมเศร้าที่พบรายงานความชุกมากที่สุด คือ โรคซึมเศร้าหลัก จากการศึกษา National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) พบความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) โดยเฉลี่ยของโรคซึมเศร้าหลัก เท่ากับ 13.2 และความชุก

12 เดือนโดยเฉลี่ย เท่ากับ 5.3 นอกจากนี้หากพิจารณาตามความแตกต่างของรายได้ประเทศ จากการสำรวจข้อมูล world mental health (WMH) ขององค์การอนามัยโลก พบว่ากลุ่มประเทศ รายได้ต่ำถึงปานกลาง เช่น อินเดีย บราซิล มีความชุกชั่วชีวิตโดยเฉลี่ยของโรคซึมเศร้าหลัก เท่ากับ 11.1 (8.0-18.4) และ 14.6 (6.6-21.0) สำหรับประเทศกลุ่มรายได้สูง เช่น นิวซีแลนด์ สเปน⁽³⁴⁾ ความชุกชั่วชีวิตโดยเฉลี่ยของโรคซึมเศร้าเรื้อรัง เท่ากับ 5 (3-6) และโรคซึมเศร้าอื่น ได้แก่ minor depressive disorder หรือ recurrent brief depressive disorder เท่ากับ 10 และ 16 ตามลำดับ⁽³⁵⁾ สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 พบความชุกชั่วชีวิตของโรคซึมเศร้าหลักร้อยละ 1.9 และโรคซึมเศร้าเรื้อรังร้อยละ 0.1⁽³³⁾

2.1.2. สาเหตุของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเกิดจากความผิดปกติของปัจจัย 3 ปัจจัย ได้แก่

1) **ปัจจัยด้านชีวเคมีในสมอง** จากการศึกษาพบว่า ความผิดปกติของสมดุลการทำงานของ สารสื่อประสาทกลุ่ม monoamine ได้แก่ norepinephrine และ serotonin ส่งผลให้ เซลล์ประสาทในสมองที่ควบคุมการทำงานของอารมณ์ผิดปกติไป นอกจากนี้ยังพบว่า การที่ dopamine ในสมองต่ำกว่าปกติ มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ในขณะที่ เมื่อ dopamine สูงกว่าปกติ กลับมีความเกี่ยวข้องกับภาวะ mania

ในปัจจุบันมีหลายทฤษฎีจากหลากหลายรูปแบบการศึกษาซึ่งพยายามอธิบายที่มาของ ความผิดปกติของสมดุลชีวเคมีในสมองดังกล่าว โดยหนึ่งในทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับและมีความเกี่ยวข้องกับการออกฤทธิ์ของยาแก้ซึมเศร้าคือ neuroplasticity (neurotrophic) hypothesis ซึ่งเชื่อว่าโรคซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของความสามารถในการปรับตัว เมื่อเกิดพยาธิสภาพของเซลล์ประสาท โดยเฉพาะเซลล์ประสาทด้านอารมณ์และความเครียด การศึกษาพบว่า neuropeptide สำคัญที่พบในเซลล์ประสาท โดยเฉพาะ brain-derived neurotrophic factor (BDNF) มีการลดลงในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงส่งผลให้เกิดความผิดปกติของ ระบบประสาทโดยเฉพาะสมองส่วน prefrontal cortex และ hippocampus ที่เกิดความบกพร่อง ในการปรับตัวของเซลล์เมื่อเกิดพยาธิสภาพ (neuroplasticity) และการลดลงของการสร้าง เซลล์ประสาท (neurogenesis) เมื่อความผิดปกติดังกล่าวยังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจึงก่อให้เกิด การฝ่อหรือเหี่ยวลงของสมอง (atrophy) โดยการศึกษาผลการสแกน modern magnetic resonance imaging (MRI) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบการฝ่อหรือเหี่ยวลงของสมองส่วนดังกล่าว ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อการลดลงของทำงานในสมอง จนทำให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์และความเครียด ส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้าในที่สุด นอกจากนี้ทฤษฎี neuroplasticity hypothesis ยังมี

ความสำคัญและสามารถใช้อธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้ในช่วงแรกของการรักษาด้วยยาแก้ซึมเศร้า ต้องใช้ระยะเวลาในการออกฤทธิ์ที่ยาวนาน (delay onset of action) อย่างน้อย 4-6 สัปดาห์ จึงจะเห็นผลการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ โดยพบว่าภายหลังจากการได้รับยาแก้ซึมเศร้า ร่างกายต้องใช้ระยะเวลาหนึ่งเพื่อให้เซลล์ประสาทมีการปรับสภาพและสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมา เพื่อให้สามารถในส่วนที่ฝ่อหรือเหี่ยวมีจำนวนเซลล์ประสาทเทียบเท่าหรือใกล้เคียงกับปกติ จนมีความสามารถในการทำงาน โดยเฉพาะการควบคุมการแสดงออกของอารมณ์และความเครียด จึงมีผลให้อาการทางอารมณ์ของโรคซึมเศร้าดีขึ้นในที่สุด^(36, 37)

2) ปัจจัยด้านพันธุกรรม จากการศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างพันธุกรรมและสภาพแวดล้อมต่อการเกิดโรคซึมเศร้า พบว่าบุคคลที่ประสบกับสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (adverse life event) จะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคซึมเศร้าสูงกว่าบุคคลทั่วไป โดยกลุ่มบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลง (variant) ของ serotonin transporter gene มีความเสี่ยงสูงที่สุดในการเกิดโรคซึมเศร้าเมื่อประสบกับสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (adverse life event) นอกจากนี้จากการศึกษา gene-mapping ยังพบความผิดปกติในการตอบสนองของตำแหน่งการจับโปรตีนบางชนิดบนโครโมโซมคู่ที่ 2 ของผู้ป่วย unipolar depression ทั้งนี้เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของครอบครัวกับโรคซึมเศร้าพบว่า หากคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคซึมเศร้า สมาชิกในครอบครัวมีโอกาสในการป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าบุคคลทั่วไปถึง 2.8 เท่า

3) ปัจจัยด้านจิตสังคม การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยด้านจิตสังคม รวมถึงทฤษฎีทางจิตวิทยาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า พบว่า การค้นหาเหตุการณ์หรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจหรือเศร้าใจ รวมถึงการให้คำหรือความหมายต่อเหตุการณ์หรือสิ่งกระตุ้นเหล่านั้น เป็นสิ่งสำคัญที่ใช้อธิบายความเชื่อมโยงด้านจิตสังคมและภาวะซึมเศร้าได้ โดยมีตัวอย่างที่น่าสนใจดังต่อไปนี้

3.1) เหตุการณ์ในชีวิตและสิ่งแวดล้อม จากการศึกษาพบว่าภายหลังจากที่บุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจะเกิดความผิดปกติของอารมณ์ตามมา โดยเหตุการณ์นั้นจะทำให้การทำงานของสมองเกิดการเปลี่ยนแปลงในระยะยาว ได้แก่ การทำงานของสารสื่อประสาท การส่งสัญญาณของเซลล์ประสาท และการลดจำนวนของเซลล์ประสาท โดยเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมาก คือ การสูญเสีย โดยเฉพาะการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักซึ่งเกิดขึ้นในวัยเด็ก

3.2) ปัจจัยทางบุคลิกภาพ จากการศึกษายังไม่พบชนิดของความผิดปกติของบุคลิกภาพที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ แต่พบว่าการอยู่ภายใต้สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมบางอย่างซึ่งเกิดขึ้นกับคนที่มีความเปราะบางทางบุคลิกภาพจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ทั้งนี้พบว่าความผิดปกติของบุคลิกภาพชนิด obsessive-compulsive personality disorder, histrionic personality disorder,

borderline personality disorder มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าความผิดปกติของบุคลิกภาพชนิด anti-social personality disorder และ paranoid personality disorder

3.3) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ที่ใช้อธิบายถึงการเกิดภาวะซึมเศร้าจากพื้นฐาน 4 ประเด็น ได้แก่ การเกิดปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกในช่วง oral phase ของทารก การสูญเสียบุคคลที่รัก กลไกทางจิตชนิด introjection ซึ่งเป็นการรับเอาบุคคลที่รักซึ่งสูญเสียไปเข้ามาสู่โลกภายในของตนเองเพื่อจัดการกับความผิดปกติของอารมณ์ โดยเฉพาะอารมณ์เศร้าที่เป็นเหตุมาจากการสูญเสีย และ เกิดความรู้สึกรักและโกรธต่อบุคคลที่รักซึ่งทอดทิ้งไปจากเหตุการณ์การสูญเสีย จากนั้นจึงเก็บความโกรธเข้าสู่ภายในแล้วพัฒนาเป็นความเศร้า

3.4) ทฤษฎีความคิด ความเศร้าเป็นรูปแบบชุดความคิดที่เรียกว่า depressive schemata ซึ่งเป็นชุดความคิดที่บิดเบือนไป โดยมีลักษณะสำคัญ 3 อย่าง เรียกว่า cognitive triad of depression ประกอบด้วย การมองตนเองในแง่ลบและเชื่อว่าตนเองไม่ดีพอ การมองโลกและสิ่งแวดล้อมรอบตัวในแง่ลบ ทุกสิ่งรอบตัวดูคุกคามและไม่เป็นมิตร และ การมองอนาคตในแง่ลบ คือ เชื่อว่าในอนาคตจะมีแต่ความล้มเหลวและความทุกข์ทรมาน^(10, 11)

2.1.3. ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้ามักมีอุบัติการณ์และความชุกในการเกิดโรคในเพศหญิงสูงกว่าเพศชายประมาณ 2 เท่า โดยประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก มักเกิดโรค (onset) ครั้งแรกในช่วงอายุก่อน 40 ปี พบบ่อยในผู้ที่ขาดสัมพันธ์ภาพอันดีกับบุคคลใกล้ชิด โดยพบอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าหลักในผู้ที่หย่าร้างหรือแยกทางมากกว่าผู้ที่โสดหรือสมรส ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวโดยเฉพาะญาติสายตรงเป็นโรคซึมเศร้า ผู้ที่มีประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น มารดา คู่สมรส นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักยังมักพบโรคทางจิตเวชและโรคทางประสาทร่วมด้วยค่อนข้างมาก เช่น โรควิตกกังวล โรคจิตเภท โรคย้ำคิดย้ำทำ การใช้สารเสพติด Alzheimer's disease Parkinson's disease Huntington's disease โรคหลอดเลือดในสมอง (stroke) multiple sclerosis เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าโรคทางกายเรื้อรัง เช่น มะเร็ง เบาหวาน การติดเชื้อ human immunodeficiency virus (HIV) โรคลำไส้แปรปรวน (irritable bowel syndrome) โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (rheumatoid arthritis) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังเกิดอาการเกิน 24 ชั่วโมง (recent myocardial infarction) และการเจ็บปวดเรื้อรัง^(4, 22, 33, 35, 38)

2.1.4. ลักษณะอาการทางคลินิกของโรคซึมเศร้า

อาการเด่น คือ อาการซึมเศร้าหรือภาวะสิ้นยินดี โดยหมดความสนใจหรือไม่มีความสุขจากการทำกิจกรรมที่เคยทำแล้วมีความสุขอย่างสิ้นเชิง ร่วมกับอาการสำคัญอื่น ได้แก่ สิ้นหวัง เบื่ออาหาร น้ำหนักเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน นอนไม่หลับหรือนอนมาก กระสับกระส่ายหรือ

เคลื่อนไหวช้าลง (อาจเป็นการพูดหรือคิดช้าลง) ความสามารถในการคิดหรือสมาธิลดลง อ่อนเพลีย รู้สึกไร้ค่า ความภาคภูมิใจและคุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกผิดมากเกินไป และมีความคิดอยากตาย โดยอาการเหล่านี้ทำให้ทุกข์ทรมานและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน^(10, 11)

2.1.5. การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าหลักต้องแยกออกจากโรคทางอารมณ์อื่น เช่น bipolar disorder โรควิตกกังวล ภาวะการปรับตัวผิดปกติ โรคทางกายหรือจากยา หรือจากสารเสพติด หรือพยาธิสภาพทางสมอง โดยเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าหลักในปัจจุบันนิยมอิงตามเกณฑ์มาตรฐานในการวินิจฉัยของ ICD (International Classification of Diseases and health related problems) ซึ่งพัฒนาโดย องค์การอนามัยโลก และ DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders) พัฒนาขึ้นโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association)^(10, 20, 39, 40) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รหัส ICD-10 และ DSM-5 สำหรับวินิจฉัยโรคซึมเศร้า^(11, 39, 40)

รหัส	รายละเอียดตาม ICD-10	คะแนน จาก 9Q ¹	รหัส	รายละเอียดตาม DSM-5
F32	Depressive episode (single)		296.2x	Major depressive disorder, single episode
F32.0	Mild depressive episode .00 without/ .01 with somatic syndrome	7-12	296.21	Mild With melancholic features
F32.1	Moderate depressive episode .00 without/ .01 with somatic syndrome	13-18	296.22	Moderate With melancholic features
F32.2/3	Severe depressive episode without (.2)/with (.3) psychotic symptoms ²	≥ 19	296.23 296.24	Severe without psychotic symptoms ² Severe with psychotic symptoms ²
F33.4	Depressive disorder, currently in partial remission ³	Partial ³ ≥ 7	296.25	in partial remission ³
F32.5	Depressive disorder, currently in full remission ⁴	Full ⁴ < 7	296.26	in full remission ⁴
F32.8	Other depressive episodes			With catatonic/atypical features
F32.9	Depressive episode, unspecified		296.20	Unspecified
F33	Recurrent depressive disorder		296.3x	Major depressive disorder, recurrent episode
F33.0	Recurrent depressive disorder, current episode mild .00 without/ .01 with somatic syndrome	7-12	296.31	Mild With melancholic features

รหัส	รายละเอียดตาม ICD-10	คะแนน จาก 9Q ¹	รหัส	รายละเอียดตาม DSM-5
F33.1	Recurrent depressive disorder, current episode moderate .00 without/ .01 with somatic syndrome	13-18	296.32	Moderate With melancholic features
F33.2-3	Recurrent depressive disorder, current episode Severe without (.2)/ with (.3) psychotic symptoms ²	≥ 19	296.33 296.34	Severe without psychotic symptoms ² .34 Severe with psychotic symptoms ²
F33.4	Recurrent depressive disorder, currently in remission .41 in partial remission ³ .42 in full remission ⁴	Partial ³ ≥7 Full ⁴ < 7	296.35/ 6 296.35 296.36	Currently in remission in partial remission ³ in full remission ⁴ With catatonic/ atypical features
F33.8	Other recurrent depressive disorder		296.30	Unspecified
F33.9	Recurrent depressive disorder, unspecified			
F34	Persistent mood (affective) disorders			
F34.0	Cyclothymia		301.13	Cyclothymic disorder
F34.1	Dysthymia		300.4	Dysthymic disorder
F34.8	Other persistent mood (affective) disorder		300.4	Dysthymic disorder with atypical features
F34.9	Persistent mood (affective) disorder, unspecified			
F38	Other mood (affective) disorders			
F38.0	Other single mood (affective) disorders .00 Mixed affective episode		296.0x	Bipolar I disorder, single mixed episode .01 Mild .02 Moderate .03 Severe without psychotic symptoms .04 Severe with psychotic symptoms
F38.1	Other recurrent mood (affective) disorders .10 Recurrent brief depressive disorders		311	Depressive Disorder Not Otherwise Specified Recurrent brief depressive disorder
F38.8	Other specified mood (affective) disorder			
F39	Unspecified mood (affective) disorder		296.90	Mood disorders Not Otherwise Specified

หมายเหตุ ¹ แบบประเมินโรคซึมเศร้า Personal Health Questionnaire-9 (PHQ-9) เป็นเครื่องมือในลักษณะที่เป็นการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า โดยการให้คะแนนด้วยตนเอง และเนื้อหาอ้างอิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าหลักของ DSM-5

² with psychotic symptoms หมายถึง อาการหลงผิดหรือประสาทหลอนที่สอดคล้องกับอารมณ์เศร้า เช่น ไม่ดีพอ รู้สึกผิดที่เป็นโรค สมควรถูกลงโทษ หรือเสียชีวิตแล้ว หรือ อาการหลงผิดหรือประสาทหลอนที่ไม่สอดคล้องกับอาการเศร้า เช่น thought insertion, thought broadcasting

³ In partial remission หมายถึง การที่อาการหรืออาการแสดงโรคซึมเศร่ายังคงเหลือ แต่ไม่ครบเกณฑ์วินิจฉัยหรืออาการหายแล้ว แต่ยังไม่ถึง 2 เดือน

⁴ In full remission หมายถึง การไร้อาการหรืออาการแสดงของโรคซึมเศร้าในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าหลัก (major depressive disorder) ตาม DSM-5 มีเกณฑ์การวินิจฉัย ดังนี้

ก. หากมีอาการดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 5 อาการ ที่ไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ โดยต้องมีอาการในข้อ 1 หรือ 2 อย่างน้อย 1 ข้อ

1) มีอารมณ์เศร้าอยู่เกือบตลอดเวลาเกือบทุกวัน อาจมีอารมณ์เล็กน้อยต่างกัน ทั้งจากการสังเกตด้วยตนเองและการสังเกตของคนรอบข้าง

2) ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในการทำกิจกรรมที่มักทำโดยปกติทั้งหมดหรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมากเกือบทั้งวัน เกือบทุกวัน ทั้งจากการสังเกตด้วยตนเองและการสังเกตของคนรอบข้าง

3) น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้นโดยไม่ได้เกิดจากความตั้งใจ โดยเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน บางรายอาจมีความเบื่ออาหารหรืออยากอาหารมากขึ้น จนเป็นเหตุทำให้น้ำหนักเปลี่ยนแปลง

4) นอนไม่หลับหรือนอนหลับมากขึ้นเกือบทุกวัน โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักมีอาการนอนไม่หลับ นอนกระสับกระส่าย หลับตึกแต่ตื่นเช้ากว่าปกติแล้วไม่สดชื่น (ตื่น 1-2 ชั่วโมงก่อนเวลาปกติ)

5) เคลื่อนไหวช้า พูดช้า ทำอะไรช้า หรือ กระสับกระส่าย อยู่ไม่สุข มีอาการเกือบทุกวัน

6) อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไร้เรี่ยวแรงเกือบทุกวัน

7) รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิดมากเกินไปเกือบทุกวัน

8) สมาธิหรือความสามารถในการคิด ตัดสินใจ ลดลงเกือบทุกวัน

9) มีความคิดเรื่องการไม่ยอมมีชีวิตอยู่ ความคิดเรื่องการตายหรือการฆ่าตัวตายอยู่เรื่อย ๆ ในบางรายพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผนในการฆ่าตัวตาย

ข. อาการในข้อ ก ของผู้ป่วย ทำให้ทุกข์ทรมาน ส่งผลเสียต่อการทำงานหรือการใช้ชีวิตในสังคม

ค. อาการในข้อ ก ของผู้ป่วย ไม่ได้เป็นผลโดยตรงจากยา สารเคมี สารเสพติด โรคหรือความผิดปกติทางกายใดๆ

ง. อาการไม่ได้เกิดจากโรคจิตเภทหรือโรคจิตชนิดอื่น

จ. ไม่เคยมีอาการระยะ mania หรือ hypomania ร่วมด้วย

ฉ. การพิจารณาอาการในข้อ ก ต้องพิจารณาแยกจากปฏิกิริยาความโศกเศร้าเสียใจจากการสูญเสียบุคคลหรือสิ่งอันเป็นที่รัก (bereavement) ซึ่งทำให้เกิดความโศกเศร้าอย่างรุนแรง หมกมุ่นกับ

ความสูญเสียที่เกิดขึ้น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ซึ่งคล้ายกับอาการในข้อ ก แต่อาการดังกล่าวจะสอดคล้องกับระดับความสูญเสียที่เกิดขึ้นตามบริบทของวัฒนธรรมนั้นๆ

การวินิจฉัยตาม ICD-10 รหัส F32 Depressive episode มีรายละเอียดอาการเพื่อการวินิจฉัย ดังนี้

1) อาการหลัก ประกอบด้วย

- ก. อารมณ์เศร้า
- ข. ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในการทำกิจกรรมที่มักทำโดยปกติลดลง
- ค. อ่อนเพลียไร้เรี่ยวแรง ทำกิจกรรมน้อยลง

2) อาการร่วม ประกอบด้วย

- ก. สมาธิหรือความสามารถในการคิด ตัดสินใจ ลดลง
- ข. ความภาคภูมิใจและความมั่นใจในตัวเองลดลง
- ค. รู้สึกผิดและไร้ค่า
- ง. มองอนาคตในทางลบ
- จ. คิดฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตัวเอง
- ฉ. การนอนหลับผิดปกติ
- ช. เบื่ออาหาร

3) อาการทางกาย ประกอบด้วย

- ก. เบื่อหน่ายหรือไม่สนุกสนานในกิจกรรมที่มักทำโดยปกติ
- ข. ไร้อารมณ์กับสิ่งรอบข้างที่เคยทำให้เพลิดเพลินใจ
- ค. ตื่นไวกว่าปกติ ไม่น้อยกว่า 2 ชม.
- ง. อาการเศร้ามักพบมากในตอนเช้า
- จ. เคลื่อนไหวช้า พูดช้า หรือกระสับกระส่ายอยู่ไม่สุข
- ฉ. เบื่ออาหารอย่างมาก
- ช. น้ำหนักลดแบบไม่ได้ตั้งใจ (ไม่น้อยกว่า 5% ใน 1 เดือน)
- ซ. ความต้องการทางเพศลดลง

4) อาการทางจิต (psychotic symptom)

อาการทางจิต หมายถึง อาการหลงผิดหรือประสาทหลอนที่สอดคล้องกับอารมณ์เศร้า เช่น ไม่ดีพอ รู้สึกผิดที่เป็นโรค สมควรถูกลงโทษ หรือเสียชีวิตแล้ว หรือ อาการหลงผิดหรือประสาทหลอนที่ไม่สอดคล้องกับอาการเศร้า เช่น thought insertion, thought broadcasting (11, 39, 41)

ตารางที่ 2 เกณฑ์การวินิจฉัยรหัส ICD-10 code ของ F32 depressive episode ^(11, 39)

ICD-10 code	ความหมาย	อาการหลัก	อาการร่วม	อาการทางกาย
F32.0 (mild)	มีอาการเพียงไม่กี่อาการที่เกินจากจำนวนที่เกณฑ์กำหนดให้ใช้ในการวินิจฉัย ส่งผลให้เสีย	≥ 2		< 4 อาการ
F32.00	การทำงาน สังคมหรือสัมพันธภาพเพียงเล็กน้อย	อาการ		≥ 4 อาการ
F32.01	(PHQ-9;7-12 คะแนน)			
F32.1 (moderate)	มีอาการและการเสียหน้าที่มากกว่าเล็กน้อยแต่ไม่ถึงกับรุนแรง (PHQ-9;8-18 คะแนน)	≥ 2		อาการ
F32.2 (severe without psychotic feature)	มีอาการหลายอาการที่มากเกินจากเกณฑ์ที่กำหนดให้วินิจฉัยและรบกวนการทำงาน สังคม หรือสัมพันธภาพชัดเจน (PHQ-9; ≥ 19 คะแนน)	ทั้ง 3 อาการ	≥ 4 อาการ	
F32.3 (severe with psychotic feature)	มีอาการหลายอาการที่มากเกินจากเกณฑ์ที่กำหนดให้วินิจฉัยและรบกวนการทำงาน สังคม หรือสัมพันธภาพชัดเจนร่วมกับมีอาการทางจิต	ทั้ง 3 อาการ	≥ 4 อาการ + อาการทางจิต	

การวินิจฉัยแยกโรคเมื่อพบผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า

1) Mood disorders due to another medical condition (organic mood disorder) เช่น ภาวะ hypothyroidism โรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะบริเวณสมองส่วนหน้าและซีกซ้าย โรคเนื้องอกสมองในส่วน temporal และ ส่วน diencephalon

2) Substance/ medication-induced mood disorder เช่น ยาในกลุ่ม beta-blockers, clonidine, reserpine, ยาในกลุ่ม benzodiazepine, methyl dopa ยาคุมกำเนิดชนิด steroidal, cimetidine, indomethacin, ยารักษาโรคจิตกลุ่ม phenothiazine ได้แก่ chlorpromazine, thioridazine, fluphenazine และ perphenazine เป็นต้น, cycloserine, vincristine, ยาฆ่าแมลงชนิด anticholinesterase, thallium, พรอท, แอมเฟตามีน, โคเคน หรือสุรา ซึ่งมักมีประวัติการใช้ยาหรือสารเหล่านี้ก่อนเกิดอาการ

3) Adjustment disorder with depressed mood หรือ with mixed anxiety and depressed mood ภาวะการปรับตัวผิดปกติจากความกดดันหรือความเครียด หรือเป็นผลจากเหตุการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของชีวิต ซึ่งส่งผลให้ภายหลังเหตุการณ์นั้นเกิดความผิดปกติของอารมณ์หรือพฤติกรรมตามมา โดยเป็นภาวะที่มีความรู้สึกอัดอัด เป็นทุกข์ร่วมกับอารมณ์ซึมเศร้า โดยมีอาการเบื่อหน่าย ซึมเศร้า ร้องไห้บ่อยๆ ท้อแท้ เป็นอาการเด่น และส่งผลรบกวนการทำงาน การใช้ชีวิต สัมพันธภาพและสังคม แต่ไม่รุนแรงจนถึงเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า โดยมีอาการในช่วงภายใน 3 เดือนแรก หลังจากเผชิญเหตุการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงนั้น (บางแหล่งอ้างอิงกำหนด

ภายใน 1 เดือนแรก) ระยะเวลาการดำเนินโรคมักไม่เกิน 6 เดือนเมื่อเหตุการณ์หรือความเปลี่ยนแปลงที่ทำให้เครียดหรือกดดันนั้นหมดไป

4) โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) และ schizoaffective disorder ซึ่งบางช่วงของอาการโรคมักมีความใกล้เคียงกับโรคซึมเศร้า และบางช่วงมีอาการของ mania/hypomania เช่น อารมณ์ดี/คึกคักครื้นเครงมากกว่าปกติ นอนน้อยกว่าปกติ พูดเร็ว พูดมาก ความคิดเร็ว เปลี่ยนเรื่องเร็ว รู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญมากหรือยิ่งใหญ่ผิดปกติ

5) ภาวะเพื่อ (hypoactive delirium) เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของอารมณ์ที่อาจคล้ายกับโรคซึมเศร้า ร่วมกับ อาการซึมลง พูดน้อยลง สมาธิหรือการตัดสินใจไม่ดี โดยมักพบในผู้สูงอายุหรือมีการเจ็บป่วยรุนแรง

6) ภาวะสมองเสื่อม (major neurocognitive disorder หรือ dementia) โรคซึมเศร้าอาจพบอาการที่แสดงถึงความบกพร่องของภาวะรู้คิด (cognitive impairment) เช่น การตัดสินใจช้าลง ไม่มีสมาธิ ซึ่งคล้ายกับอาการของโรคสมองเสื่อม แต่ไม่พบสาเหตุทางกาย เรียกภาวะนี้ว่า pseudodementia โดยอาการอาจเกิดในผู้ที่เป็โรคซึมเศร้าที่อายุไม่มากได้ มีจุดเริ่มต้นของการเกิดอาการชัดเจน มักเกิดความบกพร่องที่ความจำใหม่มากกว่าความจำเก่า มีประวัติโรคซึมเศร้า ใส่ใจต่อความผิดปกติของความคิดการรับรู้ของตนมาก เมื่อตรวจสอบสภาพจิตพบว่ามมีอาการเศร้าและมักไม่ค่อยให้ความร่วมมือ เช่น มักตอบว่า “ไม่รู้” หรือ “ทำไม่ได้”

7) โรค postpsychotic depressive disorder of schizophrenia โดยมีประวัติโรคจิตเภทมาก่อนและเกิดในระยะเวลาที่มีอาการหลงเหลือ (residual phase) ซึ่งมีอาการคล้ายกับโรคซึมเศร้าหลัก

8) โรคในกลุ่ม anxiety disorders เนื่องจากโรค depressive disorder with anxious distress มักมีอาการวิตกกังวลมากรวมด้วยได้

9) ภาวะ uncomplicated bereavement ซึ่งเป็นภาวะปกติที่เกิดจากการสูญเสียบุคคลหรือสิ่งอันเป็นที่รัก ซึ่งทำให้เกิดความโศกเศร้าอย่างรุนแรง หมกมุ่นกับความสูญเสียที่เกิดขึ้น เพื่ออาหารนอนไม่หลับ ซึ่งคล้ายกับอาการของโรคซึมเศร้า แต่อาการดังกล่าวจะสอดคล้องกับระดับความสูญเสียที่เกิดขึ้นตามบริบทของวัฒนธรรมนั้นๆ ทั้งนี้การสูญเสียที่เกิดขึ้น จะนึกถึงโรคซึมเศร้า เมื่อผู้ป่วยมีอาการเศร้าอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถมีความสุขในชีวิตได้เลย มีความหมกมุ่นกับความสูญเสียอย่างรุนแรง หรือคิดฆ่าตัวตายเพราะรู้สึกว่ตนเองไร้ค่า ไม่สมควรมีชีวิตอยู่หรือไม่สามารถจัดการกับความเศร้าหรือความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นได้

10) ความผิดปกติของบุคลิกภาพแบบ borderline มักมีความไม่มั่นคงทางอารมณ์ พฤติกรรมสัมพันธ์ภาพและภาพลักษณ์ของตนเองมานาน มีความรู้สึกว่างเปล่าอย่างเรื้อรัง ทนอยู่คนเดียวหรือทนเหงาไม่ได้ มักมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง เมื่อไม่สามารถจัดการกับปัญหาของตนเองได้ เช่น

การกรีดข้อมือ โดยความไม่มั่นคงทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นนั้น มีความคล้ายคลึงกับอาการของโรคซึมเศร้า^(11, 39, 41)

2.1.6. เครื่องมือการประเมินที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า

เครื่องมือการประเมินที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า นิยมใช้แบบประเมินทางคลินิกเพื่อประเมินและติดตามผลลัพธ์ของโรคซึมเศร้าในแต่ละด้าน ซึ่งแบ่งเป็นเครื่องมือที่ต้องประเมินโดยบุคลากรทางการแพทย์และเครื่องมือที่ผู้ป่วยสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง ดังแสดงในตารางที่ 3 เครื่องมือสำหรับผลลัพธ์ด้านอาการซึมเศร้าสามารถใช้ประเมินอาการและความรุนแรงของโรค เพื่อประโยชน์ในการวินิจฉัยและวางแผนการรักษา นอกจากนี้ยังสามารถใช้ในการคัดกรองเบื้องต้นและติดตามการรักษาโรคซึมเศร้าได้ ทั้งนี้การติดตามผลการรักษาของโรคซึมเศร้าไม่เพียงแต่ติดตามอาการของโรค แต่ยังต้องติดตามและประเมินความบกพร่องของการทำหน้าที่ ทั้งในด้านการดำเนินชีวิตประจำวันและการทำงาน อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยร่วมด้วย⁽⁴²⁾

ตารางที่ 3 ตัวอย่างเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า⁽⁴²⁾

ผลลัพธ์ที่ติดตาม	ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ประเมินและติดตามผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า	
	ประเมินโดยบุคลากรทางการแพทย์	ประเมินโดยผู้ป่วย
1.อาการซึมเศร้า	- Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D, HAM-7) - Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) - Inventory for Depressive Symptomatology (IDS)	- Patient Health Questionnaire (PHQ-9) - Quick Inventory for Depressive Symptomatology. Self-Rated (QIDS-SR) - Clinically Useful Depression Outcome Scale (CUDOS)
2. การทำหน้าที่	- Multidimensional Scale of Independent Functioning (MSIF) - WHO Disability Assessment Scale (WHO-DAS) - Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS)	- Sheehan Disability Scale (SDS) - WHO-DAS, self-rated - Lam Employment Absence and Productivity Scale (LEAPS)
3. อาการไม่พึงประสงค์	- UKU Side Effect Rating Scale	-Frequency, Intensity and Burden of Side Effects Rating (FIBSER)
4. คุณภาพชีวิต	- Quality of Life Interview (QOLI)	- Quality of Life, Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (QLESQ) - EuroQoL-5D (EQ-5D)

เครื่องมือประเมินอาการซึมเศร้าที่อิงตามเกณฑ์วินิจฉัยทางคลินิก

เครื่องมือที่อิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยทางคลินิก มีลักษณะเป็นการสัมภาษณ์เชิงวินิจฉัยอย่างมีโครงสร้างหรือกึ่งโครงสร้าง (structured or semi-structured diagnostic interview) อาศัยเกณฑ์การวินิจฉัยตามระบบ Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (DSM) หรือ International Statistical Classification of Disease (ICD) ตัวอย่างเครื่องมือในลักษณะที่เป็นการวินิจฉัย “โรคซึมเศร้า” ได้แก่ แบบประเมินโรคซึมเศร้า Personal Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

ทั้งนี้การดำเนินการเพื่อวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ไม่สามารถพิจารณาจากผลของเครื่องมือได้โดยตรง หากพบความผิดปกติของผลการประเมินโดยเครื่องมือดังกล่าว ต้องส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์ เพื่อพิจารณาทบทวนอาการจากแบบประเมิน PHQ-9 (ตารางที่ 4) ร่วมกับเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM และการวินิจฉัยแยกโรคโดยแพทย์ (ตารางที่ 5) จึงจะสามารถวินิจฉัยโรคซึมเศร้าได้

การแปลผลของแบบประเมิน PHQ-9 และการวินิจฉัยแยกโรคโดยแพทย์ หากผลการประเมิน PHQ-9 มีอาการในส่วนที่แรเงาไม่น้อยกว่า 5 ข้อ ร่วมกับมีอาการในข้อ 1 หรือ 2 ในพื้นที่แรเงา และผลการวินิจฉัยแยกโรคผู้ป่วยมีภาวะ dysfunction/distress โดยไม่ปรากฏภาวะ normal bereavement, medication conditions and related substances หรือ mania/hypomania ร่วมด้วย แพทย์พิจารณาวินิจฉัยโรคเป็น โรคซึมเศร้าหลัก (major depressive disorder) แล้วจึงตรวจสอบว่า ผู้ป่วยเคยมีอาการของโรคซึมเศร้าเกิดมาก่อน และมีช่วงเวลาที่หายเป็นปกติอย่างน้อย 2 เดือนติดต่อกัน หรือไม่ เพื่อพิจารณาภาวะ recurrent ของโรค⁽³⁹⁾

แบบประเมินโรคซึมเศร้า Personal Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ดังแสดงในตารางที่ 4 เป็นเครื่องมือที่ให้คะแนนด้วยตนเอง และเนื้อหาของเครื่องมืออ้างอิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าหลัก (major depressive disorder) ของ DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth edition) ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ โดยคะแนนของข้อคำถามแต่ละข้อมี 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย (คะแนน=0) มีบางวันไม่บ่อย (คะแนน=1) มีค่อนข้างบ่อย (คะแนน=2) และมีเกือบทุกวัน (คะแนน=3) โดยมีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0 ถึง 27 คะแนน ซึ่งจากการศึกษาในผู้ป่วยไทยพบว่าผู้ที่มีคะแนนรวม ตั้งแต่ 9 ขึ้นไปถือว่าเป็นโรคซึมเศร้า (sensitivity = 0.84, specificity = 0.77)⁽⁴³⁾

ตารางที่ 4 แบบประเมินโรคซึมเศร้า Personal Health Questionnaire-9 (PHQ-9)⁽³⁹⁾

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มี เลย	เป็นบาง วัน1-7 วัน	เป็นบ่อย >7 วัน	เป็น ทุกวัน
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร*	0	1	2	3
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้*	0	1	2	3
3. หลับยาก หรือหลับๆตื่นๆหรือหลับมากไป	0	1	2	3
4. เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5. เบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป	0	1	2	3
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่า ตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7. สมาธิไม่ได้เวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุหรือ ทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8. พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้หรือ กระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3
รวมคะแนน				

* อาการเหล่านี้ต้องเป็นอยู่เกือบทั้งวัน (Most of the day)

ตารางที่ 5 การวินิจฉัยแยกโรคซึมเศร้า เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโดยแพทย์⁽³⁹⁾

ผลกระทบของอาการจาก PHQ-9	ใช่	ไม่ใช่
Dysfunction/Distress อาการผิดปกติในภาพที่ 1 ก่อให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิต ส่งผลต่อกิจวัตรประจำวัน หน้าที่การ งานหรือกิจกรรมด้านสังคมอย่างเห็นได้ชัดหรือทุกข์ ทรมานใจ		
ภาวะที่ต้องพิจารณาแยกจากโรคซึมเศร้า		
Normal bereavement อาการเศร้าโศกเสียใจจากการพลัดพรากสูญเสียจากสิ่งที่รัก ในช่วงไม่เกิน 2 เดือนหลังจากเกิด เหตุการณ์ และไม่มีการหมกหมุ่นว่าตนเองไร้ค่าหรือไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย		
ความผิดปกติของสารเคมี (เช่น ยาหรือสารเสพติด) หรือภาวะการเจ็บปวดทางกาย ความผิดปกติด้านสรีรวิทยาของสาร เช่น ยาหรือสารเสพติด และ ภาวะการเจ็บปวดหรือ โรคทางกายที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า เช่น การติดเชื้อ ความผิดปกติของ ต่อมไร้ท่อ ความผิดปกติทางประสาทวิทยา carcinoma ความผิดปกติของสารอาหาร ภาวะสมองขาดเลือด และ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย		

ผลกระทบของอาการจาก PHQ-9
ใช่ ไม่ใช่

Mania, Hypomania

- รู้สึกคึกคัก ครื้นเครง หรือมีเรี่ยวแรงทำอะไรไม่หยุด จนก่อให้เกิดปัญหาให้กับตนเอง หรือมีอาการดังกล่าวจนคนรอบข้างคิดว่าเปลี่ยนไปไม่เหมือนเดิม โดยไม่มีสาเหตุมาจากการเมาสุรา หรือสารเสพติด (พิจารณาช่วงตลอดชีวิตที่ผ่านมา)
 - รู้สึกหงุดหงิดง่ายมาก จนทำให้เกิดการทะเลาะ โต้เถียงหรือตวาดใส่คนอื่นที่ไม่ใช่คนในครอบครัว ติดต่อกันนานหลายวัน (พิจารณาช่วงตลอดชีวิตที่ผ่านมา)
-

เครื่องมือประเมินอาการซึมเศร้าอื่นๆ

เครื่องมือที่ใช้วัด “อาการซึมเศร้า” ที่มีผลอย่างสำคัญในระดับคลินิก เช่น Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) และ Beck Depression Inventory (BDI) โดยทั่วไป เครื่องมือที่ใช้วัดอาการซึมเศร้าเมื่อใช้วัดผลความชุกของอาการซึมเศร้า มักให้ค่าความชุกที่สูงกว่าผลของเครื่องมือในลักษณะที่เป็นการวินิจฉัย จากการศึกษาพบว่าค่าความชุกที่ได้จากการใช้เครื่องมือในลักษณะที่วัดอาการซึมเศร้านักพบความชุกระหว่าง ร้อยละ 7.2-49 ซึ่งสูงกว่าค่าความชุกที่ได้จากเครื่องมือในลักษณะของการวินิจฉัย ซึ่งพบความชุกระหว่าง ร้อยละ 0.9-9

แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai geriatric depression scale: TGDS)

มีต้นแบบจาก Geriatric depression scale (GDS) ของ Yesavage และ อรรวรรณ ลีทองอินทร์ แปลเป็นภาษาไทยและมีค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือ เท่ากับ 0.94 กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองได้มีการเรียบเรียงคำถามขึ้นใหม่ในบางหัวข้อ เพื่อความชัดเจนและเข้าใจง่ายสำหรับผู้สูงอายุของไทย ลักษณะของแบบวัดความเศร้านี้เป็นการตอบแบบประเมินความรู้สึกเศร้าของตนเองในช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ผ่านข้อคำถาม 30 ข้อ โดยการตอบคำถามว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ ลักษณะคำถามเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองทางร่างกายจิตใจและสังคม การคิดคะแนนข้อละ 0 หรือ 1 คะแนน แบ่งคำถามออกเป็น 2 กลุ่มคือ

- 1) ข้อคำถามด้านความรู้สึกบวก 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 หากตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน
- 2) ข้อคำถามด้านความรู้สึกลบ 20 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 28 หากตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน

เวลาเฉลี่ยในการทดสอบ คือ 10 นาที (5-15 นาที) ค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Kuder - Richardson 20 ;KR-20) 0.93

การแปลผล

- ผู้สูงอายุปกติ คะแนน 0-12 คะแนน
- ผู้มีความเศร้าเล็กน้อย (mild depression) คะแนน 13-18 คะแนน
- ผู้มีความเศร้าปานกลาง (moderate depression) คะแนน 19-24 คะแนน
- ผู้มีความเศร้ารุนแรง (severe depression) คะแนน 25-30 คะแนน⁽⁴⁴⁾

แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck ฉบับภาษาไทย (Beck depression inventory-IA/II) ในปัจจุบันมีแบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck ฉบับภาษาไทย 2 รุ่น ได้แก่

แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck รุ่น II ฉบับภาษาไทย (Beck depression inventory-II; BDI-II) แปลเป็นภาษาไทยและพัฒนาโดย นันทิกา ทวิชาชาติ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ มีความน่าเชื่อถือและความแม่นยำในเกณฑ์ดี มีความเที่ยง คือ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.91 และมีความตรง คือ ค่า Spearman's correlation coefficient ที่สะท้อนถึงความสัมพันธ์ระหว่างแบบประเมิน BDI-II กับ The Hamilton rating scale for depression (HRSD) เท่ากับ 0.71 ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วยคะแนน 4 แบบ คือ 0, 1, 2, 3 คะแนน

การแปลผล แบ่งภาวะซึมเศร้าเป็น 4 ระดับดังนี้

- ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนน 0-13 คะแนน
- ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนน 14-19 คะแนน
- ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง คะแนน 20-28 คะแนน
- ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง คะแนน 29-63 คะแนน

แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของ Beck Depression Inventory – IA (BDI-IA) ฉบับภาษาไทย แปลเป็นภาษาไทยและพัฒนาโดย มุกดา ศรีรงค์ เครื่องมือถูกทดสอบความเชื่อมั่นในคนที่ มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.82 แบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ โดยคำตอบที่ได้จะนำมาให้ คะแนนแต่ละข้อเป็น 0-3 คะแนน แล้วนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน

การแปลผล แบ่งภาวะซึมเศร้าเป็น 5 ระดับดังนี้

- ปกติ คะแนน 0 - 9 คะแนน
- อารมณ์ซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนน 10 - 15 คะแนน
- อารมณ์ซึมเศร้าปานกลาง คะแนน 16 - 19 คะแนน
- อารมณ์ซึมเศร้ามาก คะแนน 20 - 29 คะแนน
- อารมณ์ซึมเศร้ารุนแรง คะแนน 30 - 36 คะแนน

หากคะแนนโดยรวมตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีปัญหาควรได้รับคำแนะนำปรึกษาจาก ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต

2.1.7. การดำเนินของโรคซึมเศร้า

คำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินของโรคซึมเศร้าและการรักษา (ภาพที่ 1)

1) episode คือ ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ depressive disorder

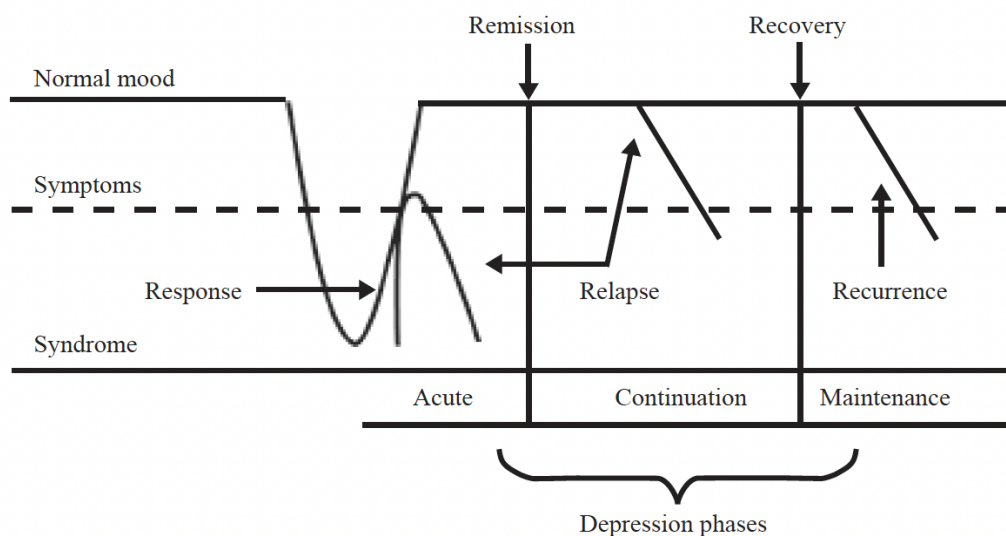
2) response คือ ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

3) remission คือ ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยไม่มีอาการเลยหลังจากได้รับการรักษา แต่ยังไม่ถึง 6 เดือน

4) recovery คือ ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยไม่มีอาการ ไม่น้อยกว่า 6 เดือน

5) relapse คือ การกำเริบของอาการ หมายถึง ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยกลับมามีอาการมากขึ้นในขณะที่ยังเข้าสู่ partial หรือ full remission

6) recurrence คือ การกลับมาเป็นซ้ำของโรค หมายถึง ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยกลับมามีอาการอีก ในขณะที่เข้าสู่ recovery แล้ว นับเป็นการเกิด episode ใหม่ของโรคซึมเศร้า^(20, 42)



ภาพที่ 1 การดำเนินของโรคซึมเศร้าและการรักษา⁽⁴⁵⁾

โรคซึมเศร้าเป็นภาวะการเจ็บป่วยที่มีลักษณะเรื้อรัง มักมีอาการเป็นช่วงๆ และกลับมาเป็นซ้ำได้บ่อย โดยมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 10-15 ที่เป็นโรคซึมเศร้าแบบ single episode จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักประมาณครึ่งหนึ่งมีการเกิดโรค (onset) ครั้งแรก ในช่วงอายุก่อน 40 ปี หากเป็นโรคซึมเศร้าโดยไม่ได้รับการรักษา อาการของโรคจะคงอยู่ประมาณ 6-13 เดือน แต่หาก

ได้รับการรักษา มักมีอาการของโรคคงอยู่ประมาณ 3 เดือน โดยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 20 มีอาการคงอยู่ตลอดไม่ทุเลาลง บางรายอาจมีอาการเรื้อรังนานเกิน 5 ปี

ในช่วงระยะเวลาการเป็นโรคซึมเศร้า 20 ปี พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้ามีจำนวนเฉลี่ยของการเกิด depressive episode ประมาณ 5-6 ครั้ง หากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการเกิดภาวะซึมเศร้าบ่อยครั้งขึ้น ก็จะทำให้ระยะห่างระหว่างแต่ละ depressive episode สั้นลง โดยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการครั้งแรกมีโอกาสการกลับมาเป็นซ้ำครั้งต่อไปร้อยละ 50 และผู้ป่วยที่มีอาการครั้งที่ 2 และ 3 มีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำครั้งต่อไปร้อยละ 70 และ 90 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการรักษาและเข้าสู่ช่วงปราศจากอาการแต่ไม่สามารถคงสภาวะดังกล่าวในช่วง 6 เดือนแรกได้ (incomplete remission) มักมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำมากกว่า 3 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการรักษาและคงช่วงปราศจากอาการได้ถึงสองเดือน (complete remission) ปัจจัยทำนายที่มีผลต่อโรคซึมเศร้า ดังแสดงในตารางที่ 6 ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่า ภายหลังจากมีอาการของโรคซึมเศร้า 6-10 ปี ผู้ป่วยร้อยละ 5-10 มักมีอาการของภาวะแมนี (manic episode) ตามมา (10, 20)

ตารางที่ 6 ปัจจัยทำนายที่ผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้า (10, 42)

ปัจจัยป้องกัน	ปัจจัยเสี่ยง
1) การเกิดโรคครั้งแรก (onset) ในช่วงอายุที่มาก	1) การพบโรคร่วมในกลุ่มโรคจิตกึ่งวง
2) การมี depressive episode ที่รุนแรงน้อย	2) การพบโรคร่วม dysthymic disorder
3) การไม่พบอาการทางจิต (psychosis) ร่วม ขณะมี depressive episode	3) การใช้สุราและสารเสพติด
4) ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลสั้น	4) เพศชายที่มีประวัติมีภาวะซึมเศร้ามากกว่า 1 ครั้ง
5) การรักษาโรคซึมเศร้าแบบพักรักษาตัวใน โรงพยาบาล ≤ 1 ครั้ง	
6) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นในช่วงวัยรุ่น	
7) การมีครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ปกติ	
8) การมีหน้าที่ในสังคมแบบปกติมานาน 5 ปีก่อนป่วย	
9) การไม่มีโรคร่วมทางจิตเวชและความผิดปกติทาง บุคลิกภาพ	

2.1.8. การรักษาโรคซึมเศร้า

การรักษาโรคซึมเศร้า แบ่งออกเป็น 3 ระยะ โดยในแต่ละระยะจะมีแนวทางการรักษาและเป้าหมายในการรักษาที่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 7 และภาพที่ 1

ตารางที่ 7 ระยะของการรักษาโรคซึมเศร้า^(10, 42, 46)

ระยะการรักษา	ระยะเวลา	เป้าหมายการรักษา	แนวทางการรักษา
1. ระยะเฉียบพลัน (acute)	8-12 สัปดาห์	<ul style="list-style-type: none"> - การบรรเทาอาการซึมเศร้าจนเข้าสู่ระยะไม่มีอาการ (remission) - ป้องกันความเสี่ยงจากการฆ่าตัวตาย การทำร้ายตัวเอง หรือผู้อื่น (ถ้ามี) - การติดตามอาการไม่พึงประสงค์ระหว่างการรักษา - การฟื้นฟูการทำหน้าที่ในการดำรงชีวิตประจำวันและการทำงาน ครอบครัวและสังคม 	<ul style="list-style-type: none"> - การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษา - การให้ความรู้คำแนะนำทางจิตใจ (psychoeducation) - การพิจารณาและปรับการรักษาด้วยยาแก้ซึมเศร้าหรือการรักษาแบบอื่นอย่างเหมาะสม - การวิเคราะห์ถึงสาเหตุ รวมทั้งปัจจัยทางจิตสังคม เพื่อร่วมกันหาวิธีการจัดการอย่างเหมาะสม - การติดตามการดำเนินของโรค
2. ระยะต่อเนื่อง (continuation)	6-9 เดือน	<ul style="list-style-type: none"> - การทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นและกลับคืนสู่ระดับปกติ 	<ul style="list-style-type: none"> - การได้รับความรู้และการสนับสนุนในการบริหารจัดการตนเอง
3. ระยะยาว/ระยะคงสภาพ (maintenance)	6-24 เดือน หรือนานกว่านั้น	<ul style="list-style-type: none"> - การป้องกันการกำเริบ (relapse) ในระยะต่อเนื่อง และการกลับมาเป็นซ้ำ (recurrence) เมื่อเข้าสู่ระยะคงสภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> - การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitate) - การรักษาด้วยยาแก้ซึมเศร้าหรือการรักษาแบบอื่นอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ - การรักษาโรคร่วม - การติดตามการกลับมาเป็นซ้ำ

1) **ระยะเฉียบพลัน (acute phase)** มีเป้าหมายเพื่อให้บรรเทาอาการโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยลง จนไม่มีอาการ (remission) และกลับมาทำหน้าที่ทั้งในด้านชีวิตประจำวัน ครอบครัว การทำงาน และสังคมได้อย่างปกติ โดยทั่วไปมีระยะเวลาประมาณ 8-12 สัปดาห์ ควรพิจารณาการรักษาให้เหมาะสม มีประสิทธิภาพตามระดับความรุนแรงของอาการและอาการร่วมของผู้ป่วยและปลอดภัย หากเริ่มยาให้เริ่มจากขนาดต่ำและค่อยๆ ปรับเพิ่มโดยใช้เวลาประมาณ 2-4 สัปดาห์ต่อการปรับเพิ่มแต่ละครั้ง หากไม่ตอบสนองอย่างน้อย 4-6 สัปดาห์ควรพิจารณาปรับเปลี่ยนการรักษา^(11, 39, 42)

2) **ระยะต่อเนื่อง (continuation phase)** ส่วนใหญ่คือการใช้ยาแก้ซึมเศร้าต่อเนื่องอย่างน้อย 4-9 เดือนหลังไม่มีอาการหรือตามระยะเวลาการเจ็บป่วยครั้งก่อน เพื่อป้องกันการกำเริบ หาก

รับประทานยาอย่างต่อเนื่องแต่ยังคงพบอาการกำเริบ ควรพิจารณาเพิ่มขนาดยาหรือพบทวนหาสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของอาการกำเริบ เช่น โรคร่วม ความเครียด ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกรายต้องได้รับการรักษาทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะต่อเนื่องโดยใช้ระยะเวลารวมกันอย่างน้อย 6-9 เดือน

3) ระยะยาว/ระยะคงสภาพ (maintenance phase) เป็นระยะภายหลังจากระยะต่อเนื่อง มีจุดประสงค์สำคัญในการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ เพื่อลดความรุนแรงและลดจำนวนของการกลับมาเป็นซ้ำของโรค โดยจะพิจารณาให้ยาป้องกันนานอย่างน้อย 2 ปี ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำสูง มีประวัติอาการรุนแรงมากใน depressive episode ครั้งก่อน มีประวัติมีความคิดอยากฆ่าตัวตายอย่างมาก หรือเสียการทำหน้าที่อย่างรุนแรงเมื่อมีอาการของ depressive episode ทั้งนี้หากผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและไม่เข้าข่ายมีความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำดังกล่าว หลังไม่มีอาการในระยะต่อเนื่องครบ 6-9 เดือน อาจพิจารณาข้อดีและข้อเสียของการใช้ยาต่อ ร่วมกับปัจจัยเสี่ยงของอาการกำเริบและพิจารณาหยุดยาหรือใช้ยาต่อ ทั้งนี้หากมีการป่วยซ้ำ คือ การป่วยแต่ละครั้งห่างกันน้อยกว่า 2.5 ปี ควรใช้ยาป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำอย่างต่อเนื่อง 5 ปี การป่วยซ้ำตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไปหรือมีการป่วยซ้ำเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าเรื้อรังอาจต้องใช้ยาตลอดชีวิต (10, 11, 42)

การพิจารณารับผู้ป่วยเข้ารับการรักษในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน (hospitalization) มีข้อบ่งชี้ ดังต่อไปนี้

- 1) ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงในการฆ่าตัวตาย หรือการทำอันตรายทั้งต่อตนเองหรือผู้อื่น เช่น การหนีออกจากบ้าน การไม่รับประทานยาหรืออาหาร การไม่มีที่พักอาศัย เป็นต้น
- 2) ผู้ป่วยมีการดำเนินของโรคอย่างรวดเร็วและรุนแรง หรือ ไม่มีผู้ที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด
- 3) ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบผู้ป่วยนอก หรือจำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอย่างละเอียด อันเป็นเหตุจำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล^(10, 39)

วิธีการรักษาโรคซึมเศร้า

การรักษาโรคซึมเศร้าประกอบด้วยการรักษาทางจิตสังคมและ/หรือการรักษาทางชีวภาพ เพื่อผลการตอบสนองที่ดีและลดการกลับเป็นซ้ำ ก่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดของการรักษา

1) การรักษาทางชีวภาพ ประกอบด้วย

1.1) การรักษาด้วยยา (pharmacotherapy)

การรักษาโรคซึมเศร้าด้วยยา จะใช้ยาในกลุ่มยาแก้ซึมเศร้า (antidepressants) ได้แก่ ยากลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) เช่น fluoxetine, sertraline ยากลุ่ม tricyclic antidepressant (TCA) เช่น amitriptyline, imipramine, clomipramine

ยากลุ่ม monoamine oxidase inhibitors (MAOIs) เช่น moclobemide, selegiline transdermal และกลุ่มอื่นๆ เช่น bupropion, mirtazapine, venlafaxine, trazodone โดยยามีประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการซึมเศร้าเนื่องจากหลากหลายสาเหตุ และสามารถบรรเทาอาการร่วมอื่นๆ เช่น นอนไม่หลับ หงุดหงิด หรือเบื่ออาหาร โดยยาแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกันด้านกลไกการออกฤทธิ์ ผลข้างเคียงของยาและราคา แต่ไม่แตกต่างกันในด้านประสิทธิภาพ ความเร็วในการตอบสนองต่อยา หรือผลระยะยาว การใช้ยาแก้มซึมเศร้าต้องใช้อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือนหรือเทียบเท่ากับระยะเวลา depressive episode ก่อนหน้า เพราะหากหยุดยาก่อน 3 เดือนจะเพิ่มโอกาสการเกิด การกำเริบของโรคซ้ำได้ การเริ่มใช้ยาแก้มซึมเศร้าเพื่อการรักษาในระยะเฉียบพลันมีข้อควรพิจารณาดังต่อไปนี้

- ระยะเวลาในการออกฤทธิ์ของยา ในช่วงแรกของการใช้ยา ยาจะใช้เวลาประมาณ 1-2 สัปดาห์จึงจะเริ่มเห็นประสิทธิภาพของการรักษา ขึ้นอยู่กับชนิดและรูปแบบบริหารยา โดยอาการที่แสดงถึงประสิทธิภาพของการรักษาช่วงแรกมักเป็นอาการทางร่างกาย เช่น อาการนอนไม่หลับ กระสับกระส่าย อ่อนเพลีย และต้องใช้เวลาประมาณ 4-6 สัปดาห์จึงจะเริ่มเห็นประสิทธิภาพต่ออาการทางด้านอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้า ดังนั้นในช่วงแรกของการเริ่มยาแก้มซึมเศร้า จึงอาจพิจารณาใช้ยากลุ่มคลายกังวล-นอนหลับ เช่น ยากลุ่ม benzodiazepines เพื่อช่วยบรรเทาอาการร่วม เช่น กระสับกระส่าย วิดกกังวล นอนไม่หลับ เป็นต้น

- ชนิดและรูปแบบการใช้ยาแก้มซึมเศร้า การพิจารณาใช้ยาแก้มซึมเศร้าในครั้งแรก ควรเริ่มด้วยรูปแบบยาเดี่ยว (monotherapy) ก่อน โดยเริ่มยาในขนาดต่ำ ๆ แล้วจึงค่อยๆ ปรับเพิ่มจนได้ขนาดที่มีผลต่อการรักษา (therapeutic dose) โดยใช้เวลาประมาณ 2-4 สัปดาห์ในการพิจารณาการตอบสนองของยาในแต่ละครั้ง ทั้งนี้หากยาอยู่ในขนาดที่มีผลต่อการรักษาแล้ว และมีระยะเวลาที่นานอย่างน้อย 4-6 สัปดาห์ แต่ผู้ป่วยยังไม่มี การตอบสนองต่อการรักษา ควรพิจารณาเปลี่ยนชนิดยาหรือส่งต่อเพื่อพบกับจิตแพทย์ หากเป็นการรักษาโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป จากการศึกษาพบว่ายาแก้มซึมเศร้าแต่ละชนิดมีประสิทธิภาพใกล้เคียงกัน ดังนั้นการพิจารณาเลือกชนิดของยาจึงควรพิจารณาปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น อาการแสดงของผู้ป่วย ระดับความรุนแรง อาการไม่พึงประสงค์ของยา อันตรกิริยาระหว่างยา การตอบสนองต่อยาในอดีต โรคร่วม ราคาและสิทธิการรักษาของผู้ป่วย เป็นต้น ทั้งนี้ในระหว่างการใช้ยา ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินและเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ระหว่างการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในช่วงแรกที่เริ่มยา (10, 11, 39, 42)

แนวทางการรักษาโรคซึมเศร้าโดย Canadian Psychiatric Association and Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) แนะนำยาแก้มซึมเศร้า รุ่นที่สอง (second-generation antidepressants) เป็นทางเลือกลำดับแรกในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักที่มีความรุนแรงของโรคในระดับปานกลางและรุนแรง (พิจารณาจากอาการและ

ความบกพร่องในการทำหน้าที่) ทั้งนี้หากผู้ป่วยมีความรุนแรงระดับเล็กน้อยควรพิจารณาการให้ความรู้คำแนะนำทางจิตใจ (psychoeducation) วิธีการจัดการตนเอง และการรักษาทางจิตบำบัด โดยอาจพิจารณาการใช้ยาแก้ซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีอาการระดับเล็กน้อยในบางสถานการณ์ ได้แก่ ความต้องการของผู้ป่วย ประวัติการตอบสนองต่อยาแก้ซึมเศร้าในการรักษาที่ผ่านมา หรือประวัติการไม่ตอบสนองต่อการรักษาที่ไม่ใช้ยาแก้ซึมเศร้า กระบวนการพิจารณาเพื่อเลือกใช้ยาแก้ซึมเศร้าควรเกิดขึ้นจากความเชี่ยวชาญของแพทย์ร่วมกับการรับรู้และความต้องการของผู้ป่วย โดยพิจารณาจากปัจจัยในตารางที่ 8 CANMAT แนะนำยาแก้ซึมเศร้ากลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs), กลุ่ม serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors (SNRIs), agomelatine, bupropion, mirtazapine และ vortioxetine เป็นทางเลือกลำดับแรกในการรักษาโรคซึมเศร้าหลัก นอกจากนี้ยังแนะนำยาแก้ซึมเศร้าชนิดอื่นสำหรับการรักษาโรคซึมเศร้าหลัก⁽⁴²⁾ ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 8 ปัจจัยสำหรับพิจารณาเลือกยาแก้ซึมเศร้าเพื่อรักษาโรคซึมเศร้าหลัก⁽⁴²⁾

ปัจจัยด้านผู้ป่วย	ปัจจัยด้านการรักษา
- อาการและอาการแสดงทางคลินิก	- ประสิทธิภาพของการรักษา
- ภาวะโรคร่วม	- ความทนต่อยา (ผลข้างเคียงของยา)
- ความต้องการของผู้ป่วย	- การเกิดอันตรกิริยาของยา
- ประวัติการตอบสนองด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยต่อการรักษาด้วยยาแก้ซึมเศร้า	- ความยากง่ายในการใช้ยา
	- ค่าใช้จ่ายและความเป็นไปได้ในการเลือกใช้

ตารางที่ 9 สรุปคำแนะนำในการรักษาโดยใช้ยาแก้ซึมเศร้าของ CANMAT^(42, 47, 48)

ยาแก้ซึมเศร้า	ชื่อการค้า	กลไกการออกฤทธิ์	ขนาดเริ่มต้น (มก./วัน)	ขนาดการรักษา (มก./วัน)
ยาทางเลือกลำดับแรก				
Sertraline	Zoloft	SSRI	50	50-200
Fluoxetine	Prozac	SSRI	20	20-60
Paroxetine	Paxil ^a	SSRI	20	20-50 25-62.5 (CR)
Escitalopram	Lexapro	SSRI	10	10-20
Fluvoxamine	Luvox	SSRI	50	100-300
Citalopram	Celexa	SSRI	20	20-40
Duloxetine	Cymbalta	SNRI	30	60
Venlafaxine	Effexor ^b	SNRI	37.5-75	75-225
Desvenlafaxine	Pristiq	SNRI	50	50-100

ยาแก้ซึมเศร้า	ชื่อการค้า	กลไกการออกฤทธิ์	ขนาดเริ่มต้น (มก./วัน)	ขนาดการรักษา (มก./วัน)
Milnacipran	Ixel	SNRI	50 bid	100
Bupropion	Wellbutrin ^c	NDRI	150 (75 bid)	150-300
Agomelatine	Valdoxan	MT1 และ MT2 agonists, 5-HT ₂ antagonist	25	25-50
Mianserin	Tolvon	Alpha2-adrenergic antagonist, 5-HT antagonist	30-40	60-120
Mirtazapine	Remeron ^d	Alpha2-adrenergic antagonist, 5-HT antagonist	15	15-45
Vortioxetine	Brintellix, Trintellix	Serotonin reuptake inhibitor: 5-HT _{1A} agonist; 5-HT _{1B} partial agonist; 5-HT _{1D} , 5-HT _{3A} , and 5-HT ₇ antagonist	10	10-20
ยาทางเลือกลำดับสอง				
Amitriptyline, Clomipramine และ TCA อื่น		TCA	ตามชนิดยา Amitriptyline 25	ตามชนิดยา Amitriptyline 50-150
Moclobemide	Manerix	Reversible MAO-A inhibitor	300	300-600
Selegiline transdermal	Emdam	Irreversible MAO-B inhibitor	6 transdermal	6-12 transdermal
Levomilnacipran	Fetzima	SNRI	20	40-120
Quetiapine	Seroquel ^b	Atypical antipsychotic	50	150-300
Trazodone	Desyrel	5-HT reuptake inhibitor, 5-HT ₂ antagonist	50	150-300
Vilazodone	Vibryd	5-HT reuptake inhibitor; 5-HT _{1A} partial agonist	10	20-40
ยาทางเลือกลำดับสาม				
Phenelzine	Nardil	Irreversible MAO	15 tid	45-90
Tranlycypromine	Parnate		20-30	20-60
Reboxetine	Edronax	Noradrenaline reuptake inhibitor	8	8-10

SSRI; Selective serotonin reuptake inhibitor, SNRI; Selective serotonin noradrenaline reuptake inhibitor, NDRI; Noradrenaline Dopamine reuptake inhibitor, MT; Melatonin, 5-HT; Serotonin, TCA; Tricyclic antidepressant, MAO; Monoamine oxidase

^aรูปแบบ controlled release (CR), ^bรูปแบบ extended release (XR), ^cรูปแบบ sustained release (SR) และ extended release (XL), ^dรูปแบบ rapid dissolving (RD)

สำหรับในประเทศไทย แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ พ.ศ. 2553 แนะนำการเริ่มยาแก้ซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับ CANMAT คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักที่มีอาการระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยอาจพิจารณาให้ยาในผู้ป่วยที่มีอาการเล็กน้อยแต่มีประวัติการเกิดอาการระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก่อน ลำดับการพิจารณาเลือกใช้ยาแก้ซึมเศร้าควรเริ่มพิจารณาจากยาในกลุ่ม SSRI เป็นลำดับแรก โดยเป็นการให้การรักษารูปแบบยาเดี่ยว ซึ่งสอดคล้องกับการแนะนำของ CANMAT ควรเริ่มยาในขนาดต่ำ ขนาดเริ่มต้นที่แนะนำคือ fluoxetine 20 มก./วัน sertraline 50 มก./วัน หรือ paroxetine 10 มก./วัน นอกจากนี้อาจพิจารณายาในกลุ่ม tricyclic antidepressants (TCAs) เช่น amitriptyline เป็นอีกหนึ่งทางเลือกของการรักษา ทั้งนี้พบว่ายาในกลุ่ม TCA มักมีอาการไม่พึงประสงค์และผลข้างเคียงมากกว่ายาในกลุ่ม SSRI จึงไม่ถูกแนะนำในการใช้เป็นลำดับแรก

ภายหลังจากการเริ่มยา หากอาการไม่ดีขึ้นหรือแย่ลง แม้ว่าผู้ป่วยจะถูกปรับแผนการรักษาอย่างเหมาะสมในช่วงเวลาที่ถูกต้อง อาจจำเป็นต้องพิจารณาการใช้ยาแบบผสม ซึ่งก็คือการนำยาแก้ซึมเศร้า 2 ชนิดขึ้นไปมาใช้ร่วมกัน โดยควรเป็นยาที่มีกลไกการออกฤทธิ์ของยาที่แตกต่างกัน และส่งเสริมให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษาที่สูงขึ้นหรือทำให้ผู้ป่วยทนต่อยาได้ดีขึ้น โดยการได้รับยาแก้ซึมเศร้าแบบผสมมีข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อยา (treatment resistant depression; TRD) หรือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาแก้ซึมเศร้าชนิดเดียวไม่ได้ผล ซึ่งการได้รับยาแก้ซึมเศร้าในรูปแบบผสมนี้ต้องมีการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ระหว่างใช้ยาอย่างระมัดระวัง เนื่องจากมีความเสี่ยงในการเกิดผลข้างเคียงจากยาและอันตรกิริยาระหว่างยามากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังมีผลเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วย นอกจากนี้ยาแก้ซึมเศร้าแล้ว ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาจได้รับยากลุ่มคลายกังวล-นอนหลับ เพิ่มเติมในช่วงแรกของการรักษา เช่น ยากลุ่ม benzodiazepine ได้แก่ diazepam, clorazepate, chlordiazepoxide, lorazepam, clonazepam หรือ alprazolam เพื่อบรรเทาปัญหาอาการทางกายของโรค ได้แก่ นอนไม่หลับ หรืออาการวิตกกังวล เช่น แน่นหน้าอก ใจสั่น ที่มักเกิดร่วมกับโรคซึมเศร้า หรือ ยากลุ่มรักษาโรคจิต (antipsychotics) เช่น haloperidol, perphenazine, aripiprazole เพื่อบรรเทาอาการทางจิต เช่น หลงผิด ประสาทหลอน ที่อาจเกิดร่วมกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยบางราย โดยเฉพาะกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าหลักที่มี severe with psychotic feature โดยขนาดยาที่ได้รับจะต่ำกว่าขนาดยาสำหรับการรักษาโรคทางจิตเภท⁽³⁹⁾

1.2) การรักษาด้วยการกระตุ้นสมอง (brain stimulation treatment)

- การรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy) พิจารณาการใช้ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อยาแก้มึนเศร้า มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูง มีอาการของโรครุนแรง มีอาการทางจิตหรือ catatonia ร่วมด้วย หรือไม่รับประทานอาหารหรือน้ำ โดยวิธีนี้ไม่สามารถป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของอาการได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อยาแก้มึนเศร้า โดยเป็นวิธีการรักษาที่ต้องทำโดยจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น ซึ่งในปัจจุบันมีเพียงบางโรงพยาบาลที่จิตแพทย์สามารถใช้วิธีการรักษาชนิดนี้ได้ เช่น โรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลประจำจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์บางแห่ง หรือโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต

- Repeated transcranial magnetic stimulation (rTMS) การสร้างสนามแม่เหล็กไฟฟ้าเพื่อเหนี่ยวนำให้เกิดกระแสไฟฟ้ากระตุ้นสมองส่วน ซีรีบรัลคอร์เท็กซ์ (cerebral cortex) บางส่วน โดยใช้อุปกรณ์ปล่อยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าผ่านหลังศีรษะ ใช้เป็นทางเลือกลำดับท้ายของการรักษา

- Vagal nerve stimulation ได้รับขึ้นทะเบียนโดยองค์การอาหารและยาในประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้าที่ต่อต่อยาหลายชนิด มีอาการกลับมาเป็นซ้ำบ่อยหรือมีภาวะเรื้อรัง แต่ไม่แพร่หลายในไทย เป็นการฝังอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ใต้ผิวหนังเพื่อกระตุ้น เส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 (vagus nerve) ด้านซ้ายในคอของผู้ป่วย^(11, 42)

2) การรักษาทางจิตสังคม

2.1) การรักษาแบบจิตบำบัด เป็นการรักษาที่พบว่ามีประสิทธิภาพและเป็นทางเลือกลำดับแรกสำหรับการรักษาโรคซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย โดยสามารถเลือกใช้ในรูปแบบเดี่ยวได้ เนื่องจากการรักษาจิตบำบัดแบบเดี่ยวมีประสิทธิภาพเทียบเท่าการรักษาด้วยยาแก้มึนเศร้าแบบเดี่ยวในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย แต่ค่อนข้างใช้เวลานานและนาน รวมถึงมีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง ทั้งนี้ต้องทำโดยผู้ที่มีความชำนาญและประสบการณ์เท่านั้น จึงจะเกิดประสิทธิผลจากการรักษา แต่หากผู้ป่วยมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง การรักษาทางจิตสังคมจะถูกแนะนำเป็นการรักษาทางเลือกเพิ่มเติมเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาทางชีวภาพ โดยการศึกษาพบว่าการทำจิตบำบัดระยะสั้น นานประมาณ 12-16 สัปดาห์มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้าได้ ได้แก่ การรักษาแบบจิตบำบัดระยะสั้น 3 วิธี คือ cognitive behavioral therapy (CBT), interpersonal therapy (IPT) และ behavioral therapy (BT)^(10, 11) ตามแนวทางการรักษาโรคซึมเศร้าโดย CANMAT แนะนำการรักษาจิตบำบัดทั้ง 3 วิธีข้างต้นเป็นทางเลือกลำดับแรกสำหรับการรักษาโรคซึมเศร้าหลักระยะเฉียบพลัน และทางเลือกลำดับแรกและลำดับสองในระยะยาวเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของอาการ นอกจากนี้ยังมีวิธีการทางจิตบำบัดประเภทอื่นที่มีการศึกษาพบประสิทธิภาพและถูกแนะนำเป็นทางเลือกในการรักษาโรคซึมเศร้าหลัก ดังแสดงในตารางที่ 10⁽⁴²⁾

ตารางที่ 10 การรักษาแบบจิตบำบัดที่ถูกแนะนำโดย CANMAT สำหรับรักษาโรคซึมเศร้าหลัก
ระยะเฉียบพลันและระยะยาว⁽⁴²⁾

การรักษาจิตบำบัด	คำแนะนำทางเลือกในการรักษาโรคซึมเศร้า	
	ระยะเฉียบพลัน	ระยะยาว
1. Cognitive-behavioral therapy (CBT)	การรักษาลำดับแรก	การรักษาลำดับแรก
2. Interpersonal therapy (IPT)	การรักษาลำดับแรก	การรักษาลำดับที่สอง
3. Behavioral therapy (BT)	การรักษาลำดับแรก	การรักษาลำดับที่สอง
4. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT)	การรักษาลำดับที่สอง	การรักษาลำดับแรก
5. Cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP)	การรักษาลำดับที่สอง	การรักษาลำดับที่สอง
6. Problem-solving therapy (PST)	การรักษาลำดับที่สอง	หลักฐานยังไม่เพียงพอ
7. Short-term psychodynamic psychotherapy (STPP)	การรักษาลำดับที่สอง	หลักฐานยังไม่เพียงพอ
8. Telephone-delivered CBT and IPT	การรักษาลำดับที่สอง	หลักฐานยังไม่เพียงพอ
9. Internet- and computer- assisted therapy	การรักษาลำดับที่สาม	หลักฐานยังไม่เพียงพอ
10. Long-term psychodynamic psychotherapy (PDT)	การรักษาลำดับที่สาม	การรักษาลำดับที่สาม
11. Acceptance and commitment therapy (ACT)	การรักษาลำดับที่สาม	หลักฐานยังไม่เพียงพอ
12. Videoconference psychotherapy	การรักษาลำดับที่สาม	หลักฐานยังไม่เพียงพอ
13. Motivational interviewing (MI)	การรักษาลำดับที่สาม	หลักฐานยังไม่เพียงพอ

- 2.2) การให้ความรู้คำแนะนำทางจิตใจ (psychoeducation)** การสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจต่อโรคซึมเศร้าและการรักษา รวมถึงการประเมินและแก้ไขความเข้าใจของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อนำไปสู่ความร่วมมือและพฤติกรรมในการรักษาที่ดี การส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดอันดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย รวมถึงการสร้างกำลังใจและบรรเทาความกังวลในการรักษาให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล การให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคซึมเศร้าและการรักษาโดยเน้นที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย โดยมีประเด็นดังต่อไปนี้
- ชื่อและความหมายของโรค รวมถึงอาการที่สะท้อนถึงการวินิจฉัยโรค
 - สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรค การดำเนินและการพยากรณ์ของโรค
 - การรักษาของโรค ครอบคลุมทั้งด้านชีวภาพ จิตใจและสังคมที่ผู้ป่วยจะได้รับ
- รวมถึงความสำคัญและข้อควรระวังในการได้รับการรักษา
- การให้ความรู้เพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อผู้ดูแล ญาติพี่น้องหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง⁽¹¹⁾

2.2. โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

2.2.1. นิยามของผู้สูงอายุ

คำว่า “ผู้สูงอายุ (elderly)” มีคำนิยามหลากหลายแตกต่างกันตามบริบทของผู้ให้ความหมาย แต่มีทิศทางของความหมายที่คล้ายคลึงกัน โดยองค์การสหประชาชาติกำหนดคำนิยามของคำว่า “ผู้สูงอายุ” หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มประชากรที่มีอายุตามปฏิทิน ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (บางครั้งใช้ตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป) ซึ่งคล้ายคลึงกับคำนิยามขององค์การอนามัยโลก⁽⁴⁹⁻⁵¹⁾ นอกจากนี้ในประเทศพัฒนาแล้วบางประเทศ ระบุนิยามของผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป⁽⁵²⁾

สำหรับประเทศไทย หากพิจารณาตามความหมายของพจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 คำว่า “สูงอายุ” หมายถึง มีอายุมาก⁽⁵³⁾ ดังนั้น ผู้สูงอายุ จึงหมายถึง ผู้ที่มีอายุมาก ความหมายตาม พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปี บริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย⁽⁵⁴⁾ และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตรา 53 ระบุว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิ์ได้รับสวัสดิการ สิ่งได้รับความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรีและความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ⁽⁵⁵⁾ ซึ่งสะท้อนถึง ช่วงวัยของผู้สูงอายุ ที่ต้องได้รับสวัสดิการจากรัฐ โดยกำหนดที่อายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ ดังนั้นหากพิจารณาในแง่ของกฎหมาย ผู้สูงอายุ จึงหมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับนิยามของผู้สูงอายุ ของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ⁽⁵²⁾ โดยหมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยแบ่งออกเป็น 3 ช่วงวัย คือ วัยต้น หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60-69 ปี วัยกลาง หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 70-79 ปี และ วัยปลาย หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป

2.2.2. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้ามักเกิดขึ้นในวัยสูงอายุมากกว่าวัยอื่น โดยเป็นผลจากการต้องเผชิญกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (grief) หรือการปรับตัวที่ล้มเหลวต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ครอบครัวยุคใหม่ การงานและสังคม การศึกษาพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (late-life depression) ร้อยละ 25-50 โดยภาวะดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ หลากหลายได้ เช่น การลดลงของอายุคาดเฉลี่ยหรือความยืนยาวของชีวิต (life expectancy) หรือ การลดประสิทธิภาพในการรักษาหรือการเพิ่มการดำเนินโรคของโรคทางกายหรือทางจิตเวช เช่น ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังทางกาย เช่น เบาหวานหรือความดันโลหิตสูง ร่วมกับภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย มีผลการรักษาแย่งหรือเกิดโรคหลอดเลือดในสมอง (stroke) แทรกซ้อน นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้ามักพบร่วมกับโรคทางกายอื่นๆ ได้บ่อยในผู้สูงอายุ เช่น โรคเบาหวาน โรคพาร์กินสัน หรือโรคอัลไซเมอร์^(38, 56, 57)

2.2.3. โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความชุกประมาณร้อยละ 2.6 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด โดยอัตราความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุของแต่ละการศึกษา มักพบแตกต่างกันตามประชากรและสถานที่ในการศึกษา เช่น หน่วยบริการปฐมภูมิ พบความชุกร้อยละ 5-10 และเพิ่มมากขึ้นในพื้นที่สถานพยาบาล เช่น ผู้ป่วยในของโรงพยาบาล (ประมาณร้อยละ 10-42) นอกจากนี้ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า มักพบประวัติโรคร่วมทางกาย เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจขาดเลือดหรือโรคหลอดเลือดในสมอง ประมาณร้อยละ 40 และโรคร่วมทางจิตเวชและระบบประสาท เช่น ภาวะรู้คิดของสมองบกพร่อง (cognitive impairment) และภาวะสมองเสื่อม (dementia) ที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยหรือภายหลังจากการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ทั้งนี้นอกจากความสัมพันธ์ระหว่างโรคซึมเศร้ากับโรคร่วมต่างๆ ข้างต้น โรคซึมเศร่ายังพบความสัมพันธ์กับภาวะการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าหรือโรคร่วมอื่นๆ โดยปัจจัยเสี่ยงที่มักเพิ่มโอกาสการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ได้แก่ การใช้สารเสพติด การเจ็บป่วยทางกายหลายโรค การถูกทารุณหรือทอดทิ้ง การขาดการดูแล การขาดการติดต่อทางสังคม การมีความเครียดทางสังคม การหย่าหรือเป็นหม้าย และความลำบากในการเข้าถึงการดูแลทางสาธารณสุข^(38, 57)

2.2.4. การวินิจฉัยและการรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

การวินิจฉัยและการรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุใช้หลักเกณฑ์เดียวกับโรคซึมเศร้าในผู้ใหญ่ แต่เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเสื่อมถอยและเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จึงทำให้เภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ของยาบางชนิดที่ใช้ในการรักษามีการเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนการบริหารยาหรือมีข้อจำกัดในการใช้ยาบางชนิด

การเปลี่ยนแปลงของเภสัชจลนศาสตร์หรือการเปลี่ยนแปลงของยาในร่างกายของผู้สูงอายุพบว่า การดูดซึม การกระจายตัว การเมแทบอลิซึมและการขจัดยาในร่างกายของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปเมื่อเทียบกับร่างกายวัยผู้ใหญ่ โดยในภาพรวมจะมีแนวโน้มในการเพิ่มความเสี่ยงของการสะสมของยาในร่างกาย

1) การดูดซึมยาในร่างกาย พบว่า การดูดซึมยาจากระบบทางเดินอาหารเข้าสู่กระแสเลือดลดลง โดยการหลั่งกรดของกระเพาะอาหารและเลือดที่เลี้ยงทางเดินอาหารลดลง จึงส่งผลให้อัตราในการดูดซึมอาหาร รวมถึงยาลดลงบ้าง ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบกับปริมาณยาที่ถูกดูดซึมพบว่าไม่แตกต่างจากวัยผู้ใหญ่ ยาที่ได้รับผลกระทบต่อการดูดซึมในผู้สูงอายุมักเป็นยาที่ละลายในไขมันได้ดีและเกิด first pass metabolism สูง เช่น propranolol

2) การกระจายตัวยา พบว่า ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของปริมาณน้ำในร่างกาย (total body water) เลือดที่ส่งออกจากหัวใจและมวลกล้ามเนื้อลดลง (lean body mass) แต่มีปริมาณไขมันรวม (total fat content) ที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นยาที่มีคุณสมบัติละลายในน้ำได้ดี เช่น digoxin จะมีปริมาตรกระจายตัวของยา (volume of distribution; Vd) ลดลง ในทางกลับกันยาที่มีคุณสมบัติละลายในไขมันได้ดี เช่น ยากลุ่ม benzodiazepines โดยเฉพาะที่ออกฤทธิ์ยาว เช่น diazepam จะมีปริมาตรกระจายตัวของยามากขึ้น กระจายตัวไปยังอวัยวะต่างๆของร่างกายได้มากขึ้นและมีโอกาสสะสมในร่างกายมากขึ้นตามมา โดยเฉพาะเมื่อใช้ยาติดต่อกันในระยะเวลาานาน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุจะมีปริมาณโปรตีนในเลือด เช่น albumin ต่ำลง ทำให้ยาที่มีคุณสมบัติจับกับโปรตีนในเลือดได้ดี อยู่ในรูปแบบอิสระมากขึ้น และอาจก่อให้เกิดภาวะระดับยาในเลือดสูง ผิดปกติหรือพิษจากยาตามมาได้ ทั้งนี้ยังพบว่าในผู้สูงอายุมักมีปริมาณ alpha-1 acid glycoprotein เพิ่มขึ้นซึ่งอาจส่งผลต่อการกระจายตัวของยาที่มีคุณสมบัติเป็นเบสอ่อน เช่น propranolol ได้

3) การเมแทบอลิซึมหรือการแปรสภาพของยา ในผู้สูงอายุพบว่าทำงานของตับลดลง เนื่องจากมวลเนื้อตับและการไหลเวียนของเลือดมายังตับลดลง รวมถึงการทำงานของเอนไซม์ในการเมแทบอลิซึมยาลดลง ทำให้ยาที่ถูกแปรสภาพที่ตับ โดยเฉพาะปฏิกิริยาใน phase 1 เช่น demethylation หรือ hydroxylation อาจแปรสภาพยาได้ลดลง ตัวอย่างยา เช่น diazepam ทั้งนี้ปฏิกิริยาการแปรสภาพยาใน phase II เช่น glucuronidation, sulfation หรือ acetylation มักไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ ตัวอย่างยา เช่น lorazepam นอกจากนี้ผลของการไหลเวียนของเลือดมายังตับที่ลดลง จึงทำให้ปริมาณเลือดที่มาเลี้ยงตับน้อยลง ส่งผลต่อยาที่มี high extraction ratio คือยาที่ถูกแปรสภาพที่ตับได้มาก เช่น propranolol, morphine หรือกลุ่มยา nitrates อาจแปรสภาพลดลง

4) การขจัดยาออกจากร่างกาย พบว่า ผู้สูงอายุมีการทำงานของไตลดลง จึงส่งผลให้การขับยาออกทางไตลดลง โดยเฉพาะ บริเวณ glomerular และ tubular ที่มีอัตราการกรองลดลง รวมไปถึงภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง การลดลงของ cardiac output และการมีเลือดมาเลี้ยงที่ไตลดลง ย่อมส่งผลให้การกรองที่ไตลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนของหน่วยไตรวมถึงความสามารถของไตในการเก็บโซเดียมลดลง ทำให้ความเข้มข้นของปัสสาวะลดลง ส่งผลให้ยาที่ขับออกทางไตเป็นหลักมีค่าครึ่งชีวิตยาวนานขึ้น ซึ่งต้องระวังในกลุ่มยาที่อาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์มากขึ้น หากอยู่ในร่างกายนานขึ้น หรือ therapeutic index แคบ เช่น digoxin, allopurinol, ยากลุ่ม cephalosporins และ penicillin บางชนิด หรือ atenolol⁽⁵⁷⁻⁵⁹⁾

การเปลี่ยนแปลงของเภสัชพลศาสตร์หรือการเปลี่ยนแปลงการออกฤทธิ์ของยา พบว่าในผู้สูงอายุมักมีการเปลี่ยนแปลงของตัวรับและการปรับตัวของร่างกายต่อการเปลี่ยนแปลงของตัวรับที่มีประสิทธิภาพน้อยลง การเปลี่ยนแปลงของตัวรับ เช่น ความไวของตัวรับสำหรับยา warfarin

มากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีการตอบสนองต่อยา warfarin สูงกว่าวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นการเริ่มยา warfarin ในผู้สูงอายุ จึงควรเริ่มยาในขนาดต่ำกว่าและปรับขนาดยาช้ากว่าวัยผู้ใหญ่ นอกจากนี้ยังพบว่าการทำงานของเซลล์ประสาทในสมองมีการเปลี่ยนแปลงไปในผู้สูงอายุ โดยเซลล์ประสาท cholinergic มีจำนวนลดลง ทำให้ยาที่มีฤทธิ์ cholinergic antagonist ออกฤทธิ์มากขึ้น ส่งผลให้ความจำลดลง อาจมีอาการสับสนหรือการรับรู้ต่างๆลดลงได้มากขึ้น ตัวอย่างยาที่มีฤทธิ์ cholinergic antagonist เช่น paroxetine, amitriptyline, clozapine, dicyclomine, diphenhydramine ทั้งนี้ยังพบว่าการตอบสนองของตัวรับชนิด beta-adrenergic ต่อยาที่ออกฤทธิ์ทั้ง beta-adrenergic agonist และ antagonist ลดลง โดยที่จำนวนตัวรับชนิด beta-adrenergic ไม่เปลี่ยนแปลง ในส่วนของการปรับตัวของร่างกายต่อการเปลี่ยนแปลงของตัวรับซึ่งมีประสิทธิภาพน้อยลง เช่น การทำงานของ baroreceptor ที่มีประสิทธิภาพน้อยลง จึงทำให้เมื่อผู้สูงอายุได้รับยาที่ยับยั้งการทำงานของระบบซิมพาเทติก เช่น ยากลุ่ม tricyclic antidepressant (เช่น amitriptyline) ยาที่มีฤทธิ์ขยายหลอดเลือด (เช่น ยาขับปัสสาวะหรือยากลุ่ม nitrates) หรือยากลุ่ม alpha-blockers (เช่น prazosin, doxazosin) จะมีโอกาสในการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำระหว่างเปลี่ยนท่าสูงกว่าวัยผู้ใหญ่ และเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดอาการวิงเวียนศีรษะหรือหกล้มได้ (57-59)

การพิจารณาการรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุต้องพิจารณาปัจจัยในหลายด้าน รวมถึงยาและโรคประจำตัวของผู้ป่วย เพื่อลดโอกาสการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาหรือปฏิกิริยาระหว่างยาและก่อให้เกิดประสิทธิภาพจากการรักษาอย่างสูงสุด โดยข้อแนะนำสำหรับการใช้ยาแก้ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ คือ การเริ่มยาขนาดต่ำ ปรับอย่างช้าๆ คงการรักษาให้นานและพิจารณาเรื่องความปลอดภัยทุกครั้ง^(38, 39, 57) คณะกรรมการจัดทำแนวทางการรักษาโรคซึมเศร้าของ American Psychological Association (APA)⁽³⁸⁾ แนะนำชนิดของยาแก้ซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) คล้ายคลึงกับผู้ใหญ่ เพียงแต่จำกัดชนิดของยาแก้ซึมเศร้าเหลือเพียง 2 กลุ่ม ได้แก่ ยากลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) และ serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) เป็นทางเลือกลำดับแรกของการรักษาโดยใช้ยา เนื่องจากมีความปลอดภัยมากกว่ายาแก้ซึมเศร้ากลุ่มอื่น โดยเฉพาะ การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตต่ำระหว่างเปลี่ยนท่า หรือ การยับยั้งการทำงานของ acetylcholine (anticholinergic effect) และมีประสิทธิภาพในการรักษาเหนือกว่ายาหลอกหรือยาแก้ซึมเศร้าบางชนิด ทั้งนี้ไม่แนะนำการใช้ยา paroxetine ซึ่งอยู่ในกลุ่ม SSRIs ในผู้สูงอายุ เนื่องจากยามีผลยับยั้งการทำงานของ acetylcholine ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่อันตรายในผู้สูงอายุได้ โดยการแนะนำชนิดของยาดังกล่าว สอดคล้องกับแนวทางการรักษาโรคซึมเศร้าของประเทศไทย โดยคณะกรรมการจัดทำแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิกรมสุขภาพจิต⁽³⁹⁾ ซึ่งแนะนำ

ยากลุ่ม SSRI เป็นทางเลือกลำดับแรกในการรักษาโรคซึมเศร้าแบบใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่มีโรคทางกายร่วมด้วย

การเสื่อมถอยของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายผู้สูงอายุ นอกจากทำให้เภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ของยาเปลี่ยนแปลงไปแล้ว ยังก่อให้เกิดความผิดปกติหรือโรคร่วมทางกายเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไต หรือโรคไขมันในเลือดผิดปกติ ซึ่งโรคเหล่านี้ล้วนมีความจำเป็นต้องได้รับยาในการรักษาหรือบรรเทา ดังนั้นจึงพบว่าในวัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีการใช้ยาหลายขนาน หรือ polypharmacy ซึ่งโดยทั่วไป หมายถึง การได้รับยาตั้งแต่ 5 ขนานขึ้นไป ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่า จำนวนขนานยาที่ใช้กำหนดนิยามของการใช้ยาหลายขนานมีตั้งแต่ 2 ขนานขึ้นไปจนถึง 11 ขนานขึ้นไป โดยพบว่า การได้รับยาตั้งแต่ 5 ขนานขึ้นไปมีความสัมพันธ์กับอันตรายที่อาจเกิดขึ้นทางคลินิกและปัญหาจากการใช้ยา เช่น การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาทำให้ระดับยาในเลือดสูงหรือต่ำเกินไป ก่อให้เกิดภาวะพิษ อาการไม่พึงประสงค์จากยา หรือไม่ได้รับประโยชน์จากยาที่ใช้ นอกจากนี้การใช้ยาร่วมกันหลายขนาน อาจก่อให้เกิดการเสริมผลของอาการไม่พึงประสงค์ที่คล้ายกัน เช่น การใช้ยานอนหลับร่วมกับยาแก้แพ้ชนิดวง มีผลเสริมอาการไม่พึงประสงค์ เช่น ปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก ภาวะง่วงซึม ความจำลดลงหรือความเสี่ยงในการหกล้มที่เพิ่มขึ้น^(58, 60)

2.3. ความร่วมมือในการใช้ยา (medication adherence)

2.3.1. นิยามของความร่วมมือในการใช้ยา

คำว่า “ความร่วมมือในการใช้ยา” เป็นคำที่สื่อถึงความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการใช้ยาของตน ซึ่งตรงกับคำศัพท์ภาษาอังกฤษที่ใช้ในวารสารวิชาการทางการแพทย์หลายคำ ได้แก่ compliance, adherence และ concordance โดยในปัจจุบันนิยมใช้คำว่า “adherence” เนื่องจากเป็นคำที่แสดงถึงพฤติกรรมของความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์และสามารถวัดผลได้^(61, 62) องค์การอนามัยโลก กำหนดนิยามของคำว่า adherence (ความร่วมมือในการใช้ยา) หมายถึง “พฤติกรรมการรับประทานยา รวมถึงการรับประทานอาหารและ/หรือการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตของบุคคล ที่สอดคล้องกับคำแนะนำที่ตกลงร่วมกันกับบุคลากรทางการแพทย์”⁽¹⁴⁾ ซึ่งสอดคล้องกับนิยามความหมายของ Barofsky ที่หมายถึง “พฤติกรรมของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับข้อตกลงร่วมกันจากผู้สั่งใช้ยา”⁽⁶³⁾ และ Meichenbaum และ Turk ที่หมายถึง “การมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้นและสมัครใจของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมในแผนการรักษาที่ยอมรับร่วมกัน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านการรักษาและการป้องกันอันพึงประสงค์”⁽⁶⁴⁾ จากความหมายของคำว่า adherence ทั้งหมดในข้างต้น คำว่า adherence หรือ ความร่วมมือในการใช้ยา จึงหมายถึง “พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย รวมถึงการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร

และ/หรือการดำเนินชีวิต เพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษาที่ผู้ป่วยตกลงและยอมรับร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์”

การประเมินความร่วมมือในการใช้ยา มักรายงานเป็นอัตราความร่วมมือในการใช้ยา โดยคำนวณจากร้อยละของยาที่ใช้จริงเทียบกับยาที่ได้รับการสั่งจ่ายในช่วงเวลาหนึ่ง การศึกษาเรื่องความร่วมมือในการใช้ยามักพบอัตราความร่วมมือในการใช้ยาในกลุ่มสถานะหรือโรคเฉียบพลันสูงกว่าโรคเรื้อรัง โดยมักพบว่าภายหลังจากการรักษาช่วงหกเดือนแรก จะเป็นช่วงที่อัตราความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยลดลงอย่างเห็นได้ชัด อัตราความร่วมมือในการใช้ยาโดยเฉลี่ยสำหรับโรคเรื้อรังคือ ร้อยละ 43-78 โดยในภาวะหรือโรคทั่วไป หากผู้ป่วยมีอัตราความร่วมมือสูงกว่าร้อยละ 80 จึงจะถือว่ามีความร่วมมือในการใช้ยา แต่สำหรับโรคที่ต้องเข้มงวดเรื่องของการใช้ยาเป็นพิเศษ เช่น การติดเชื้อ human immunodeficiency virus (HIV) ผู้ป่วยต้องมีอัตราความร่วมมือสูงกว่าร้อยละ 95 เพื่อแสดงถึงความร่วมมือในการใช้ยา⁽⁶⁵⁾

2.3.2. การประเมินความร่วมมือในการใช้ยา

การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาสามารถวัดได้หลากหลายวิธี โดยในแต่ละวิธีมีจุดเด่นและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 11 ทั้งนี้ในปัจจุบันยังไม่มีข้อกำหนดวิธีมาตรฐานหรือระบุถึงวิธีที่ดีที่สุดเพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยา⁽⁶⁵⁾ ซึ่งหากจำแนกวิธีการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาตามแหล่งที่มาของข้อมูล จะสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่

1) การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยเก็บข้อมูลแบบอัตนัย (subjective data) เป็นการเก็บข้อมูลจากผู้ใช้ยาหรือผู้ดูแลโดยตรง โดยที่ผู้ใช้ยาหรือผู้ดูแลเป็นผู้ให้ข้อมูลในการประเมินเอง วิธีการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาแบบอัตนัย ได้แก่ การรายงานด้วยตนเอง

การรายงานความร่วมมือในการใช้ยาด้วยตนเองสามารถทำผ่านหลากหลายวิธี ได้แก่ การทำแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ต่อหน้า การโทรศัพท์สอบถาม หรือการให้ผู้ป่วยบันทึกพฤติกรรม การรับประทานยาในสมุดบันทึก ซึ่งเป็นวิธีที่สะดวก รวดเร็ว เสียค่าใช้จ่ายน้อยและสามารถนำมาใช้ได้จริงในทางปฏิบัติ โดยการเก็บข้อมูลแบบรายงานด้วยตนเองมักทำให้ได้ข้อมูลประกอบ เช่น ลักษณะของพฤติกรรม สาเหตุของพฤติกรรม หรืออุปสรรคที่ทำให้ไม่เกิดความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งมีความแตกต่างตามรูปแบบข้อคำถามหรือหัวข้อที่ใช้ในการรายงาน โดยข้อมูลดังกล่าวสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาหรือป้องกันความไม่ร่วมมือในการใช้ยาในทางปฏิบัติได้ ทั้งนี้การเก็บข้อมูลในลักษณะของการรายงานด้วยตนเองมักมีแนวโน้มของผลความร่วมมือในการใช้ยาที่สูงกว่าการประเมินความร่วมมือโดยวิธีอื่น^(25, 65, 66) การศึกษาเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างการรายงานด้วยตนเอง การคำนวณอัตราการมารับยาตามนัดและ

การนับเม็ดยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอายุไม่น้อยกว่า 65 ปีพบว่า ผลความความร่วมมือในการใช้ยาจากการรายงานด้วยตนเองแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญกับการคำนวณอัตราการมารับยาตามนัด แต่มีแนวโน้มที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับการนับเม็ดยา⁽⁶⁷⁾ นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Garber และคณะซึ่งเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาจากวิธีการรายงานด้วยตนเอง ได้แก่ การสัมภาษณ์ การใช้สมุดจดบันทึกและการตอบแบบสอบถาม กับวิธีการประเมินแบบอื่น ได้แก่ ระบบติดตามความร่วมมือในการใช้ยา (medication events monitoring system; MEMS) การนับเม็ดยา การวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลการรับยา การวัดระดับยาในเลือดและความเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ผู้เกี่ยวข้อง พบว่าการรายงานด้วยตนเองมีความสอดคล้องสูงกับวิธีอื่น แสดงผลผ่านค่า Kappa มากกว่า 0.6, ค่า Pearson's correlation coefficient มากกว่า 0.8, ค่า positive likelihood ratio มากกว่า 10 หรือ ค่าความต่างของความร่วมมือในการใช้ยาไม่เกินร้อยละ 10 ทั้งนี้พบว่ามีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาแบบรายงานด้วยตนเองกับ MEMS มากที่สุด (ร้อยละ 17) รองลงมาคือการนับเม็ดยา (ร้อยละ 14)⁽⁶⁸⁾ โดยการศึกษาเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาจากวิธีการรายงานด้วยตนเอง พบว่ามีค่าใกล้เคียงกับผลที่ได้จากวิธีการประเมินโดยใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เช่น วิธี MEMS โดยการใช้ขวดบรรจุยาที่ติดไมโครโพรเซสเซอร์ที่ฝาขวดและมีแนวโน้มของความสัมพันธ์ในระดับปานกลางและสูงมากกว่าระดับต่ำประมาณ 2 ใน 3 ส่วน⁽⁶⁶⁾

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลความร่วมมือในการใช้ยาที่ประเมินจากการรายงานด้วยตนเอง ได้แก่

- ปัจจัยส่วนบุคคล โดยเกี่ยวข้องกับสภาวะทางกายและจิตใจของผู้ป่วยต่อความพร้อมในการให้ข้อมูล เช่น ความบกพร่องในภาวะรู้คิดหรือความจำ สภาวะจิตใจผิดปกติ ช่วงอายุในวัยเด็กหรือสูงอายุ ความบกพร่องหรือไม่เข้าใจในภาษาหรือข้อคำถาม ซึ่งอาจทำให้เกิดความผิดพลาดในการให้ข้อมูลที่เป็นารรายงานด้วยตนเอง นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับมุมมองและทัศนคติของผู้ป่วยต่อการรายงานข้อมูล โดยพบว่าหากผู้ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นหลังจากการรายงานข้อมูลหรือความกลัวต่อความคาดหวังของผู้ที่ได้รับรายงาน จะมีผลให้ผู้ป่วยประเมินความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าความเป็นจริง^(69, 70)

- ปัจจัยด้านการเก็บข้อมูล โดยวิธีการเก็บข้อมูลที่มีความแตกต่างกันอาจทำให้ผลความร่วมมือในการใช้ยามีความแตกต่างกัน โดยพบว่า การเก็บข้อมูลผ่านวิธีการสัมภาษณ์ต่อหน้า มีแนวโน้มของผลความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าและมีความสอดคล้องกับผลความร่วมมือในการใช้ยาด้วยวิธีอื่นๆ น้อยกว่าเมื่อเทียบกับวิธีการตอบแบบสอบถามหรือจดบันทึกการใช้ยาลงในสมุดแบบไม่ระบุชื่อ^(68, 69) นอกจากนี้ยังพบว่าการกำหนดกรอบเวลาของความร่วมมือในการใช้ยามีผลต่อความเที่ยงและความตรงของข้อมูล โดยพบว่า การเก็บข้อมูลที่ย้อนหลังนานจะทำให้ความเที่ยงและ

ความตรงของข้อมูลลดลง^(69, 70) เช่น ข้อคำถามพฤติกรรมการใช้ยาช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มักมีความเที่ยงและความตรงมากกว่าข้อคำถามพฤติกรรมการใช้ยาช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

ความชำนาญของผู้เก็บข้อมูล โดยเฉพาะทักษะในการเก็บข้อมูลและการสัมภาษณ์ เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพของข้อมูลที่ได้รับ เช่น การเลือกใช้ภาษาที่เหมาะสมกับข้อคำถามต่อผู้ป่วยที่เข้ารับการสัมภาษณ์ หรือการใช้คำถามนำเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยระลึกถึงเหตุการณ์หรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งมีส่วนช่วยส่งเสริมให้ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและลดความผิดพลาดหรืออคติจากการนึกย้อนถึงข้อมูลในอดีต (recall bias)^(69, 70)

ตัวอย่างแบบสอบถามที่นิยมใช้ในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยรายงานด้วยตนเอง ได้แก่

- The eight-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) เป็นแบบประเมินพฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่ถูกพัฒนาโดย Morisky และคณะ โดยเป็นการพัฒนาจากแบบประเมิน The four-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4) โดยเพิ่มข้อคำถามที่มีการตอบในทิศทางที่สลับจากแบบสี่ข้อ เพื่อลดอคติจากการตอบปฏิเสธทุกคำถาม ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย นงลักษณ์ อิงคมนตรีและคณะ โดยมีจำนวนข้อคำถามแบบตัวเลือกปิดทั้งหมด 8 ข้อ ข้อ 1-7 เป็นการตอบคำถามแบบสองตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่ มีคะแนนข้อละ 1 คะแนน และข้อ 8 เป็นการตอบคำถามแบบ 5 ตัวเลือก ซึ่งแสดงเป็น 5 ระดับ มีคะแนนระดับละ 0.2 คะแนน คะแนนเต็ม 8 คะแนน หากคะแนนสูงจะสะท้อนถึงความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่ดี MMAS-8 เป็นแบบประเมินที่มีคุณภาพ มีความตรงและความเที่ยงที่ดี โดยค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity) เท่ากับ 0.97 และค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient; α) ในผู้ป่วยเบาหวาน เท่ากับ 0.76

- Medication Adherence Rating Scale (MARS) เป็นแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเวช ถูกพัฒนาโดย Thompson และคณะ ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ธนียา วงศ์จรุงเรือง ประกอบด้วยข้อคำถามสองตัวเลือก คือ ใช่หรือไม่ใช่ จำนวน 10 ข้อ โดยมีค่าความเที่ยงในระดับที่ดี ($\alpha = 0.83$)

- Brief Medication Questionnaire (BMQ) เป็นแบบประเมินปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาอย่างย่อ ถูกพัฒนาโดย Svarstad และคณะ เป็นเครื่องมือที่มีความไว ความจำเพาะ ความตรงและความสามารถในการทำนายผู้ป่วยที่ไม่มีความร่วมมือในการใช้ยา โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ เกี่ยวกับการใช้ยา 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการใช้ยาของผู้ป่วย เช่น การทราบชื่อยา วิธีการรับประทานยา ความถี่ในการรับประทานยาและไม่รับประทานยา, การรบกวนชีวิตประจำวันจากการใช้ยาหรืออาการไม่พึงประสงค์ระหว่างใช้ยา และปัญหาใน

การรับประทานยา สามารถแปลผลผ่านแบบคัดกรองข้อบ่งชี้ จำนวน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความไม่ร่วมมือกับแผนการรักษาในปัจจุบัน (regimen screen) ด้านความเชื่อด้านลบหรือสิ่งบั่นทอนแรงจูงใจเกี่ยวกับประสิทธิผล อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นและความกังวลอื่นๆ เกี่ยวกับยา ร่วมกับผลของยาที่อาจจะได้รับ (belief screen) และ ด้านอุปสรรคต่อความจำที่ผ่านมา (recall screen)

- Adherence to refills and Medication Scale (ARMS) เป็นแบบประเมินพฤติกรรม 2 ด้าน ได้แก่ การใช้ยาตามแผนการรักษาและการรับยาตรงตามนัด พัฒนาโดย Kripalani และคณะ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ เหมาะสำหรับการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้มีความรู้ต่ำ มีค่าความเที่ยงระดับดีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและหัวใจ ($\alpha = 0.76$)

- Medication adherence scale in Thai (MAST) เป็นแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทยแบบทั่วไป ไม่จำเพาะเจาะจงโรค พัฒนาโดย กมลชนก จงวิไลเกษม และคณะ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ โดยสามารถใช้ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เครื่องมือมีความตรงและความเที่ยงดี มีค่าความจำเพาะ ค่าความไวและค่าพยากรณ์สูง สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและมีความเที่ยงในระดับดีสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($\alpha = 0.71$)⁽²⁵⁾

- แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสำหรับคนไทย (Medication Taking Behavior in Thai; MTB-Thai) เป็นแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาของคนไทยอายุตั้งแต่ 18 ปี พัฒนาโดย พรพรรณทิพา ศักดิ์ทอง และคณะ โดยพัฒนาจากนิยามความร่วมมือในการใช้ยาขององค์การอนามัยโลก และแบบประเมิน MMAS-8 ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อ จำแนกเป็น 2 มิติ ได้แก่ มิติการลืมใช้ยา และมิติการหยุดใช้ยา/ปรับขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ ในแต่ละข้อมีตัวเลือกแบบมาตราวัดลิเคิร์ต จำนวน 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคย, เคย 1-2 ครั้ง, เคย 3-4 ครั้งและเคยตั้งแต่ 5 ครั้ง ขึ้นไป คะแนนรวมเท่ากับ 6-24 คะแนน แบ่งระดับความหมายของคะแนนรวมออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ความร่วมมือในการใช้ยาดำ ปานกลาง และสูง เครื่องมือมีความตรงและความเที่ยงตามมาตรฐานและน่าเชื่อถือ เครื่องมือมีความตรงและความเที่ยงในระดับมาตรฐานและดี ⁽⁷¹⁾

แบบรายงานความร่วมมือในการใช้ยาด้วยตนเองที่นิยมในปัจจุบันและพบหลักฐานความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับวิธี MEMS ประกอบด้วย 4 เครื่องมือ ได้แก่ Adult AIDS Clinical Trial Group (AACTG), Brief Medical Questionnaire (BMQ), four-item Morisky (MMAS-4) และ visual analog scale (VAS)⁽⁶⁶⁾ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังไม่มีแบบประเมินหรือเครื่องมือใดที่ถูกแนะนำเป็นมาตรฐานสำหรับการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาแบบรายงานด้วยตนเอง ดังนั้นการเลือกใช้เครื่องมือหรือแบบประเมินจึงควรเลือกให้เหมาะสมกับลักษณะของผู้ที่ตอบ

แบบประเมิน รวมถึงโรคที่เกี่ยวข้องเพื่อผลการประเมินที่ถูกต้องแม่นยำและสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่แท้จริง⁽²⁵⁾

2) การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยเก็บข้อมูลแบบปรนัย (objective data) เป็นการเก็บข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ผู้เกี่ยวข้องเพื่อสะท้อนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย หรือการเก็บข้อมูลโดยใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถสะท้อนจำนวนยาที่ถูกใช้ไปหรือพฤติกรรมการใช้ยาได้⁽²⁵⁾ โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อยตามลักษณะการเก็บข้อมูล ได้แก่

2.1) การประเมินทางตรง

- **การใช้ยาต่อหน้าบุคลากรทางการแพทย์** เป็นวิธีที่มีความน่าเชื่อถือมาก แต่ไม่สามารถใช้ทางปฏิบัติได้จริง เนื่องจากความไม่สะดวกของการเก็บข้อมูลและความไม่เพียงพอของบุคลากรทางการแพทย์

- **การวัดตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ** ได้แก่ การวัดระดับยาหรือเมตาบอไลต์ของยาในกระแสเลือด ปัสสาวะหรือสารคัดหลั่ง เป็นวิธีการประเมินที่สามารถสะท้อนถึงความร่วมมือในการใช้ยาในระยะใกล้ ช่วงระยะเวลาก่อนการเก็บสารคัดหลั่งไม่นาน หากผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาก่อนการเก็บสารคัดหลั่ง อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนของผลความร่วมมือในการใช้ยาและทำให้ไม่ได้รับข้อมูลที่แท้จริง เป็นวิธีที่มีค่าใช้จ่ายสูง ต้องใช้บุคลากรทางการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการเก็บตัวอย่างและวิเคราะห์ระดับยาหรือเมตาบอไลต์ที่เกี่ยวข้อง โดยอาจมีการรบกวนร่างกายของผู้ป่วยเพื่อเก็บตัวอย่างเลือดหรือสารคัดหลั่งบางชนิด จึงไม่นิยมใช้ในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา แต่มักใช้ในการตรวจสอบระดับยาที่มีดัชนีในการรักษาแคบหรือเกิดพิษได้ เช่น ยาต้านชักบางชนิด นอกจากความร่วมมือในการใช้ยาแล้ว ยังพบว่าปัจจัยอื่นที่มีผลต่อระดับยาหรือเมตาบอไลต์ของยาในเลือด ปัสสาวะหรือสารคัดหลั่ง ได้แก่ การดูดซึมของยา การขจัดยา การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา

2.2) การประเมินทางอ้อม

- **การนับเม็ดยา** เป็นวิธีที่ผู้ป่วยนำเม็ดยาที่เหลือจากการนับครั้งก่อน มาแสดงต่อบุคลากรทางการแพทย์ในครั้งนั้น เพื่อทำการนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือแล้วคำนวณอัตราการใช้ยา โดยต้องมีข้อมูลของวันที่และจำนวนยาซึ่งผู้ป่วยได้รับในครั้งก่อน รวมถึงวิธีการใช้ยาประกอบ การคำนวณ โดยการนับเม็ดยาเป็นวิธีที่แสดงถึงหลักฐานความร่วมมือในการใช้ยาเชิงปริมาณอย่างชัดเจนและนิยมถูกใช้เป็นวิธีมาตรฐานในการเปรียบเทียบเพื่อทดสอบความไวและความจำเพาะของการประเมินความร่วมมือในการใช้ยารูปอื่น อย่างไรก็ตามวิธีการนับเม็ดยาเป็นวิธีที่ทำได้ยากในสถานพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยมักไม่นำยาที่เหลือจากครั้งก่อนมายังสถานพยาบาลหรืออาจนำมาไม่ครบถ้วน แม้ว่าจะได้รับการแจ้งเตือนก่อนมายังสถานพยาบาลก็ตาม จึงอาจทำให้ค่าความร่วมมือในการใช้ยาที่ได้จากวิธีนี้สูงกว่าความเป็นจริง ซึ่งสามารถลดปัญหาดังกล่าวได้ โดยการเปลี่ยนสถานที่

ในการนับเม็ดยาจากสถานพยาบาลเป็นบ้านของผู้ป่วย แต่จะทำให้ค่าใช้จ่ายในการประเมินเพิ่มสูงขึ้น และมีกระบวนการในการเข้าถึงการประเมินที่ซับซ้อนมากขึ้นรวมถึงระยะเวลาในการประเมินต่อคน ยาวนานขึ้น

- **การใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์เพื่อติดตามการใช้จ่ายยา (electronic monitoring devices; EM)** เป็นวิธีการประเมินความร่วมมือในการใช้จ่ายยาโดยการติดไมโครโพรเซสเซอร์ที่ภาชนะบรรจุยาหรือภาชนะพ่นยา เพื่อเก็บข้อมูลวันและเวลาในการเปิดภาชนะบรรจุยาหรือการพ่นยาในทุกครั้ง ผ่านการส่งข้อมูลจากไมโครโพรเซสเซอร์ไปยังคอมพิวเตอร์เพื่อแสดงผลในโปรแกรมเฉพาะ โดยเครื่องมือ EM ที่นิยมใช้ในปัจจุบันเป็นรูปแบบขวดบรรจุยาที่ติดไมโครโพรเซสเซอร์ที่ฝาขวด โดยเรียกระบบนี้ว่า Medication Events Monitoring System; MEMS โดยวิธี MEMS เป็นอีกหนึ่งวิธีมาตรฐานที่ใช้ในการเปรียบเทียบเพื่อทดสอบความไวและความจำเพาะของการประเมินความร่วมมือในการใช้จ่ายยาริธีอื่น เนื่องจากเป็นวิธีซึ่งแสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ในรูปแบบข้อมูลเชิงปริมาณชัดเจน รวมถึงแสดงข้อมูลเวลาในการใช้จ่ายยาในแต่ละมื้อได้ด้วย อย่างไรก็ตามการใช้วิธี MEMS เป็นการอนุมานว่าการเปิดขวดยาแต่ละครั้งเป็นการใช้จ่ายยาในแต่ละมื้อของผู้ป่วย แต่ไม่สามารถยืนยันถึงการใช้จ่ายยาจากขวดอย่างแท้จริง ซึ่งหากผู้ป่วยมีการเปิดขวดยาแต่ไม่ได้ใช้จ่ายจริงหรือเปิดแต่ไม่ได้ทำการหยิบยาก็จะทำให้ข้อมูลความร่วมมือในการใช้จ่ายยาคาดเคลื่อนจากความเป็นจริงได้นอกจากนี้ยังพบว่าวิธีนี้มีข้อจำกัดในการประเมินความร่วมมือในการใช้จ่ายยาในผู้ป่วยที่มักแบ่งยาหลายชนิดมารวมไว้ในภาชนะแบ่งบรรจุเดียวกันตามจำนวนมื้อ เนื่องจากการเปิดขวดยาไม่ได้สะท้อนถึงการใช้จ่ายที่แท้จริง แต่เป็นการเปิดขวดยา เพื่อนำยามาแบ่งบรรจุใส่ยังภาชนะอื่น นอกจากนี้ขวดยา MEMS ยังเป็นขวดยาที่มีขนาดใหญ่ ไม่สะดวกพกพาและมีค่าใช้จ่ายสูง จึงทำให้การประยุกต์ใช้ทำได้ยาก เมื่อต้องการประเมินความร่วมมือในการใช้จ่ายยาสำหรับงานวิจัยที่มีกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่หรือการปฏิบัติงานจริง ณ สถานพยาบาลที่มีผู้ป่วยปริมาณมาก

- **การใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลการรับยาของผู้ป่วย** เพื่อคำนวณอัตราความร่วมมือในการใช้จ่ายยา โดยอนุมานว่าผู้ป่วยใช้จ่ายยาทุกชนิดที่ได้รับตั้งแต่วันแรกของการรับยา โดยเป็นวิธีที่เสียค่าใช้จ่ายน้อย แต่ไม่สามารถประเมินข้อมูลความร่วมมือในการใช้จ่ายยาจากสถานพยาบาลหลายแห่งหรือสถานพยาบาลที่มีข้อมูลการรับยาในฐานข้อมูลเวชระเบียนไม่เพียงพอต่อการคำนวณ ทั้งนี้การประเมินความร่วมมือในการใช้จ่ายยาโดยวิธีดังกล่าวอาจเกิดความคลาดเคลื่อนในผู้ป่วยไม่ใช้จ่ายจริงหรือมาพบแพทย์ก่อนนัด ซึ่งจะทำให้ผลความร่วมมือในการใช้จ่ายยาสูงกว่าความจริง^(25, 65, 66, 72)

การคำนวณอัตราครอบครองยา (medication possession ratio: MPR) เป็นเครื่องมือที่มีการใช้อย่างแพร่หลายในการวัดความร่วมมือในการใช้จ่ายยาผ่านข้อมูลการรับยาของผู้ใหญ่จากเวชระเบียนหรือระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล⁽⁷³⁻⁷⁵⁾ และถือเป็นข้อมูลแบบปรนัยที่สะท้อนถึงความเพียงพอของปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับตามระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งจะ

สามารถสะท้อนถึงความร่วมมือในการใช้ยา ในกรณีที่ผู้ป่วยมารับยาและใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ แต่ไม่สามารถสะท้อนพฤติกรรมหรือสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ประเมิน การคำนวณอัตราการครอบครองยาจะคำนวณเป็นค่าร้อยละจากสูตร MPR ดังต่อไปนี้

$$\text{MPR} = \frac{\text{จำนวนวันที่ผู้ป่วยมียาแก้ซึมเศร้าใช้ในช่วงการรักษา}}{\text{จำนวนวันที่ต้องใช้ยาแก้ซึมเศร้าในช่วงการรักษา}} * 100$$

ระดับความหมายของค่าอัตราการครอบครองยาแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

- 1) ค่า MPR \leq 80.00% หมายถึง ความร่วมมือในการใช้ยาต่ำ
- 2) ค่า MPR 80.01% - 90.00% หมายถึง ความร่วมมือในการใช้ยาปานกลาง
- 3) ค่า MPR $>$ 90.00% หมายถึง ความร่วมมือในการใช้ยาสูง ⁽³²⁾

ตารางที่ 11 จุดเด่นและข้อจำกัดของวิธีการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ^(25, 65)

วิธีการประเมิน ความร่วมมือในการใช้ยา	จุดเด่น	ข้อจำกัด
1.การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยเก็บข้อมูลแบบอัตนัย (subjective data)		
การรายงานด้วยตนเอง	ง่าย เสียค่าใช้จ่ายน้อย	มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือส่งผลกระทบต่อผลการประเมินหลายด้าน
2. การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยเก็บข้อมูลแบบปรนัย (objective data)		
2.1 การประเมินทางตรง		
- การใช้ยาต่อหน้าบุคลากรทางการแพทย์	ถูกต้อง แม่นยำมากที่สุด	ไม่สามารถประเมินได้จริงในทางปฏิบัติ
- การใช้ตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ	มีหลักฐานยืนยันชัดเจน ค่อนข้างถูกต้องและแม่นยำ	- ความแตกต่างของร่างกายต่อเภสัช จลศาสตร์ของยา หรือความแตกต่าง ของสูตรตำรับยา มีผลต่อค่าที่วัดได้ จากการประเมิน - หากปรับพฤติกรรมการใช้ยาก่อนเก็บ ตัวอย่างอาจทำให้ผลคลาดเคลื่อน - ค่าใช้สูง อาจมีการเก็บตัวอย่างที่รบกวน ลำร่างกายของผู้ป่วย - ยาบางชนิดมีข้อจำกัดในการ วิเคราะห์ทางชีวภาพ

วิธีการประเมิน ความร่วมมือในการใช้ยา	จุดเด่น	ข้อจำกัด
2.2 การประเมินทางอ้อม		
- การนับเม็ดยา	ข้อมูลเชิงปริมาณเป็นหลัก ฐาน ยืนยันที่ชัดเจน	ข้อมูลที่ได้เปลี่ยนแปลงง่ายหากผู้ป่วย มีการทิ้งยา
- การใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เพื่อติดตามการใช้ยา	ข้อมูลเชิงปริมาณชัดเจน แม่นยำ แปลผลง่าย และได้ ข้อมูลเวลาและระยะห่าง ระหว่างมือร่วมด้วย	- ค่าใช้จ่ายสูง - อุปกรณ์มีขนาดใหญ่ พกพาลำบาก และต้องนำมาตามนัดทุกครั้งเพื่ออ่าน ค่าจากไมโครโพรเซสเซอร์
- การใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูล การรับยาของผู้ป่วย	- ข้อมูลเชิงปริมาณเป็น หลักฐานยืนยันได้ - เก็บข้อมูลได้ง่าย	- หากผู้ป่วยไม่ใช้ยาจริง ผลของการ ประเมินก็จะไม่สามารถสะท้อนความ ร่วมมือในการใช้ยาได้ - เหมาะกับผู้ป่วยที่รับยาจาก สถานพยาบาลแห่งเดียว - ยากในการเก็บข้อมูลจากหลาย สถานพยาบาล

2.3.3. ความร่วมมือในการใช้ยาแก้มึนเศร้าง

อัตราความร่วมมือในการใช้ยาแก้มึนเศร้างในประชากรทั่วไปจากการศึกษาของ Lingam และ Scott พบว่า มีค่ามัธยฐานประมาณร้อยละ 47 ซึ่งคล้ายคลึงกับอัตราความร่วมมือในการใช้ยาของโรคหรือความผิดปกติทางสุขภาพจิตและสุขภาพกายอื่นๆ โดยอัตราความร่วมมือในการใช้ยาจากการศึกษา เช่น randomized clinical trial มักมีค่าสูงกว่าอัตราความร่วมมือในการใช้ยาจากเวชปฏิบัติ (ร้อยละ 65-79 และร้อยละ 40-70 ตามลำดับ)⁽¹⁵⁾

การลดลงของความร่วมมือในการใช้ยามีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการใช้ยา แม้ว่าแนวทางการรักษาของ American Psychiatric Association และ Agency for Health Care Policy and Research จะแนะนำให้ใช้ยาแก้มึนเศร้างอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 4 เดือน ภายหลังจากระยะทุเลา (remission) แต่ผู้ป่วยหลายคนกลับไม่ใช้ยาอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่ในระยะเฉียบพลัน โดยพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 8-10 ไม่กลับมารับยาแก้มึนเศร้างต่อภายหลังจากการได้รับยาครั้งแรก นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 16 หยุดการใช้ยาในสัปดาห์แรกของการเริ่มยา ร้อยละ 41 หยุดการใช้ยาในสัปดาห์ที่สอง ร้อยละ 59 หยุดการใช้ยาในสัปดาห์ที่สามและร้อยละ 68 ในสัปดาห์ที่สี่ภายหลังจากการเริ่มยา

ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาแก้มึนเศร้างสัมพันธ์กับผลลัพธ์การรักษาที่แย่หรือการกลับเป็นซ้ำ การศึกษาในผู้ป่วย 4,052 คน พบว่าการหยุดยาแก้มึนเศร้างก่อนกำหนดมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้างร้อยละ 77 โดยเหตุผลของการหยุดยาก่อนกำหนดมี

ความแตกต่างกับตามผู้เข้าร่วมการศึกษาและที่ตั้งของสถานี่รักษา ในการศึกษาแบบ randomized clinical trials พบว่าผู้ป่วยอาจหยุดการใช้ยาแก้ซึมเศร้าเนื่องจาก อาการข้างเคียงของยา ในทางกลับกันการศึกษารูปแบบสังเกตพบว่าผู้ป่วยอาจหยุดการใช้ยาจากเหตุผลหลากหลาย ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการรักษา ผลลัพธ์ทางคลินิก หรือ การขาดข้อมูลเกี่ยวกับความสำคัญของความต่อเนื่องของการรักษา อัตราความร่วมมือในการใช้ยาในสถานพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตมักสูงกว่าสถานพยาบาลปฐมภูมิ

หากแบ่งการอธิบายความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามระยะของการรักษา ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาหรือหยุดยาในช่วงแรกของการรักษามักเกิดจาก ระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยาแก้ซึมเศร้าค่อนข้างยาวนาน จึงทำให้การแสดงออกถึงผลลัพธ์ในการบรรเทาอาการซ้ำและไม่มีผลบรรเทาอาการอย่างเฉียบพลัน สำหรับการรักษาในระยะหลัง ความไม่ร่วมมือในการใช้ยามักเกิดจากความกลัวภาวะพึ่งพา การถูกตราหน้าและการบรรเทาอาการของยา

อาการข้างเคียงของยามักเป็นเหตุผลสำคัญในการหยุดยาแก้ซึมเศร่าก่อนกำหนด จากการศึกษาพบว่าในช่วงหลังจาก 1 เดือนที่ใช้ยา อาการข้างเคียงเพียงหนึ่งเดียวและร้ายแรงคือ อาการง่วงซึมในเวลากลางวัน และในช่วงหลังจากใช้ยา 2-3 เดือน อาการข้างเคียงร้ายแรงที่พบ คือ อาการอ่อนล้า การมองเห็นพลาสมา การนอนหลับยาก อาการกังวลหรือกระสับกระส่าย ความอยากอาหารเปลี่ยนไปหรือน้ำหนักเกิน

ในปัจจุบันมีการศึกษาความแตกต่างของความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าต่างชนิดหรือต่างขนาดหลากหลายเรื่อง แม้ว่ามีหนึ่งบทความซึ่งไม่พบความแตกต่างระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาของยากลุ่ม tricyclic antidepressants (TCA) และ selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) แต่พบว่าผู้ใช้ยากลุ่ม SSRIs มีความทนต่อยามากกว่า จากการศึกษาการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากการหยุดยาเนื่องจากอาการข้างเคียงของยา กลุ่ม SSRIs (ร้อยละ 13.9) น้อยกว่า ยากลุ่ม TCA (ร้อยละ 18.7) แต่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติของความแตกต่างระหว่างการหยุดยาเนื่องจากยาไร้ประสิทธิภาพระหว่างยากลุ่ม SSRIs (ร้อยละ 7.4) และ ยากลุ่ม TCA (ร้อยละ 6.8) โดยผู้วิจัยแนะนำว่าจำนวนความแตกต่างที่พบอาจพบสูงขึ้นหากเป็นการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาในทางเวชปฏิบัติ เนื่องจากงานวิจัยมีการติดตามผลถี่และให้ความสำคัญอย่างใกล้ชิดต่ออาการข้างเคียงตามโครงงานวิจัย

จากการศึกษาความทนต่อยาของยาแก้ซึมเศร่ารูปแบบ comprehensive meta-analysis จาก RCT 136 เรื่อง พบว่าอัตราการสูญหาย (attrition) ของยากลุ่ม SSRIs ต่ำกว่ายากลุ่ม TCA อย่างมีนัยสำคัญ ($OR = 1.21$, 95% CI 1.12-1.30) แม้ว่า ยากลุ่ม TCA จะมีอัตราการสูญหายเนื่องจากยาไม่มีประสิทธิภาพต่ำกว่า ($OR = 0.83$, CI 0.71-0.98) แต่ยากลุ่ม SSRIs กลับมีอัตรา

การสูญหายเนื่องจากอาการข้างเคียงต่ำกว่า (OR=1.48, CI 1.32-1.66) ไม่พบความแตกต่างระหว่าง dropout rate ของยากกลุ่ม SSRIs และ heterocyclics

ความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าที่มีการบริหารยาต่ำกว่า มักมีความร่วมมือในการใช้ยาดีกว่า นอกจากนี้ปัจจัยทำนายอื่นที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้า ประกอบด้วย การขาดความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการรักษา ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า การไม่มีประสิทธิภาพซึ่งสังเกตได้ของการรักษา ค่าใช้จ่ายและความครอบคลุมของประกัน สถานภาพสมรส การสนับสนุนจากครอบครัว วัฒนธรรมและทัศนคติ และปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ความหวาดกลัวหรือละอายต่อการกำเริบของโรคซึมเศร้า

ปัจจัยที่ส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาประกอบด้วย สัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยที่มั่นคง การสื่อสารที่ดี โดยเฉพาะเรื่อง อาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้น ความจำเป็นของการได้รับการรักษาอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง รวมถึงการติดตามผลการรักษา การทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพในการรักษา การให้ความรู้ต่อผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรง บรรยากาศของคลินิกที่ดีและการซักถามถึงประสบการณ์การใช้ยาแก้ซึมเศร้าของผู้ป่วย ในช่วงแรกของการรักษา ผู้ป่วยมักต้องการการสนับสนุน ข้อมูลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการใช้ระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยาต้านเศร้าที่ยาวนานในช่วงแรก และกลยุทธ์ในการจัดการอาการข้างเคียงจากยา ในช่วงกลางและท้ายการรักษา ผู้ป่วยต้องการการให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและทบทวนเกี่ยวกับการใช้ยาอื่นและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁽¹⁵⁾

2.3.4. การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้า

ปัจจุบันยังไม่มีการระบุวิธีการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าที่เป็นมาตรฐานหรือมีความแม่นยำมากที่สุด โดยจากข้อมูลการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ผ่านมา พบการใช้วิธีการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาหลากหลายวิธี ได้แก่ การรายงานด้วยตนเองของผู้ป่วยหรือการประเมิน/สังเกตพฤติกรรมโดยแพทย์ การนับเม็ดยา การตรวจระดับยาเมตาบอลิซึมของยาหรือสารที่มีความเกี่ยวข้องกับยาในกระแสเลือด หรือการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ในการติดตามการใช้ยา การศึกษาของ Kroll และคณะในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กพบว่าระดับยาในเลือดมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิกของโรคและผู้ป่วยบางส่วนที่อ้างว่าตนเองใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ มีระดับความเข้มข้นของยาในเลือดต่ำ การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบวิธีการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ในการติดตามการใช้ยาเป็นวิธีที่มีความไวมากที่สุดและมีความจำเพาะต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาสูงที่สุด ทั้งนี้ การตรวจระดับยาหรือเมตาบอลิซึมของยาในเลือดยังคงมีประโยชน์น้อยและไม่เป็นที่นิยมใน

การประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ถึงแม้ว่าจะเป็นวิธีที่สามารถลดอคติที่เกี่ยวข้องกับวิธีการสังเกต พฤติกรรมของแพทย์หรือการรายงานด้วยตนเองของผู้ป่วย แต่วิธีดังกล่าวยังขาดคุณสมบัติบางอย่างของการเป็นวิธีการประเมินมาตรฐาน เช่น ความตรงไปตรงมา ความเป็นกลางและการไม่สร้างความรำคาญต่อผู้เข้าร่วมประเมิน⁽¹⁴⁾

2.3.5. ความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาหรือการปฏิเสธการเริ่มการรักษาเป็นเครื่องกีดขวาง กระบวนการรักษาที่สำคัญในโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 40-75 ไม่มีความร่วมมือในการใช้ยาเมื่อเริ่มรับการรักษาด้วยยาแก้ซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ National Health Interview ที่พบว่าผู้ป่วยวัยสูงอายุมีการใช้ยาแก้ซึมเศร้าน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ การศึกษาผู้ป่วยสูงอายุโรค phobic anxiety หรือ major depression จำนวน 86 คน ในสหราชอาณาจักร พบว่าผู้ป่วย 55 คนถูกเสนอให้ใช้ยาในการรักษา แต่มีเพียง 6 คนเท่านั้น ที่ตอบรับการใช้อย่างถูกต้อง แต่ไม่ประสบผลสำเร็จจากการใช้ยา เนื่องจาก การเปลี่ยนใจไม่รับยาภายหลัง 2 คน การหยุดยาเนื่องจากผลข้างเคียงของยา 2 คน การถอดตัวเนื่องจากไม่ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับยาที่ใช้ 1 คน และการหยุดยาก่อนกำหนดเนื่องจากคิดว่าอาการดีขึ้นแล้ว 1 คน

การศึกษาของ Prahakaran และ Butler โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า 92 คนที่ได้รับยาแก้ซึมเศร้า พบว่า มีเพียงผู้ป่วยร้อยละ 34 ที่รายงานว่ายาน่าสนใจ ผู้ป่วยมากกว่าหนึ่งในสาม (ร้อยละ 37) รายงานว่ายาน่าสนใจไม่มีผลเปลี่ยนแปลงหรือมีผลทำให้อาการแย่ลง นอกจากนี้ผู้ป่วยประมาณสองในสาม (ร้อยละ 64) มีประสบการณ์การเกิดอาการข้างเคียงจากยา โดยร้อยละ 55 ของกลุ่มดังกล่าวมีอาการข้างเคียงในระดับปานกลางหรือรุนแรง ซึ่งอัตราการใช้อย่างน่าสนใจดังกล่าวแตกต่างจากการศึกษาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ณ สถานพยาบาลปฐมภูมิในสหราชอาณาจักร ที่พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 33 ไม่มีความร่วมมือในการใช้ยาจนจบคอร์สการรักษา ทั้งนี้ การศึกษาดังกล่าวอาจมีการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาแบบเกินจริง เนื่องจากใช้แบบประเมินที่ประเมินด้วยตนเองและผู้ที่ไม่มีความร่วมมือในการใช้ยามักปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษานี้^(15, 23)

ลักษณะของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่พบมากในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 รูปแบบ ได้แก่ การใช้ยามากเกินไปและการใช้ยาในทางที่ผิดจนก่อให้เกิดอันตราย การลืมใช้ยาและการเปลี่ยนแปลงขนาดและวิธีการใช้ยา⁽⁷⁶⁾

2.3.6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลกรวบรวมข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของโรคหรือภาวะผิดปกติเรื้อรัง ได้แก่ โรคหืด โรคเบาหวาน โรคซึมเศร้า โรคเบาหวาน โรคชก การติดเชื้อ human immunodeficiency virus (HIV) หรือโรคเอดส์ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด

สื่อบุหรี่ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรักษาประกอบด้วยปัจจัยหลากหลายมิติ ซึ่งแตกต่างจากในอดีต ที่มองว่าความร่วมมือในการใช้ยาขึ้นอยู่กับปัจจัยในมิติของผู้ป่วยเพียงด้านเดียว โดยเรียกชื่อโมเดลที่ใช้ในการอธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยานี้ว่า multidimensional adherence model ซึ่งสามารถแบ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาของโรคซึมเศร้าออกเป็น 5 มิติ⁽¹⁴⁾ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ หมายถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสังคมหรือเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ สถานภาพทางการเงิน การไม่รู้หนังสือ ระดับการศึกษา สถานะทางสังคม^(12, 23) การสนับสนุนทางสังคม^(14, 23, 24) ความสัมพันธ์กับครอบครัว สภาพที่อยู่อาศัย ความห่างไกลจากสถานพยาบาล^(12, 15) วัฒนธรรมและความเชื่อของสังคมต่อการเจ็บป่วยและการรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษาหรือการเดินทาง^(15, 23)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีหรือส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ สถานภาพทางการเงินที่ดี ระดับการศึกษาสูง แร่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี การอยู่อาศัยกับครอบครัว โดยเฉพาะการอยู่ร่วมกับรุ่นหลานที่อยู่ในวัยเด็ก ในทางกลับกัน หากผู้ป่วยไม่รู้หนังสือ ระดับการศึกษาต่ำ ตกงาน ขาดการสนับสนุนทางสังคม สภาพที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง อาศัยอยู่ห่างไกลสถานพยาบาล ทำให้เข้าถึงบริการได้ยาก มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมายังสถานพยาบาลสูง จะมีผลลดความร่วมมือในการใช้ยาหรือมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาระดับต่ำ^(12, 14, 15, 23-25) การศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักขาวจีนพบว่ากลุ่มอาชีพก่อนเกษียณของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อความร่วมมือในการใช้ยาแก้อิมเศร้า แต่สถานภาพทางการเงินและสังคมกลับมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา โดยจำนวนรายรับที่มากขึ้นมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาแก้อิมเศร้าที่แยลง⁽¹²⁾ ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพทางการเงินที่ดี จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่าค่าใช้จ่ายด้านยาและการเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษา มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาเพื่อรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยค่าใช้จ่ายด้านยาหรือการเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาที่สูงขึ้นมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าที่ต่ำลง^(15, 23)

การศึกษาของผู้สูงอายุ รวมถึงการไม่รู้หนังสือ มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา โดยพบว่าระดับการศึกษาที่สูงของผู้สูงอายุ จะส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสม⁽²³⁾ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาปัจจัยดังกล่าวในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักประเทศจีน ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป กลับไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของความสัมพันธดังกล่าว⁽¹²⁾ ซึ่งอาจเกิดจากการได้รับการให้ความรู้คำแนะนำทางจิตใจ (psychoeducation) ในช่วงระยะเวลาหนึ่งอย่างเหมาะสม ระหว่างได้รับการรักษาด้วยยาแก้อิมเศร้าในโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิ ซึ่งการให้ความรู้

คำแนะนำทางจิตเวชดังกล่าว จะถูกดำเนินการโดยบุคลากรทางการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งสามารถสื่อสารความรู้ต่อผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความเข้าใจ โดยไม่มีข้อจำกัดเรื่องระดับการศึกษาพื้นฐานของผู้ป่วย เมื่อผ่านการได้รับความรู้คำแนะนำทางจิตเวชระยะหนึ่ง ก็ย่อมทำให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาโรคมึนเศร้าในผู้สูงอายุทุกระดับการศึกษามีความเท่าเทียมกัน เนื่องจากได้รับการรักษาในรูปแบบการให้ความรู้คำแนะนำทางจิตใจที่คล้ายคลึงกัน⁽¹¹⁾

การสนับสนุนทางสังคมเป็นหนึ่งในปัจจัยที่ส่งเสริมความเชื่อในการควบคุมสุขภาพตนเอง และการรับรู้ถึงประโยชน์ของพฤติกรรมทางสุขภาพ ซึ่งรวมถึงพฤติกรรมการใช้ยาเพื่อการรักษา จึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีมีพฤติกรรมการรับประทานยาแก้ซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง^(77, 78) นอกจากนี้ยังพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้าง เช่น คู่สมรส บุตรหลาน หรือเพื่อน จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกได้รับการยอมรับ ความรักและรู้สึกมีคุณค่า การให้คำแนะนำและการโน้มน้าวจากบุคคลรอบข้างจะทำให้ผู้สูงอายุยอมรับความเจ็บป่วยและสร้างแรงจูงใจในการรักษา ประกอบกันการช่วยเหลือจากคนรอบข้างที่เป็นรูปธรรมในการลดหรือแก้ไขอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการรักษา เช่น การช่วยจัดยา แยกมือใส่กล่องยาเพื่อความสะดวกในการบริหารยา หรือการช่วยย้ำเตือนเรื่องของการใช้ยา โดยแรงสนับสนุนทางสังคมจากคนรอบข้างเหล่านี้จะกระตุ้นให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ยาในการรักษาโรคมึนเศร้าได้อย่างต่อเนื่อง^(24, 78) ในทางตรงกันข้าม หากผู้สูงอายุขาดแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะการถูกทอดทิ้ง และการที่คนรักหรือคู่ชีวิตต้องเจ็บป่วยหรือตายจากไป อาจเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดและการสูญเสียแรงสนับสนุนทางสังคมได้อย่างมาก ทั้งนี้พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญต่อความสามารถในการจัดการความเครียดส่วนบุคคล การเกิดอาการซึมเศร้าและระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า จึงอาจส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าได้^(23, 77, 79)

2. ปัจจัยด้านทีมและระบบสุขภาพ หมายถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรทางสุขภาพ หรือระบบสุขภาพซึ่งมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ความรู้และความชำนาญในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางสุขภาพ ระบบการกระจายยา ภาระงานของบุคลากรทางสุขภาพ⁽¹⁴⁾ ความเห็นพ้องของทีมบุคลากรทางแพทย์เกี่ยวกับการรักษา การยอมรับและพึงพอใจระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์^(23, 25)

ผู้สูงอายุโรคมึนเศร้าร้อยละ 92 ที่ได้รับการรักษาและติดตามอาการจนครบ 3 เดือนแรก มีความพึงพอใจในการรักษาและเวลาที่แพทย์ใช้ในการแนะนำ ทำให้เข้าร่วมการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี นอกจากนี้หากผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์มีสัมพันธภาพที่ดีซึ่งกันและกัน จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นและวางใจในกระบวนการรักษา ยอมรับและเชื่อถือในแผนการรักษาที่ได้รับ จนทำให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาตามมา^(23, 25) โดย

สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและแพทย์เป็นหนึ่งในปัจจัยที่ได้รับการยอมรับว่ามีอิทธิพลเชิงบวกต่อความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าทั้งในผู้สูงอายุและผู้ใหญ่^(15, 80) การสร้างความไว้วางใจต่อการรักษาที่ดีร่วมกับการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมที่ตัดสินใจในการรักษา มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการรับรู้และยอมรับการรักษา บรรเทาความกังวลเกี่ยวกับการใช้ยารวมถึงเสริมสร้างความเชื่อและทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้ยา ซึ่งมีส่วนสำคัญในการตัดสินใจใช้ยาอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์^(12, 23, 80, 81) การให้ความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะคำแนะนำในการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย จะมีผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มที่จะใช้ยาอย่างต่อเนื่องและมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี⁽²⁴⁾

การศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของประเทศเกาหลีใต้พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าครั้งแรกโดยจิตแพทย์หรือได้รับการดูแลอย่างดีจากสถานพยาบาลเป็นปัจจัยทำนายที่ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยา⁽²⁹⁾ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาคือความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าในประชากรและสถานพยาบาลที่หลากหลายในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยเก็บข้อมูลในประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลที่มีจิตแพทย์มีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าการได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลปฐมภูมิ⁽⁸²⁾ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะจิตแพทย์มีความเชี่ยวชาญในการสื่อสารเพื่อให้ความรู้ การสร้างแรงจูงใจในการรักษาโรคซึมเศร้า การปรับแผนการรักษาเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและความปลอดภัยโดยเป็นการร่วมตัดสินใจระหว่างแพทย์และผู้ป่วย รวมถึงการสร้างสัมพันธภาพอันดีเพื่อการรักษาจากการสื่อสาร ความเห็นใจและความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ซึ่งเป็นความรู้และทักษะเฉพาะทางที่เหมาะสมกับโรคซึมเศร้า ประกอบกับลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยจิตแพทย์ ส่วนหนึ่งคือผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการซึมเศร้าหรือเกิดการติดต่อการรักษา จึงถูกส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นเพื่อมารับการรักษาด้วยจิตแพทย์ โดยจากอาการของโรคที่แย่งลง อาจมีผลกระตุ้นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเข้าร่วมการรักษามากขึ้น หรือเข้าใจถึงประโยชน์ของการใช้ยารักษาที่ดีขึ้น⁽⁸¹⁻⁸⁵⁾

3. ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ หมายถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาวะทางสุขภาพและความเจ็บป่วยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า^(23, 26) ระดับของความบกพร่อง (disability) ทั้งทางกาย จิตใจ สังคมและอาชีพ การดำเนินโรค^(12, 23) และระยะเวลาการเป็นโรคซึมเศร้า⁽²³⁾ รวมถึงโรคร่วมหรือโรคประจำตัวของผู้ป่วย^(12, 15, 23, 24)

จากการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้ยาแก้ซึมเศร้า พบว่า ระดับคะแนนความซึมเศร้าสูงมีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่มากขึ้น⁽²⁶⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคซึมเศร้าอาจหยุดการใช้ยาหรือไม่ร่วมมือในการใช้ยา หากอาการซึมเศร้าไม่ดีขึ้น⁽¹⁵⁾

การศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประเทศจีนพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความซึมเศร้าสูงเนื่องจากมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้น มักมีแนวโน้มมีทัศนคติเชิงลบต่อการรักษาซึ่งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา รวมถึงการใช้ยา ในทางกลับกันหากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความซึมเศร้าที่ต่ำกว่า ก็จะมีโอกาสที่จะมีทัศนคติเชิงบวกต่อการรักษาที่มากกว่าเช่นกัน⁽⁸⁶⁾ สอดคล้องกับผลการศึกษากายการหยุดใช้ยาแก้ซึมเศร้ากลุ่ม SSRIs ในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยพบว่า ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าที่ลดลงเป็นปัจจัยที่สามารถป้องกันการหยุดใช้ยาแก้ซึมเศร้าได้ โดยหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้าดีขึ้น จะมีโอกาสในการหยุดใช้น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาการยังไม่ดี 0.40 เท่า⁽⁸⁷⁾ จากการศึกษาในผู้สูงอายุที่ได้รับยาแก้ซึมเศร้าพบว่า เหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเลือกหยุดใช้คือการขาดประสิทธิภาพของยา⁽¹⁵⁾ โดยหากผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในระดับปรกติหรือไม่มีอาการซึมเศร้า ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงประสิทธิภาพของยาแก้ซึมเศร้าและรับรู้ถึงประโยชน์ของการใช้ยา ซึ่งสามารถช่วยให้อาการซึมเศร้าที่มีอยู่ลดลงหรือหายเป็นปรกติ รวมถึงเพิ่มทัศนคติเชิงบวก ความเชื่อมั่นที่มีต่อยาแก้ซึมเศร้าและส่งเสริมความเข้าใจในความสำคัญของการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง จนส่งผลให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาอย่างเหมาะสมในที่สุด (12, 23, 88)

การมีประวัติการกำเริบซ้ำของโรคสามารถส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา⁽¹²⁾ ในทางกลับกัน ระยะเวลาการเจ็บป่วยของโรคที่ยาวนาน อาจสร้างความเบื่อหน่ายท้อแท้ต่อการรักษาหรือรบกวนชีวิตประจำวันของโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะการลดความสามารถในการบริหารยา จนส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมได้ ทั้งนี้การศึกษาในประเทศจีนกลับไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการเจ็บป่วยของโรคซึมเศร้ากับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุ^(15, 89) การศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าในการรักษาผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าหลักและมีภาวะสมองเสื่อม ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบการลดลงของอัตราความร่วมมือในการใช้ยารักษา ระยะต่อเนื่องเมื่อเทียบกับระยะเฉียบพลัน ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยตัดสินใจหยุดยาเองจากความไม่เข้าใจในบทบาทของยาสำหรับระยะต่อเนื่อง⁽⁹⁰⁾ การรักษาโรคซึมเศร้าในระยะเฉียบพลันมีบทบาทและเป้าหมายในการบรรเทาอาการของโรคจนไม่พบอาการ (remission) และสามารถใช้ชีวิตได้แบบปรกติ ซึ่งผู้ป่วยจะรับรู้ความแตกต่างของอาการและความสำคัญได้อย่างชัดเจนมากกว่าในระยะต่อเนื่อง ทั้งนี้เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นหรือไม่พบอาการแล้ว ผู้ป่วยยังคงมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาเพื่อเป้าหมายในการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ (relapse) รวมถึงเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย^(42, 46) ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเลือกหยุดการรักษาโดยเฉพาะในระยะต่อเนื่อง เพราะขาดความเข้าใจในบทบาทของยาดังกล่าว⁽⁹⁰⁾

จำนวนของโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา โดยอาจเกิดจากผลกระทบของการต้องใช้อายารักษาโรคร่วม ซึ่งหากโรคร่วมของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีจำนวนมาก ย่อม

ส่งผลให้จำนวนยาที่ได้รับการรักษามีจำนวนมากเช่นกัน และเพิ่มโอกาสในการเกิดความซับซ้อนของการรักษาที่ได้รับมากยิ่งขึ้น จนอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความยุ่งยากและขาดประสิทธิภาพในการบริหารยา อาจส่งผลให้เกิดการใช้ยาที่ผิดวิธีหรือลืมใช้ยา ซึ่งเป็นพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมทางเลือกตัดสินใจหยุดใช้ยาบางชนิดที่คิดว่ามีความจำเป็นน้อยกว่าจากแผนการรักษาทั้งหมด โดยผู้ป่วยบางรายอาจคิดว่ายาแก้ซึมเศร้ามีความจำเป็นและสำคัญในการรักษาน้อยกว่ายารักษาโรคทางกาย จึงเลือกที่จะหยุดใช้ยาแก้ซึมเศร้าในที่สุด^(23, 24)

โรคร่วมหรือความผิดปกติที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ กลุ่มอาการ somatoform, การมีบุคลิกภาพแบบ sensation-seeking personality trait, โรควิตกกังวล หรือภาวะรู้คิดบกพร่อง^(12, 14, 15, 23) โดยจากการศึกษาของ Keeley และคณะพบว่า หากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีจำนวนความถี่ของอาการ somatoform มากขึ้นจะมีแนวโน้มความร่วมมือในการใช้ยาที่แย่ง และจากการศึกษาของ Ekselius และคณะพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีบุคลิกภาพแบบ sensation-seeking personality trait มักมีระดับยาแก้ซึมเศร้าในเลือดต่ำ ซึ่งแสดงถึงความไม่ร่วมมือในการใช้ยา⁽¹⁴⁾ นอกจากนี้หากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความบกพร่องของภาวะรู้คิด ซึ่งเป็นภาวะที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยพบว่าภาวะรู้คิดบกพร่องมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อความร่วมมือในการใช้ยา ที่อาจเกิดจากความบกพร่องต่อการบริหารยา จนนำไปสู่ความร่วมมือในการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม^(15, 23) ในทางกลับกัน การศึกษาในผู้สูงอายุชาวจีนที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าหลักและได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลจิตเวชตติยภูมิในเมืองปักกิ่ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคร่วมในกลุ่มโรควิตกกังวลมักมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹²⁾ ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า (late-life depression) ที่พบว่าผู้ที่มีโรคร่วมเป็นโรควิตกกังวล จะมีความร่วมมือในการใช้ยาและตอบสนองต่อการรักษาที่ไม่ดี⁽²³⁾ นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่มีการใช้ยาแก้ซึมเศร้าทั้งแบบแบ่งกลุ่มอายุและผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมหรือโรคประจำตัวหลายชนิด โดยโรคหัวใจและหลอดเลือดอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิต รวมถึงการใช้ยา จนทำให้มีผลกระทบต่อความร่วมมือในการใช้ยาในด้านที่ไม่เหมาะสมในที่สุด^(15, 24)

4. ปัจจัยด้านการรักษา หมายถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ ความซับซ้อนของแบบแผนการรักษา^(23, 27) การได้รับยาหลายชนิดในมือเวลาเดียวกัน⁽²³⁾ ระยะเวลาของการรักษา ความล้มเหลวของการรักษาที่เคยได้รับ ความถี่ในการปรับเปลี่ยนการรักษา ระยะเวลาในการตอบสนองการรักษา หรืออาการไม่พึงประสงค์จากยา^(12, 23, 28)

ความสัมพันธ์ระหว่างความซับซ้อนของแบบแผนการรักษากับความไม่ร่วมมือในการรักษาโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า การสั่งใช้ยาหลายชนิด การเพิ่มขนาดหรือความถี่ในการใช้ยา หรือแผนการรักษาโดยใช้ยาที่ซับซ้อนมีผลเพิ่มความเสี่ยงต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ความซับซ้อนที่เกิดจากแผนการรักษาที่มีจำนวนขนาดยาต่อวันหลากหลายและมีคำแนะนำเพิ่มเติมที่ไม่สอดคล้องกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมักมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา นอกจากนี้หากผู้ป่วยได้รับยาที่มีความถี่ในการใช้ยามากขึ้น ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความลำบากในการใช้ยาและมีแนวโน้มในการเกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม^(23, 91) นอกจากนี้การใช้ยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน ทำให้เกิดความยากลำบากในการบริหารยา โดยเฉพาะยาที่มีการบริหารแตกต่างจากกิจวัตรประจำวันหรือกิจวัตรการใช้ยาเดิมของผู้ป่วย และทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมตามมาได้^(12, 23, 28)

การใช้ยาหลายขนานหรือหลากหลายชนิดพร้อมกันในผู้สูงอายุอาจมีผลเพิ่มความเสี่ยงจากผลเสียของการใช้ยา ประกอบด้วย อาการไม่พึงประสงค์จากยา อันตรกิริยาระหว่างยา หรือการเปลี่ยนแปลงเภสัชจลนศาสตร์ของร่างกายเนื่องจากอายุที่มากขึ้นส่งผลต่อเภสัชพลศาสตร์ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ความไวในการเกิดภาวะพิษจากยามากขึ้น นอกจากนี้ยังเพิ่มความสับสนเกี่ยวกับแผนการรักษา รวมถึงก่อให้เกิดความรู้สึกของภาระจากยาและภาระทางเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับยา ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุมักเพิ่มมากขึ้นตามจำนวนยาที่ผู้ป่วยได้รับ ทั้งนี้ความเสี่ยงของการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาและอาการข้างเคียงจากยาแก้ซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้น ส่งผลต่อความกังวลและก่อให้เกิดความหวาดกลัวในการใช้ยาของผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการใช้ยาอย่างต่อเนื่องหรือทำให้เกิดพฤติกรรมทางเลือกและหยุดใช้ยาตามความสำคัญด้วยตนเองตามมา^(23, 92)

การศึกษาพบว่าจำนวนครั้งของการรับประทานยาแก้ซึมเศร้าในแต่ละวันมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา⁽²³⁾ พบว่าผู้ที่มีจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ซึมเศร้าที่น้อยมักมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี⁽¹⁴⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความถี่ในการใช้ยา fluoxetine แบบ enteric coated tablets ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยพบว่าการรับประทานยาแบบสัปดาห์ละครั้งมีผลทำให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าแบบวันละครั้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽²⁷⁾ ทั้งนี้กลับไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาและจำนวนครั้งในการใช้ยาแก้ซึมเศร้ากลุ่ม TCA โดยไม่พบนัยสำคัญทางสถิติของความแตกต่างในด้านความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างการรับประทานยา TCA แบบวันละครั้งและแบบวันละสามครั้ง⁽¹⁵⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่ใช้ยากลุ่ม SSRIs มีการหยุดใช้ยาเนื่องจากอาการไม่พึงประสงค์น้อยกว่ายากลุ่ม TCA ร้อยละ 5⁽⁹³⁾ และหากใช้ยารูปแบบผสมระหว่างยาแก้ซึมเศร้าและยาคลายกังวล-นอนหลับจะสามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาได้⁽⁹⁴⁾

5. ปัจจัยด้านผู้ป่วย หมายถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส^(12, 23) เชื้อชาติ^(12, 29, 30) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด⁽²³⁾ ความรู้ ความเชื่อทัศนคติ การรับรู้ หรือความคาดหวังต่อโรคหรือการรักษา และการถูกตราหน้า (stigma)^(12, 15, 23, 24)

ปัจจัยที่ยังไม่สามารถระบุความสัมพันธ์ที่ชัดเจนต่อความร่วมมือในการใช้ยา คือ อายุ เพศ สถานภาพสมรส เชื้อชาติและการใช้สารเสพติด ซึ่งบางการศึกษาพบความสัมพันธ์ดังกล่าว แต่บางการศึกษาไม่พบ^(12, 23, 29) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศและอายุกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลักในประเทศจีนไม่พบนัยสำคัญทางสถิติระหว่างความแตกต่างดังกล่าว⁽¹²⁾ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลตติยภูมิ 2 แห่งในจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างเพศหรืออายุและความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าเช่นเดียวกัน⁽²⁴⁾ แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาในต่างประเทศบางการศึกษากลับพบความสัมพันธ์ระหว่างเพศหรืออายุและความร่วมมือในการใช้ยาดังกล่าว โดยพบว่าเพศหญิงมักมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีกว่าเพศชายและอายุของผู้สูงอายุที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าที่สูงขึ้น^(23, 95) การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาและเกาหลีใต้พบว่าเชื้อชาติมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าของผู้อายุ โดยอาจมีผลเกี่ยวเนื่องกับปัจจัยด้านสังคมและเพศร่วมด้วย^(29, 30) ทั้งนี้ในบางการศึกษาของต่างประเทศกลับไม่พบแตกต่างของเชื้อชาติและความร่วมมือในการใช้ยาดังกล่าว⁽²³⁾

การศึกษาพบว่าความเชื่อทางศาสนาบางอย่างมีบทบาทต่อพฤติกรรมการเสาะแสวงหาการรักษาของโรคซึมเศร้า โดยพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างการมีส่วนร่วมทางศาสนาของผู้สูงอายุและผลลัพธ์อาการซึมเศร้าที่ดีขึ้น ที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเสาะแสวงหาการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งหมายรวมถึงพฤติกรรมการใช้ยา⁽²³⁾ แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าหลักในประเทศจีนกลับไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการนับถือศาสนาและความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้า⁽¹²⁾

การศึกษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ที่มีคู่สมรสมีโอกาสในการหยุดใช้ยาแก้ซึมเศร้าน้อยกว่าสถานภาพอื่น โดยคาดว่าเป็นผลมาจากแรงสนับสนุนทางสังคมที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง⁽⁸⁷⁾ ผู้ที่มีสถานภาพสมรสหรือหม้ายมักได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มเติมจากคู่รักหรือบุตรหลาน ซึ่งลักษณะการสนับสนุนเช่นนี้จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้สึกมีคุณค่าและได้รับการยอมรับ คู่รักหรือบุตรหลานจะมีส่วนช่วยในการให้คำแนะนำ ดูแลและโน้มน้าวให้ผู้สูงอายุมีแรงจูงใจในการใช้ยา ยอมรับความเจ็บป่วยจากโรคที่เกิดขึ้น ช่วยแบ่งเบาภาระและแก้ไขอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการใช้ยาและอำนวยความสะดวก รวมถึงจัดการสภาพแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการรักษา เช่น การจัดเตียงยาใส่กล่องตามมือเพื่อความสะดวก

การกำหนดจุดวางยาซึ่งผู้ป่วยสามารถมองเห็นทุกครั้งเมื่อถึงเวลาต้องไ้ยา หรือการตั้งนาฬิกาปลุก เพื่อเตือนเวลารับประทานยา^(12, 24, 78) นอกจากนี้ผู้ที่คู่สมรสหรือหม้ายย่อมมีบทบาทหน้าที่หรือ ประสบการณ์ในการดูแลสมาชิกในครอบครัว ซึ่งความรับผิดชอบหรือทักษะที่มีดังกล่าว ย่อมเป็น แรงจูงใจทำให้เกิดการรับรู้และเข้าใจสถานภาพการเจ็บป่วยของตน นำไปสู่การยอมรับการรักษาและ ความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี⁽⁷⁸⁾ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ากลุ่มคนที่มักลืมใช้ยาหรือหยุดใช้ ยาแก้ซึมเศร้าเองเนื่องจากรู้สึกว่าการดีขึ้นแล้ว มักเป็นผู้ที่ไม่ได้อยู่อาศัยร่วมกับลูกหลานหรือ ครอบครัว⁽¹²⁾ อย่างไรก็ตามสถานภาพสมรสประเภทหม้าย ซึ่งเป็นการแยกจากคู่สมรสเนื่องจาก การเสียชีวิต อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดและการสูญเสียแรงสนับสนุนทางสังคมต่อ คู่สมรสอีกฝ่าย ส่งผลให้อาการซึมเศร้าแย่ลงและความร่วมมือในการใช้ยาลดลง⁽²³⁾ แต่เมื่อพิจารณาผล การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าในผู้สูงอายุชาวจีน กลับไม่พบ ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของผลความร่วมมือในการใช้ยา เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง สถานภาพสมรสประเภทหม้ายและสมรส⁽¹²⁾

ปัจจัยด้านผู้ป่วยที่ส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ การมีความรู้และ ความเข้าใจเกี่ยวกับยาและความสำคัญของการใช้ยา ทักษะชีวิตที่ดีต่อยาและโรค ความเชื่อเกี่ยวกับ ความจำเป็นและผลของการใช้ยา ความเชื่อที่ดีต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของ โรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และปัจจัยด้านผู้ป่วยที่ลด ความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การขาดความรู้เรื่องโรคและการรักษา การไม่รับรู้ถึงประสิทธิภาพการรักษา ความกังวลหรือกลัวอาการข้างเคียงของยาและการถูกตราหน้า จากโรคซึมเศร้า^(14, 15, 23, 25)

ความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการรักษาของผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อ การใช้ยาแก้ซึมเศร้า โดยพบว่าความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่สะท้อนถึงการรับรู้ ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีผลต่อ พฤติกรรมป้องกันหรือหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย โดยมีลักษณะที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เมื่อ ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ว่าเป็นปัญหาสุขภาพรุนแรง จะส่งผลต่อการปรับพฤติกรรมใน การดำรงชีวิตและปฏิสัมพันธ์ต่อครอบครัวและสังคม นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ของ การรักษา ซึ่งรวมถึงการใช้ยาแก้ซึมเศร้า มากกว่าการรับรู้อุปสรรคหรือผลเสียจากการใช้ยา จึงทำให้ เกิดพฤติกรรมการใช้ยาแก้ซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง แต่หากผู้สูงอายุกู้และเชื่อว่าโรคซึมเศร้าเป็น เรื่องน่าอายและอาจถูกตราหน้าจากสังคม การใช้ยาแก้ซึมเศร้าอาจทำให้เกิดผลเสีย เช่น ภาวะพึ่งพา ยาหรืออาการไม่พึงประสงค์จากยา ยาแก้ซึมเศร้ามีราคาแพงและตนเองมีการเจ็บป่วยโรคอื่นหรือ ภาวะอย่างอื่นที่ต้องใช้เงินมากกว่า การรับรู้และความเชื่อต่อสิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุกู้ว่าโรค และการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าเป็นอุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้เกิดการหลีกเลี่ยงหรือ

งดเว้นการใช้ยาแก้ซึมเศร้าตามที่แพทย์สั่ง ในทางกลับกันพบว่าผู้สูงอายุที่มีความกังวลเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ซึมเศร้าน้อยหรือเชื่อว่าการใช้ยาแก้ซึมเศร้ามีความสำคัญและมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมการใช้ยาแก้ซึมเศร่าอย่างต่อเนื่อง^(23, 24, 30) นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าและสมรรถแห่งตนมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ⁽²³⁾ การศึกษาพบว่า การถูกตราหน้า (stigma) จากการเป็นโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า แต่บางการศึกษากลับไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว ทั้งนี้พบว่าการถูกตราหน้าอาจมีความจำเพาะต่อบุคคลในความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุ^(15, 23)

ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการรักษาโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะข้อมูลของยาแก้ซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาแก้ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยพบว่าความร่วมมือในการใช้ยามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้และความเข้าใจในข้อมูลของยาแก้ซึมเศร้า และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการรักษาโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุโรคซึมเศร่ายังมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทัศนคติเชิงบวกต่อการรักษาด้วยยาและโรคซึมเศร้า ในทางกลับกันทัศนคติเชิงลบต่อการรักษาด้วยยาก็พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับความร่วมมือในการใช้ยาเช่นกัน⁽¹⁵⁾

ในขณะที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวนมากมีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดร่วมด้วย แต่การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ภาวะพึ่งพายาและความผิดปกติเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติดกลับมีค่อนข้างน้อย ไม่จำเพาะเพียงแคผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า แต่หมายรวมถึงผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกวัย จากข้อมูลการศึกษาพบความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าและปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีการใช้สารเสพติดในทางที่ผิดมักมีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับต่ำ⁽²³⁾

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยด้านผู้ป่วยซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ ทัศนคติและความเชื่อของผู้ป่วยต่อโรคซึมเศร้า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความเชื่อที่ต่อต้านการรับประทานยาแก้ซึมเศร้า ได้แก่ ความกลัวการติดหรือพึ่งพายา การไม่เชื่อว่าโรคซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากทางชีวภาพ ความเชื่อที่ว่ารับประทานยาแก้ซึมเศร้ามีความจำเป็นน้อย⁽²³⁾

2.4. การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยา

2.4.1. การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุ

การศึกษาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุชาวไทยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ณ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 153 คน โดยผู้เข้าร่วมการศึกษาต้องมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และสมรรถภาพของสมองปกติหรือหากผิดปกติต้องมีผู้ดูแลที่สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้ เก็บข้อมูลความไม่ร่วมมือในการใช้ยาโดยการสัมภาษณ์ประกอบกับการนับเม็ดยาและตรวจสอบใบสั่งยา ผลการศึกษาแบ่งกลุ่มความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเป็น 3 กลุ่ม ตามชนิดของยา ได้แก่ กลุ่มความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่ได้รับจากแพทย์เพียงอย่างเดียว กลุ่มความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่ได้รับจากแพทย์ร่วมกับยาที่หาซื้อเอง (OTC) และกลุ่มความไม่ร่วมมือในการใช้ยาทั้งที่ได้รับจากแพทย์หาซื้อเอง สมุนไพร วิตามินและอาหารเสริม โดยมีอัตราความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเท่ากับ ร้อยละ 34, ร้อยละ 42.5 และ ร้อยละ 54.9 ตามลำดับ ประเภทของความไม่ร่วมมือในการใช้ยา แบ่งออกเป็น การใช้นอกเหนือจากแพทย์สั่ง (ร้อยละ 43.9) การไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง (ร้อยละ 35.7) และการใช้ยาที่แพทย์สั่งในขนาดที่ต่างออกไป (ร้อยละ 20.4) สาเหตุที่ทำให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาที่ได้รับจากแพทย์มากที่สุดคือ ความไม่เข้าใจ การขาดความตระหนักรู้หรือความเชื่อในทางที่ผิด (ร้อยละ 25.6) รองลงมา คือ อาการไม่พึงประสงค์จากยา (ร้อยละ 18.9) โดยกลุ่มยาที่พบว่ามีความไม่ร่วมมือในการใช้ยามากที่สุด คือ วิตามินและแคลเซียม (23 คน)⁽⁵⁾

การศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวงม จ.เชียงราย จำนวน 62 คน รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา โดยผู้เข้าร่วมการศึกษามีอายุตั้งแต่ 60 ปี มีโรคประจำตัวเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 2 โรคและใช้แคร์ยารับประทาน เก็บข้อมูลจากแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา (Morisky Medication Adherence Scale; MMAS) แบบ 8 ข้อ พบว่าผู้เข้าร่วมการศึกษามีความร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 79.3 (คะแนนสูง) โดยปัจจัยส่วนบุคคลทั้งหมด ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การอาศัยอยู่ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ ผู้จัดการบริหารยา จำนวนโรคประจำตัว จำนวนชนิดยาและจำนวนเม็ดยาต่อวัน ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา⁽⁹⁶⁾

2.4.2. การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาแก้มิเศร่า

การศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาแก้มิเศร่าและชนิดของยา แบบ cross-sectional descriptive study ในผู้ป่วยโรคซึมเศร่า ณ แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันกัลยาธรรณครินทร์ ประเทศไทย จำนวน 1,058 คน โดยเก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลเภสัชกรรมอิเล็กทรอนิกส์ ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร่าหลักตามรหัส ICD-10 อายุตั้งแต่ 15 ปีและได้รับยาแก้มิเศร่าอย่างน้อย 1 ชนิด ประเมินผลความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้อัตราการครอบครองยา (medication

possession ratio: MPR) พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 41 มีความร่วมมือในการใช้ยา (MPR มากกว่าร้อยละ 80) โดยยาแก้ซึมเศร้าที่นิยมสั่งจ่ายมากที่สุดคือ fluoxetine และยาในกลุ่ม TCA ตามลำดับ⁽¹⁶⁾

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ณ คลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคเหนือ ประเทศไทย จำนวน 84 คน โดยผู้เข้าร่วมการศึกษาต้องมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าหลักตามรหัส ICD-10 ตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป ได้รับการรักษาด้วยยาแก้ซึมเศร้าอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และไม่มีหรือมีอาการซึมเศร้าไม่เกินระดับปานกลางตามแบบประเมิน Thai depression inventory (TDI) ใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนความร่วมมือการใช้ยาจากแบบสอบถามวิธีการใช้ยา (medication adherence report scale; MARS) เฉลี่ยเท่ากับ 21.85 ± 4.02 คะแนน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวก ได้แก่ อายุ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการรับประทานยา และสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับยาต้านความกังวลจากการรับประทานยาด้านการใช้ยามากเกินไป ด้านอันตรายจากการรับประทานยา และปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ เพศ⁽⁸⁰⁾

การศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยทำนายในผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าในประเทศเกาหลีใต้ รูปแบบ matched cohort study ในอัตราส่วน 1:1 โดยใช้เพศ อายุและ Charlson comorbidity index เปรียบเทียบกับกลุ่มเชื้อชาติเกาหลีแต่กำเนิด โดยเก็บข้อมูลผ่านฐานข้อมูลประกันสุขภาพระดับชาติของสาธารณรัฐเกาหลี เก็บข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาโดย MPR ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปและได้รับยาแก้ซึมเศร้าเมื่อเร็ว ๆ นี้ ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ย MPR ของกลุ่มผู้ป่วย (ร้อยละ 27.1) น้อยกว่ากลุ่มเชื้อชาติเกาหลีแต่กำเนิด (ร้อยละ 30.9) โดยกลุ่มผู้ป่วยมีความน่าจะเป็นในการมีความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มเชื้อชาติเกาหลีอย่างมีนัยสำคัญ (OR = 0.76, 95% CI 0.3-0.92) ทั้งนี้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความน่าจะเป็นสูงต่อการมีความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มผู้ป่วย ได้แก่ อายุที่ต่ำกว่า, การพบจิตแพทย์เพื่อวินิจฉัยโรคซึมเศร้าครั้งแรก, การได้รับการดูแลอย่างพิเศษและการมีสถานพยาบาลดูแลเป็นประจำ⁽²⁹⁾

2.4.3. การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

การศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าต่อปัจจัยอื่นในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนินทร์และโรงพยาบาลมหาสารคามราชสีมา จำนวน 85 คน โดยคัดเลือกผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามรหัส ICD-10 อายุตั้งแต่ 60 ปี ได้รับการรักษาด้วยยาแก้ซึมเศร้าอย่างน้อย 3 เดือน

และเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายอย่างน้อย 1 โรคที่ได้รับการรักษาด้วยยา เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบบันทึกการสัมภาษณ์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าจากแบบสอบถามวิธีการใช้ยา (MARS) เท่ากับ 24.24 ± 1.79 คะแนน (ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 5-25 คะแนน) ความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.28, p = 0.01$; $r_s = 0.22, p = 0.04$ ตามลำดับ) แต่จำนวนโรคร่วมทางกายไม่พบความสัมพันธ์อย่างนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้า ($r_s = 0.09, p = 0.42$)⁽²⁴⁾

การศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับยาแก้ซึมเศร้าและความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าชาวจีน ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิในเมืองปักกิ่ง ประเทศจีน จำนวน 135 คน รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา โดยคัดเลือกผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักตามรหัส ICD-10 อายุมากกว่า 60 ปีและได้รับยาแก้ซึมเศร้าต่อเนื่องนาน 12 สัปดาห์ขึ้นไป เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยา (Morisky Medication Adherence Measure) ชนิด 4 ข้อ แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับยาแก้ซึมเศร้า (Beliefs about Medication Questionnaire; BMQ) ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมการศึกษาร้อยละ 37.8 มีความร่วมมือในการใช้ยาสูง ร้อยละ 39.2 มีความร่วมมือในการใช้ยาปานกลาง และ ร้อยละ 23 มีความร่วมมือในการใช้ยาต่ำ ความเชื่อเกี่ยวกับยาแก้ซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา โดยหากความเชื่อด้านความกังวลต่อการใช้ยาลดลงหรือความเชื่อของความจำเป็นต่อการใช้ยาเพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$ และ $p < 0.01$ ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่า เมื่อมีจำนวนการกำเริบซ้ำของโรคซึมเศร้าน้อยลง รายได้ของครอบครัวต่อโดยเฉลี่ยต่อเดือนลดลง หรือ การมีโรควิตกกังวลร่วมด้วยมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้นเช่นกัน ($p < 0.05, p < 0.01$ และ $p < 0.05$ ตามลำดับ)⁽¹²⁾

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเชื้อชาติและเพศ ที่สนใจต่อการรักษาและความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยซึมเศร้ารายใหม่ ณ สถานพยาบาลปฐมภูมิ ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 198 คน โดยเก็บข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาโดย BMQ ช่วง 4 เดือน ผลการศึกษาพบว่าสตรีผิวขาวมีความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้ามากกว่าสตรีแอฟริกันอเมริกัน (OR = 3.05; 95% CI=1.06-8.81) โดยความกังวลต่อยาแก้ซึมเศร้าที่น้อยกว่า และการให้ค่าว่ายากแก้ซึมเศร้าเป็นยาที่สำคัญที่สุดมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญ⁽³⁰⁾

การศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของการรักษาในระยะเฉียบพลันและระยะต่อเนื่องของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหลักร่วมกับโรคสมองเสื่อม ในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยเป็นการศึกษาในรูปแบบ retrospective cohort study จากข้อมูลสิทธิประกันสุขภาพแบบร่วมจ่าย (Medicare 5% beneficiary) ระหว่างปี ค.ศ.2012-2013

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด แบ่งออกเป็น กลุ่มที่ได้รับการรักษาในระยะเฉียบพลัน จำนวน 6,239 คนและกลุ่มที่ได้รับการรักษาในระยะต่อเนื่อง จำนวน 5,617 คน โดยคัดเลือกผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปและได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าหลักแบบผู้ป่วยรายใหม่เข้าสู่การศึกษา

พิจารณาความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าตามแนวทางของ Healthcare Effectiveness Data and Information Set (HEDIS) guidelines for antidepressant medication management (AMM) ซึ่งกำหนดขอบเขตของการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยพิจารณาตามจำนวนวันที่มีการใช้ยาแก้ซึมเศร้าในแต่ละช่วงการรักษา ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมการศึกษาร้อยละ 74.44 มีความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าในระยะเฉียบพลัน และร้อยละ 63.81 มีความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าในระยะต่อเนื่อง จากการวิเคราะห์แบบ multiple logistic regression พบว่า เชื้อชาติมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาโรคซึมเศร้าระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้ยารักษาโรคจิต (antipsychotics) อยู่ก่อนแล้วมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาโรคซึมเศร้าในระยะต่อเนื่อง⁽⁹⁰⁾



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเรื่อง ความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยประกอบด้วยตัวแปรอิสระ 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยด้านโรคและการรักษา และตัวแปรตาม 1 ชนิด ได้แก่ ความร่วมมือในการใช้ยาแก่ซึมเศร้า มีวิธีดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 8 ส่วน ดังต่อไปนี้

- 3.1. รูปแบบการวิจัย
- 3.2. ระยะเวลาดำเนินการวิจัย
- 3.3. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.4. วิธีการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง
- 3.5. กระบวนการขอความยินยอม
- 3.6. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.7. การรวบรวมข้อมูล
- 3.8. การวิเคราะห์ทางสถิติ

3.1.รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study)

3.2.ระยะเวลาดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ถูกดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2564 ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565 โดยเก็บข้อมูลผ่านแบบสอบถามและฐานข้อมูลเวชระเบียน ณ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตั้งแต่เดือนสิงหาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (เอกสารเลขที่ 340/64 ลงวันที่ 27 พฤษภาคม 2564) ระยะเวลาการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 18 เดือน

3.3.ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประชากรเป้าหมาย ได้แก่ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษ แผนกผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

2. มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
3. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าและมีข้อมูลการวินิจฉัยตามระบบ ICD-10 รหัสโรค F32.0-F32.9 (depressive episode), F33.0-33.9 (recurrent depressive disorder), F34.0-F34.9 (persistent mood/ affective disorders), F38.0-F38.8 (other mood/affective disorders) และ F39 (unspecified mood/affective disorders)
4. รับประทานแก้มเศร้าอย่างน้อย 1 รายการและไม่มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการบริหารยาอย่างน้อย 2 สัปดาห์
5. มีประวัติการรักษาโรคซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์
6. มีสมรรถภาพสมองปกติ โดยผลคะแนนแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE) ไม่ต่ำกว่า 24 คะแนน
7. ยินดีให้ข้อมูลและให้ความร่วมมือต่องานวิจัย พร้อมลงชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกออก

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคอื่น ๆ ดังต่อไปนี้ โรคจิตเภทและโรคจิตชนิดอื่น ๆ (schizophrenia and other psychotic disorders) โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorders) ภาวะสมองเสื่อม (dementia) หรือมีโรคทางกายรุนแรง จนไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้
2. ไม่สามารถสื่อสาร ฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้

ขนาดตัวอย่าง (Sample size)

ขนาดของตัวอย่างที่ศึกษาในประชากรกลุ่มเดียวและวัดผลเป็นข้อมูลชนิดนับคำนวณโดยใช้สูตร Cochran⁽⁹⁷⁾ ดังนี้

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 pq}{d^2}$$

n = ขนาดของตัวอย่างสำหรับงานวิจัยที่ศึกษา

Z_{α} = 1.96 (ค่ามาตรฐานจากตาราง Z ที่ระดับ type I error (α) two tailed เมื่อความเชื่อมั่น 95 %)

p = 0.41 (อัตราส่วนความร่วมมือในการใช้ยาแก้มเศร้าของผู้ป่วยซึมเศร้าในรพ.จิตเวช ไทย⁽¹⁶⁾)

$$q = 1 - 0.41 = 0.59$$

$d = \text{acceptable error} = 0.1$

ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาจึงเท่ากับ 93 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยเพื่อจำนวนผู้เข้าร่วมงานวิจัยที่จะถูกคัดออกร้อยละ 10 กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการสำหรับงานวิจัยนี้จึงเท่ากับ 103 คน

วิธีการเลือกตัวอย่าง

การวิจัยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์หรือแบบเจาะจง (judgmental or purposive sampling) โดยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่เข้าตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดในช่วงที่เก็บข้อมูล การวิจัยจนครบตามจำนวน

3.4. วิธีการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อผู้วิจัยได้รับการอนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและได้รับการอนุมัติให้สามารถทำการวิจัยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แล้ว ผู้วิจัยจะติดต่อประสานงานกับหัวหน้าพยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง หน่วยงานผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช ตึก ภปร. ชั้น 12 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัยและเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการขอความอนุเคราะห์เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการเข้าถึงรายชื่อผู้ป่วยตามนัดในแต่ละสัปดาห์ เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกจากข้อมูลในเวชระเบียนของโรงพยาบาล และออกรหัสสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายตามวันตลอดทั้งสัปดาห์ โดยผู้วิจัยจะทำการคัดเลือกและออกรหัสก่อนเข้าเก็บข้อมูลทุกสัปดาห์ ทั้งนี้ผู้วิจัยจะเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลเฉพาะในวันและเวลาเปิดทำการ (ในเวลาราชการ) ของส่วนงานผู้ป่วยนอก โดยงานวิจัยครั้งนี้เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิไม่ตอบคำถามข้อที่ไม่ต้องการตอบหรือถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อต้องการได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยจะจัดหาสถานที่ที่มิดชิดและเหมาะสม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรู้สึกถึงความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัยของการให้ข้อมูล

3.5. กระบวนการขอความยินยอม

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยจะดำเนินการเข้าสู่กระบวนการขอความยินยอม โดยมีกระบวนการดังนี้

- 1) ผู้วิจัยแนะนำตัว ส่งมอบเอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายของงานวิจัยและแบบแสดงความยินยอมให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย พร้อมกับอธิบายวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยและเหตุผลที่ผู้เข้าร่วมวิจัยถูกคัดเลือกเข้าสู่งานวิจัย

2) ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนการดำเนินโครงการวิจัย เวลาที่ใช้ (30-45 นาที) และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย

3) ผู้วิจัยให้รายละเอียดเกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในการวิจัย ซึ่งในงานวิจัยนี้มีความเสี่ยงเพียงเล็กน้อย คือ อาจเสียเวลาในการตอบคำถามจากแบบทดสอบและแบบสอบถาม โดยเป็นการดำเนินการเพียงครั้งเดียว หรืออาจเกิดความไม่สบายใจในการตอบคำถาม ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ไม่ตอบคำถามข้อใดที่ไม่ต้องการตอบได้ และงานวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงทางร่างกาย

4) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีอิสระและเวลาในการตัดสินใจ รวมถึงการซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยเพิ่มเติม ทั้งนี้ผู้วิจัยจะชี้แจงเพิ่มเติมว่า ผลการวิจัยนี้จะไม่มีการระบุถึงตัวผู้เข้าร่วมวิจัยและนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวม

5) หากผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จึงเซ็นชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อ การรับบริการหรือการรักษาใดๆ ที่จะได้รับ ผู้วิจัยจะไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย

3.6. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

3.6.1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai mental state examination; TMSE) พัฒนาโดย กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองซึ่งเป็นกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่เชี่ยวชาญเรื่องจิตเวช ประสาทวิทยาและผู้สูงอายุ อาศัยพื้นฐานการคิดจากแบบทดสอบสภาพสมองแบบย่อ (Mini mental state examination: MMSE) โดยมีรายละเอียดของข้อคำถามและวิธีการสร้างข้อคำถามที่แตกต่างออกไป ตามสถานภาพและวัฒนธรรมของคนไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุชาวไทย และนำไปใช้ทางคลินิกเพื่อคัดกรอง วินิจฉัยและติดตามผลผู้ป่วยภาวะความจำเสื่อม

แบบทดสอบ TMSE ถูกใช้เพื่อคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าของการวิจัยนี้ โดยประกอบด้วย ข้อคำถามเพื่อการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัย ภายใต้การดูแลและควบคุมของอาจารย์ที่ปรึกษา จำนวน 6 รายการ ในแต่ละรายการจะมีจำนวนข้อย่อยและการให้น้ำหนักคะแนนแตกต่างกัน ได้แก่ 1) การรับรู้ 6 คะแนน แบ่งเป็นเรื่องเวลา สถานที่ และบุคคล 2) การจดจำ 3 คะแนน โดยการจำชื่อของ 3 อย่าง โดยพูดห่างกัน 1 วินาที 3) ความใส่ใจ 5 คะแนน โดยบอกชื่อวันย้อนหลัง 5 วัน วันละ 1 คะแนน 4) การคำนวณ 3 คะแนน โดยลบเลขย้อนหลัง 3 ครั้งจาก 100-7 แต่ละช่วงต้องคิดไม่นานเกิน 1 นาที 5) ด้านภาษา 10 คะแนน โดยแบ่งเป็นการบอกชื่อสิ่งของ การพูดตาม การทำตาม การอ่านตาม การวาดและคิดอ่าน และ 6) การระลึกได้ 3 คะแนน โดยย้อนระลึกของที่ให้ จำตอนต้น ค่าคะแนนรวมทั้งชุดเครื่องมือ เท่ากับ 0-30 คะแนน แบ่งระดับความหมายออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- 1) คะแนนรวม 0-23 คะแนน หมายถึง สมรรถภาพสมองผิดปกติ
- 2) คะแนนรวม 24-30 คะแนน หมายถึง สมรรถภาพสมองปกติ

เครื่องมือถูกพัฒนาสำหรับผู้สูงอายุปรกติคนไทย ภายใต้การวิจัยของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศ ปัจจุบันเป็นแบบทดสอบที่นิยมและได้รับการยอมรับว่าเป็นแบบคัดกรองผู้ที่มีสถานะสมองเสื่อมที่เป็นมาตรฐานของไทย เครื่องมือได้รับการประเมินความตรงแบบ criterion validity ในผู้สูงอายุชาวไทยปกติและมีภาวะสมองเสื่อม 50 ราย พบว่ามี sensitivity rate ร้อยละ 82 specificity rate ร้อยละ 70 positive predictive value ร้อยละ 73 และ negative predictive value ร้อยละ 79⁽⁹⁸⁾

3.6.2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูล 7 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามลักษณะตอบด้วยตนเอง พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

- 1) ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน การนับถือศาสนา สิทธิการรักษา การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด
- 2) ปัจจัยด้านจิตสังคม คือ การมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการดำรงชีวิตและการใช้จ่าย
- 3) ปัจจัยด้านโรคและการรักษา คือ อายุเมื่อเป็นโรคซึมเศร้า โรคประจำตัวและยาประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale; TGDS) มีต้นแบบจาก Geriatric Depression Scale (GDS) พัฒนาเป็นภาษาไทย โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ซึ่งเป็นกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่เชี่ยวชาญเรื่องจิตเวช ประสาทวิทยาและผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้สึกเศร้าของตนเองในด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้สูงอายุปรกติคนไทย ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วย ข้อคำถามปลายปิดที่ตอบด้วยตนเองจำนวน 30 ข้อ แต่ละข้อมีตัวเลือกแบบมาตราวัดประมาณค่า (rating scale) จำนวน 2 ระดับ คือ ใช่และไม่ใช่ (0-1 คะแนน) โดยกำหนดให้ข้อคำถามมีรายละเอียดเกี่ยวกับความรู้สึกเชิงบวก 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 และ 30 หากตอบ ไม่ใช่ มีค่าคะแนนข้อละ 1 คะแนน และตอบ ใช่ มีค่าคะแนนข้อละ 0 คะแนน ทั้งนี้ข้อคำถามที่เหลือเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกเชิงลบ 20 ข้อ หากตอบ ใช่ มีค่าคะแนนข้อละ 1 คะแนน และไม่ ใช่ มีค่าคะแนนข้อละ 0 คะแนน ค่าคะแนนรวมทั้งชุดเครื่องมือ เท่ากับ 0-30 คะแนน เวลาในการทดสอบประมาณ 10-15 นาที แบ่งระดับความหมายของคะแนนรวมออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

- 1) คะแนนรวม 0-12 คะแนน หมายถึง ปกติ

- 2) คะแนนรวม 13-18 คะแนน หมายถึง เศร้าเล็กน้อย
- 3) คะแนนรวม 19-24 คะแนน หมายถึง เศร้าปานกลาง
- 4) คะแนนรวม 25-30 คะแนน หมายถึง เศร้ารุนแรง

เครื่องมือมีความเที่ยงค่อนข้างมากและน่าเชื่อถือ โดยได้รับการวิเคราะห์ค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ผ่านวิธี Kuder-Richardson 20 (KR-20) พบว่าค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.93⁽⁹⁹⁾ ทั้งนี้ไม่พบรายงานการประเมินความตรงของเครื่องมือ TGDS แต่อาจอ้างอิงจากความตรงของเครื่องมือ GDS ได้ การประเมินคุณภาพของเครื่องมือ GDS พบว่า มีความตรงและความเที่ยงที่น่าเชื่อถือ โดยความตรงถูกวิเคราะห์ 2 แบบ ได้แก่ 1) criterion validity ในผู้สูงอายุ พบว่ามี sensitivity rate ร้อยละ 84 และ specificity rate ร้อยละ 95 2) convergent validity โดยเทียบกับแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D) และ Zung Self-Rating Depression Scale (SDS) ซึ่งพบความสัมพันธ์ (correlation) ในระดับสูง ทั้งนี้การวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือ ใช้การวัด internal consistency วิธี alpha coefficients ของ Cronbach พบว่าค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง เท่ากับ 0.94⁽¹⁰⁰⁾

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสำหรับคนไทย (Medication Taking Behavior in Thai; MTB-Thai) พัฒนาโดย พรรณทิพา ศักดิ์ทอง และคณะเพื่อประเมินพฤติกรรมการใช้ยาของคนไทย ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา พัฒนาขึ้นมาสำหรับ คนไทยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และได้รับยาอย่างน้อย 1 ชนิดเพื่อรักษาโรคแบบผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิดที่ตอบด้วยตนเอง จำนวน 6 ข้อ จำแนกเป็น 2 มิติ ได้แก่ มิติการลืมใช้ยา และมิติการหยุดใช้ยา/ปรับขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ ในแต่ละข้อมีตัวเลือกแบบมาตราวัดลิเคิร์ต จำนวน 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคย, เคย 1-2 ครั้ง, เคย 3-4 ครั้งและเคยตั้งแต่ 5 ครั้ง ขึ้นไป มีค่าคะแนนข้อละ 1-4 คะแนน ค่าคะแนนรวมทั้งชุดเครื่องมือ เท่ากับ 6-24 คะแนน แบ่งระดับความหมายของคะแนนรวมออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

- 1) คะแนนรวม 6-21 คะแนน หมายถึง ความร่วมมือในการใช้ยาดำ
- 2) คะแนนรวม 22-23 คะแนน หมายถึง ความร่วมมือในการใช้ยาปานกลาง
- 3) คะแนนรวม 24 คะแนน หมายถึง ความร่วมมือในการใช้ยาสูง

งานวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสำหรับคนไทยเป็นเครื่องมือหลักในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้า ซึ่งเป็นตัวแปรหลักที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา

การประเมินคุณภาพของเครื่องมือ พบว่ามีความตรงและความเที่ยงได้มาตรฐานและน่าเชื่อถือ เครื่องมือได้รับการประเมินความตรง 4 แบบ ได้แก่ 1) content validity โดยมีค่า content validity index รายข้อและโดยรวม เท่ากับ 0.92-1.00 และ 0.97 ตามลำดับ

2) construct validity วิเคราะห์ผ่าน confirmatory factor analysis (CFA) พบความเหมาะสมพอดี (goodness of fit) ที่แสดงถึงความตรงแบบ construct validity 3) convergent validity โดยมีค่า Pearson's correlation coefficients (CC) เท่ากับ 0.62 ($p < 0.001$) เมื่อเทียบกับ medication adherence-visual analog scale และ 4) known-groups validity เครื่องมือได้รับการประเมินความเที่ยง 2 แบบ ได้แก่ internal consistency reliability และ test-retest reliability โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficients และ intraclass correlation coefficients (ICC) เท่ากับ 0.76 และ 0.83 ตามลำดับ⁽⁷¹⁾

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (social support questionnaire)

พัฒนาโดยพีรพันธ์ ลือบุญวัชชัยและคณะ ตามเครื่องมือต้นแบบและแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer และคณะ เพื่อประเมินการสนับสนุนทางสังคมในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา พัฒนาขึ้นมาสำหรับ คนไทยอายุตั้งแต่ 18 ปี ประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิด จำนวน 16 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ 7 ข้อ 2) ด้านข้อมูล 4 ข้อ และ 3) ด้านทรัพยากรและวัตถุ 5 ข้อ ใช้มาตราวัดประมาณค่าแบบลิเคิร์ต จำนวน 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุด จนถึง น้อยที่สุด คำถามคะแนนรายข้อ โดยมากที่สุดคือ 5 คะแนน จนถึงน้อยที่สุด คือ 1 คะแนน ค่าคะแนนรวมทั้งชุดเครื่องมือ เท่ากับ 16 - 80 คะแนน หากคะแนนรวมมีการกระจายปกติจะแบ่งระดับความหมาย ออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

- 1) ค่าคะแนนรวมน้อยกว่า mean - 1SD หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมต่ำ
- 2) ค่าคะแนนรวมระหว่าง mean \pm 1SD หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
- 3) คะแนนรวมมากกว่า mean + 1SD หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมสูง

เครื่องมือมีความเที่ยงค่อนข้างมากและน่าเชื่อถือ โดยได้รับการวิเคราะห์ internal consistency ผ่านวิธี Chronbach's alpha coefficient มีค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้ ด้านอารมณ์ เท่ากับ 0.91, ด้านข้อมูล เท่ากับ 0.88 และด้านทรัพยากรและวัตถุ เท่ากับ 0.87⁽¹⁰¹⁾ นอกจากนี้หากพิจารณาความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือต้นแบบของ Schaefer พบว่า มีความตรงแบบ content validity โดยผู้เชี่ยวชาญ และ convergent validity เทียบกับแบบประเมิน Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) และ social network index⁽¹⁰²⁾

ส่วนที่ 5 แบบประเมินสัมพันธภาพที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ผู้ทำการรักษา (trust) พัฒนาโดย

ณภัทรวรรต บัวทอง โดยใช้ต้นแบบจากแบบสอบถาม Primary Care Assessment (PCAS) เฉพาะด้านความน่าเชื่อถือต่อแพทย์ที่ทำการรักษา (trust) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความศรัทธาและเชื่อถือที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ผู้ทำการรักษาในคนไทยวัยผู้ใหญ่ ประกอบด้วย ข้อคำถามปลายปิดที่ตอบด้วยตนเอง จำนวน 8 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ข้อ 1-7 มีตัวเลือกแบบมาตราวัดลิเคิร์ต จำนวน

5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และข้อ 8 มีตัวเลือกเป็นคะแนน ตั้งแต่ 1-10 คะแนน การคำนวณคะแนนแบ่งเป็น 3 ส่วน ส่วนแรก คือ ข้อ 2, 4, 7 หากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คิดเป็น 5 คะแนน ลดระดับคะแนนครั้งละ 1 คะแนน จนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง เป็น 1 คะแนน ส่วนที่สอง คือ ข้อ 1, 3, 5, 6 จะกลับคะแนนตรงข้ามกับส่วนแรก และส่วนที่ 3 ข้อ 8 หากให้คะแนน 0-2 คิดเป็น 1 คะแนน, 3-4 คิดเป็น 2 คะแนน, 5-6 คิดเป็น 3 คะแนน, 7-8 คิดเป็น 4 คะแนน และ 9-10 คิดเป็น 5 คะแนน ค่าคะแนนรวมเท่ากับ 8-40 คะแนน แบ่งความหมายของคะแนนรวมออกเป็น ระดับสัมพันธภาพที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ผู้ทำการรักษา 3 กลุ่ม ได้แก่

- 1) คะแนนรวม 8-18 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพต่ำ
- 2) คะแนนรวม 19-29 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพปานกลาง
- 3) คะแนนรวม 30-40 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพสูง

เครื่องมือผ่านการวิเคราะห์ความตรงทางภาษาจากผู้เชี่ยวชาญสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และความเที่ยงโดยการวัด internal consistency โดยวิธี Chronbach's alpha coefficient มีค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง เท่ากับ 0.62⁽¹⁰³⁾ ทั้งนี้หากพิจารณาคุณภาพจากเครื่องมือต้นฉบับ PCAS เฉพาะด้าน trust พบว่ามีความตรงและความเที่ยงได้มาตรฐานและน่าเชื่อถือ โดยเครื่องมือมีความตรง 3 แบบ ได้แก่ 1) content validity โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ, 2) convergent validity แบบรายข้อภายในด้าน เท่ากับ 0.49-0.73 ซึ่งสูงกว่าค่ากำหนดขั้นต่ำที่ยอมรับได้ (>0.3) และ 3) discriminant validity แบบรายข้อ พบข้อคำถาม ร้อยละ 98.9 มีความสัมพันธ์ต่ำกับข้อคำถามด้านอื่น นอกจากนี้เครื่องมือได้รับการประเมินความเที่ยงแบบ internal consistency โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficients เท่ากับ 0.86⁽¹⁰⁴⁾

ส่วนที่ 6 แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา เก็บบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย

- 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สิทธิการรักษา วันเดือนปีเกิด (เพื่อคำนวณอายุ) และวันเดือนปีที่เข้ารับการรักษา ณ ปัจจุบัน
- 2) ปัจจัยด้านโรคและการรักษา ได้แก่ การวินิจฉัยโรคมะเร็ง (รวมถึงวันที่วินิจฉัย) โรคร่วมทางกาย โรคร่วมทางจิตเวช และประวัติการใช้ยารักษาโรค
- 3) ค่าอัตราการครอบครองยา (medication possession ratio: MPR) ซึ่งบ่งบอกว่าผู้ป่วยมียาแก้ซึมเศร้าในครอบครองเพียงพอต่อการใช้ในระหว่างการรักษาหรือไม่ โดยผู้วิจัยเข้าถึงข้อมูลจากเวชระเบียนด้านประวัติการรับยาแก้ซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ข้อมูลการรับยาแก้ซึมเศร้านัดหมายล่าสุดก่อนตอบแบบสอบถาม MTB-Thai (ยาแก้ซึมเศร้าที่ได้รับปัจจุบันและไม่มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการบริหารยาอย่างน้อย 2 สัปดาห์) เพื่อคำนวณเป็นค่าร้อยละจากสูตรดังต่อไปนี้

$$\text{MPR} = \frac{\text{จำนวนวันที่ผู้ป่วยมียาแก้ซึมเศร้าใช้ในช่วงการรักษา}}{\text{จำนวนวันที่ต้องใช้ยาแก้ซึมเศร้าในช่วงการรักษา}} * 100$$

ระดับความหมายของค่าอัตราการครอบครองยาแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

- 1) ค่า MPR \leq 80.00% หมายถึง ความร่วมมือในการใช้ยาต่ำ
- 2) ค่า MPR 80.01% - 90.00% หมายถึง ความร่วมมือในการใช้ยาปานกลาง
- 3) ค่า MPR $>$ 90.00% หมายถึง ความร่วมมือในการใช้ยาสูง⁽³²⁾

ส่วนที่ 7 แบบประเมินดัชนีชี้วัดความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยา (Medication Regimen Complexity Index; MRCI) ต้นแบบภาษาอังกฤษโดย Georage J. และคณะ พัฒนาเป็นภาษาไทยโดย สมลักษณ์และคณะ วัตถุประสงค์เพื่อวัดปริมาณความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยา โดยเครื่องมือนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินจากข้อมูลเกี่ยวกับยารักษาโรคในปัจจุบันของผู้ป่วย ซึ่งพิจารณาจากข้อมูลในเครื่องมือส่วนที่ 1 และส่วนที่ 7 เนื่องจากเครื่องมือดังกล่าวถูกพัฒนาให้ใช้โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้เรื่องยาในการประเมิน ซึ่งผู้วิจัยเป็นเภสัชกรจึงมีคุณสมบัติในการใช้เครื่องมือนี้ เครื่องมือประกอบด้วย ข้อคำถาม 3 ส่วน จำนวนรวม 65 ข้อ ได้แก่

ส่วนที่ 1 รูปแบบของยาที่ใช้ จำนวน 32 ข้อ โดยให้น้ำหนักคะแนนตามความซับซ้อนเมื่อเทียบกับรูปแบบยาเม็ดหรือแคปซูล เนื่องจากเป็นรูปแบบที่ซับซ้อนน้อยที่สุด (น้ำหนักคะแนนเท่ากับ 1) คะแนนที่เป็นไปได้ในส่วนนี้คือ 1-5 คะแนน/ข้อ โดยรูปแบบที่เหมือนกันในแผนการรักษาจะให้คะแนนเพียงครั้งเดียว

ส่วนที่ 2 ความถี่ในการบริหารยา จำนวน 23 ข้อ โดยให้น้ำหนักคะแนนตามความซับซ้อนเมื่อเทียบกับการบริหารยารวันละครั้ง (น้ำหนักคะแนนเท่ากับ 1) คะแนนที่เป็นไปได้ในส่วนนี้คือ 0.5-12.5 คะแนน/ข้อ

ส่วนที่ 3 วิธีใช้ยาพิเศษ จำนวน 10 ข้อ เกี่ยวข้องกับวิธีการบริหารยาเฉพาะ โดยให้น้ำหนักความซับซ้อนตามความยากง่าย คะแนนที่เป็นไปได้ในส่วนนี้คือ 1-2 คะแนน/ข้อ คำนวณคะแนนความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยาจากการรวมคะแนนทั้งหมดทุกส่วน หากผลรวมของคะแนนสูงจะสะท้อนถึงความซับซ้อนของแบบแผนการรักษาที่สูงหรือยาก

เครื่องมือฉบับภาษาไทยถูกประเมินความเที่ยงในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย มีความเที่ยงที่น่าเชื่อถือ พบ inter-rater reliability ของคะแนนรวม ระหว่างผู้สังเกตการณ์ 2 คน มีค่า ICC เท่ากับ 0.997⁽¹⁰⁵⁾ ทั้งนี้หากพิจารณาคุณภาพของเครื่องมือจากการศึกษาของเครื่องมือต้นฉบับ MRCI พบว่ามีความตรงและความเที่ยงได้มาตรฐานและน่าเชื่อถือ เครื่องมือมีความตรง 4 แบบ ได้แก่ 1) face validity 2) content validity 3) criterion validity โดยเทียบกับการจัดลำดับความซับซ้อนของแผนการใช้ยาตามดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญ (ยังไม่มีเครื่องมือมาตรฐาน)

พบความสัมพันธ์อย่างสมบูรณ์ ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นพ้อง แบบ strong agreement (Kendall's $W=0.8$, $p=0.001$) และ 4) construct validity แบ่งเป็น convergent validity เมื่อเทียบกับ จำนวนรายการยา (Spearman's $Rho=0.9$, $p<0.0001$) และ discriminant validity เมื่อเทียบกับ อายุและเพศ ซึ่งไม่พบความสัมพันธ์กับคะแนน MRCI นอกจากนี้เครื่องมือได้รับการประเมิน ความเที่ยง 2 แบบ ได้แก่ 1) inter-rater reliability โดยค่า ICC เท่ากับ 0.991 และ 2) test-retest reliability มีค่า ICC เท่ากับ 0.995 และ 0.996⁽¹⁰⁶⁾

3.7.การรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยก่อนการเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะจัดทำเอกสารเพื่อขอรับการอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และขอรับการอนุมัติการทำวิจัยในโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ ผ่านระบบขออนุมัติและติดตามโครงการวิจัย รพ.จุฬาลงกรณ์ (ระบบอิเล็กทรอนิกส์) จากนั้นจึงดำเนินการรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอนต่อไปนี้

1) ผู้วิจัยนำเอกสารที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนและ เอกสารที่ได้รับการอนุมัติการวิจัยใน รพ.จุฬาลงกรณ์ ประสานงานเข้าพบหัวหน้าพยาบาลหรือผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องของงานผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช ตึก ภปร. ชั้น 12 เพื่อแนะนำตัว อธิบาย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ส่วนงานดังกล่าว รวมทั้งขอความร่วมมือ ตอบข้อสงสัยและขอรับคำแนะนำเพื่อการดำเนินการ รวบรวมข้อมูล จากนั้นจึงนัดหมายช่วงเวลาที่สามารถอนุญาตให้เข้าถึงข้อมูล ทั้งการเข้าถึงกลุ่ม ตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลโดยตรงและเข้าถึงเวชระเบียน รวมถึงการเข้าถึงรายชื่อผู้ป่วยตามนัด ระยะเวลาในการดำเนินการขั้นตอนนี้ประมาณ 1 เดือน

2) ผู้วิจัยคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยตามรายชื่อผู้ป่วยตามนัดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การ คัดเลือกจากข้อมูลในเวชระเบียนของโรงพยาบาล และออกรหัสสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายตามวันตลอด ทั้งสัปดาห์ เพื่อวางแผนในการเก็บข้อมูลในแต่ละสัปดาห์ โดยทำการคัดเลือกและออกรหัสก่อนเข้า เก็บข้อมูล 1 สัปดาห์

3) ผู้วิจัยดำเนินการการวิจัยภายใต้การควบคุมและดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาตลอดการ วิจัยและเก็บข้อมูล โดยเก็บข้อมูล ประมาณ 3 คนต่อวัน สัปดาห์ละ 3 วัน โดยแบ่งการเก็บข้อมูล ออกเป็น 2 ส่วน คือ การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยตรง และ การเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน โรงพยาบาล ซึ่งจะทำการหลังจากได้รับการตอบรับและแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว

4) ผู้วิจัยจะทำการขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างผ่านการอธิบาย ตอบข้อสงสัยและแจก เอกสารข้อมูลงานวิจัยรวมถึงแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยก่อนการเก็บข้อมูลทุกครั้ง ทั้งนี้

ผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย รวมถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในเรื่องอิสระของการตัดสินใจและออกจากงานวิจัยตามความประสงค์ ร่วมด้วย นอกจากนี้ผู้วิจัยจะแสดงเครื่องมือ งานวิจัยทุกส่วนที่ใช้รวบรวมข้อมูลต่อผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ ส่วนที่เก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัยโดยตรง และส่วนที่เก็บจากเวชระเบียนโดยผู้วิจัย (ทุกส่วนของชุดเครื่องมือในรหัสของผู้วิจัยนั้นๆ) จากนั้นจึงอธิบายถึงข้อมูลที่จะรวบรวมทั้งหมด เพื่อให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยทราบถึงข้อมูลของตนเองทั้งหมดที่จะถูกรวบรวมในงานวิจัยนี้ และพิจารณาร่วมในการอนุญาตในการเข้าถึงข้อมูลทั้งหมด ก่อนแสดงความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

5) การเก็บข้อมูลโดยการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุของไทย แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสำหรับคนไทย แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินสัมพันธภาพที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ผู้ทำการรักษา และ 2) การสัมภาษณ์โดยผู้วิจัย คือ การประเมินตามแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย โดยเมื่อได้รับการยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการสัมภาษณ์ก่อน หากสมรรถภาพสมองของผู้เข้าร่วมวิจัยปกติ ผู้วิจัยจึงจะให้ผู้เข้าร่วมทำวิจัยทำแบบสอบถามด้วยตนเองต่อ ทั้งนี้สถานที่ในการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม ต้องทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรู้สึกสะดวก เป็นส่วนตัวและสามารถเก็บความลับในการตอบคำถามได้ ทั้งนี้ หากผลการประเมินสมรรถภาพสมองของผู้เข้าร่วมวิจัยผิดปกติ (คะแนน 0-23 คะแนน) ผู้วิจัยจะทำการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาที่จิตแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยประจำหรือจิตแพทย์ท่านอื่นเพื่อตรวจประเมินและให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป และหากผลคะแนนความเครียดอยู่ในระดับรุนแรง ผู้วิจัยจะแจ้งผลการประเมินความเครียดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย พร้อมให้คำแนะนำเพื่อช่วยเหลือในเบื้องต้น และส่งต่อเพื่อพบจิตแพทย์ที่ดูแลผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นประจำหรือจิตแพทย์ท่านอื่นเพื่อตรวจประเมินและให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป

6) ในระหว่างการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะสังเกตการณ์ในบริเวณใกล้ ๆ เพื่อตอบข้อซักถามและอ่านแบบสอบถามให้ (หากร้องขอ) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยเป็นผู้สูงอายุ ดังนั้นในระหว่างการทำแบบสอบถาม อาจมีข้อสงสัยหรือไม่สามารถอ่านได้เนื่องจากปัญหา ด้านสายตา ทั้งนี้ก่อนการทำแบบสอบถามแต่ละส่วน ผู้วิจัยจะเน้นย้ำเรื่องการอ่านคำชี้แจงให้เข้าใจ หรืออ่านให้ฟัง (หากร้องขอ) โดยเฉพาะการให้ข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาแก้อักเสบ ซึ่งต้องเน้นย้ำทุกครั้งก่อนเริ่มทำแบบสอบถาม เพื่อความถูกต้องของข้อมูล

7) การเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา และ 2) แบบประเมินดัชนีชี้วัดความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยา

งานวิจัยเก็บข้อมูลทุกโรค ซึ่งเป็นการเจ็บป่วย ณ ปัจจุบันและเรื้อรังอย่างน้อย 3 เดือน ที่ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง โดยหากทำการรักษา ณ โรงพยาบาลจุฬาฯ ต้องเป็นโรคที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์และได้รับการบันทึกข้อมูลด้วยรหัส ICD-10 หรือ ระบุชื่อโรคในช่องโรคประจำตัวของผู้ป่วยในข้อมูลเวชระเบียนของโรงพยาบาล และหากเป็นโรคที่ทำกรักษา ณ โรงพยาบาลอื่น ต้องเป็นโรคที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์และทวนสอบโดยการขอรายละเอียดเอกสารยืนยันจากผู้ป่วย ได้แก่ บัตรประจำตัวหรือใบนัดของผู้ป่วย ทั้งนี้ไม่นับรวมโรคที่สิ้นสุดการรักษา ก่อนวันที่เก็บข้อมูลแบบสอบถาม MTB-Thai มากกว่า 2 สัปดาห์

งานวิจัยเก็บข้อมูลยาของผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกชนิด จากทุกโรคที่ผู้ป่วยยังได้รับการรักษา ในปัจจุบัน โดยต้องเป็นยาที่แพทย์สั่งจ่ายเท่านั้น การบันทึกข้อมูลทั้งหมดจะยึดตามข้อมูลบนฉลากยา หรือบันทึกการใช้ยาที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ในเวชระเบียน จากการมาพบแพทย์ครั้งล่าสุดของการรักษาในแต่ละโรคและมีการใช้อย่างต่อเนื่องจนมาถึงปัจจุบัน ณ วันที่เก็บข้อมูลแบบสอบถาม MTB-Thai ทั้งนี้หากเป็นยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลอื่น นอกเหนือจากโรงพยาบาลจุฬาฯ ผู้วิจัยจะทวนสอบโดยการขอรายละเอียดเอกสารยืนยันจากผู้ป่วย ได้แก่ ฉลากยา และซองยาซึ่งบรรจุยาที่ผู้ป่วยใช้ ทั้งนี้ไม่นับรวมยาที่สิ้นสุดการรักษา ก่อนวันที่เก็บข้อมูลแบบสอบถาม MTB-Thai มากกว่า 2 สัปดาห์

8) ตรวจสอบ แก่ไขความถูกต้องและแปลผลข้อมูล ระยะเวลาในการดำเนินการในขั้นตอนนี้ รวมถึงการเพื่อเวลาของการเก็บข้อมูลในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประมาณ 1 เดือน รวมระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดประมาณ 4-5 เดือน

3.8.การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม SPSS Statistics version 28.0 โดยแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1) **ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง** ได้แก่ ข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยนำเสนอข้อมูลในรูปแบบ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยควอไทน์ ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด

2) **ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง** วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ $\alpha = 0.05$ โดยที่ความร่วมมือในการใช้ยาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสำหรับคนไทย แสดงผล 2 แบบ คือ คะแนนพฤติกรรมการใช้ยา และ ระดับความร่วมมือในการใช้ยา ดังนั้นจึงแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ตามการแสดงผลของความร่วมมือในการใช้ยา ดังนี้

2.1) **คะแนนพฤติกรรมการใช้ยา** ซึ่งเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ วิเคราะห์ความสัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งเป็นตัวแปรอิสระเชิงปริมาณ เช่น อายุ รายได้ต่อเดือน หรือความซับซ้อนของแบบแผนการรักษา หากคะแนนพฤติกรรมการใช้ยามีการกระจายของข้อมูลแบบปกติจะทำการทดสอบทางสถิติ Pearson's correlation ในการวิเคราะห์ แต่หากการกระจายของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาไม่ปกติ จะทำการทดสอบทางสถิติแบบ Spearman's rank correlation

2.2) **ระดับความร่วมมือในการใช้ยา** ซึ่งเป็นตัวแปรเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ความสัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งเป็นตัวแปรอิสระเชิงคุณภาพ เช่น เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ใช้การทดสอบทางสถิติ Chi-square test หรือ Fisher's exact test ในการวิเคราะห์

3) **ความสัมพันธ์ของความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อทำนายความร่วมมือในการใช้ยา** วิเคราะห์ด้วยการถดถอยแบบ binary logistic regression โดยนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเข้าสู่สมการ โดยกำหนดให้ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha = 0.05$ และตัวแปรตามคือ ระดับความร่วมมือในการใช้ยาซึ่งมีคุณสมบัติเป็นตัวแปรเชิงคุณภาพ

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ผ่านการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและฐานข้อมูลเวชระเบียนในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่เดือนสิงหาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 119 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็นลำดับดังนี้

- 4.1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่
 - 4.1.1 ข้อมูลด้านบุคคลและจิตสังคม
 - 4.1.2 ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม
 - 4.1.3 ข้อมูลด้านโรคซึมเศร้า
 - 4.1.4 ข้อมูลด้านโรคร่วมทางกายและทางจิตเวช
 - 4.1.5 ข้อมูลด้านยารักษาโรค
 - 4.1.6 ข้อมูลด้านความซับซ้อนของแบบแผนการรักษา
 - 4.1.7 ข้อมูลด้านสัมพันธภาพที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ผู้ทำการรักษา
- 4.2 ข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง
 - 4.2.1 ข้อมูลจากแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสำหรับคนไทย
 - 4.2.2 ข้อมูลอัตราการครองครองยาหาวิทยาลัย
- 4.3 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 4.3.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องแบบ Chi-square/Fisher's exact test
 - 4.3.2 ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องแบบ Spearman's rank correlation
 - 4.3.3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อทำนายความร่วมมือในการใช้ยาแบบ binary logistic regression

4.1. ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

4.1.1 ข้อมูลด้านบุคคลและจิตสังคม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานด้านบุคคลและจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 119 คน ดังแสดงในตารางที่ 12 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.3) อายุเฉลี่ย 67.14 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.71 ปี) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยที่สุด คือ 60 ปี และอายุมากที่สุดคือ 82 ปี ส่วนใหญ่สมรสแล้ว (ร้อยละ 52.1) และมีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 43.7) รองลงมาคือ ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 24.4) และ มัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) (ร้อยละ 20.2) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 94.1) และเกษียณอายุการทำงานแล้ว (ร้อยละ 89.1) แต่ยังมีส่วนน้อยที่ยังคงประกอบอาชีพ ได้แก่ รับจ้าง, ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว, ฝึกหัด/แม่ชี หรือเกษตรกร รายได้มีฐานต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 10,000 บาท โดยรายได้ต่อเดือนมากที่สุดคือ 100,000 บาท และน้อยที่สุดคือ 600 บาท กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาแบบเบิกตรงชำระค่ารักษาหรือเบิกต้นสังกัดโดยตรง (ร้อยละ 45.4) และรองลงมาคือ ชำระเงินเอง (ร้อยละ 31.1)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่เลิกแล้ว (ร้อยละ 45.4) รองลงมาคือไม่เคยดื่มตลอดชีวิต (ร้อยละ 38.6) และกลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่ยังคงดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน (ร้อยละ 16) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนไม่ใช้สารเสพติดประเภทยากระตุ้นประสาท สารกลุ่มฝิ่นและสารระเหย แต่มีกลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยที่ยังมีการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 2.5) และการใช้สารกลุ่มกัญชา (ร้อยละ 4.2) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้สารกลุ่มกัญชา ให้ประวัติว่าในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา มีการใช้น้ำมันกัญชาเพื่อช่วยในการนอนหลับแบบนานๆ ครั้งทุกราย กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดสามารถดำรงชีวิตและเข้าได้โดยการดูแลตนเอง (ร้อยละ 95.8 และ ร้อยละ 92.4 ตามลำดับ)

ตารางที่ 12 ข้อมูลพื้นฐานด้านบุคคลและจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง (n=119 คน)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1 เพศ		
หญิง	86	72.3
ชาย	33	27.7
2 อายุ (ปี)		
อายุเฉลี่ย (Mean±SD)	67.14 ± 5.71	
อายุมีฐานฐาน (Interquartile range)	67 (62-71)	
ช่วงอายุ (ค่าน้อยที่สุด- ค่ามากที่สุด)	60-82	
3 สถานภาพสมรส		
สมรส	62	52.1
หม้าย	19	16.0
โสด	18	15.1
หย่าร้าง	14	11.8
แยกกันอยู่	6	5.0

ตารางที่ 12(ต่อ) ข้อมูลพื้นฐานด้านบุคคลและจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง (n=119 คน)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
4 ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	29	24.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	5.9
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ^a	24	20.2
อนุปริญญา/ปวส. ^b	7	5.9
ปริญญาตรีขึ้นไป	52	43.7
5 การนับถือศาสนา		
พุทธ	112	94.1
อิสลาม	5	4.2
คริสต์	2	1.7
6 อาชีพ		
เกษียณอายุการทำงาน	106	89.1
รับจ้าง	5	4.2
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	4	3.4
ภิกษุ/แม่ชี	3	2.5
เกษตรกร	1	0.8
7 รายได้ต่อเดือน (บาท)		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (Mean \pm SD)	17,074.61 \pm 20,125.73	
รายได้มัธยฐานต่อเดือน (Interquartile range)	10,000 (700-25,000)	
ช่วงรายได้ต่อเดือน (ค่าน้อยที่สุด- ค่านายมากที่สุด)	600 - 100,000	
8 สิทธิการรักษา		
เบิกตรงข้าราชการ/ต้นสังกัด	54	45.4
ชำระเงินเอง	37	31.1
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	20	16.8
ประกันสังคม	8	6.7
9 การดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่เคยดื่มตลอดชีวิต	46	38.7
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	54	45.4
ดื่มนาน ๆ ครั้ง	13	10.9
ดื่มเป็นครั้งคราว	4	3.3
ดื่มเป็นประจำ	2	1.7

ตารางที่ 12(ต่อ) ข้อมูลพื้นฐานด้านบุคคลและจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง (n=119 คน)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
10 การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	116	97.5
สูบ	3	2.5
11 การใช้สารกลุ่มกัญชา		
ไม่ใช้กัญชา	114	95.8
ใช้กัญชา	5	4.2
12 การดูแลตนเองในการดำรงชีวิต		
ดูแลตนเอง	114	95.8
มีผู้ดูแลช่วยเหลือ	5	4.2
13 การดูแลตนเองในการใช้ยา		
ดูแลตนเอง	110	92.4
มีผู้ดูแลช่วยเหลือ	9	7.6

^a ปวช. หมายถึง ประกาศนียบัตรวิชาชีพ, ^b ปวส. หมายถึง ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง

4.1.2 ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นข้อมูลด้านจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 119 คน จากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ดังแสดงในตารางที่ 13 พบว่า คะแนนการสนับสนุนทางสังคมมีมาตรฐาน เท่ากับ 67 คะแนน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ 58-74 คะแนน) สามารถแบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง (ร้อยละ 53.8)

ตารางที่ 13 ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง (n=119 คน)

การสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ต่ำ (< 58 คะแนน)	28	23.5
ปานกลาง (58-74 คะแนน)	64	53.8
สูง (> 74 คะแนน)	27	22.7

(Mean = 64.92, SD = 11.54, Median = 67, IQR = 58-74, Min = 31, Max = 80)

4.1.3 ข้อมูลด้านโรคซึมเศร้า

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลชนิดของโรคซึมเศร้าที่ถูกวินิจฉัยในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 119 คน ดังแสดงในตารางที่ 14 พบว่าชนิดของโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ depressive

episode (รหัส ICD-10 ขึ้นต้นด้วย F32), recurrent depressive disorder (รหัส ICD-10 F33.4) และ dysthymia (รหัส ICD-10 F34.1) โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างถูกวินิจฉัยเป็น depressive episode (ร้อยละ 85.7) ซึ่งประกอบด้วย รหัส ICD-10 ดังต่อไปนี้ F32 depressive episode, F32.0 mild depressive episode, F32.1 moderate depressive episode, F32.2 severe depressive episode without psychotic symptoms, F32.3 severe depressive episode with psychotic symptoms, F32.2/4 major depression, F32.2/5 major depressive disorder, F32.9 depressive episode unspecified, F32.9/1 depression และ F32.9/2 depressive disorder

อายุเฉลี่ยที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าครั้งแรก คือ 58.26 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.82) โดยอายุน้อยที่สุดคือ 36 ปีและอายุที่มากที่สุดคือ 81 ปี อายุมัธยฐานที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าครั้งแรก คือ 59 ปี (ค่าพิสัยควอไทล์ 51-65 ปี)

ตารางที่ 14 ข้อมูลชนิดของโรคซึมเศร้าที่ถูกวินิจฉัยในปัจจุบัน (n=119 คน)

ชนิดของโรคซึมเศร้าที่ถูกวินิจฉัยในปัจจุบัน	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
Depressive episode F32 (F32, F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F2.9)	102	85.7
Dysthymia F34.1	13	10.9
Recurrent depressive disorder F33.4	4	3.4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 119 คน จากแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย ดังแสดงในตารางที่ 15 พบว่า คะแนนความเศร้าเฉลี่ยเท่ากับ 5.73 คะแนน (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.52 คะแนน) สามารถแบ่งระดับความเศร้าออกเป็น 4 ระดับ โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความเศร้าในระดับปกติ (ร้อยละ 84.9)

ตารางที่ 15 ข้อมูลความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง (n=119 คน)

ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ปกติ (0-12 คะแนน)	101	84.9
เศร้าเล็กน้อย (13-18 คะแนน)	9	7.5
เศร้าปานกลาง (19-24 คะแนน)	7	5.9
เศร้ารุนแรง (25-30 คะแนน)	2	1.7

(Mean = 5.73, SD = 6.52, Median = 3, IQR = 1-8, Min = 0, Max = 27)

ตารางที่ 16 (ต่อ) ข้อมูลด้านโรคร่วมทางกายและทางจิตเวชของกลุ่มตัวอย่าง (n=119 คน)

ข้อมูลด้านโรคร่วมทางกายและทางจิตเวช	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
โรคเบาหวานและความผิดปกติของน้ำตาลในเลือด	35	29.4
โรคประสาทและสมอง	26	21.8
โรคทางเดินอาหาร	22	18.5
โรคไตและทางเดินปัสสาวะ	20	16.8
โรคมะเร็งและเนื้องอก	17	14.3
โรคอื่นๆ ^a	15	12.6
โรคทางเดินหายใจ	12	10.1
โรคไทรอยด์	12	10.1
โรคหัวใจและหลอดเลือด	11	9.2
โรคผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อน	9	7.6
จำนวนโรคร่วมทางกาย (โรค)		
จำนวนโรคเฉลี่ย (Mean±SD)	3.80 ± 2.77	
จำนวนโรคมัธยฐาน (Interquartile range)	3 (2-6)	
ช่วงจำนวนโรค (ค่าน้อยที่สุด- ค่ามากที่สุด)	0-12	
โรคร่วมทางจิตเวช		
ไม่มี	108	90.8
มี	11	9.2
ชนิดของโรคร่วมทางจิตเวช		
โรควิตกกังวล	9	7.6
ความผิดปกติเล็กน้อยของความสามารถรู้คิดของสมอง	2	1.7

^a โรคอื่น ๆ ประกอบด้วย โรคอ้วน โรคขาดสารอาหาร ภาวะโลหิตจาง ภาวะขาดวิตามินดี ภาวะขาดแมกนีเซียม ภาวะหมดประจำเดือน ภาวะพร่องฮอร์โมนต่อมใต้สมอง(panhypopituitarism) โรคกลากที่เล็บ (onychomycosis) และโรคติดเชื้อเอชไอวี

4.1.5 ข้อมูลด้านยารักษาโรค

ข้อมูลด้านจำนวนขนานยารักษาโรค

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนขนานยาของกลุ่มตัวอย่าง 119 คน ดังแสดงในตารางที่ 17 พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับยารักษาโรคเฉลี่ยประมาณ 8 ขนานต่อคน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาน้อยที่สุด คือ 1 ขนานและมากที่สุดคือ 30 ขนาน เมื่อพิจารณาแบ่งประเภทของยารักษาโรคตามกลุ่มโรค จำแนกเป็น 2 ประเภท คือ โรคทางกาย และ โรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวช พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนขนานยาเฉลี่ยของยารักษาโรคทางกายมากกว่ายารักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วม

ทางจิตเวช ค่าเฉลี่ยต่อคนประมาณ 6 ขนานและ 2 ขนาน ตามลำดับ จำนวนขนานยารักษาโรคทางกายต่อคน มากที่สุด คือ 24 ขนาน จำนวนขนานยารักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวชต่อคนมากที่สุดคือ 6 ขนานและน้อยที่สุดคือ 1 ขนาน โดยยารักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวช แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 กลุ่มยา ได้แก่ ยาแก้ซึมเศร้าและยาจิตเวชที่ได้รับร่วมกับยาแก้ซึมเศร้า โดยทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยจำนวนขนานยาต่อคนใกล้เคียงกัน คือประมาณ 1 ขนาน และมีจำนวนขนานยาสูงสุดต่อคนเท่ากันคือ 3 ขนาน

ตารางที่ 17 ข้อมูลจำนวนขนานยาของกลุ่มตัวอย่าง (n=119 คน)

ข้อมูลจำนวนขนานยาต่อคน	Mean	SD	Median	IQR	Min-Max
ยารักษาโรคทั้งหมด	8.43	5.06	8	5-11	1-30
ยารักษาโรคทางกาย	6.18	4.83	5	3-9	0-24
ยารักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวช	2.43	1.12	2	2-3	1-6
ยาแก้ซึมเศร้า	1.41	0.60	1	1-2	1-3
ยาจิตเวชที่ได้รับร่วมกับยาแก้ซึมเศร้า	1.06	0.85	1	0-2	0-3

ข้อมูลด้านยารักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวช

กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการรักษาทางชีวภาพสำหรับโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวชเฉพาะในรูปแบบยารักษาโรคแบบรับประทาน โดยได้รับยาแก้ซึมเศร้าติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไปก่อนการเก็บข้อมูล และไม่ได้รับการรักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวชในรูปแบบการรักษาด้วยการกระตุ้นสมอง (brain stimulation treatment) เช่น การรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy), repeated transcranial magnetic stimulation หรือ vagal nerve stimulation รวมถึงไม่ได้รับการรักษาทางจิตวิทยา (psychologic treatment) เช่น cognitive therapy, inter-personal therapy, behavioral therapy หรือ cognitive behavioral therapy (CBT) ในช่วงที่มีการเก็บข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลยารักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวชของกลุ่มตัวอย่าง 119 คน ดังแสดงในตารางที่ 18 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยาแก้ซึมเศร่ากลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRIs) โดยยา sertraline เป็นยาแก้ซึมเศร้าที่ได้รับมากที่สุด (ร้อยละ 67.2) รองลงมาคือ escitalopram (ร้อยละ 24.4) และ fluoxetine (ร้อยละ 12.6) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังได้รับยาแก้ซึมเศร้าในกลุ่มอื่น นอกเหนือจาก SSRIs หลากหลายกลุ่ม เช่น mirtazapine, trazodone หรือ quetiapine เป็นต้น รูปแบบการสั่งใช้ยาแก้ซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือ รูปแบบยาเดี่ยว (ร้อยละ 64.7)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยาคลายกังวล-นอนหลับ (anxiolytic-hypnotic drugs) ร่วมกับยาแก้ซึมเศร้า คิดเป็น ร้อยละ 65.5 โดยมีเป็นยากลุ่ม benzodiazepine เช่น clonazepam lorazepam และ clorazepate นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่าง บางรายยังได้รับยาการรักษาโรคจิต (antipsychotic drugs) ร้อยละ 10.9 ยาต้านอาการชัก (anticonvulsant drugs) ร้อยละ 6.7 หรือ ยารักษาอาการพาร์กินสัน (antiparkinsonian drugs) ร้อยละ 1.7 เพื่อใช้ร่วมกับยาแก้ซึมเศร้า รูปแบบการใช้ยาการรักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวชของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็น 9 รูปแบบ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยาแก้ซึมเศร้าร่วมกับยาคลายกังวล-นอนหลับ (ร้อยละ 52.9) รองลงมา คือ การได้รับยาแก้ซึมเศร้าเดี่ยว (ร้อยละ 29.4)

ตารางที่ 18 ข้อมูลยาการรักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวชของกลุ่มตัวอย่าง (n=119 คน)

ข้อมูลยาการรักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวช	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1. ยาแก้ซึมเศร้า		
1.1 ชนิดของยาแก้ซึมเศร้า (กลุ่มตัวอย่างได้รับยาไม่น้อยกว่า 1 ชนิด)		
Selective serotonin reuptake inhibitors: SSRIs		
Sertraline	80	67.2
Escitalopram	29	24.4
Fluoxetine	15	12.6
Paroxetine	2	1.7
Selective serotonin noradrenaline reuptake inhibitors: SNRIs		
Venlafaxine	8	6.7
Desvenlafaxine	2	1.7
Duloxetine	1	0.8
Tricyclic antidepressants: TCA		
Nortriptyline	3	2.5
Amitriptyline	3	2.5
Melitracen ^a	1	0.8
Noradrenaline & Specific serotonin antidepressants: NaSSAs		
Mirtazapine	22	18.5
Selective serotonin noradrenaline reuptake inhibitors: SNRIs		
Venlafaxine	8	6.7
Desvenlafaxine	2	1.7
Duloxetine	1	0.8

ตารางที่ 18(ต่อ) ข้อมูลยารักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวชของกลุ่มตัวอย่าง (n=119 คน)

ข้อมูลยารักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวช	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
Tricyclic antidepressants: TCA		
Nortriptyline	3	2.5
Amitriptyline	3	2.5
Melitracen ^a	1	0.8
Noradrenaline & Specific serotonin antidepressants: NaSSAs		
Mirtazapine	22	18.5
Serotonin antagonist and reuptake inhibitors: SARIs		
Trazodone	19	16.0
Melatonin agonists		
Agomelatine	7	5.9
Noradrenaline Dopamine reuptake inhibitor: NDRIs		
Bupropion	4	3.4
Serotonin reuptake enhancers		
Tianeptine	3	2.5
Serotonin agonist and antagonists		
Vortioxetine	2	1.7
Others		
Quetiapine	12	10.1
1.2 รูปแบบการสั่งใช้ยาแก้ซึมเศร้า		
รูปแบบยาเดี่ยว (monotherapy)	77	64.7
รูปแบบยาผสมผสาน (combination therapy)	42	35.3
2. ยาจิตเวชที่ได้รับร่วมกับยาแก้ซึมเศร้า		
2.1 ชนิดของยาจิตเวชที่ได้รับร่วมกับยาแก้ซึมเศร้า		
ยาคลายกังวล-นอนหลับ (anxiolytic-hypnotic drugs)		
Clonazepam	36	30.3
Lorazepam	26	21.8
Clorazepate	18	15.1
Alprazolam	7	5.9
Melatonin	5	4.2
Diazepam	4	3.4
Zolpidem	1	0.8

ตารางที่ 18(ต่อ) ข้อมูลยารักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวชของกลุ่มตัวอย่าง (n=119 คน)

ข้อมูลยารักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวช	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ยารักษาโรคจิต (antipsychotic drugs)		
Perphenazine	2	1.7
Flupentixol ^a	1	0.8
Olanzapine	1	0.8
Risperidone	1	0.8
Paliperidone	1	0.8
Aripiprazole	6	5.0
Amisulpride	1	0.8
ยาต้านอาการชัก (anticonvulsant drugs)		
Lamotrigine	5	4.2
Sodium valproate	3	2.5
Topiramate	1	0.8
ยารักษาอาการพาร์กินสัน (antiparkinsonian drugs)		
Trihexyphenidyl	1	0.8
Bromocriptine	1	0.8
1.2 รูปแบบการสั่งใช้ยาแก้ซึมเศร้าวร่วมกับยาจิตเวช		
ยาแก้ซึมเศร้าเดี่ยว	35	29.4
ยาแก้ซึมเศร้า + ยาคลายกังวล-นอนหลับ	63	52.9
ยาแก้ซึมเศร้า + ยารักษาโรคจิต	4	3.4
ยาแก้ซึมเศร้า + ยาต้านอาการชัก	1	0.8
ยาแก้ซึมเศร้า + ยาคลายกังวล-ช่วยนอนหลับ + ยารักษาโรคจิต	7	5.9
ยาแก้ซึมเศร้า + ยาคลายกังวล-ช่วยนอนหลับ + ยาต้านอาการชัก	6	5.0
ยาแก้ซึมเศร้า + ยาคลายกังวล-ช่วยนอนหลับ + ยารักษาอาการพาร์กินสัน	1	0.8
ยาแก้ซึมเศร้า + ยารักษาโรคจิต + ยาต้านอาการชัก	1	0.8
ยาแก้ซึมเศร้า + ยาคลายกังวล-ช่วยนอนหลับ + ยารักษาโรคจิต + ยารักษาอาการพาร์กินสัน	1	0.8

^a ยาเม็ดสำหรับรับประทานแบบผสมระหว่าง flupentixol 0.5 mg และ melitracen 10 mg (Deanxit[®])

4.1.6 ข้อมูลด้านความซับซ้อนของแบบแผนการรักษา

ความซับซ้อนของแบบแผนการรักษาโรคทั้งหมด

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความซับซ้อนของแบบแผนการรักษาโรคทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง 119 คน จากแบบประเมินดัชนีชี้วัดความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยา ดังแสดงในตารางที่ 19 พบว่า คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยาในการรักษาโรคทั้งหมด เท่ากับ 31.07 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 19.32 คะแนน) โดยคะแนนสูงสุด เท่ากับ 109.5 คะแนน ซึ่งเป็นคะแนนของผู้ที่ได้รับขนานยารักษาโรคทั้งหมดมากที่สุดในการศึกษา

คือ 30 ขนาน และ คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 3 คะแนน ซึ่งเป็นคะแนนของผู้ที่ได้รับขนานยารักษาโรคทั้งหมดน้อยที่สุดในการศึกษา คือ 1 ขนาน ทั้งนี้เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยาในการรักษาโรคทั้งหมดแยกตามด้าน พบว่า ด้านคำแนะนำวิธีการใช้ยาเพิ่มเติม มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ 14.79 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.77 คะแนน) รองลงมาคือ ด้านความถี่ในการใช้ยา 12.63 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.13 คะแนน) และ ด้านรูปแบบการใช้ยา 3.65 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.31) โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับยาในรูปแบบยาแคปซูล/ยาเม็ดรับประทาน มีการใช้ยาที่มีความถี่วันละครั้ง และมีการใช้ยาเฉพาะเวลาที่กำหนดอย่างน้อยในยา 1 ขนานที่ได้รับในแบบแผนการรักษาโรคทั้งหมด

ตารางที่ 19 ข้อมูลความซับซ้อนของแบบแผนการรักษาโรคทั้งหมด (n=119 คน)

คะแนนความซับซ้อนของแบบแผนการรักษา	Weighting	Mean	SD	Median	IQR	Min-Max
โรคทั้งหมด		31.07	19.32	27.0	17.0-41.5	3.0-109.5
1.ด้านรูปแบบยา		3.65	3.31	3.0	1.0-5.0	1.0-14.0
ยาแคปซูล/ยาเม็ด	1	1.00	0.00	1.0	1.0-1.0	1.0-1.0
ยาน้ำ	2	0.12	0.47	0.0	0.0-0.0	0.0-2.0
ยาผง/ยาแกรนูล	2	0.10	0.44	0.0	0.0-0.0	0.0-2.0
ยาพ่นในปาก/ยาเม็ดสำหรับอมใต้ลิ้น	2	0.03	0.26	0.0	0.0-0.0	0.0-2.0
ยาครีม/เจล/ซีฟิ่ง	2	0.37	0.78	0.0	0.0-0.0	0.0-2.0
ยาทำแผล	3	0.02	0.27	0.0	0.0-0.0	0.0-3.0
ยาป้าย/ยาน้ำใส	2	0.10	0.44	0.0	0.0-0.0	0.0-2.0
ยาเพสต์	3	0.02	0.27	0.0	0.0-0.0	0.0-3.0
ยาพ่นหรือสเปรย์	1	0.02	0.13	0.0	0.0-0.0	0.0-1.0
ยาหยอดตา	3	0.76	1.31	0.0	0.0-3.0	0.0-3.0
ยาเจล/ซีฟิ่งป้ายตา	3	0.15	0.66	0.0	0.0-0.0	0.0-3.0
ยาพ่นจมูก	2	0.17	0.56	0.0	0.0-0.0	0.0-2.0
ยาสูตรรูปแบบแอดคิเวเฮลเลอร์	3	0.02	0.27	0.0	0.0-0.0	0.0-3.0
ยาสูตรรูปแบบมิเตอร์ไคส์	4	0.23	0.94	0.0	0.0-0.0	0.0-4.0
ยาสูตรรูปแบบเทอร์บูเฮลเลอร์	3	0.05	0.39	0.0	0.0-0.0	0.0-3.0
ยาฉีด แบบบรรจุพร้อมใช้	3	0.15	0.66	0.0	0.0-0.0	0.0-3.0
ยาฉีด แบบบรรจุหลอดยาฉีด/ขวดยาฉีด	4	0.07	0.52	0.0	0.0-0.0	0.0-4.0
ยาเหน็บช่องคลอด	3	0.08	0.47	0.0	0.0-0.0	0.0-3.0
ยาครีมทาภายในช่องคลอด	2	0.03	0.26	0.0	0.0-0.0	0.0-2.0
น้ำยาฟอกไต	5	0.04	0.46	0.0	0.0-0.0	0.0-5.0

ตารางที่ 19 (ต่อ) ข้อมูลความซับซ้อนของแบบแผนการรักษาโรคทั้งหมด (n=119 คน)

คะแนนความซับซ้อนของแบบแผนการรักษา	Weighting	Mean	SD	Median	IQR	Min-Max
2. ด้านความถี่ในการใช้ยา		12.63	9.13	10.0	6.0-18.0	1.0-48.5
วันละครั้ง	1	5.31	2.89	5.0	3.0-7.0	1.0-13.0
วันละครั้งเมื่อมีอาการ	0.5	0.07	0.19	0.0	0.0-0.0	0.0-1.0
วันละสองครั้ง	2	2.47	3.11	2.0	0.0-4.0	0.0-16.0
วันละสองครั้งเมื่อมีอาการ	1	0.07	0.31	0.0	0.0-0.0	0.0-2.0
วันละสามครั้ง	3	1.06	2.61	0.0	0.0-0.0	0.0-18.0
วันละสามครั้งเมื่อมีอาการ	1.5	0.05	0.27	0.0	0.0-0.0	0.0-1.5
วันละสี่ครั้ง	4	0.57	1.59	0.0	0.0-0.0	0.0-8.0
วันละสี่ครั้งเมื่อมีอาการ	2	0.08	0.48	0.0	0.0-0.0	0.0-4.0
ทุก 8 ชั่วโมง เมื่อมีอาการ	2	0.07	0.36	0.0	0.0-0.0	0.0-2.0
ทุก 6 ชั่วโมง	4.5	0.08	0.58	0.0	0.0-0.0	0.0-4.5
ทุก 6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการ	2.5	0.13	0.55	0.0	0.0-0.0	0.0-2.5
ทุก 4 ชั่วโมง	6.5	0.11	0.84	0.0	0.0-0.0	0.0-6.5
ทุก 4 ชั่วโมง เมื่อมีอาการ	3.5	0.03	0.32	0.0	0.0-0.0	0.0-3.5
ทุก 2 ชั่วโมง	12.5	1.47	4.04	0.0	0.0-0.0	0.0-12.5
เมื่อมีอาการ/ยาใช้ช่วยชีวิต	0.5	0.09	0.25	0.0	0.0-0.0	0.0-1.5
วันเว้นวัน หรือความถี่น้อยกว่านั้น	2	0.97	1.60	0.0	0.0-2.0	0.0-8.0
3. ด้านคำแนะนำวิธีการใช้ยาเพิ่มเติม		14.79	8.77	13.0	8.0-19.0	1.0-53.0
หักหรือบดเม็ดยา	1	0.74	0.82	1.0	0.0-1.0	0.0-4.0
ละลายเม็ดยา/ผงยา	1	0.32	0.74	0.0	0.0-0.0	0.0-3.0
ใช้มากกว่าหนึ่งหน่วยต่อครั้ง	1	0.97	1.13	1.0	0.0-2.0	0.0-7.0
ขนาดยาไม่แน่นอน/หลากหลาย	1	0.03	0.18	0.0	0.0-0.0	0.0-1.0
ใช้เฉพาะเวลาที่กำหนด	1	7.59	4.31	7.0	4.0-10.0	1.0-24.0
ใช้สัมพันธ์กับมื้ออาหาร	1	4.64	3.18	4.0	2.0-7.0	0.0-16.0
รับประทานยาพร้อมเครื่องดื่มที่กำหนด	1	0.01	0.09	0.0	0.0-0.0	0.0-1.0
ใช้ยาตามที่แพทย์สั่งเพิ่มเติม	2	0.30	1.03	0.0	0.0-0.0	0.0-8.0
ปรับลดขนาดยาหรือเพิ่มขนาดยา	2	0.02	0.18	0.0	0.0-0.0	0.0-2.0
ให้ยาขนาดไม่เท่ากันในแต่ละมือ	2	0.17	0.62	0.0	0.0-0.0	0.0-4.0

ความซับซ้อนของแบบแผนการรักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวช

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความซับซ้อนของแบบแผนการรักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวชของกลุ่มตัวอย่าง 119 คน จากแบบประเมินดัชนีชี้วัดความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยาดังแสดงในตารางที่ 20 พบว่า คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยาในการรักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวช เท่ากับ 7.78 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.31

คะแนน) โดยคะแนนสูงสุด เท่ากับ 18 คะแนน และ คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 3 คะแนน ซึ่งเป็นคะแนนของผู้ที่มีจำนวนขนานยารักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวชมากที่สุดและน้อยที่สุดในการวิจัยคือ 6 ขนานและ 1 ขนาน ตามลำดับ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยาในการรักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวชแยกตามด้าน พบว่า ด้านคำแนะนำวิธีการใช้ยาเพิ่มเติม มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ 4.24 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.23 คะแนน) รองลงมาคือ ด้านความถี่ในการใช้ยา 2.54 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.24 คะแนน) และ ด้านรูปแบบการใช้ยา 1 คะแนน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดใช้ยาในรูปแบบแคปซูล/ยาเม็ดในการรักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวชเพียงรูปแบบเดียว นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับคำแนะนำการใช้ยาเพิ่มเติมในเรื่องการใช้ยาเฉพาะเวลาที่กำหนด อย่างน้อยในยา 1 ขนานของแผนการรักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวช กลุ่มตัวอย่างทุกรายที่ได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมในเรื่องการใช้ยาตามแพทย์สั่ง เป็นการสั่งให้เพิ่มขนาดยาคลายกังวล-นอนหลับหากมีอาการนอนไม่หลับ และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมในการปรับลดขนาดยาหรือเพิ่มขนาดยา เป็นผู้ป่วยที่กำลังเริ่มยาแก้อาการซึมเศร้าชนิดใหม่ซึ่งต้องเริ่มยาขนาดต่ำในช่วงแรก จากนั้นจึงปรับเพิ่มขนาดยาแล้วใช้ต่อไปตามที่ได้รับคำแนะนำ

ตารางที่ 20 ข้อมูลความซับซ้อนของแบบแผนการรักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวช (n=119 คน)

คะแนนความซับซ้อนของแบบแผนการรักษา	Weighting	Mean	SD	Median	IQR	Min-Max
โรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวช		7.78	3.31	7.0	5.5-9.0	3.0-18.0
1. ด้านรูปแบบยา		1.00	0.00	1.0	1.0-1.0	1.0-1.0
ยาแคปซูล/ยาเม็ด	1	1.00	0.00	1.0	1.0-1.0	1.0-1.0
2. ด้านความถี่ในการใช้ยา		2.54	1.24	2.0	2.0-3.0	1.0-7.0
วันละครั้ง	1	2.06	1.14	2.0	1.0-3.0	0.0-6.0
วันละครั้งเมื่อมีอาการ	0.5	0.42	0.14	0.0	0.0-0.0	0.0-0.5
วันละสองครั้ง	2	0.32	0.78	0.0	0.0-0.0	0.0-4.0
วันละสามครั้ง	3	0.03	0.27	0.0	0.0-0.0	0.0-3.0
เมื่อมีอาการ/ยาใช้ช่วยชีวิต	0.5	0.03	0.12	0.0	0.0-0.0	0.0-0.5
วันเว้นวัน หรือความถี่น้อยกว่านั้น	2	0.07	0.36	0.0	0.0-0.0	0.0-2.0
3. ด้านคำแนะนำวิธีการใช้ยาเพิ่มเติม		4.24	2.23	4.0	3.0-5.0	1.0-12.0
หักหรือบดเม็ดยา	1	0.39	0.57	0.0	0.0-1.0	0.0-2.0
ใช้มากกว่าหนึ่งหน่วยต่อครั้ง	1	0.48	0.73	0.0	0.0-1.0	0.0-3.0
ขนาดยาไม่แน่นอน/หลากหลาย	1	0.03	0.18	0.0	0.0-0.0	0.0-1.0
ใช้เฉพาะเวลาที่กำหนด	1	2.36	1.12	2.0	2.0-3.0	1.0-6.0
ใช้สัมพันธ์กับมื้ออาหาร	1	0.85	0.73	1.0	0.0-1.0	0.0-3.0
ใช้ยาตามที่แพทย์สั่งเพิ่มเติม	2	0.08	0.40	0.0	0.0-0.0	0.0-2.0

ตารางที่ 20 (ต่อ) ข้อมูลความซับซ้อนของแบบแผนการรักษาโรคมะเร็งและโรคร่วมทางจิตเวช (n=119 คน)

คะแนนความซับซ้อนของแบบแผนการรักษา	Weighting	Mean	SD	Median	IQR	Min-Max
ปรับลดขนาดยาหรือเพิ่มขนาดยา	2	0.02	0.18	0.0	0.0-0.0	0.0-2.0
ให้ยาขนาดไม่เท่ากันในแต่ละมือ	2	0.02	0.18	0.0	0.0-0.0	0.0-2.0

4.1.7 ข้อมูลด้านสัมพันธภาพที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ผู้ทำการรักษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสัมพันธภาพที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ผู้ทำการรักษาของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 119 คน จากแบบประเมินสัมพันธภาพที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ผู้ทำการรักษา ดังแสดงในตารางที่ 21 พบว่า คะแนนสัมพันธภาพที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ผู้ทำการรักษาเฉลี่ยเท่ากับ 37.53 คะแนน (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.63 คะแนน) ซึ่งมีความใกล้เคียงกับคะแนนเต็มของแบบประเมิน คือ 40 คะแนน หากพิจารณาแบ่งระดับสัมพันธภาพที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ผู้ทำการรักษาจากคะแนนของแบบประเมิน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพต่อแพทย์ผู้ทำการรักษาในระดับสูง (ร้อยละ 94.1) และไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีสัมพันธภาพต่อแพทย์ผู้ทำการรักษาในระดับต่ำ

ตารางที่ 21 ข้อมูลสัมพันธภาพที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ผู้ทำการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง (n=119 คน)

ระดับสัมพันธภาพที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ผู้ทำการรักษา	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
สัมพันธภาพต่ำ (8-18 คะแนน)	0	0.0
สัมพันธภาพปานกลาง (19-29 คะแนน)	7	5.9
สัมพันธภาพสูง (30-40 คะแนน)	112	94.1

(Mean = 37.53, SD = 3.63, Median = 39, IQR = 37-40, Min = 24, Max = 40)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรายละเอียดสัมพันธภาพที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ผู้ทำการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 119 คน จากแบบประเมินสัมพันธภาพที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ผู้ทำการรักษา ดังแสดงในตารางที่ 22 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความไว้วางใจอย่างยิ่งในทุกประเด็นของสัมพันธภาพที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ผู้ทำการรักษา (ร้อยละ 63.9-90.8) รองลงมาคือความไว้วางใจ (ร้อยละ 4.2-20.2) และความไม่แน่ใจ (ร้อยละ 3.4-18.5) นอกจากนี้ในบางประเด็นของสัมพันธภาพไม่พบความไม่ไว้วางใจหรือความไม่ไว้วางใจอย่างยิ่งเลย ได้แก่ การสามารถบอกเรื่องต่างๆ ให้แพทย์ฟังได้ทุกเรื่อง และ แพทย์ไม่เคยทำเป็นเข้าใจเรื่องเหล่านั้น ทั้งที่บางครั้งอาจจะไม่แน่ใจ โดยเกือบทุกประเด็นของสัมพันธภาพไม่พบความไม่ไว้วางใจอย่างยิ่ง ยกเว้นเรื่อง แพทย์จะบอกความจริงเกี่ยวกับสุขภาพตลอดเวลา แม้ว่าบางครั้งอาจจะมีข่าวไม่ดี (ร้อยละ 0.8)

คะแนนสัมพันธภาพเฉลี่ยรายข้อในทุกประเด็นมีค่าใกล้เคียงกัน คือ 4.43-4.85 คะแนน ซึ่งใกล้เคียงกับคะแนนเต็มของแต่ละข้อ คือ 5 คะแนน ประกอบกับค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่าง

ควอไทล์ของทุกประเด็น ที่มีค่าเท่ากับ 5 หรือช่วงใกล้เคียง 5 ทั้งหมด โดยคะแนนดังกล่าวจะสะท้อนถึงสัมพันธภาพที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ผู้ทำการรักษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ซึ่งเมื่อคะแนนสูงหมายถึงความไว้วางใจในระดับสูงหรือระดับสัมพันธภาพที่สูงของประเด็นนั้นที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ผู้ทำการรักษา

ตารางที่ 22 รายละเอียดสัมพันธภาพที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ผู้ทำการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง (n=119 คน)

รายละเอียดสัมพันธภาพต่อแพทย์ที่ทำการรักษา*	ไว้วางใจ	ไว้วางใจ	ไม่แน่ใจ	ไม่ไว้วางใจ	ไม่ไว้วางใจ
	อย่างยิ่ง	ไว้วางใจ	ไม่แน่ใจ	ไม่ไว้วางใจ	อย่างยิ่ง
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
1. การสามารถบอกเรื่องต่าง ๆ ให้แพทย์ฟังได้ทุกเรื่องถึงแม้ว่าเรื่องนั้น ๆ อาจจะไม่อยากบอกผู้อื่นเลย (Mean = 4.74 SD = 0.54, Median = 5, IQR = 5-5, Min = 3, Max = 5)	94 (79.0)	19 (16.0)	6 (5.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
2. แพทย์ไม่เคยทำเป็นเข้าใจเรื่องเหล่านั้น ทั้งที่บางครั้งอาจจะไม่แน่ใจ (Mean = 4.71 SD = 0.60, Median = 5, IQR = 5-5, Min = 3, Max = 5)	94 (79.0)	16 (13.4)	9 (7.6)	0 (0.0)	0 (0.0)
3. การไว้วางใจต่อการตัดสินใจทั้งหมดของแพทย์ในการให้การรักษา (Mean = 4.79 SD = 0.55, Median = 5, IQR = 5-5, Min = 2, Max = 5)	101 (84.9)	12 (10.1)	5 (4.2)	1 (0.8)	0 (0.0)
4. แพทย์ไม่เคยให้ความสำคัญที่เกี่ยวกับการลดค่าใช้จ่ายมากกว่าสิ่งที่จะต้องทำหรือต้องใช้ในการรักษา (Mean = 4.85 SD = 0.51, Median = 5, IQR = 5-5, Min = 2, Max = 5)	108 (90.8)	5 (4.2)	5 (4.2)	1 (0.8)	0 (0.0)
5. แพทย์จะบอกความจริงเกี่ยวกับสุขภาพตลอดเวลาแม้ว่าบางครั้งอาจจะมีความไม่สบายใจ (Mean = 4.65 SD = 0.71, Median = 5, IQR = 5-5, Min = 1, Max = 5)	89 (74.8)	21 (17.6)	7 (5.9)	1 (0.8)	1 (0.8)
6. แพทย์ให้ความสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพของท่านมากกว่ากับที่ท่านให้ความสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพของท่านเอง (Mean = 4.57 SD = 0.71, Median = 5, IQR = 5-5, Min = 2, Max = 5)	82 (68.9)	24 (20.2)	12 (10.1)	1 (0.8)	0 (0.0)
7. หากเกิดความผิดพลาดในการรักษาท่าน แพทย์จะไม่ปกปิดท่าน (Mean = 4.43 SD = 0.85, Median = 5, IQR = 5-5, Min = 1, Max = 5)	76 (63.9)	20 (16.8)	22 (18.5)	1 (0.8)	0 (0.0)
8. ความไว้วางใจต่อแพทย์ที่ทำการรักษาเมื่อพิจารณาในประเด็นข้อ 1-7 (Mean = 4.79 SD = 0.48, Median = 5, IQR = 5-5, Min = 3, Max = 5)	98 (82.4)	17 (14.3)	4 (3.4)	0 (0.0)	0 (0.0)

* ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ในแต่ละข้อ เท่ากับ 1-5 คะแนน

4.2. ข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

4.2.1 ข้อมูลจากแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสำหรับคนไทย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 119 คน จากแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสำหรับคนไทย ดังแสดงในตารางที่ 23 พบว่า คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาแก้ซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างเฉลี่ยเท่ากับ 22.97 คะแนน (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.05 คะแนน) โดยมีค่ามัธยฐานของคะแนน เท่ากับ 24 คะแนน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ 23-24 คะแนน) ค่าคะแนนสูงสุด เท่ากับ 24 คะแนน และ ค่าคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 12 คะแนน หากพิจารณาแปลผลคะแนนของกลุ่มตัวอย่างเป็นระดับความร่วมมือในการใช้ยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้ยาสูง (ร้อยละ 67.2) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความร่วมมือในการใช้ยาต่ำและความร่วมมือในการใช้ยาปานกลางมีจำนวนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 16 และ ร้อยละ 16.8 ตามลำดับ)

ตารางที่ 23 ข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสำหรับคนไทยของกลุ่มตัวอย่าง (n=119 คน)

ระดับความร่วมมือในการใช้ยา	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ความร่วมมือในการใช้ยาต่ำ (≤ 21 คะแนน)	19	16.0
ความร่วมมือในการใช้ยาปานกลาง (22-23 คะแนน)	20	16.8
ความร่วมมือในการใช้ยาสูง (24 คะแนน)	80	67.2

(Mean = 22.97 SD = 2.05, Median = 24, IQR = 23-24, Min = 12, Max = 24)

ผลการวิเคราะห์รายละเอียดของพฤติกรรมการใช้ยาแก้ซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 119 คน จากแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสำหรับคนไทย ดังแสดงในตารางที่ 24 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีพฤติกรรมการลืมใช้ยา การใช้ยาไม่ตรงเวลาหรือไม่ตรงมือ การหยุดใช้ยาเองและการเพิ่มขนาดหรือลดขนาดยาเอง (ร้อยละ 84.1-96.6) ค่าเฉลี่ยคะแนนของแต่ละพฤติกรรมมีค่าใกล้เคียงกัน คือ 3.73 – 3.92 คะแนน โดยที่คะแนนเต็มคือ 4 คะแนน นอกจากนี้ยังพบว่าค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของแต่ละพฤติกรรมมีค่าเท่ากัน

กลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 10 เคยมีพฤติกรรมการลืมใช้ยาหรือการใช้ยาไม่ตรงเวลา/ไม่ตรงมือ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 มีพฤติกรรมหยุดยาเองเนื่องจากอาการข้างเคียงจากการใช้ยา โดยพบว่าผู้ป่วยเกิดอาการง่วงซึมมากกว่าปกติหรืออาการมึนงงสับสนจนกระทบต่อชีวิตประจำวันจากยาแก้ซึมเศร้านานใหม่ที่แพทย์เพิ่งเปลี่ยนให้ใน 1-2 นัดหมายก่อนเข้าร่วมการศึกษา จึงเลือกที่จะหยุดยาดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 4.2 มีพฤติกรรมหยุดใช้ยาเองเนื่องจากคิดว่าหายจากโรคที่เป็นหรือไม่มีอาการแล้ว โดยทุกรายมีประสบการณ์ลองหยุดใช้ยาแล้วพบว่าอาการยังปกติ จึงพิจารณา

หยุดยาเอง โดยมีทั้งหยุดไปเลยและหยุดแบบวันเว้นหลายวัน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 3.4 มีพฤติกรรมการหยุดใช้ยาเองนอกเหนือจากการคิดว่าหายแล้วหรืออาการข้างเคียงจากการใช้ยา เนื่องจากกังวลเรื่องอันตรายกิริยาระหว่างยาแก้ซึมเศร้ากับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงหยุดใช้ยาแก้ซึมเศร้าเองในช่วงที่ได้รับวัคซีน

ตารางที่ 24 พฤติกรรมการใช้ยาแก้ซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง (n=119 คน)

พฤติกรรมการใช้ยาแก้ซึมเศร้า*	5 ครั้ง ขึ้นไป	3-4 ครั้ง	1-2 ครั้ง	ไม่เคย
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
1. การลืมใช้ยา (Mean = 3.79 SD = 0.59, Median = 4, IQR = 4-4, Min = 1, Max = 4)	3 (2.5)	2 (1.7)	12 (10.1)	102 (85.7)
2. การใช้ยาไม่ตรงเวลาหรือไม่ตรงมือ (Mean = 3.73 SD = 0.71, Median = 4, IQR = 4-4, Min = 1, Max = 4)	5 (4.2)	3 (2.5)	11 (9.2)	100 (84.1)
3. การหยุดใช้ยาเองเนื่องจากอาการข้างเคียงจากการใช้ยา (Mean = 3.86 SD = 0.66, Median = 4, IQR = 4-4, Min = 1, Max = 4)	6 (5.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	113 (95.0)
4. การหยุดใช้ยาเองเนื่องจากคิดว่าหายจากโรคที่เป็นหรือไม่มีอาการแล้ว (Mean = 3.89 SD = 0.55, Median = 4, IQR = 4-4, Min = 1, Max = 4)	4 (3.4)	0 (0.0)	1 (0.8)	114 (95.8)
5. การหยุดใช้ยาเองเนื่องจากเหตุผลอื่นนอกเหนือจากข้อ 3 และ 4 (Mean = 3.92 SD = 0.44, Median = 4, IQR = 4-4, Min = 1, Max = 4)	2 (1.7)	1 (0.8)	1 (0.8)	115 (96.7)
6. การเพิ่มหรือลดขนาดยาเอง (Mean = 3.79 SD = 0.69, Median = 4, IQR = 4-4, Min = 1, Max = 4)	6 (5.0)	0 (0.0)	7 (5.9)	106 (89.1)

* ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ในแต่ละข้อ เท่ากับ 1-4 คะแนน

4.2.2 ข้อมูลอัตราการครอบครองยา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 119 คน จากอัตราการครอบครองยา ดังแสดงในตารางที่ 25 พบว่า อัตราการครอบครองยาแก้ซึมเศร้าเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 107.33 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ 12.04) ค่าอัตราสูงสุดเท่ากับ ร้อยละ 160.7 และ ค่าอัตราต่ำสุดเท่ากับ ร้อยละ 83.3 หากพิจารณาแปลผลอัตราการครอบครองยาเป็นระดับความร่วมมือในการใช้ยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทุกรายมีความร่วมมือในการใช้ยาสูง (ร้อยละ 99.2) และไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีความร่วมมือในการใช้ยาต่ำ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง 1 รายที่มีความร่วมมือในการใช้ยาปานกลาง มีข้อมูลบันทึกในเวชระเบียนว่า ผู้ป่วยยังมียาเดิมอยู่

ตารางที่ 25 ข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาจากอัตราการครอบครองยาของกลุ่มตัวอย่าง (n=119 คน)

ระดับความร่วมมือในการใช้ยา	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ความร่วมมือในการใช้ยาต่ำ ($\leq 80.0\%$)	0	0.0
ความร่วมมือในการใช้ยาปานกลาง (80.1% - 90.0%)	1	0.8
ความร่วมมือในการใช้ยาสูง ($> 90.0\%$)	118	99.2

(Mean = 107.33 SD =12.04, Median = 107.14, IQR = 100.0-107.14, Min = 83.3, Max = 160.7)

4.3. ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

4.3.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง แบบ Chi-square/Fisher's exact test

ปัจจัยด้านบุคคลและจิตสังคม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสำหรับคนไทยและปัจจัยด้านบุคคลและจิตสังคมในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 119 คน โดยใช้สถิติ Chi-square/Fisher's exact test ดังแสดงในตารางที่ 26 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ สถานภาพสมรสประเภทสมรสและหม้าย และการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางถึงสูง ($p\text{-value}<0.01$)

กลุ่มตัวอย่างที่มีความร่วมมือในการใช้ยาต่ำ-ปานกลางมีสัดส่วนสถานภาพโสด หย่าร้าง แยกกันอยู่เทียบกับสถานภาพสมรสหรือหม้าย (ร้อยละ 48.7) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.006$) เมื่อเทียบกับสัดส่วนดังกล่าวในกลุ่มตัวอย่างที่มีความร่วมมือในการใช้ยาสูง (ร้อยละ 23.7) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความร่วมมือในการใช้ยาต่ำ-ปานกลาง มีสัดส่วนการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำเทียบกับระดับปานกลางถึงสูง (ร้อยละ 38.5) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.007$) เมื่อเทียบกับสัดส่วนดังกล่าวในกลุ่มตัวอย่างที่มีความร่วมมือในการใช้ยาสูง (ร้อยละ 16.2)

ตารางที่ 26 ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยด้านบุคคลและจิตสังคม
โดยใช้สถิติ Chi-square/Fisher's exact test (n=119 คน)

ปัจจัยด้านบุคคลและจิตสังคม	ความร่วมมือในการใช้ยา		χ^2	p-value
	สูง	ต่ำ-ปานกลาง		
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
1. เพศ			1.51	0.219
ชาย	25 (31.2)	8 (20.5)		
หญิง	55 (68.8)	31 (79.5)		

ตารางที่ 26 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยด้านบุคคลและจิตสังคม โดยใช้สถิติ Chi-square/Fisher's exact test (n=119 คน)

ปัจจัยด้านบุคคลและจิตสังคม	ความร่วมมือในการใช้ยา		χ^2	p-value
	สูง	ต่ำ-ปานกลาง		
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
2. อายุ (ปี)			3.91	0.051
> 70	26 (32.5)	6 (15.4)		
60-70	54 (67.5)	33 (84.6)		
3. สถานภาพสมรส			7.52	0.006**
สมรส หม้าย	61 (76.3)	20 (51.3)		
โสด หย่าร้าง แยกกันอยู่	19 (23.7)	19 (48.7)		
4. ระดับการศึกษา			0.26	0.609
มัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป	57 (71.3)	26 (66.7)		
มัธยมศึกษาตอนต้นและต่ำกว่า	23 (28.7)	13 (33.3)		
5. การนับถือศาสนา			3.63	0.094 ^Δ
คริสต์และอิสลาม	7 (8.8)	0 (0.0)		
พุทธ	73 (91.3)	39 (100.0)		
6. อาชีพ			0.21	0.756
เกษียณอายุการทำงาน	72 (90.0)	34 (87.2)		
ประกอบอาชีพ	8 (10.0)	5 (12.8)		
7. รายได้ต่อเดือน (บาท)			1.43	0.231
≤ 9,000	38 (47.5)	14 (35.9)		
> 9,000	42 (52.5)	25 (64.1)		
8. สิทธิการรักษา			0.70	0.401
เบิกตรงข้าราชการ/ต้นสังกัดและชำระตัวเอง	28 (71.8)	63 (78.8)		
ประกันสุขภาพหัวหน้าและประกันสังคม	11 (28.2)	17 (21.2)		
9. การดื่มแอลกอฮอล์			2.19	0.139
ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	70 (87.5)	30 (76.9)		
ดื่มแอลกอฮอล์	10 (12.5)	9 (23.1)		
10. การสูบบุหรี่			<0.01	1.000 ^Δ
ไม่สูบบุหรี่	78 (97.5)	38 (97.4)		
สูบบุหรี่	2 (2.5)	1 (2.6)		
11. การใช้สารกลุ่มกัญชา			1.76	0.329 ^Δ
ไม่ใช้	78 (97.5)	36 (92.3)		
ใช้	2 (2.5)	3 (7.7)		

ตารางที่ 26 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยด้านบุคคลและจิตสังคม โดยใช้สถิติ Chi-square/Fisher's exact test (n=119 คน)

ปัจจัยด้านบุคคลและจิตสังคม	ความร่วมมือในการใช้ยา		χ^2	p-value
	สูง	ต่ำ-ปานกลาง		
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
12. การดูแลตนเองในการดำรงชีวิต			0.12	0.662 ^Δ
ดูแลตนเอง	77 (96.3)	37 (94.9)		
มีผู้ดูแลช่วยเหลือ	3 (3.7)	2 (5.1)		
13. การดูแลตนเองในการใช้ยา			0.49	0.716 ^Δ
มีผู้ดูแลช่วยเหลือ	7 (8.7)	2 (5.1)		
ดูแลตนเอง	73 (91.3)	37 (94.9)		
14. การสนับสนุนทางสังคม			7.19	0.007 ^{**}
การสนับสนุนทางสังคมปานกลางถึงสูง	67 (83.8)	24 (61.5)		
การสนับสนุนทางสังคมต่ำ	13 (16.2)	15 (38.5)		

* p<0.05, ** p<0.01, Δ=Fisher's Exact test

ปัจจัยด้านโรค

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาจากแบบสอบถาม พฤติกรรมการใช้ยาสำหรับคนไทยและปัจจัยด้านโรคในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 119 คน โดยใช้สถิติ Chi-square/Fisher's exact test ดังแสดงในตารางที่ 27 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (p-value<0.01)

กลุ่มตัวอย่างที่มีความร่วมมือในการใช้ยาต่ำ-ปานกลางมีส่วนความรุนแรงของอาการซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรงเทียบกับอาการซึมเศร้าเล็กน้อยหรือปรกติ (ร้อยละ 17.9) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.006) เมื่อเทียบกับสัดส่วนดังกล่าวในกลุ่มตัวอย่างที่มีความร่วมมือในการใช้ยาสูง (ร้อยละ 2.5)

ตารางที่ 27 ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยด้านโรค โดยใช้สถิติ Chi-square/Fisher's exact test (n=119 คน)

ปัจจัยด้านโรค	ความร่วมมือในการใช้ยา		χ^2	p-value
	สูง	ต่ำ-ปานกลาง		
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
1. ชนิดของโรคซึมเศร้าที่ถูกวินิจฉัยในปัจจุบัน			0.77	0.380
Recurrent depressive disorder และ Dysthymia	13 (16.2)	4 (10.3)		
Depressive episode (single)	67 (83.8)	35 (89.7)		

ตารางที่ 27 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยด้านโรค โดยใช้สถิติ Chi-square/Fisher's exact test (n=119 คน)

ปัจจัยด้านโรค	ความร่วมมือในการใช้ยา		χ^2	p-value
	สูง	ต่ำ-ปานกลาง		
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
2. อายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าครั้งแรก (ปี)			0.29	0.590
≥ 60	37 (46.2)	16 (41.0)		
< 60	43 (53.8)	23 (59.0)		
3. ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า			8.95	0.006** [△]
ปรกติหรือเศร้าเล็กน้อย	78 (97.5)	32 (82.1)		
เศร้าปานกลางถึงรุนแรง	2 (2.5)	7 (17.9)		
4. จำนวนโรคทั้งหมด (โรค)			0.05	0.830
> 5	22 (27.5)	10 (25.6)		
≤ 5	58 (72.5)	29 (74.4)		
5. จำนวนโรคร่วมทางกาย (โรค)			0.01	0.940
≤ 5	60 (75.0)	29 (74.4)		
> 5	20 (25.0)	10 (25.6)		
6. โรคร่วมทางจิตเวช			3.09	0.099 [△]
มี	10 (12.5)	1 (2.6)		
ไม่มี	70 (87.5)	38 (97.4)		

** p<0.01, [△] =Fisher's Exact test

ปัจจัยด้านการรักษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสำหรับคนไทยและปัจจัยด้านจำนวนขนานยาและรูปแบบการสั่งใช้ยาในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 119 คน โดยใช้สถิติ Chi-square/Fisher's exact test ดังแสดงในตารางที่ 28 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ จำนวนขนานยารักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวช และ รูปแบบการสั่งใช้ยาแก้ซึมเศร้า (p-value<0.05)

กลุ่มตัวอย่างที่มีความร่วมมือในการใช้ยต่ำ-ปานกลาง มีสัดส่วนจำนวนขนานยารักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวชไม่น้อยกว่า 4 ขนาน (ร้อยละ 25.6) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.025) เมื่อเทียบกับสัดส่วนดังกล่าวในกลุ่มตัวอย่างที่มีความร่วมมือในการใช้ยาสูง (ร้อยละ 10.0) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความร่วมมือในการใช้ยต่ำ-ปานกลางมีสัดส่วน

รูปแบบการส่งใช้ยาแก้มิเซลล์แบบผสมผสาน (ร้อยละ 48.7) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.032$) เมื่อเทียบสัดส่วนดังกล่าวในกลุ่มตัวอย่างที่มีความร่วมมือในการใช้ยาสูง (ร้อยละ 28.7)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการส่งใช้ยาแก้มิเซลล์ร่วมกับยาจิตเวช พบว่าไม่สามารถทดสอบความสัมพันธ์ของทั้ง 9 รูปแบบกับความร่วมมือในการใช้ยาแก้มิเซลล์โดยใช้สถิติ Chi-square/Fisher's exact test ได้ ทั้งนี้หากพิจารณาปรับรูปแบบการส่งใช้ยาเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ การได้รับยาแก้มิเซลล์เดี่ยวและการได้รับยาแก้มิเซลล์ร่วมกับยาจิตเวช พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับรูปแบบการส่งใช้ยาแบบยาแก้มิเซลล์ร่วมกับยาจิตเวช (ร้อยละ 70.6) และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของรูปแบบการส่งใช้ยาแก้มิเซลล์ร่วมกับยาจิตเวชแบบ 2 รูปแบบกับความร่วมมือในการใช้ยาแก้มิเซลล์โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความร่วมมือในการใช้ยาดำ-ปานกลาง มีสัดส่วนการได้รับยาแก้มิเซลล์ร่วมกับยาจิตเวช เทียบกับยาแก้มิเซลล์เดี่ยว (ร้อยละ 76.9) แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.290$) เมื่อเทียบกับสัดส่วนดังกล่าวในกลุ่มตัวอย่างที่มีความร่วมมือในการใช้ยาสูง (ร้อยละ 67.5)

ตารางที่ 28 ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยด้านจำนวนขนานยาและรูปแบบการส่งใช้ยา โดยใช้สถิติ Chi-square/Fisher's exact test ($n=119$ คน)

ปัจจัยด้านการรักษา	ความร่วมมือในการใช้ยา		χ^2	p-value
	สูง	ต่ำ-ปานกลาง		
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
1. จำนวนขนานยารักษาโรคทั้งหมด			1.30	0.255
< 5	22 (27.5)	7 (17.9)		
≥ 5	58 (72.5)	32 (82.1)		
2. จำนวนขนานยารักษาโรคทางกาย			0.02	0.884
< 5	36 (45.0)	17 (43.6)		
≥ 5	44 (55.0)	22 (56.4)		
3. จำนวนขนานยารักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวช			5.00	0.025*
< 4	72 (90.0)	29 (74.4)		
≥ 4	8 (10.0)	10 (25.6)		
4. รูปแบบการส่งใช้ยาแก้มิเซลล์			4.58	0.032*
รูปแบบยาเดี่ยว (monotherapy)	57 (71.3)	20 (51.3)		
รูปแบบยาผสมผสาน (combination therapy)	23 (28.7)	19 (48.7)		

* $p<0.05$

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสำหรับคนไทยและปัจจัยด้านคำแนะนำวิธีการใช้ยาเพิ่มเติมของโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวช จากแบบประเมินดัชนีชี้วัดความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยาในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 119 คน โดยใช้สถิติ Chi-square test ดังแสดงในตารางที่ 29 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ การให้คำแนะนำเพิ่มเติมในการหักหรือบดเม็ดยาในแผนการรักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวช โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความร่วมมือในการใช้ยาต่ำ-ปานกลางมีส่วนส่วนของการได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมเรื่องการหักหรือบดเม็ดยาในแผนการรักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวช (ร้อยละ 51.3) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.011$) เมื่อเทียบกับสัดส่วนดังกล่าวในกลุ่มตัวอย่างที่มีความร่วมมือในการใช้ยาสูง (ร้อยละ 27.5)

ตารางที่ 29 ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยด้านคำแนะนำวิธีการใช้ยาเพิ่มเติมของโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวช โดยใช้สถิติ Chi-square/Fisher's exact test (n=119 คน)

ด้านคำแนะนำวิธีการใช้ยาเพิ่มเติมของโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวช	ความร่วมมือในการใช้ยา		χ^2	p-value
	สูง	ต่ำ-ปานกลาง		
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
1. การหักหรือบดเม็ดยา			6.49	0.011*
ไม่หักหรือบดเม็ดยา	58 (72.5)	19 (48.7)		
หักหรือบดเม็ดยา	22 (27.5)	20 (51.3)		
2. การใช้อย่างมากว่าหนึ่งหน่วยต่อครั้ง			0.83	0.361
ใช้ยาหนึ่งหน่วยต่อครั้ง	54 (67.5)	23 (59.0)		
ใช้ยามากกว่าหนึ่งหน่วยต่อครั้ง	26 (32.5)	16 (41.0)		
3. การใช้ขนาดยาไม่แน่นอน/หลากหลาย			0.56	0.596 ^Δ
ใช้ขนาดยาแน่นอน	78 (97.5)	37 (94.9)		
ใช้ขนาดยาไม่แน่นอน	2 (2.5)	2 (5.1)		
4. การใช้ยาเฉพาะเวลาที่กำหนด			3.29	0.089 ^Δ
ใช้ยาเฉพาะเวลา 1-4 ขนาน	78 (97.5)	35 (89.7)		
ใช้ยาเฉพาะเวลา 5 ขนานขึ้นไป	2 (2.5)	4 (10.3)		
5. การใช้ยาสัมพันธ์กับมื้ออาหาร			0.55	0.459
ใช้ยาไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหาร	28 (35.0)	11 (28.2)		
ใช้ยาสัมพันธ์กับมื้ออาหาร	52 (65.0)	28 (71.8)		
6. การใช้ยาตามที่แพทย์สั่งเพิ่มเติม			1.76	0.329 ^Δ
การใช้ยาตามการรักษาปกติ	78 (97.5)	36 (92.3)		
การใช้ยาตามที่แพทย์สั่งเพิ่มเติม	2 (2.5)	3 (7.7)		

ตารางที่ 29 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยด้านคำแนะนำวิธีการใช้ยาเพิ่มเติมของโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวช โดยใช้สถิติ Chi-square/Fisher's exact test (n=119 คน)

ด้านคำแนะนำวิธีการใช้ยาเพิ่มเติมของโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวช	ความร่วมมือในการใช้ยา		χ^2	p-value
	สูง	ต่ำ-ปานกลาง		
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
7. การปรับลดขนาดยาหรือเพิ่มขนาดยา			2.07	0.328 ^Δ
การใช้ขนาดยาตามการรักษapakติ	80 (100.0)	38 (97.4)		
การปรับลดหรือเพิ่มขนาดยาตามแพทย์สั่งเพิ่มเติม	0 (0.0)	1 (2.6)		
8. การใช้ยาขนาดไม่เท่ากันในแต่ละมือ			2.07	0.328 ^Δ
การใช้ยาขนาดเท่ากันในแต่ละมือ	80 (100.0)	38 (97.4)		
การใช้ยาขนาดไม่เท่ากันในแต่ละมือ	0 (0.0)	1 (2.6)		

* p<0.05, ^Δ=Fisher's Exact test

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสำหรับคนไทยและปัจจัยด้านสัมพันธ์ภาพที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ผู้ทำการรักษา จากแบบประเมินสัมพันธ์ภาพที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ผู้ทำการรักษาในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 119 คน โดยใช้สถิติ Chi-square/Fisher's exact test ดังแสดงในตารางที่ 30 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ ความไว้วางใจต่อการตัดสินใจทั้งหมดของแพทย์ในการให้การรักษา โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความร่วมมือในการใช้ยาต่ำ-ปานกลาง มีสัดส่วนของระดับความไม่ไว้วางใจ ไม่แน่ใจหรือไว้วางใจเทียบกับระดับไว้วางใจอย่างยิ่งต่อการตัดสินใจทั้งหมดของแพทย์ในการให้การรักษา (ร้อยละ 25.6) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.025) เมื่อเทียบกับสัดส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่มีความร่วมมือในการใช้ยาสูง (ร้อยละ 10.0)

ตารางที่ 30 ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยด้านสัมพันธ์ภาพที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ผู้ทำการรักษา โดยใช้สถิติ Chi-square/Fisher's exact test (n=119 คน)

สัมพันธ์ภาพที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ผู้ทำการรักษา	ความร่วมมือในการใช้ยา		χ^2	p-value
	สูง	ต่ำ-ปานกลาง		
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
1. การสามารถบอกทุกเรื่องให้แพทย์ฟัง			0.33	0.567
ไม่ไว้วางใจ ไม่แน่ใจหรือไว้วางใจ	18 (22.5)	7 (17.9)		
ไว้วางใจอย่างยิ่ง	62 (77.5)	32 (82.1)		
2. แพทย์ไม่เคยทำเป็นเข้าใจเรื่องเหล่านั้น ทั้งที่บางครั้งไม่แน่ใจ			3.33	0.068
ไว้วางใจอย่างยิ่ง	67 (83.8)	27 (69.2)		
ไม่ไว้วางใจ ไม่แน่ใจหรือไว้วางใจ	13 (16.2)	12 (30.8)		

ตารางที่ 30 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยด้านสัมพันธภาพที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ผู้ทำการรักษา โดยใช้สถิติ Chi-square/Fisher's exact test (n=119 คน)

สัมพันธภาพที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ผู้ทำการรักษา	ความร่วมมือในการใช้ยา		χ^2	p-value
	สูง	ต่ำ-ปานกลาง		
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
3. ความไว้วางใจต่อการตัดสินใจทั้งหมดของแพทย์ในการให้การรักษา			5.00	0.025*
ไว้วางใจอย่างยิ่ง	72 (90.0)	29 (74.4)		
ไม่ไว้วางใจ ไม่แน่ใจหรือไว้วางใจ	8 (10.0)	10 (25.6)		
4. แพทย์ไม่เคยให้ความสำคัญเกี่ยวกับการลดค่าใช้จ่ายมากกว่าสิ่งที่ต้องทำในการรักษา			0.17	1.000 ^Δ
ไม่ไว้วางใจ ไม่แน่ใจหรือไว้วางใจ	8 (10.0)	3 (7.7)		
ไว้วางใจอย่างยิ่ง	72 (90.0)	36 (92.3)		
5. แพทย์บอกความจริงเกี่ยวกับสุขภาพตลอดเวลา แม้จะเป็นข่าวไม่ดี			0.28	0.599
ไว้วางใจอย่างยิ่ง	61 (76.3)	28 (71.8)		
ไม่ไว้วางใจ ไม่แน่ใจหรือไว้วางใจ	19 (23.7)	11 (28.2)		
6. แพทย์ให้ความสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพของท่านมากกว่าท่านให้ตนเอง			0.80	0.370
ไม่ไว้วางใจ ไม่แน่ใจหรือไว้วางใจ	27 (33.7)	10 (25.6)		
ไว้วางใจอย่างยิ่ง	53 (66.3)	29 (74.4)		
7. หากเกิดความผิดพลาดในการรักษา แพทย์จะไม่ปกปิดท่าน			0.20	0.657
ไม่ไว้วางใจ ไม่แน่ใจหรือไว้วางใจ	30 (37.5)	13 (33.3)		
ไว้วางใจอย่างยิ่ง	50 (62.5)	26 (66.7)		
8. ภาพรวมความไว้วางใจต่อแพทย์ที่ทำการรักษา เมื่อพิจารณาจากข้อ 1-7			0.33	0.567
ไว้วางใจอย่างยิ่ง	67 (83.8)	31 (79.5)		
ไม่ไว้วางใจ ไม่แน่ใจหรือไว้วางใจ	13 (16.2)	8 (20.5)		

* p<0.05, ^Δ=Fisher's Exact test

4.3.2 ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องแบบ Spearman's rank correlation

ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบ Spearman's rank correlation ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสำหรับคนไทยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 119 คน ดังแสดงในตารางที่ 31 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาซึ่งสะท้อนถึงความร่วมมือในการใช้ยา คือ คะแนนการสนับสนุนทางสังคม ($r=0.237$, $p<0.01$) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยา คือ คะแนนความเศร้า ซึ่งสะท้อนถึงความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ($r=-0.293$, $p<0.01$) และจำนวนขนานยาแก้ซึมเศร้า ($r=-0.233$, $p<0.05$)

ตารางที่ 31 สัมพันธ์ระหว่างความรวมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้การวิเคราะห์แบบ Spearman's rank correlation (n=119 คน)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. ความรวมมือในการใช้ยา (คะแนน MTB-Thai)	-														
2. อายุ (ปี)	.135	-													
3. รายได้ต่อเดือน (บาท)	-.033	.126	-												
4. การสนับสนุนทางสังคม (คะแนน SSO)	.237**	.327**	.016	-											
5. อายุเมื่อได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าครั้งแรก (ปี)	.081	.688**	.065	.370**	-										
6. ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (คะแนน TGDS)	-.293**	-.248**	-.132	-.498**	-.203*	-									
7. จำนวนโรครวมทั้งหมด	-.016	.270**	.144	.047	.253**	.034	-								
8. จำนวนโรครวมทั้งหมดทางกาย	-.029	.268**	.150	.037	.240**	.033	.995**	-							
9. จำนวนขนานยาการรักษาโรคทั้งหมด	-.071	.294**	.062	.039	.256**	.196*	.728**	.732**	-						
10. จำนวนขนานยาการรักษาโรคทางกาย	-.023	.318**	.046	.083	.302**	.116	.754**	.757**	.961**	-					
11. จำนวนขนานยาการรักษาโรคซึมเศร้าและโรครวมทั้งหมด	-.166	-.076	.031	-.292**	-.186*	.429**	.079	.083	.368**	.157	-				
12. จำนวนขนานยาแก้ซึมเศร้า	-.233*	-.041	-.145	-.173	-.108	.385**	-.017	-.010	.208*	.055	.622**	-			
13. จำนวนขนานยาจิตเวชที่ได้รับร่วมกับยาแก้ซึมเศร้า	-.071	-.084	.130	-.261**	-.164	.290**	.123	.122	.334**	.171	.839**	.126	-		
14. ความซับซ้อนของแบบแผนการรักษาโรคทั้งหมด (คะแนน MRCI)	-.044	.299**	.021	.023	.233*	.149	.766**	.770**	.948**	.928**	.268**	.173	.229*	-	
15. ความซับซ้อนของแบบแผนการรักษาโรคซึมเศร้าและโรครวมทั้งหมด (คะแนน MRCI _d)	-.156	-.127	-.009	-.347**	-.255**	.456**	.019	.019	.299**	.096	.892**	.679**	.661**	.235**	-
16. สัมพันธภาพที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ผู้ทำการรักษา (คะแนน trust)	-.005	.171	.162	.434**	.077	-.189*	-.075	-.067	.040	.029	.014	.040	-.036	-.027	.024

* p<0.05, ** p<0.01

MTB-Thai: แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสำหรับคนไทย; SSO: แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม; TGDS: แบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุของไทย; MRCI: แบบประเมินดัชนีวัดความซับซ้อนของแบบแผนการรักษา; trust: แบบประเมินสัมพันธภาพที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ผู้ทำการรักษา

4.3.3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อทำนายความร่วมมือในการใช้ยาแบบ binary logistic regression

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่มีผลทำนายความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้วิธีการวิเคราะห์ binary logistic regression แบบ forward stepwise (likelihood ratio) สำหรับตัวแปรความร่วมมือในการใช้ยา 2 กลุ่ม คือ ความร่วมมือในการใช้ยาต่ำ-ปานกลาง และความร่วมมือในการใช้ยาสูง โดยมีปัจจัยที่ถูกพิจารณานำเข้าสู่การวิเคราะห์ ได้แก่ สถานภาพสมรส การสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า รูปแบบการสั่งใช้ยาแก้อาการซึมเศร้า จำนวนขนานยาการรักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวช คำแนะนำเพิ่มเติมในการหักหรือลดเม็ดยาในแผนการรักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวช และ ความไว้วางใจต่อการตัดสินใจทั้งหมดของแพทย์ในการให้การรักษา

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อทำนายความร่วมมือในการใช้ยาในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 119 คน ดังแสดงในตารางที่ 32 พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยา คือ สถานภาพสมรส ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และ คำแนะนำเพิ่มเติมในการหักหรือลดเม็ดยาในแผนการรักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวช ($p < 0.05$)

กลุ่มตัวอย่างที่มีความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรงจะมีโอกาสมีความร่วมมือในการใช้ยาดำถึงปานกลาง 6.04 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยหรือปรกติ (95% CI = 1.08 – 33.76, $p = 0.041$) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพโสด หย่าร้าง แยกกันอยู่ จะมีโอกาสมีความร่วมมือในการใช้ยาดำถึงปานกลาง 2.95 เท่า เมื่อเทียบกับสถานภาพสมรสหรือหม้าย (95% CI = 1.24 – 7.03, $p = 0.014$) และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมในการหักหรือลดเม็ดยาในแผนการรักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวชจะมีโอกาสมีความร่วมมือในการใช้ยาดำถึงปานกลาง 2.56 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมดังกล่าว (95% CI = 1.09– 6.03, $p = 0.031$)

ตารางที่ 32 ความสัมพันธ์ของความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อทำนายความร่วมมือในการใช้ยาแบบ binary logistic regression (n=119 คน)

ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการใช้ยา	β	Adjusted Odd Ratio	95% CI of adjusted OR		p-value
			Lower	Upper	
1. ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า					
ปานกลางถึงรุนแรง	1.80	6.04	1.08	33.76	0.041*
2. สถานภาพสมรส					
โสด หย่าร้าง แยกกันอยู่	1.08	2.95	1.24	7.03	0.014*
3. คำแนะนำเพิ่มเติมในการหักหรือบดเม็ดยาในแผนการรักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวช					
หักหรือบดเม็ดยา	0.94	2.56	1.09	6.03	0.031*

Cox & Snell's $R^2 = 0.145$, Nagelkerke's $R^2 = 0.203$, * $p < 0.05$



บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายและข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง ความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีการสรุปผลการวิจัย อภิปรายและข้อเสนอแนะ โดยแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่ สรุปภาพรวมผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย สรุปผลการวิจัย ข้อจำกัดของการวิจัย การนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ และข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้างต่อไป

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีสมรรถภาพสมองปกติและได้รับการรักษาโดยยาแก้ซึมเศร้าอย่างน้อย 1 ขนาน ณ ส่วนงานผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 119 คน เริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านแบบสอบถามและฐานข้อมูลเวชระเบียน ตั้งแต่เดือนสิงหาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายได้รับการชี้แจงรายละเอียดของการศึกษาและลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอย่างสมัครใจ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของความร่วมมือในการใช้ยาที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การนับถือศาสนา สิทธิการรักษา การดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติด ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการดำรงชีวิตและการใช้ยา และปัจจัยด้านโรคและการรักษา ได้แก่ อายุเมื่อเริ่มเป็นโรคซึมเศร้า การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า โรคร่วม (โรคร่วมทั้งหมด โรคร่วมทางกาย โรคร่วมทางจิตเวช) ยาประจำตัว (ยารักษาโรคทั้งหมด ยารักษาโรคร่วมทางกาย ยาแก้ซึมเศร้า และยารักษาโรคร่วมทางจิตเวช) ความซับซ้อนของแบบแผนการรักษาและสัมพันธภาพที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ผู้ทำการรักษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้กับกลุ่มตัวอย่าง และ เครื่องมือที่ใช้กับฐานข้อมูลเวชระเบียนของโรงพยาบาล โดยเครื่องมือที่ใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุของไทย แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสำหรับคนไทย แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินสัมพันธภาพที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ผู้ทำการรักษา เครื่องมือที่ใช้กับฐานข้อมูลเวชระเบียนของโรงพยาบาล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา และ แบบประเมินดัชนีชี้วัดความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยา

การวิจัยใช้โปรแกรม SPSS Statistics version 28.0 ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิง

พรรณนา โดยนำเสนอข้อมูลในรูปแบบ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยควอไทน์ ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้การทดสอบทางสถิติแบบ Spearman's rank correlation ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยเชิงปริมาณกับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยา และการทดสอบทางสถิติ Chi-square test หรือ Fisher's exact test ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยเชิงคุณภาพกับระดับความร่วมมือในการใช้ยา และข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่มีผลทำนายความร่วมมือในการใช้ยาใช้การถดถอยแบบลอจิสติก (logistic regression) ในการวิเคราะห์ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติของความสัมพันธ์ที่ $\alpha = 0.05$

5.1.สรุปภาพรวมผลการวิจัย

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีสมรรถภาพสมองปกติและได้รับการรักษาโดยยาแก้อาการซึมเศร้าอย่างน้อย 1 ขนาน ณ ส่วนงานผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 119 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 67.14 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.71 ปี) มักสมรสแล้ว นับถือศาสนาพุทธ เกษียณอายุการทำงาน และมีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป รายได้มัธยฐานต่อเดือนประมาณ 10,000 บาท (ค่าพิสัยควอไทน์ 700-25,000 บาท) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาแบบเบิกตรงข้าราชการหรือเบิกต้นสังกัดโดยตรง และชำระเงินเอง ปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่สูบบุหรี่และไม่ใช้สารกลุ่มกัญชา โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนไม่ใช้สารเสพติดประเภทยากระตุ้นประสาท สารกลุ่มฝิ่นและสารระเหย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง โดยเกือบทั้งหมดสามารถดำรงชีวิตและบริหารจัดการยาได้ด้วยตนเอง

อายุเฉลี่ยที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าครั้งแรก คือ 58.26 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.82 ปี) ปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถูกวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้ากลุ่ม depressive episode (รหัส ICD-10 เริ่มต้นด้วย F32) ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้านักอยู่ในระดับปกติ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วมเฉลี่ยประมาณ 4 โรคต่อคน ซึ่งทุกคนที่มีโรคร่วมจะมีโรคร่วมทางกายอย่างน้อย 1 โรค โรคร่วมทางกายที่พบมากที่สุดคือ โรคไขมันในเลือดผิดปกติ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานหรือความผิดปกติของน้ำตาลในเลือด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มักไม่พบโรคร่วมทางจิตเวชและมีสัมพันธ์ภาพต่อแพทย์ผู้ทำการรักษาในระดับสูง

กลุ่มตัวอย่างได้รับยารักษาโรคเฉลี่ยประมาณ 8 ขนานต่อคน โดยทุกคนต้องได้รับยาอย่างน้อย 1 ขนานและได้รับยาแก้อาการซึมเศร้า เมื่อพิจารณาแบ่งประเภทของยารักษาโรคตาม

กลุ่มโรค จำแนกเป็น 2 ประเภท คือ โรคทางกาย และ โรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวช พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนขนานยาเฉลี่ยของยารักษาโรคทางกายมากกว่าการรักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวช ค่าเฉลี่ยต่อคนประมาณ 6 ขนานและ 2 ขนาน ตามลำดับ โดยการรักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวช แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 กลุ่มยา ได้แก่ ยาแก้ซึมเศร้าและยาจิตเวชที่ได้รับร่วมกับยาแก้ซึมเศร้า โดยทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยจำนวนขนานยาต่อคนใกล้เคียงกัน คือประมาณ 1 ขนาน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยาแก้ซึมเศร้ากลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRIs) โดยเฉพาะยา sertraline ซึ่งเป็นยาแก้ซึมเศร้าที่ได้รับมากที่สุด รองลงมาคือ escitalopram และ fluoxetine นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังได้รับยาแก้ซึมเศร้าในกลุ่มอื่น นอกเหนือจาก SSRIs เช่น mirtazapine, trazodone หรือ quetiapine รูปแบบการสั่งจ่ายยาแก้ซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่คือ รูปแบบยาเดี่ยว ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมักได้รับยาคลายกังวล-นอนหลับ (anxiolytic-hypnotic drugs) เป็นยาจิตเวชร่วมกับยาแก้ซึมเศร้า ซึ่งเป็นรูปแบบการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวชที่พบมากที่สุดในกลุ่มตัวอย่าง รองลงมาคือ การได้รับยาแก้ซึมเศร้าเดี่ยว นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างบางรายยังได้รับยาจิต (antipsychotic drugs) ยาต้านอาการชัก (anticonvulsant drugs) หรือ ยารักษาอาการพาร์กินสัน เป็นยาจิตเวชร่วมกับยาแก้ซึมเศร้าด้วย

คะแนนเฉลี่ยความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยาโรคทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 31.07 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 19.32 คะแนน) โดยพบว่า ความซับซ้อนด้านคำแนะนำวิธีการใช้ยาเพิ่มเติม มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ 14.79 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.77 คะแนน) รองลงมาคือ ด้านความถี่ในการใช้ยา 12.63 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.13 คะแนน) และ ด้านรูปแบบการใช้ยา 3.65 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.31) โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับยาในรูปแบบยาแคปซูล/ยาเม็ดรับประทาน มีการใช้ยาที่มีความถี่วันละครั้ง และมีการใช้ยาเฉพาะเวลาที่กำหนด อย่างน้อยในยา 1 ขนานที่ได้รับในแบบแผนการรักษาโรคทั้งหมด

ความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวชของกลุ่มตัวอย่างพบว่า คะแนนความซับซ้อนเฉลี่ย เท่ากับ 7.78 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.31 คะแนน) ลักษณะของข้อมูลเมื่อแยกพิจารณาความซับซ้อนในแต่ละด้าน มีแนวโน้มคล้ายคลึงกับแบบแผนการใช้ยาโรคทั้งหมด โดยความซับซ้อนด้านคำแนะนำวิธีการใช้ยาเพิ่มเติม มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ 4.24 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.23 คะแนน) รองลงมาคือ ด้านความถี่ในการใช้ยา 2.54 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.24 คะแนน) และ ด้านรูปแบบการใช้ยา 1 คะแนน ซึ่งเป็นคะแนนจากการที่กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดใช้ยาในรูปแบบแคปซูล/ยาเม็ดเพียงรูปแบบเดียวในการรักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวช นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับ

คำแนะนำการใช้จ่ายเพิ่มเติมในเรื่องการใช้จ่ายเฉพาะเวลาที่กำหนด ในยาอย่างน้อย 1 ขนานของแผนการรักษา

ข้อมูลความร่วมมือในการใช้จ่ายแก้มิเศร่าของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้จ่ายแก้มิเศร่าสูง (ร้อยละ 67.2) โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้จ่ายแก้มิเศร่าเท่ากับ 22.97 คะแนน (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.05 คะแนน) และค่ามัธยฐานของคะแนน เท่ากับ 24 คะแนน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทน์ 23-24 คะแนน) ในขณะที่คะแนนเต็มของพฤติกรรมการใช้จ่ายคือ 24 คะแนน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีพฤติกรรม การลืมใช้จ่าย การใช้จ่ายไม่ตรงเวลาหรือไม่ตรงมือ การหยุดใช้จ่ายเองและการเพิ่มขนาดหรือลดขนาดยาเอง (ร้อยละ 84.1-96.6) ทั้งนี้ในกลุ่มตัวอย่างบางรายที่มีการหยุดใช้จ่ายเอง นอกจากเหตุผลอาการข้างเคียงจากการใช้จ่าย หรือความคิดว่าหายจากโรคที่เป็นหรือไม่มีอาการแล้ว ยังพบว่า เกิดจากความกังวลในการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาแก้มิเศร่ากับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นอกจากนี้ผู้วิจัยยังเก็บข้อมูลความร่วมมือในการใช้จ่ายจากอัตราการครองยาของกลุ่มตัวอย่างร่วมด้วย โดยพบว่าแนวโน้มของข้อมูลใกล้เคียงกับแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้จ่าย คือกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้จ่ายสูง (ร้อยละ 99.2)

ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้จ่ายและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยที่พบความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้จ่ายของผู้สูงอายุโรคมิเศร่าที่ได้รับการรักษา ณ ส่วนงานผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Chi-square/Fisher's exact test ได้แก่ สถานภาพสมรส การสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของอาการมิเศร่า จำนวนขนานยารักษาโรคมิเศร่าและโรคร่วมทางจิตเวช รูปแบบการสั่งใช้จ่ายแก้มิเศร่า การได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมให้หักหรือบดเม็ดยาในแผนการรักษาโรคมิเศร่าและโรคร่วมทางจิตเวช และความไว้วางใจอย่างยิ่งต่อการตัดสินใจทั้งหมดของแพทย์ในการให้การรักษา โดยพบว่าสัดส่วนของปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวในกลุ่มตัวอย่างที่มีความร่วมมือในการใช้จ่ายต่ำ-ปานกลางเมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความร่วมมือในการใช้จ่ายสูงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยที่พบความสัมพันธ์กับคะแนนพฤติกรรมการใช้จ่ายซึ่งสะท้อนถึงความร่วมมือในการใช้จ่ายของผู้สูงอายุโรคมิเศร่าที่ได้รับการรักษา ณ ส่วนงานผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้การวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบ Spearman's rank correlation ได้แก่ คะแนนการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.237$, $p<0.01$) นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ คะแนนความเศร่า ซึ่งสะท้อนถึงความรุนแรงของอาการมิเศร่า ($r=-0.293$, $p<0.01$) และจำนวนขนานยาแก้มิเศร่า ($r=-0.233$, $p<0.05$)

ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อทำนายความร่วมมือในการใช้ยา

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและสามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษา ณ ส่วนงานผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ binary logistic regression แบบ forward stepwise ได้แก่ สถานภาพสมรสประเภทโสด หย่าร้าง แยกกันอยู่ ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรงและการได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมให้หักหรือบดเม็ดยาในแผนการรักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวช โดยโอกาสที่จะเกิดความร่วมมือในการใช้ยาต่ำ-ปานกลางเมื่อเทียบกับสูง มีค่า adjusted odd ratio เท่ากับ 2.95 (95% CI = 1.24 – 7.03, p=0.014), 6.04 (95% CI = 1.08 – 33.76, p=0.041) และ 2.56 (95% CI = 1.09 – 6.03, p=0.031) ตามลำดับ

5.2.อภิปรายผลการวิจัย

1. ความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

การศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าในปัจจุบันยังมีจำนวนไม่มาก โดยเฉพาะในกลุ่มของผู้สูงอายุ ซึ่งหากพิจารณาอัตราความร่วมมือในการใช้ยาจากหลากหลายการศึกษาในต่างประเทศพบว่า มีค่าค่อนข้างกว้างและหลากหลาย ตามความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา^(14, 26) การศึกษานี้เป็นการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จังหวัดกรุงเทพมหานคร โดยมุ่งเน้นอธิบายถึงความร่วมมือในการใช้ยาแก่ซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผ่านการแปลผลของแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสำหรับคนไทย ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้ยาแก่ซึมเศร้าสูง ร้อยละ 67.2 รองลงมาคือ ความร่วมมือในการใช้ยาแก่ซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 16.8 และความร่วมมือในการใช้ยาแก่ซึมเศร้าต่ำ ร้อยละ 16.0 โดยเป็นการแปลผลจากคะแนนแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาแก่ซึมเศร้าที่ 24 คะแนน, 22-23 คะแนน และ ไม่เกิน 21 คะแนน ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ของการศึกษานี้ดูแลการใช้ยาด้วยตนเองและมักมีพฤติกรรมการใช้ยาแก่ซึมเศร้าที่ดี ได้แก่ การไม่เคยลืมใช้ยา การใช้ยาตรงเวลาหรือตรงมือ การไม่เคยหยุดใช้ยาเอง และการไม่เคยปรับเปลี่ยนหรือลดขนาดยาเอง ทั้งนี้มีเพียงส่วนน้อยที่ลืมใช้ยาหรือใช้ยาไม่ตรงเวลา ซึ่งอาจเกิดจากการหลงลืมตามวัย หรือวิธีการบริหารยาที่ไม่สอดคล้องกับการใช้ชีวิตประจำวัน^(12, 78, 92) เช่น ยารับประทานตอนเช้า แต่ผู้ป่วยไม่รับประทานอาหารเช้า จึงมักลืมรับประทานยาในช่วงเช้าบางวัน นึกได้ตอนมือเที่ยง ก็จะได้รับประทานยาในมือเที่ยง ซึ่งถือเป็นการรับประทานยาไม่ตรงเวลา หรือ บาง

วันสั้นกว่านั้น ก็จะข้ามการรับประทานยามื้อนั้นไปเลย ซึ่งการลืมใช้ยาหรือใช้ยาไม่ตรงเวลาดังกล่าวอาจสะท้อนถึงความบกพร่องของการสนับสนุนจากครอบครัว รวมถึงสังคมของผู้ป่วย⁽¹²⁾ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางรายหยุดการใช้ยาเอง เนื่องจากเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาหรือคิดว่าหายจากโรคที่เป็น ซึ่งเป็นการตัดสินใจที่ขาดการสื่อสารและร่วมตัดสินใจกับหมอหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง โดยอาจเกิดจากการขาดความเข้าใจและความเชื่อในการรักษา รวมถึงความกังวลต่อผลเสียที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา ซึ่งมักพบเป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยา โดยปัญหาดังกล่าวสามารถแก้ไขได้ผ่านการสื่อสารและตัดสินใจร่วมกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย เพื่อสร้างความเข้าใจและความเชื่อในประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการรักษา^(78, 83) ทั้งนี้ลักษณะพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่พบในการศึกษานี้ สอดคล้องกับลักษณะความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่พบมากในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ซึ่งประกอบด้วย 3 รูปแบบ ได้แก่ การลืมใช้ยา การเปลี่ยนแปลงขนาดหรือวิธีการใช้ยาและการใช้ยาจนอาจก่อให้เกิดอันตราย⁽⁷⁶⁾ เนื่องจากการศึกษานี้มีการเก็บข้อมูลในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบกับ กลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายอย่างรุนแรงหากมีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงเป็นกลุ่มประชากรที่ได้รับการรณรงค์และให้ความสำคัญในลำดับต้นต่อการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันการติดเชื้อดังกล่าวในประเทศไทย ดังนั้นจึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางรายที่ตัดสินใจเข้ารับการฉีดวัคซีนมีการหยุดใช้ยาแก้ซึมเศร้าบางช่วง เนื่องจากความกังวลต่อการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาแก้ซึมเศร้ากับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งหากมีการสื่อสารข้อมูลระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับข้อสงสัยดังกล่าว และร่วมหาแนวทางการแก้ไขหรือป้องกันอันตรกิริยาที่อาจเกิดขึ้น ย่อมป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมหยุดยาเองตามมาได้

ผลความชุกของความร่วมมือในการใช้ยาจากการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาแก้ซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์และโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากแบบสอบถามวิธีการใช้ยา (the medication adherence report scale; MARS) ฉบับภาษาไทย เท่ากับ 24.24 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.79 คะแนน) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ของแบบสอบถามนี้ คือ 5-25 คะแนน โดยคะแนนที่สูงจะสะท้อนถึงความร่วมมือในการใช้ยาที่สูง⁽²⁴⁾ เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างการศึกษานี้กับผลการศึกษาของผู้วิจัยพบว่า มีค่าคะแนนที่สะท้อนความร่วมมือในการใช้ยาสูงใกล้เคียงกับคะแนนเต็มคล้ายคลึงกัน อีกทั้งยังมีลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างและลักษณะของสถานที่เก็บข้อมูลที่คล้ายคลึงกัน นอกจากนี้ผลการศึกษาของการวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลักชาวจีน ซึ่งเป็นการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาในระยะ

ต่อเนื่องและคงสภาพ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการใช้ยาต่ำร้อยละ 23 และมีความร่วมมือในการใช้ยาปานกลางถึงสูง ร้อยละ 77⁽¹²⁾

การศึกษาความร่วมมือในการรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุช่วง 20 ปีก่อนพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาโรคซึมเศร้ามีความไม่ร่วมมือในการใช้ยาอยู่ระหว่างร้อยละ 40-75⁽²³⁾ ตามความหลากหลายของรูปแบบการศึกษา ความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างและเครื่องมือในการประเมินผล การศึกษาในช่วงต่อมาพบว่าแนวโน้มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามียุติทางที่ดีขึ้น โดยการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยด้วย unipolar major depression ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ร้อยละ 28 ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้า⁽²⁶⁾ ซึ่งจากเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของการศึกษานี้ คือ Morisky self-reported medication-taking scale (MMAS-4) สามารถตีความได้ว่า กลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมีความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้า ร้อยละ 72 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าในการรักษาผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าหลักและมีภาวะสมองเสื่อม ในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 74 มีความร่วมมือในการใช้ยารักษาในระยะเฉียบพลัน และร้อยละ 64 มีความร่วมมือในการใช้ยารักษาในระยะต่อเนื่อง โดยการลดลงของอัตราความร่วมมือในการใช้ยารักษาในระยะต่อเนื่องเมื่อเทียบกับระยะเฉียบพลัน เป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยตัดสินใจหยุดยาจากความไม่เข้าใจในบทบาทของยาสำหรับระยะต่อเนื่อง⁽⁹⁰⁾ การรักษาโรคซึมเศร้าในระยะเฉียบพลันมีบทบาทและเป้าหมายในการบรรเทาอาการของโรคจนไม่พบอาการ (remission) และสามารถใช้ชีวิตได้แบบปกติ ซึ่งผู้ป่วยจะรับรู้ความแตกต่างของอาการและความสำคัญได้อย่างชัดเจนมากกว่าในระยะต่อเนื่อง ทั้งนี้เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นหรือไม่พบอาการแล้วผู้ป่วยจะยังต้องได้รับการรักษาเพื่อเป้าหมายในการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ (relapse) รวมถึงเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย^(42, 46) ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเลิกหยุดการรักษา โดยเฉพาะในระยะต่อเนื่อง เพราะขาดความเข้าใจในบทบาทของยาดังกล่าว⁽⁹⁰⁾ ดังนั้นการรักษาโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะการใช้ยา จึงจำเป็นต้องให้ความรู้คำแนะนำทางจิตใจ (psychoeducation) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในเรื่องโรคและการรักษา รวมถึงความสำคัญของการให้ความร่วมมือในการใช้ยาในระยะต่างๆ⁽⁴⁶⁾ แนวทางการรักษาโรคซึมเศร้า รวมถึงโรคทางจิตเวชทั้งหมดจึงมักมุ่งเน้นความสำคัญต่อการให้ความรู้คำแนะนำทางด้านจิตใจหรือการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลในทุกระยะของการรักษา เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรักษาและประสิทธิผลของการรักษาที่ดี^(11, 14, 39, 42)

การที่แนวโน้มความร่วมมือในการใช้ยาของการศึกษานี้มีค่าค่อนข้างสูง คาดว่าเกิดจากการที่การศึกษานี้มีความจำเพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) และเป็นการศึกษาในโรงพยาบาลที่มีจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยและเป็นสถานศึกษาร่วมด้วย

การศึกษาพบว่าผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีแนวโน้มความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าช่วงวัยอื่น^(80, 92, 95, 107) โดยเมื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซิมเศร่าช่วง 6 เดือนแรกของการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60-74 ปีและตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไปกับกลุ่มตัวอย่างอายุ 18-29 ปี พบว่า มีความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่า 1.18 เท่า และ 1.23 เท่า ตามลำดับ⁽⁸²⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยชาวญี่ปุ่นที่เป็นโรคซิมเศร่า ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 40-59 ปี และน้อยกว่า 40 ปี โดยคาดว่าเกิดจากการที่ผู้สูงอายุมีทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้ยาแก้ซิมเศร่ามากกว่าช่วงวัยอื่น⁽⁷⁴⁾ เมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มขึ้น การเผชิญกับเหตุการณ์ในชีวิต ทำให้มีประสบการณ์หลากหลายและมีการตัดสินใจอย่างรอบคอบมากขึ้นผู้สูงอายุจึงเป็นวัยที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยและความจำเป็นในการรักษา รวมถึงมีความตระหนักในการดูแลตนเอง ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในยาที่มากกว่าช่วงวัยอื่น^(80, 92, 108) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคซิมเศร่าคือ ความกังวลเกี่ยวกับการรักษาและความตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยาแก้ซิมเศร่า ซึ่งหากพิจารณาตามช่วงวัยพบว่า วัยสูงอายุเป็นวัยที่ให้ความสำคัญต่อความจำเป็นในการใช้ยาเพื่อรักษามากกว่าความกังวลผลเสียจากยา และเป็นวัยที่มีความต้องการในการใช้ยารักษาโรคซิมเศร่ามากกว่าช่วงวัยอื่น จึงทำให้มีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี^(12, 109) นอกจากนี้ยังพบว่าวัยผู้สูงอายุ เป็นวัยที่มีภาระโรคร่วมสูง โดยในการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาระโรคร่วมโดยเฉลี่ยประมาณ 4 โรคต่อราย การมีภาระโรคร่วมสูงจะทำให้มีความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซิมเศร่าที่ค่อนข้างมาก อาจเพราะผลของการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตน รวมถึงความเข้าใจในผลเสียของการหยุดใช้ยาและการมีกิจกรรมที่ต้องใช้ยาอยู่แล้ว⁽⁸²⁾ ทั้งนี้วัยสูงอายุยังเป็นผู้ที่มีความศรัทธาและความเชื่อในศาสนาสูง จากการศึกษาพบว่าความเชื่อทางศาสนาบางอย่างมีบทบาทต่อพฤติกรรมการเสาะแสวงหาการรักษาของโรคซิมเศร่า โดยพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างการมีส่วนร่วมทางศาสนาของผู้สูงอายุและผลลัพธ์อาการซิมเศร่าที่ดีขึ้น ส่งผลต่อการตัดสินใจเสาะแสวงหาการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งหมายรวมถึงพฤติกรรมการใช้ยา^(23, 110)

การศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซิมเศร่าในประชากรและสถานพยาบาลที่หลากหลายในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยเก็บข้อมูลในประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซิมเศร่า พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลที่มีจิตแพทย์มีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าการได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลปฐมภูมิ⁽⁸²⁾ ซึ่งสอดคล้องผลการศึกษาในประเทศเกาหลีใต้ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซิมเศร่าครั้งแรกโดยจิตแพทย์หรือได้รับการดูแลอย่างดีจากสถานพยาบาลเป็นปัจจัยทำนายที่ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยา⁽²⁹⁾ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะจิตแพทย์มีความเชี่ยวชาญในการสื่อสารเพื่อให้ความรู้ การสร้างแรงจูงใจในการรักษาโรคซิมเศร่า การปรับแผนการรักษาเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและความปลอดภัยโดยเป็นการร่วม

ตัดสินใจระหว่างแพทย์และผู้ป่วย รวมถึงการสร้างสัมพันธภาพอันดีเพื่อการรักษาจากการสื่อสาร ความเห็นใจและความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ซึ่งเป็นความรู้และทักษะเฉพาะทางที่เหมาะสมกับโรคซึมเศร้า ประกอบกับลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยจิตแพทย์ ส่วนหนึ่งคือผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการซึมเศร้าหรือเกิดการติดต่อการรักษา จึงถูกส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นเพื่อมารับการรักษาด้วยจิตแพทย์ โดยจากอาการของโรคที่แย่งลง อาจมีผลกระทบรุนแรงใจให้ผู้ป่วยเข้าร่วมการรักษามากขึ้น หรือเข้าใจถึงประโยชน์ของการใช้ยารักษาที่ดีขึ้น⁽⁸¹⁻⁸⁵⁾

นอกจากการเก็บข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาแก้ซึมเศร้าเพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยา การศึกษานี้ยังมีการเก็บข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาจากอัตราการครอบครองยาร่วมด้วย โดยพบว่า ข้อมูลมีแนวโน้มใกล้เคียงกับแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา แต่มีแนวโน้มสูงกว่า โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้ยาสูง (ร้อยละ 99.2) โดยมีเพียงหนึ่งรายที่มีความร่วมมือในการใช้ยาปานกลาง ซึ่งผู้ป่วยรายนี้มีบันทึกในเวชระเบียนว่า มียาเดิมเหลืออยู่จำนวนหนึ่งจากการพบแพทย์ ครั้งก่อน จึงทำให้แพทย์สั่งจ่ายยาไม่ครบร้อยละเปอร์เซ็นต์ แต่ให้กลับตามจำนวนยาเดิมที่ผู้ป่วยมี

ความร่วมมือในการใช้ยาซึ่งประเมินจากค่าอัตราการครอบครองยามีแนวโน้มสูงกว่าความร่วมมือในการใช้ยาที่ได้จากแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการคำนวณอัตราการครอบครองยาเป็นสัดส่วนของปริมาณยาที่ได้รับหารด้วยปริมาณยาตามเวลานัด โดยปริมาณยาที่ผู้ป่วยจะได้รับในการมาพบแพทย์แต่ละครั้ง มักเป็นการคำนวณแบบพิเศษจากจำนวนวันนับแต่ปัจจุบันจนถึงวันนัดครั้งถัดไป ซึ่งเป็นการพิเศษเพื่อให้จำนวนยาเต็มแผงหรือเต็มหน่วยบรรจุภัณฑ์ที่มี เพื่อความสะดวกในการจ่ายและการรักษาสุขภาพของยา เช่น ผู้ป่วยมีนัดในอีก 28 วันข้างหน้า ต้องได้รับยา fluoxetine รูปแบบรับประทานวันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 เม็ด ซึ่งปริมาณที่ควรได้รับคือ 28 เม็ด แต่ fluoxetine อยู่ในรูปแบบแผง แผงละ 10 เม็ด ผู้ป่วยมักได้รับยา 30 เม็ด ซึ่งเท่ากับ 3 แผงพอดี การพิเศษเช่นนี้จึงทำให้ ความร่วมมือในการใช้ยาที่ประเมินได้จากอัตราการครอบครองยามีค่าสูง โดยมักสูงเกินร้อยละร้อย และด้วยเหตุผลนี้เองจึงทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาจากอัตราการครอบครองยาสูงกว่าแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยา ประกอบกับช่วงระยะเวลาการเก็บข้อมูลอยู่ในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ซึ่งทำให้โอกาสในการเข้าพบแพทย์ตามนัดถูกจำกัดหรือยืดระยะเวลาออกไปในบางช่วง เพื่อลดการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส ดังนั้นปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับจึงมีโอกาสนในการได้รับการพิเศษมากยิ่งขึ้น ร่วมกับความเครียดและปัญหาจากสถานการณ์ดังกล่าวที่อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมีอาการแย่งลง จนต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด แล้วได้รับการปรับแผนการรักษาและยาเพิ่มเติม จึงทำให้จำนวนยาที่ได้รับเพิ่มมากขึ้น และส่งผลให้อัตราการครอบครองยาสูงขึ้นตามมา

2. ปัจจัยที่มีผลทำนายหรือสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

การศึกษาครั้งนี้พบว่าความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยพบว่าหากมีความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามากขึ้นจะส่งมีความร่วมมือในการใช้น้อยลง กลุ่มตัวอย่างที่มีความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรงมีโอกาสมากถึง 6.04 เท่าในการมีความร่วมมือในการใช้ยาต่ำถึงปานกลางเมื่อเทียบกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในระดับปกติหรือเล็กน้อย ผลดังกล่าวมีความสอดคล้องกับผลการศึกษากายการหยุดยาแก้ซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ซึมเศร้ากลุ่ม SSRIs ในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยพบว่าความรุนแรงของอาการซึมเศร้าที่ลดลงเป็นปัจจัยที่สามารถป้องกันการหยุดยาแก้ซึมเศร้าได้ โดยหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้าดีขึ้น จะมีโอกาสในการหยุดใช้น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาการยังไม่ดี 0.40 เท่า⁽⁸⁷⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคซึมเศร้าอาจหยุดการใช้ยาหรือไม่ร่วมมือในการใช้ยา หากอาการซึมเศร้าไม่ดีขึ้น⁽¹⁵⁾ ดังนั้นความรุนแรงของอาการซึมเศร้าจึงอาจเปรียบเสมือนปัจจัยที่สะท้อนถึงประสิทธิภาพของการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ จากการศึกษาในผู้สูงอายุที่ได้รับยาแก้ซึมเศร้าพบว่า เหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเลิกหยุดใช้ยาคือการขาดประสิทธิภาพของยา⁽¹⁵⁾ โดยหากผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในระดับปกติหรือไม่มีอาการซึมเศร้า ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงประสิทธิภาพของยาแก้ซึมเศร้าและรับรู้ถึงประโยชน์ของการใช้ยา ซึ่งสามารถช่วยให้อาการซึมเศร้าที่มีอยู่ลดลงหรือหายเป็นปกติ รวมถึงเพิ่มทัศนคติเชิงบวก ความเชื่อมั่นที่มีต่อยาแก้ซึมเศร้าและส่งเสริมความเข้าใจในความสำคัญของการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง จนส่งผลให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาอย่างเหมาะสมในที่สุด^(12, 23, 88) นอกจากนี้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง ย่อมมีอาการของโรคที่ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน และอาจมีการลดหรือหยุดพฤติกรรมบางอย่าง ซึ่งหมายรวมถึงพฤติกรรมการใช้ยา เช่น การมีอาการมึนเมาหรือภาวะสับสนจิตใจจนแทบไม่ทำกิจกรรมใดๆ รวมถึงการใช้ยา การนอนหลับนานจนลืมหรือเลือกที่จะไม่ใช้ยา^(39, 42) การศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประเทศจีนพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความซึมเศร้าสูงเนื่องจากมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้น มักมีแนวโน้มทัศนคติเชิงลบต่อการรักษา ดังนั้นในกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความซึมเศร้าต่ำกว่าจึงมีโอกาสที่จะมี ทัศนคติเชิงบวกมากกว่า ซึ่งรวมถึงทัศนคติเชิงบวกในการรักษาด้วย⁽⁸⁶⁾ ดังนั้นจึงทำให้ความรุนแรงของระดับอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าของผู้ป่วย

สถานะภาพสมรส

การศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสประเภทโสด หย่าร้าง แยกกันอยู่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา โดยมีโอกาสเกิดความร่วมมือในการใช้ยาต่ำถึงปานกลางมากกว่าสถานภาพสมรสประเภทสมรสหรือหม้าย 2.95 เท่า ทั้งนี้อาจเพราะผู้ที่โสด หย่าร้างหรือแยกกันอยู่มีโอกาสขาดแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ไร้บทบาทความรับผิดชอบต่อครอบครัว รวมถึงเกิดความบกพร่องภายในครอบครัวมากกว่าผู้ที่มีคู่สมรสหรือหม้าย จึงทำให้มีโอกาสในการเกิดความร่วมมือในการใช้ยาได้มากกว่า^(14, 15) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พบว่าผู้ที่มีคู่สมรสมีโอกาสในการหยุดใช้ยาแก้ซึมเศร้าน้อยกว่าสถานภาพอื่น โดยคาดว่าเป็นผลมาจากแรงสนับสนุนทางสังคมที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง⁽⁸⁷⁾ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่มีคู่สมรสหรือหม้ายแตกต่างจากสถานภาพอื่น เนื่องจากได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มเติมจากคู่รัก หรือบุตรหลาน ซึ่งลักษณะการสนับสนุนเช่นนี้จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าและได้รับการยอมรับ คู่รักหรือบุตรหลานจะมีส่วนช่วยในการให้คำแนะนำ ดูแลและโน้มน้าวให้ผู้สูงอายุมีแรงจูงใจในการใช้ยา ยอมรับความเจ็บป่วยจากโรคที่เกิดขึ้น ช่วยแบ่งเบาภาระและแก้ไขอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการใช้ยาและอำนวยความสะดวก รวมถึงจัดการสภาพแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการรักษา เช่น การจัดเตียงยาใส่กล่องตามมือเพื่อความสะดวก การกำหนดจุดวางยาซึ่งผู้ป่วยสามารถมองเห็นทุกครั้งเมื่อถึงเวลาต้องใช้ยา หรือการตั้งนาฬิกาปลุกเพื่อเตือนเวลารับประทานยา^(12, 24, 78) นอกจากนี้ผู้ที่มีคู่สมรสหรือเป็นหม้ายย่อมมีบทบาทหน้าที่หรือประสบการณ์ในการดูแลสมาชิกในครอบครัว ซึ่งความรับผิดชอบหรือทักษะที่มีดังกล่าว ย่อมเป็นแรงจูงใจทำให้เกิดการรับรู้และเข้าใจสถานภาพการเจ็บป่วยของตน นำไปสู่การยอมรับการรักษาและความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี⁽⁷⁸⁾ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ากลุ่มคนที่มักลืมใช้ยาหรือหยุดใช้ยาแก้ซึมเศร้าเองเนื่องจากรู้สึกว่าการดีขึ้นแล้วมักเป็นผู้ที่ไม่ได้อยู่อาศัยร่วมกับลูกหลานหรือครอบครัว⁽¹²⁾ อย่างไรก็ตามสถานภาพสมรสประเภทหม้าย ซึ่งเป็นการแยกจากคู่สมรสเนื่องจากการเสียชีวิต อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดและการสูญเสียแรงสนับสนุนทางสังคมต่อคู่สมรสอีกฝ่าย ส่งผลให้อาการซึมเศร้าแย่ลงและความร่วมมือในการใช้ยาลดลง⁽²³⁾ แต่เมื่อพิจารณาผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าในผู้สูงอายุชาวจีน กลับไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของผลความร่วมมือในการใช้ยา เมื่อเปรียบเทียบระหว่างสถานภาพสมรสประเภทหม้ายและสมรส⁽¹²⁾ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะวัฒนธรรมการอยู่อาศัยแบบครอบครัวใหญ่ในประเทศฝั่งตะวันออก ซึ่งผู้สูงอายุมักมีความรับผิดชอบและการพึ่งพาต่อครอบครัว รวมถึงได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ครอบคลุมทั้งในรูปแบบคู่สมรส บุตรหลานและเครือญาติ ดังนั้นเมื่อคู่สมรสของผู้สูงอายุเสียชีวิต แม้ว่าจะขาดแรงสนับสนุนทางสังคมจากคู่รัก แต่ผู้สูงอายุก็ยังคงได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และยังมี

ความรับผิดชอบต่อบุตรหลานและเครือญาติ จึงทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นหม้ายมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีคู่สมรส

คำแนะนำเพิ่มเติมในการหักหรือลดเม็ดยาในแผนการรักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวช

การศึกษาในครั้งนี้พบว่า การได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมในการหักหรือลดเม็ดยาในแผนการรักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวชมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยหากได้รับคำแนะนำดังกล่าวจะมีโอกาสมีความร่วมมือในการใช้ยาดำถึงปานกลาง 2.56 เท่า เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับคำแนะนำ กลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีการใช้ยาด้วยตนเอง (ร้อยละ 92.4) การเสื่อมถอยและการเปลี่ยนแปลงของสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เช่น การมองเห็นที่ลดน้อยลง หรือ การทำงานของกล้ามเนื้อที่ไม่แข็งแรง^(58, 59) อาจมีผลกระทบต่อความลำบากในการปฏิบัติตามคำแนะนำเพิ่มเติมในการหักหรือลดเม็ดยา ซึ่งจะนำไปสู่ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้ โดยคำแนะนำเพิ่มเติมในการหักหรือลดเม็ดยาถือเป็นส่วนหนึ่งของความซับซ้อนของแบบแผนการรักษา ซึ่งในปัจจุบันมีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการรักษาโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยพบว่าการสั่งใช้ยาลายชนิด การเพิ่มขนาดยา หรือแผนการรักษาโดยใช้ยาที่ซับซ้อนมีผลเพิ่มความเสี่ยงต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ความซับซ้อนที่เกิดจากแผนการรักษาที่มีจำนวนขนาดยาต่อวันหลากหลายและมีคำแนะนำเพิ่มเติมที่ไม่สอดคล้องกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมักมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา นอกจากนี้หากผู้ป่วยได้รับยาที่มีความถี่ในการใช้ยามากขึ้นก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความลำบากในการใช้ยาและมีแนวโน้มในการเกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม^(23, 91) โดยภาพรวมของการศึกษาเกี่ยวกับความซับซ้อนของแบบแผนการรักษาโรคซึมเศร้าและความร่วมมือในการใช้ในปัจจุบัน พบการศึกษาในลักษณะของภาพรวมคะแนนความซับซ้อนของแผนการรักษาและความถี่หรือชนิดของการใช้ยาเป็นส่วนใหญ่ การศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์หรืออิทธิพลของความซับซ้อนของแบบแผนการรักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวช ซึ่งประกอบด้วย ความซับซ้อนด้านรูปแบบการใช้ยา ความซับซ้อนด้านความถี่ในการใช้ยาและความซับซ้อนด้านคำแนะนำวิธีการใช้ยาเพิ่มเติม อาจเนื่องมาจากลักษณะของข้อมูลความซับซ้อนของแบบแผนการรักษาในแต่ละด้านที่มีลักษณะคล้ายคลึง คือ กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับยาในรูปแบบยาแคปซูล/ยาเม็ดรับประทาน มีการใช้ยาที่มีความถี่วันละครั้งและมีการใช้ยาเฉพาะเวลาที่กำหนดอย่างน้อยในยา 1 ชนิดที่ได้รับในแบบแผนการรักษาทั้งหมด ประกอบกับขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดเล็ก จึงมีผลให้ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติของความแตกต่างในความซับซ้อนของแบบแผนการรักษาโดยรวมเมื่อพิจารณาตามระดับความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

นอกจากปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาแล้ว การศึกษานี้ยังพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม

จำนวนขนานยารักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวช รูปแบบการสั่งใช้ยาแก้ซึมเศร้า และ ความไว้วางใจอย่างยิ่งต่อการตัดสินใจทั้งหมดของแพทย์ในการให้การรักษา โดยพบว่าการสนับสนุน ทางสังคมที่มากขึ้นหรือความไว้วางใจต่อการตัดสินใจทั้งหมดของแพทย์ในการให้การรักษายังมี ความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าที่ดี แต่หากจำนวนขนานยารักษาโรคซึมเศร้าและ โรคร่วมทางจิตเวชไม่น้อยกว่า 4 ขนานหรือรูปแบบการสั่งใช้ยาแก้ซึมเศร้าแบบผสมผสาน กลับมี ความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าที่ไม่ดี

การสนับสนุนทางสังคม

การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการใช้ยา ก่อนหน้านี้ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่า การเพิ่มขึ้นของการสนับสนุนทางสังคมมี ความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าที่มากขึ้นในผู้สูงอายุ^(24, 77) แต่เมื่อทำการศึกษา เกี่ยวกับอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้ากลับไม่พบนัยสำคัญ ทางสถิติ⁽⁷⁹⁾ ซึ่งลักษณะความสัมพันธ์ดังกล่าว มีความคล้ายคลึงกับผลของการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า แต่ไม่พบคุณสมบัติในการเป็นปัจจัยทำนายต่อความร่วมมือในการใช้ยาดังกล่าว อาจเพราะ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาแบบทางอ้อม โดยเกิดความสัมพันธ์ ผ่านปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาอื่น โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นหนึ่งในปัจจัยที่ส่งเสริม ความเชื่อในการควบคุมสุขภาพตนเองและการรับรู้ถึงประโยชน์ของพฤติกรรมทางสุขภาพ ซึ่งรวมถึง การรับประทานยาแก้ซึมเศร้า จึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีมีพฤติกรรม การรับประทานยาแก้ซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง^(77, 78) นอกจากนี้ยังพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล รอบข้าง เช่น คู่สมรส บุตรหลาน หรือเพื่อน จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกได้รับการยอมรับ ความรักและรู้สึกมี คุณค่า การให้คำแนะนำและการโน้มน้าวจากบุคคลรอบข้างจะทำให้ผู้สูงอายุยอมรับความเจ็บป่วยและ สร้างแรงจูงใจในการรักษา ประกอบกันการช่วยเหลือจากคนรอบข้างในการลดหรือแก้ไขอุปสรรคที่ เกี่ยวข้องกับการรักษา เช่น การช่วยจัดยาแยกมือใส่กล่องยาเพื่อความสะดวกในการบริหารยา หรือ การช่วยย้ำเตือนเรื่องของการใช้ยา โดยแรงสนับสนุนทางสังคมจากคนรอบข้างเหล่านี้จะกระตุ้นให้ ผู้สูงอายุสามารถใช้ยาในการรักษาโรคซึมเศร้าได้อย่างต่อเนื่อง^(24, 78) ในทางตรงกันข้าม หากผู้สูงอายุขาด แรงสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะการถูกทอดทิ้ง และการที่คนรักหรือคู่ชีวิตต้องเจ็บป่วยหรือตายจาก ไป อาจเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดและการสูญเสียแรงสนับสนุนทางสังคมได้อย่างมาก ทั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญต่อความสามารถในการจัดการความเครียดส่วนบุคคล การเกิด อาการซึมเศร้าและระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า จึงอาจส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการใช้ ยาแก้ซึมเศร้าได้^(23, 77, 79)

ความไว้วางใจต่อการตัดสินใจทั้งหมดของแพทย์ในการให้การรักษา

ความไว้วางใจต่อการตัดสินใจในการรักษาของแพทย์เป็นส่วนหนึ่งของสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่ามีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลเชิงบวกต่อความร่วมมือในการใช้ยาแก้มือเท้าทั้งในผู้สูงอายุและทุกช่วงวัย^(15, 80) การศึกษาครั้งนี้พบความสัมพันธ์ระหว่างความไว้วางใจต่อการตัดสินใจทั้งหมดของแพทย์ในการให้การรักษาต่อความร่วมมือในการใช้ยา โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความไว้วางใจในระดับสูงที่สุด คือ การไว้วางใจอย่างยิ่ง มีสัดส่วนของความร่วมมือในการใช้ยาปานกลางถึงสูงมากกว่าระดับความไว้วางใจอื่น โดยการสร้างความไว้วางใจต่อการรักษาที่ดีร่วมกับการสื่อสารที่ดีจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาระหว่างแพทย์และผู้ป่วย มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการรับรู้และยอมรับการรักษา บรรเทาความกังวลเกี่ยวกับการใช้ยารวมถึงเสริมสร้างความเชื่อและทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้ยา ซึ่งมีส่วนสำคัญในการตัดสินใจใช้ยาอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์^(12, 23, 80, 81)

รูปแบบการสั่งใช้ยาแก้มือเท้าและจำนวนขนานยารักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวช

การศึกษานี้พบว่ารูปแบบการสั่งใช้ยาแก้มือเท้ามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้ยาแก้มือเท้าแบบผสมผสานมีสัดส่วนความร่วมมือในการใช้ยาต่ำ-ปานกลางมากกว่าการใช้ยาแก้มือเท้าแบบเดี่ยว การรักษาโรคซึมเศร้าด้วยการใช้ยาในปัจจุบันมักเริ่มใช้ยาแก้มือเท้าในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยเริ่มจากการใช้ยาแก้มือเท้าเพียงชนิดเดียวหรือการได้รับรูปแบบการสั่งใช้ยาแก้มือเท้าแบบเดี่ยวก่อน จากนั้นหากไม่ตอบสนองต่อการรักษาจะพิจารณาปรับเพิ่มขนาดยาหรือเปลี่ยนชนิดของยาตามความเหมาะสม ทั้งนี้หากมีการใช้ยาแก้มือเท้าแบบเดี่ยวในขนาด ชนิดและระยะเวลาที่เหมาะสมแล้ว แต่ผู้ป่วยยังไม่ตอบสนองต่อการใช้ยา ซึ่งหมายถึงระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าไม่บรรเทาลงจนเป็นปกติหรือเล็กน้อยมาก จึงจะพิจารณาเพิ่มชนิดของยาแก้มือเท้า ซึ่งก็คือการได้รับรูปแบบการสั่งใช้ยาแก้มือเท้าแบบผสมผสาน^(39, 42, 46) ดังนั้นในผู้ป่วยที่ได้รับรูปแบบการสั่งใช้ยาแก้มือเท้าแบบผสมผสานจึงมีแนวโน้มของระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าที่ต่ำกว่ารูปแบบการสั่งใช้ยาแก้มือเท้าแบบเดี่ยว ทั้งนี้เนื่องจากระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา โดยพบว่าหากมีความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามากขึ้นจะมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้น้อยลง ดังนั้นจึงทำให้รูปแบบการใช้ยาแบบผสมผสานของยาแก้มือเท้ามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาในระดับต่ำถึงปานกลาง นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้มือเท้าในรูปแบบผสมผสานมักมีจำนวนยาและความถี่ในการใช้ยาที่มากกว่ารูปแบบเดี่ยว ซึ่งจำนวนยาและความถี่ในการใช้ยาที่เพิ่มขึ้นดังกล่าว ล้วนส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการใช้ยาแก้มือเท้า โดยจากการศึกษารูปแบบการใช้ยา

fluoxetine แบบสัปดาห์ละครั้งเทียบกับแบบวันละครั้งพบว่า กลุ่มที่ได้รับยาในรูปแบบสัปดาห์ละครั้ง มีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีกว่าอีกกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹¹¹⁾ และสอดคล้องกับการศึกษา ก่อนหน้าซึ่งพบว่าในกลุ่มผู้ที่มีความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้ามักมีความถี่ในการใช้น้อย⁽¹⁴⁾ ทั้งนี้ ในการศึกษาดังนี้ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนขนานยารักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวชกับความร่วมมือในการใช้ยา โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความร่วมมือในการใช้ยาต่ำ-ปานกลาง มีสัดส่วนจำนวนขนานยารักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวชไม่น้อยกว่า 4 ขนาน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับสัดส่วนดังกล่าวในกลุ่มตัวอย่างที่มีความร่วมมือในการใช้ยาสูง โดยความสัมพันธ์ดังกล่าวมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาความสัมพันธ์ของจำนวนหรือความถี่ในการใช้ยากับความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าซึ่งกล่าวถึงในข้างต้น และสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการสั่งใช้ยาแก้ซึมเศร้าและความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าของการศึกษาครั้งนี้ โดยที่การใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวชจำนวนไม่น้อยกว่า 4 ขนาน ตรงกับนิยามของรูปแบบการใช้ยาแบบหลายขนาน หรือ polypharmacy⁽⁶⁰⁾ โดยพบว่าการใช้ยาหลายขนานหรือหลากหลายชนิดพร้อมกันในผู้สูงอายุอาจมีผลเพิ่มความเสี่ยงจากผลเสียของการใช้ยา ประกอบด้วย อาการไม่พึงประสงค์จากยา อันตรกิริยาระหว่างยา หรือการเปลี่ยนแปลงเภสัชจลนศาสตร์ของร่างกายเนื่องจากอายุที่มากขึ้นส่งผลต่อเภสัชพลศาสตร์ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ความไวในการเกิดภาวะพิษจากยามากขึ้น นอกจากนี้ยังเพิ่มความสับสนเกี่ยวกับแผนการรักษา รวมถึงก่อให้เกิดความรู้สึกของภาระจากยาและภาระทางเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับยา ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุมักเพิ่มมากขึ้นตามจำนวนยาที่ผู้ป่วยได้รับ ทั้งนี้ความเสี่ยงของการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาและอาการข้างเคียงจากยาแก้ซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้น ส่งผลต่อความกังวลและก่อให้เกิดความหวาดกลัวในการใช้ยาของผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการใช้ยาอย่างต่อเนื่องหรือทำให้เกิดพฤติกรรมการเลือกและหยุดใช้ยาตามความสำคัญด้วยตนเองตามมา^(23, 92)

5.3.สรุปผลการวิจัย

1. ความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 119 คน ส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าสูง (ร้อยละ 67.2) และมีความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าปานกลางและต่ำจำนวนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 16 และ ร้อยละ 16.8 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่ไม่เคยมีพฤติกรรมการลืมใช้ยา การใช้ยาไม่ตรงเวลาหรือไม่ตรงมือ การหยุดใช้ยาเองและการเพิ่มขนาดหรือลดขนาดยาเอง (ร้อยละ 84.1-96.6) กลุ่มตัวอย่างบางรายที่มีการหยุดใช้ยาเอง นอกจากเหตุผลอาการข้างเคียงจากการใช้ยา หรือความคิดว่าหายจากโรคที่เป็นหรือไม่มีอาการแล้ว ยังพบว่า เกิดจากความกังวลในการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาแก้ซึมเศร้ากับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. ปัจจัยร่วมที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

2.1. ปัจจัยที่พบความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้แก่ สถานภาพสมรส การสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ($p < 0.01$) จำนวนขนานยารักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวช รูปแบบการสั่งใช้ยาแก้ซึมเศร้า การได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมให้หักหรือบดเม็ดยาในแผนการรักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวช และความไว้วางใจอย่างยิ่งต่อการตัดสินใจทั้งหมดของแพทย์ในการให้การรักษา ($p < 0.05$)

2.2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีโอกาสที่จะเกิดความร่วมมือในการใช้ยาระดับต่ำถึงปานกลางมากกว่าระดับสูง ได้แก่ สถานภาพสมรสประเภทโสด หย่าร้าง แยกกันอยู่ [adjusted odd ratio; AOR=2.95 (95% CI = 1.24 – 7.03, $p=0.014$)], ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง [AOR=6.04 (95% CI = 1.08 – 33.76, $p=0.041$)], และการได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมให้หักหรือบดเม็ดยาในแผนการรักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวช [AOR=2.56 (95% CI = 1.09 – 6.03, $p=0.031$)]

5.4. ข้อจำกัดของการวิจัย

1) รูปแบบการศึกษาครั้งนี้คือ การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ทำให้ผลการศึกษเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ไม่สามารถบ่งบอกถึงสาเหตุของความร่วมมือในการใช้ยาได้อย่างแน่ชัดเทียบเท่ากับรูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์

2) การศึกษาครั้งนี้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ณ ส่วนงานผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและโรงเรียนแพทย์ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ตามนัด จึงมีแนวโน้มในการให้ความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี และอาจเกิดข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปอ้างอิงกับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะต่างจากการศึกษา

3) การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้านี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางชีวภาพคือยาแก้ซึมเศร้าเฉพาะรูปแบบยารับประทาน ไม่ได้ได้รับการรักษาทางจิตบำบัดและการรักษาด้วยการกระตุ้นสมอง ณ ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล ส่วนใหญ่เกษียณอายุการทำงานและดูแลการใช้ยาด้วยตนเอง ซึ่งอาจเกิดข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะต่างออกไป

4) ข้อมูลเกี่ยวกับรายได้ต่อเดือนของการศึกษาคั้งนี้ อาจต่ำกว่ารายได้แท้จริงของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ของการศึกษา เกษียณอายุการทำงานและมักใช้ชีวิตในบ้านตลอดเวลา โดยไม่ออกไปทำกิจกรรมภายนอก มีรายได้คงที่จากเบี้ยผู้สูงอายุหรือเบี้ยบำนาญและมักได้รับการสนับสนุนปัจจัยสี่หรือสิ่งของที่อยากได้จากคนในครอบครัว ซึ่งถือเป็นรายได้ทางอ้อม จึงทำให้ข้อมูลรายได้จากการศึกษาคั้งนี้อาจไม่สามารถสะท้อนรายได้ที่แท้จริงของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

5) การเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของโรงพยาบาล แม้จะมีความน่าเชื่อถือและความถูกต้องของข้อมูลสูง แต่ผู้วิจัยไม่สามารถหลีกเลี่ยงความเสี่ยงจากความผิดพลาดของการกรอกหรือสแกนข้อมูลลงในเวชระเบียนได้

5.5.การนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้

การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาแก้อักเสบของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษา ณ ส่วนงานผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช ภาปร. 12 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จังหวัดกรุงเทพมหานคร โดยกลุ่มตัวอย่างทุกรายมีเชื้อชาติไทย ได้รับการรักษาทางชีวภาพเฉพาะรูปแบบยารับประทาน ไม่ได้ได้รับการรักษาทางจิตบำบัดและการรักษาด้วยการกระตุ้นสมอง ณ ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล จึงสามารถสะท้อนถึงความร่วมมือในการใช้ยาแก้อักเสบที่สอดคล้องกับรูปแบบการรักษาที่ใช้ในสถานพยาบาลส่วนใหญ่ของประเทศไทย

ทั้งนี้สามารถอ้างอิงผลการวิจัยและนำไปประยุกต์ใช้ในประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยมีรายละเอียดของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาระดับต่ำ-ปานกลางในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ดังแสดงในตารางที่ 33

ตารางที่ 33 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาระดับต่ำ-ปานกลางในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาระดับต่ำ-ปานกลางในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

1. ปัจจัยส่วนบุคคลและสังคม

- สถานภาพสมรสประเภทโสด หย่าร้าง แยกกันอยู่*
- การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ

2. ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ

- ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง*
- การได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมให้หักหรือบดเม็ดยาในแผนการรักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวช*
- จำนวนขนานยารักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวชไม่น้อยกว่า 4 ขนานขึ้นไป
- รูปแบบการสั่งใช้ยาแก้อักเสบแบบผสมผสาน (combination therapy)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาระดับต่ำ-ปานกลางในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

3. ปัจจัยด้านทีมและระบบสุขภาพ

- ความไว้วางใจต่อการตัดสินใจทั้งหมดของแพทย์ในการให้การรักษาระดับต่ำกว่าไว้วางใจอย่างยิ่ง

* หมายถึง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาระดับต่ำ-ปานกลางจากการศึกษาครั้งนี้

หากพิจารณาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านซึมเศรียรระดับต่ำ-ปานกลางของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จะพบว่ามีลักษณะเป็นปัจจัยเสี่ยงในการทำนายถึงกลุ่มคนที่มีโอกาสสูงในการมีความร่วมมือในการใช้ยาไม่ดี โดยมี **ข้อเสนอแนะการนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างดังนี้**

1) หากผู้สูงอายุมีสถานภาพสมรสประเภทโสด หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะให้ความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าไม่ดี อาจเนื่องจากมีโอกาสได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวหรือมีบทบาทในครอบครัวน้อย รวมถึงประสบการณ์ที่ส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจในใช้น้อย ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรเพิ่มความถี่ในการตรวจสอบความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มคนเหล่านี้ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการใช้ยา โดยเฉพาะการขอความร่วมมือจากครอบครัว ญาติหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในการช่วยสนับสนุนและดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา ทั้งการสนับสนุนด้านอารมณ์ เช่น การได้รับความรัก ความรู้สึกมีค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้ข้อมูลที่ถูกต้องหรือตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับยา และด้านทรัพยากรวัสดุ เช่น การจัดหาอุปกรณ์ช่วยส่งเสริมการใช้ยาอย่างถูกต้อง หรือการจัดหาจุดช่วยจำในการใช้ยา

2) เนื่องจากอาการซึมเศรียรระดับปานกลางถึงรุนแรงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักถึงความสำคัญของผลการประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยในทุกนัดการติดตาม เพื่อเฝ้าระวังความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรงเป็นพิเศษ

3) หากผู้สูงอายุมีอาการซึมเศรียรระดับปานกลางถึงรุนแรง ซึ่งมีแนวโน้มที่จะมีความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าไม่ดี อาจเนื่องจากอาการของโรคที่รบกวนการใช้ยาหรือปัญหาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของยา ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรประเมินความสามารถในการใช้ยาดด้วยตนเองของผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรงทุกครั้งตามนัด เพื่อให้มั่นใจว่าอาการของโรคจะไม่มีผลรบกวนการใช้ยาของผู้ป่วย หากพบปัญหาดังกล่าวควรหาแนวทางแก้ไขร่วมกับผู้ป่วย นอกจากนี้ควรส่งเสริมและแก้ไขความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับประสิทธิภาพของยาให้แก่ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง เช่น ระยะเวลาที่ยาออกฤทธิ์แล้วทำให้อาการซึมเศร้าดีขึ้น หรือ ประสิทธิภาพของยาในแต่ละช่วงการรักษา รวมถึงการเสริมสร้างแรงจูงใจในการใช้ยาและทัศนคติเชิงบวกต่อการรักษาให้แก่ผู้ป่วยร่วมด้วย

4) บุคลากรทางการแพทย์ควรหลีกเลี่ยงคำสั่งการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวชที่ต้องแบ่งหรือบดเม็ดยาในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ต้องใช้ยาด้วยตนเอง เนื่องจากผู้ที่ได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมให้แบ่งหรือบดเม็ดยามักมีโอกาสเกิดความร่วมมือในการใช้ยาไม่ดี

ทั้งนี้บุคลากรทางการแพทย์ควรพิจารณาแผนการรักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวชในผู้สูงอายุ ได้แก่ ชนิดรูปแบบของยา ความถี่ในการใช้ยาและคำแนะนำพิเศษเพิ่มเติมให้ง่ายและเหมาะสมกับการดำเนินชีวิต รวมถึงความสามารถในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยให้มากที่สุด

5) บุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักในการเสริมสร้างความไว้วางใจในการตัดสินใจในการรักษาของแพทย์จากผู้ป่วย รวมถึงการสร้างเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ โดยอาจเริ่มจากการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพอันดี การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ การมอบความเห็นใจและความเข้าใจอย่างลึกซึ้งให้แก่ผู้ป่วย เนื่องจากความไว้วางใจและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์เป็นพื้นฐานสำคัญในการส่งเสริมการรับรู้ ความเชื่อและทัศนคติที่ดีต่อการรักษา อันจะนำไปสู่ความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี

6) บุคลากรทางการแพทย์ควรมีระดับระว่างในการพิจารณาเลือกใช้ยาแก้ซึมเศร้าในรูปแบบผสมผสานหรือการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าและโรคร่วมทางจิตเวชจำนวนตั้งแต่ 4 ชนิดขึ้นไป เนื่องจากพบความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าที่ไม่ดี ทั้งนี้ควรพิจารณาร่วมกับระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุซึ่งเป็นปัจจัยทำนายร่วมด้วย โดยหากมีความจำเป็นต้องใช้ยาในรูปแบบดังกล่าว ควรมีการเฝ้าระวังความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มคนเหล่านี้

7) หากพบว่าผู้สูงอายุที่กำลังได้รับการรักษามีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าที่ไม่ดี บุคลากรทางการแพทย์อาจระมัดระวังและตรวจสอบความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยกลุ่มนี้บ่อยครั้งขึ้น ทั้งนี้ควรพิจารณาร่วมกับปัจจัยทำนายข้างต้น

การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าค่อนข้างสูง โดยอาจเกิดจากประสบการณ์การใช้ชีวิตที่ผ่านมาหลากหลายช่วงวัย ทำให้ตระหนักถึงความจำเป็นในการใช้ยามากกว่าความกังวลถึงผลเสียจากการรักษา ดังนั้นอาจใช้โอกาสนี้ในการพัฒนาการกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ซึ่งสามารถส่งเสริมความรู้ ความเชื่อและทัศนคติที่ดีต่อการใช้ยาแก้ซึมเศร้า แบ่งปันประสบการณ์ดังกล่าวแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในช่วงวัยอื่นหรือผู้สูงอายุช่วงวัยเดียวกันที่ขาดประสบการณ์เหล่านี้ เช่น การทำกิจกรรมให้ความรู้แบบกลุ่ม เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา รวมถึงกิจกรรมหรือการให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และโทษของการใช้ยาแก้ซึมเศร้าอย่างถูกต้อง เพื่อลดความกังวลและเน้นย้ำให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยาแก้ซึมเศร้าเพื่อรักษาโรค ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาอย่างเหมาะสม

5.6. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาคั้งต่อไป

1) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าในผู้สูงอายุอาจพิจารณาใช้รูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์ในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งจะทำให้สามารถทราบถึงปัจจัยเชิงเหตุผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาได้อย่างแท้จริง

2) การศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาแก้ซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอาจพิจารณาศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาครอบคลุมทุกระดับของสถานพยาบาล ได้แก่ สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ เนื่องจากความแตกต่างกันของบุคลากรทางการแพทย์ ระบบและทางเลือกในการรักษาอาจมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาและการเก็บข้อมูลในลักษณะครอบคลุมทุกระดับสถานพยาบาลจะทำให้ผลการศึกษสามารถสะท้อนถึงประชากรผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้อย่างครอบคลุมและประยุกต์ใช้ในประชากรได้ในวงกว้าง (generalization)

3) ควรเพิ่มขนาดตัวอย่างของการศึกษาเพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความร่วมมือในการใช้ยา เนื่องจากการศึกษาคั้งนี้คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อศึกษาความชุกของความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นหลัก ร่วมกับการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ multiple regression ตามจำนวนตัวแปร ซึ่งอาจทำให้ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ ไม่สามารถวิเคราะห์ความต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของบางปัจจัยได้ ดังนั้นการศึกษาคั้งต่อไปจึงควรเพิ่มขนาดตัวอย่าง โดยพิจารณาคำนวณจากข้อมูลทุกปัจจัยที่ต้องการศึกษา เพื่อกำหนดขนาดตัวอย่างที่เหมาะสม

4) ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความสัมพันธ์และอิทธิพลของการรับรู้ ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ซึมเศร้าทั้งในด้านประโยชน์ เช่น ประสิทธิภาพของยา ความต่อเนื่องของการใช้ยา และโทษจากยา เช่น อาการไม่พึงประสงค์หรืออันตรกิริยาระหว่างยา รวมถึงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันชนิดพื้นฐานและซับซ้อน ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ได้แก่ ระยะเวลาการรักษาใน episode นี้ ช่วงระยะของการรักษาและจำนวนครั้งของ depressive episode ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าของประเทศไทย

5) การศึกษาเกี่ยวกับรายได้ของผู้สูงอายุ ควรพิจารณาเก็บข้อมูลทั้งรายได้ของผู้สูงอายุเอง รายได้ของครอบครัวและความเพียงพอของรายได้ เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีรายได้ทางอ้อมที่ได้รับจากครอบครัว จึงทำให้หากพิจารณาเพียงข้อมูลรายได้ของผู้สูงอายุเอง อาจไม่สะท้อนถึงรายได้ทั้งหมดที่แท้จริง ซึ่งแตกต่างจากช่วงวัยอื่น

6) การศึกษาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนของสังคม ควรพิจารณาเก็บข้อมูลการอยู่อาศัยและลักษณะครอบครัวของผู้สูงอายุร่วมด้วย เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องและสะท้อนรายละเอียดของแรงสนับสนุนทางสังคมได้

บรรณานุกรม

1. Department of Economic and Social Affairs United Nations. World Population Ageing 2019 New York: United Nations; 2020.
2. World Health Organization. The global network for age-friendly cities and communities: looking back over the last decade, looking forward to the next. Geneva: World Health Organization; 2018.
3. Official statistics registration systems. Population by age Pathumthani: Official statistics registration systems; 2022 [cited 2022 May 17]. Available from: <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/displayData> (in Thai).
4. National statistical office, Ministry of digital economy and society. The 2019 health and welfare survey. Bangkok: National statistical office, ministry of digital economy and society; 2020 (in Thai).
5. Muangpaisan W, Pisalsalakij D, Intalapaporn S, Chatthanawaree W. Medication nonadherence in elderly patients in a Thai geriatric clinic. Asian Biomed 2014;8:541-5.
6. GBD 2019 Diseases and Injuries collaborator. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet 2020;396:1204-22.
7. International Health Policy Program, Ministry of Public Health. Disability-adjusted life years: DALYs Burden of disease thailand 2014. Nonthaburi: The graphico system; 2018 (in Thai).
8. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019). DALYS (Disability-Adjusted Life Years) - depressive disorders - sex: both - age in 1990-2019 United States: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2021 [updated 2018 Apr; cited 2022 May 17]. Available from: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.
9. Bunloet A. Prevalence and factors associated with depression among the elderly community residents with chronic diseases in Samliam Urban Primary Care Unit, Khon Kaen. Srinagarind Med J 2016;31:25-33. (in Thai).
10. Phanasathit M. Depressive disorders. In: Charernboon T, Nuallaong W, Jaisin K,

editors. *Thammasat Textbook of Psychiatry*. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Thammasat University; 2019. p. 143-53. (In Thai).

11. Wannasewok K. Bipolar and related disorders and depressive disorders. In: Sitdhiraksa N, Wannasewok K, Wannarit K, Pukrittakayamee P, Apinuntavech S, Katumarn P, editors. *Siriraj Psychiatry DSM-5*. 3rd ed. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of medicine Siriraj hospital, Mahidol university; 2016. p. 379-410. (in Thai).
12. Lu Y, Arthur D, Hu L, Cheng G, An F, Li Z. Beliefs about antidepressant medication and associated adherence among older Chinese patients with major depression: A cross-sectional survey. *Int J Ment Health Nurs* 2016;25:71-9.
13. Gelenberg A, Freeman M, Markowitz J, Rosenbaum J, Thase M, Trivedi M, et al. *Practice guidelines for the treatment of patients with major depressive disorder*. 3 ed. Washington: American Psychiatric Association publishing; 2010.
14. World health organization. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: world health organization; 2003.
15. Wetherell JL, Unützer J. Adherence to Treatment for Geriatric Depression and Anxiety. *CNS Spectr* 2003;8:48-59.
16. 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.
17. Berwian IM, Walter H, Seifritz E, Huys QJ. Predicting relapse after antidepressant withdrawal - a systematic review. *Psychol Med* 2017;47:426-37.
18. 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.
19. Stein-Shvachman I, Karpas DS, Werner P. Depression Treatment Non-adherence and its Psychosocial Predictors: Differences between Young and Older Adults? *Aging Dis* 2013;4:329-36.
20. Ittasakul P, Hongsanguansri S. Depressive disorders In: Lotrakul M, Sukanich P, editors. *Psychiatry Ramathibodi 4ed*. Bangkok: Department of psychiatry Faculty of medicine Ramathibodi Hospital; 2015. p. 167-89. (in Thai).
21. 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;76:155-62.

22. Lueboonthavatchai P. Depressive disorder In: Lueboonthavatchai O, Lueboonthavatchai P, editors. *Psychosocial treatment for depressive disorder* Bangkok: Tanapress; 2010. p. 1-27. (in Thai).

23. Zivin K, Kales HC. Adherence to Depression Treatment in Older Adults. *Drugs Aging* 2008;25:559-71.

24. 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. *JBCNM* 2016;22:108-20. (in Thai).

25. Suwannapong K, Klungrit S. Improving Medication Adherence in Older Persons with Chronic Illness. *RTNNMDjournal* 2019;46:717-31. (in Thai).

26. Bosworth HB, Voils CI, Potter GG, Steffens DC. The effects of antidepressant medication adherence as well as psychosocial and clinical factors on depression outcome among older adults. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008;23:129-34.

27. Ahmad A, Mast MR, Nijpels G, Elders PJ, Dekker JM, Hugtenburg JG. Identification of drug-related problems of elderly patients discharged from hospital. *Patient Prefer Adherence* 2014;8:155-65.

28. Tantipiwattanasakul K. The Influence of Patient Factors on Medication Adherence in Ambulatory Care Unit at Bangplama Hospital, Suphanburi. *JHS* 2019;28:s107-s9. (in Thai).

29. Jang S, Cho H, Kang C, Jang S. Antidepressant adherence and its predictors in immigrants with depression: A population-based study. *Medicine (Baltimore)* 2020;99:e23308.

30. Burnett-Zeigler I, Kim HM, Chiang C, Kavanagh J, Zivin K, Rockefeller K, et al. The association between race and gender, treatment attitudes, and antidepressant treatment adherence. *Int J Geriatr Psychiatry* 2014;29:169-77.

31. World health organization. *International statistical classification of diseases and related health problems. - 10th revision. 5 ed.* France: World health organization; 2016.

32. Sripakdee W, Kaewmanee P, Wongseetrang K, Jiumwatchara R, Joeikaew C. Adherence to Tyrosine Kinase Inhibitors in Patients with Chronic Myeloid Leukemia. *Thai*

- J Pharm Prac 2018;10:533-41. (in Thai).
33. Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chutha W, Tanaree A, Kwansanit P, Assanangkornchai S. Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai national mental health survey 2013. J Ment Health Thai 2017;25:1-19. (in Thai).
 34. Merikangas KR, Rihmer Z. Mood Disorders: Epidemiology. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 10 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2017. p. 1614-9.
 35. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Mood Disorders. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 11 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2015. p. 347-86.
 36. Liu B, Liu J, Wang M, Zhang Y, Li L. From Serotonin to Neuroplasticity: Evolvement of Theories for Major Depressive Disorder. Front Cell Neurosci 2017;11:305.
 37. Michael E. Mood disorders: neurobiology. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 10 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2017. p. 1709-19.
 38. American Psychological Association Guideline Development Panel for Treatment of Depressive Disorders. Clinical practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts. 2019.
 39. Organizing committee of clinical practice guideline of major depressive disorder for general practitioner. Organizing committee of clinical practice guideline of major depressive disorder for general practitioner: CPG-MDD-GP. Nonthaburi: Department of mental health, Ministry of public health; 2010. (in Thai).
 40. Akiskal HS. Mood disorders: clinical features. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 10 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2017. p. 1631-60.
 41. Wannasewok K. Depression. In: Sitdhiraksa N, Wannasewok K, Wannarit K, Pukrittakayamee P, Apinuntavech S, Katumarn P, editors. Siriraj Psychiatry DSM-5. 3rd ed. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of medicine Siriraj hospital, Mahidol university; 2016. p. 169-78. (in Thai).
 42. Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, Tourjman SV, Bhat V, Blier P, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the

management of adults with major depressive disorder: section 3. Pharmacological treatments. *Can J Psychiatry* 2016;61:540-60.

43. Wongpoom T, Sukying C, Udomsubpayakul U. Prevalence of depression among the elderly in Chiang Mai province. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2011;56:103-16.
44. Train The Brain Forum Committee. Thai Geriatric Depression Scale-TGDS. *Siriraj Hosp Gaz* 2554;46:1.
45. Williams JW, Jr., Slubicki MN, Tweedy DS, Bradford DW, Trivedi RB, Baker D. VA Evidence-based Synthesis Program Reports. Evidence Synthesis for Determining the Responsiveness of Depression Questionnaires and Optimal Treatment Duration for Antidepressant Medications. Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US); 2009.
46. Yatham LN, Kennedy SH. Mood Disorders: Pharmacological treatment of depression and bipolar disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 10 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2017. p. 1677-701.
47. Micromedex® (electronic version). Greenwood Village, Colorado, USA: IBM Watson Health; [cited 2022 June 7]. Available from: <https://www.micromedexsolutions.com>.
48. Vandenberg AM. Major Depressive Disorder. In: DiPiro JT, Yee GC, Posey LM, Haines ST, Nolin TD, Ellingrod V, editors. *Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach*. 11 ed. New York: McGraw-Hill Education; 2020.
49. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World population ageing 2019*. New York: United Nations; 2020.
50. Kowal P, Dowd JE. Definition of an older person. Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project. Geneva: World Health Organization; 2001.
51. World Health Organization. Ageing and health 2018 [updated 2018 Feb 5; cited 2021 Jan 21]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
52. Department of older person. Older statistics in Thailand on December,31 2019 Bangkok: Department of older person; 2019 [cited 2020 Jan 23]. Available from: <http://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/275> (in Thai).
53. The Royal Society of Thailand. *Royal institute dictionary B.E.2554*. Bangkok:

Nanmeebooks Publications; 2013.

54. Minister of social development and human security. Elderly person act, B.E.2546 (2003). Bangkok: the government gazette 2003 31 December B.E. 2546. (in Thai).
55. Constitution of the kingdom of Thailand B.E. 2560 134 (2017). (in Thai).
56. Akiskal HS. Mood disorders: historical introduction and conceptual overview. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 10 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2017. p. 1599-613.
57. Charoensak S, Sittironnarit G. Geriatric Psychiatry. In: Sitdhiraksa N, Wannasewok K, Wannarit K, Pukrittakayamee P, Apinuntavech S, Katumarn P, editors. Siriraj Psychiatry DSM5. 3 ed. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of medicine, Siriraj hospital, Mahidol university 2016. p. 635-9. (in Thai).
58. Page AT, Potter K, Clifford R, Etherton-Beer C. Deprescribing in older people. *Maturitas* 2016;91:115-34.
59. Kim J, Mak M. Geriatric drug use. In: Alldredge BK, Corelli RL, Ernst ME, Guglielmo B, Jacobson P, Kradjan W, et al., editors. Koda-kimble and young's applied therapeutics: The clinical use of drug. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013. p. 2361-3.
60. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr* 2017;17:230.
61. Chakrabarti S. What's in a name? Compliance, adherence and concordance in chronic psychiatric disorders. *World J Psychiatry* 2014;4:30-6.
62. Kongkaew C. Patients' Medication Taking Behaviours: Critiques of Relevant Terminologies. *Thai Pharmac Health Sci J* 2011;6:299-302.
63. Barofsky I. Compliance, adherence and the therapeutic alliance: steps in the development of self-care. *Soc Sci Med* 1978;12:369-76.
64. Meichenbaum D, Turk D. Treatment adherence: terminology, incidence and conceptualization. In: Meichenbaum D, Turk D, editors. Treatment adherence: terminology, incidence and conceptualization. New York: Plenum Press; 1987. p. 19-39.
65. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005;353:487-97.
66. Monnette A, Zhang Y, Shao H, Shi L. Concordance of Adherence Measurement

Using Self-Reported Adherence Questionnaires and Medication Monitoring Devices: An Updated Review. *Pharmacoeconomics* 2018;36:17-27.

67. Grymonpre RE, Didur CD, Montgomery PR, Sitar DS. Pill count, self-report, and pharmacy claims data to measure medication adherence in the elderly. *Ann Pharmacother* 1998;32:749-54.

68. Garber MC, Nau DP, Erickson SR, Aikens JE, Lawrence JB. The Concordance of Self-Report With Other Measures of Medication Adherence: A Summary of the Literature. *Med Care* 2004;42:649-52.

69. Farmer KC. Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. *Clin Ther* 1999;21:1074-90.

70. Vitolins MZ, Rand CS, Rapp SR, Ribisl PM, Sevick MA. Measuring adherence to behavioral and medical interventions. *Control Clin Trials* 2000;21:188s-94s.

71. Sakthong P, Sonsa-Ardjit N, Sukarnjanaset P, Munpan W, Suksanga P. Development and psychometric testing of the medication taking behavior tool in Thai patients. *Int J Clin Pharm* 2016;38:438-45.

72. Garfield S, Clifford S, Eliasson L, Barber N, Willson A. Suitability of measures of self-reported medication adherence for routine clinical use: a systematic review. *BMC Med Res Methodol* 2011;11:149.

73. 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;22:588-96.

74. 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.

75. Wu CH, Erickson SR, Piette JD, Balkrishnan R. The association of race, comorbid anxiety, and antidepressant adherence among Medicaid enrollees with major depressive disorder. *Res Social Adm Pharm* 2012;8:193-205.

76. Salzman C. Medication compliance in the elderly. *J Clin Psychiatry* 1995;56 Suppl 1:18-22.

77. Voils CI, Steffens DC, Flint EP, Bosworth HB. Social support and locus of control

as predictors of adherence to antidepressant medication in an elderly population. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13:157-65.

78. Mishra SI, Gioia D, Childress S, Barnett B, Webster RL. Adherence to medication regimens among low-income patients with multiple comorbid chronic conditions. *Health Soc Work* 2011;36:249-58.

79. Gerlach LB, Kavanagh J, Watkins D, Chiang C, Kim HM, Kales HC. With a little help from my friends?: racial and gender differences in the role of social support in later-life depression medication adherence. *Int Psychogeriatr* 2017;29:1485-93.

80. Moonchai K, Sangon S, Ninthachan P, Rungrungsiripan M. Factors Associated with Adherence to Medication in Major Depressive Disorder Patients. *TRC Nurs J* 2020;13:240-60. (in Thai).

81. Johnston BJ. The role of patient experience and its influence on adherence to antidepressant treatment. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2013;51:29-37.

82. Rossom RC, Shortreed S, Coleman KJ, Beck A, Waitzfelder BE, Stewart C, et al. Antidepressant adherence across diverse populations and healthcare settings. *Depress Anxiety* 2016;33:765-74.

83. Thompson L, McCabe R. The effect of clinician-patient alliance and communication on treatment adherence in mental health care: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2012;12:87.

84. van Geffen ECG, Hermsen JHCM, Heerdink ER, Egberts ACG, Verbeek-Heida PM, van Hulten R. The decision to continue or discontinue treatment: Experiences and beliefs of users of selective serotonin-reuptake inhibitors in the initial months—A qualitative study. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 2011;7:134-50.

85. Anderson C, Roy T. Patient experiences of taking antidepressants for depression: A secondary qualitative analysis. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 2013;9:884-902.

86. Zhang J, Ye C. Factors associated with loss to follow-up of outpatients with depression in general hospitals. *J Int Med Res* 2020;48:1-9.

87. 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;288:1403-9.

88. Yeh M-Y, Sung S-C, Yorker BC, Sun C-C, Kuo Y-L. Predictors of Adherence to an Antidepressant Medication Regimen Among Patients Diagnosed with Depression in Taiwan. *Issues Ment Health Nurs* 2008;29:701-17.
89. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev* 2008:1-130.
90. Bhattacharjee S, Lee JK, Vadie N, Patanwala AE, Malone DC, Knapp SM, et al. Extent and Factors Associated with Adherence to Antidepressant Treatment During Acute and Continuation Phase Depression Treatment Among Older Adults with Dementia and Major Depressive Disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2020;16:1433-50.
91. Solmi M, Miola A, Croatto G, Pigato G, Favaro A, Fornaro M, et al. How can we improve antidepressant adherence in the management of depression? A targeted review and 10 clinical recommendations. *Braz J Psychiatry* 2021;43:189-202.
92. Marasine NR, Sankhi S. Factors Associated with Antidepressant Medication Non-adherence. *Turk J Pharm Sci* 2021;18:242-9.
93. World Health Organization. *Men ageing and health*. Geneva: World Health Organization; 2000.
94. Myers ED, Branthwaite A. Out-patient Compliance with Antidepressant Medication. *Br J Psychiatry* 1992;160:83-6.
95. Rivero-Santana A, Perestelo-Perez L, Pérez-Ramos J, Serrano-Aguilar P, De Las Cuevas C. Sociodemographic and clinical predictors of compliance with antidepressants for depressive disorders: systematic review of observational studies. *Patient Prefer Adherence* 2013;7:151-69.
96. Darunthanom W, Utaipiboon C, Tangchitphisut P. Medication use adherence and behaviors among elderly patients with chronic diseases in tambon Hua Ngom, Phan district, Chiangrai province. *CMJ* 2020;11:19-27. (in Thai).
97. Kongsomboon K. Sampling and sample size. In: Kongsomboon K, editor. *Textbook of Epidemiological research for medical student*. 2 ed. Bangkok Chulalongkorn University Press; 2019. p. 35-65. (In Thai).
98. Train the brain forum committee. Thai Mental State Examination (TMSE). *Siriraj Hosp Gaz* 1993;45:359-74. (in Thai).
99. Train the brain forum committee. Thai Geriatric Depression Scale-TGDS. *Siriraj*

Hosp Gaz 1994;46:1-9. (in Thai).

100. Stone L, Granier K, Segal D. Geriatric Depression Scale. 2019.

101. Lueboonthavatchai P. Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. *J Med Assoc Thai* 2007;90:2164-74.

102. Schaefer C, Coyne JC, Lazarus RS. The health-related functions of social support. *J Behav Med* 1981;4:381-406.

103. Buathong N. The association between depression and cofactors in the individual level on adherence to antiretroviral therapy of adult HIV infected patients at King Chulalongkorn Memorial Hospital [Doctor of philosophy program in community medicine]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2008. (in Thai).

104. Safran DG, Kosinski M, Tarlov AR, Rogers WH, Taira DA, Lieberman N, et al. The Primary Care Assessment Survey: Tests of Data Quality and Measurement Performance. *Med Care* 1998;36:728-39.

105. Tepsuriyanont S, Jirapaet V, Luangamornlert S, Praditsuwan R. Relationship between regimen complexity and medication adherence behavior in Thai elderly with hypertension. *Chula Med J* 2011;55:457-72.

106. George J, Phun Y-T, Bailey MJ, Kong DC, Stewart K. Development and Validation of the Medication Regimen Complexity Index. *Ann Pharmacother* 2004;38:1369-76.

107. Burton C, Anderson N, Wilde K, Simpson CR. Factors associated with duration of new antidepressant treatment: analysis of a large primary care database. *Br J Gen Pract* 2012;62:e104.

108. Shayakul C, Teeraboonchaikul R, Susomboon T, Kulabusaya B, Pudchakan P. Medication Adherence, Complementary Medicine Usage and Progression of Diabetic Chronic Kidney Disease in Thais. *Patient Prefer Adherence* 2022;16:467-77.

109. Burnett-Zeigler I, Kim HM, Chiang C, Kavanagh J, Zivin K, Rockefeller K, et al. The association between race and gender, treatment attitudes, and antidepressant treatment adherence. *Int J Geriatr Psychiatry* 2014;29:169-77.

110. Hengudomsab P, Watanasin D, Srisopa P, Kangchai W. Factors Predicting Psychological Well-being of Community-residing Older Adults. *TPHSJ* 2017;12:57-67.


111. Claxton A, de Klerk E, Parry M, Robinson JM, Schmidt ME. Patient compliance to a new enteric-coated weekly formulation of fluoxetine during continuation treatment

of major depressive disorder. J Clin Psychiatry 2000;61:928-32.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย	เอกสารข้อมูลคำอธิบาย สำหรับ ผู้เข้าร่วมใน โครงการวิจัย	AF 06- 04/6.0
			หน้า 151/7

ชื่อโครงการวิจัย ความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผู้สนับสนุนการวิจัย ไม่มี

ผู้วิจัยหลัก


ชื่อ นางสาวธัญปณี ใจปิ่นตา
ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย
 ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 0-2256-4298
หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 090-316-6060

ผู้วิจัยร่วม (อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย)

ชื่อ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย
ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย
 ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 0-2256-4298
หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 086-788-8385

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจาก ท่านเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคซึมเศร้าซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และมีคุณสมบัติเหมาะสมตามเกณฑ์ที่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัยหรือแพทย์ผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

 <p style="text-align: center;">คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: center;">เอกสารข้อมูลคำอธิบาย สำหรับ ผู้เข้าร่วมใน โครงการวิจัย</p>	AF 06- 04/6.0
		หน้า 152/7

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

ปัจจุบันสังคมโลกและประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงวัย” โดยแนวโน้มของจำนวนผู้สูงอายุยังคงเพิ่มมากขึ้นทุกปี และถูกคาดการณ์ว่าจะกลายเป็นกลุ่มประชากรหลักของสังคมในอนาคต การเข้าสู่วัยผู้สูงอายุก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากมาย ทั้งทางด้านร่างกาย บทบาททางสังคมและสิ่งแวดล้อม ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวค่อนข้างมาก ก่อให้เกิดภาวะเครียด ซึมเศร้าหรือวิตกกังวลตามมา โดยหากเกิดภาวะเหล่านี้เรื้อรังเป็นเวลานานและส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ก็จะนำมาซึ่งโรคความผิดปกติทางอารมณ์ โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นกลุ่มโรคทางจิตเวชหลักที่พบบ่อยในผู้สูงอายุทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ


โรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ซึ่งมีอาการเศร้าหรือขาดความสนใจเด่น และมักเกิดร่วมกับอาการทางกายหรืออาการทางจิต เช่น นอนไม่หลับ ความรู้สึกสิ้นหวัง ไร้ค่า ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการใช้ชีวิตและความทุกข์ทรมาน หรืออาจร้ายแรงถึงการฆ่าตัวตาย การรักษาโรคซึมเศร้าจึงมีความสำคัญ โดยการรักษาหลักที่นิยมเลือกใช้เป็นลำดับแรกในปัจจุบัน คือ การใช้ยาด้านเศร้า ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนาน และต้องอาศัยความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการรักษาของผู้ป่วย โดยหากผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการใช้ยา จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพหลายด้าน ได้แก่

1. ผลต่อตนเอง เช่น ความรุนแรงโรคเพิ่มขึ้น อาการกลับเป็นซ้ำ การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือ การฆ่าตัวตาย
2. ผลต่อครอบครัวหรือบุคคลอื่น เช่น การดูแลผู้ป่วยทั้งด้านโรค การดำเนินชีวิตหรือการทำงานที่ด้อยประสิทธิภาพ ทำให้ต้องพึ่งพาครอบครัวหรือเพื่อนมากขึ้น การเพิ่มขึ้นของรายจ่ายครอบครัวจากการรักษาของผู้ป่วย
3. ผลต่อสังคม เช่น ค่าใช้จ่ายในดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น

ดังนั้นการดูแลและเสริมสร้างความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจึงมีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งในปัจจุบันประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่แสดงถึงความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในประเด็นดังกล่าวเพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าของประเทศไทยในปัจจุบัน ทั้งนี้สามารถนำผลการศึกษาดังกล่าวประยุกต์ใช้เพื่อสร้างมาตรการการส่งเสริมและแก้ไขความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างเหมาะสม ซึ่งจะนำมาสู่ประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการรักษา รวมถึงการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยในที่สุด

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย คือ 103 คน

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย	เอกสารข้อมูลคำอธิบาย สำหรับ ผู้เข้าร่วมใน โครงการวิจัย	AF 06-04/6.0
			หน้า 153/7

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัย เพื่อประเมินสมรรถภาพสมอง ซึ่งเป็นหนึ่งในเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย ประกอบด้วย ข้อคำถาม 6 รายการ โดยมีระยะเวลาการสัมภาษณ์ประมาณ 10 นาที

หากท่านมีคะแนนประเมินสมรรถภาพสมองตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย ท่านจะได้รับแบบสอบถามสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1	แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป	จำนวน 14 ข้อ (3-5 นาที)
ส่วนที่ 2	แบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุของไทย	จำนวน 30 ข้อ (8-12 นาที)
ส่วนที่ 3	แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสำหรับคนไทย	จำนวน 6 ข้อ (1-3 นาที)
ส่วนที่ 4	แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 16 ข้อ (5-8 นาที)
ส่วนที่ 5	แบบประเมินสัมพันธภาพที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ผู้ทำการรักษา	จำนวน 8 ข้อ (2-4 นาที)

แบบสอบถามข้อมูลทั้ง 5 ส่วน มีวัตถุประสงค์เพื่อเก็บข้อมูล ด้านส่วนบุคคล ด้านจิตสังคม ด้านความร่วมมือในการใช้ยา ด้านโรคและการรักษาเพื่อการวิจัยเท่านั้น หากท่านไม่สะดวกในการอ่านแบบสอบถามด้วยตนเอง เนื่องจากมีปัญหาด้านสายตา ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟัง ระยะเวลาการตอบแบบสอบถามทั้ง 5 ส่วน โดยประมาณ 20-30 นาที นอกจากนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลของท่านเพิ่มเติม 6 ส่วน ได้แก่ วันเดือนปีเกิด (เพื่อคำนวณอายุ) วันเดือนปีที่เข้ารับการรักษา ณ ปัจจุบัน สิทธิการรักษา การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (รวมถึงวันที่วินิจฉัย) โรคประจำตัวและยาประจำตัว จากเวชระเบียนของโรงพยาบาลผ่านแบบบันทึกข้อมูล ภายหลังจากสิ้นสุดการตอบแบบสอบถาม


การเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง รวมถึงการสัมภาษณ์เพื่อประเมินสมรรถภาพสมอง โดยใช้ระยะเวลาทั้งหมดประมาณ 30-45 นาที และดำเนินการเพียง 1 ครั้ง

สิ่งที่อาสาสมัครพึงปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีเพียงเล็กน้อย คือ อาจทำให้เสียเวลา ไม่สะดวกหรือเกิดความไม่สบายใจในการตอบข้อคำถามบางข้อ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้เข้าร่วมวิจัยได้ ในกรณีที่การเข้าร่วมวิจัยส่งผลกระทบต่อทางจิตใจ ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำ ให้ความช่วยเหลือในเบื้องต้น และช่วยแนะนำช่องทางในการพบแพทย์ที่ดูแลผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นประจำ ดังนั้น กรุณาแจ้งผู้ทำวิจัยในกรณีที่พบความไม่สะดวกดังกล่าวระหว่างที่ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย การให้ข้อมูลเป็นไปด้วยความสมัครใจจึงไม่มีค่าตอบแทน

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย	เอกสารข้อมูลคำอธิบาย สำหรับ ผู้เข้าร่วมใน โครงการวิจัย	AF 06- 04/6.0
			หน้า 154/7

ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

ท่านอาจเกิดอาการข้างเคียง หรือความไม่สบาย นอกเหนือจากที่ได้แสดงในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้เป็นอาการที่ไม่เคยพบมาก่อน เพื่อความปลอดภัยของท่าน ควรแจ้งผู้ทำวิจัยให้ทราบทันทีเมื่อเกิดความผิดปกติใดๆ เกิดขึ้น

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

หากมีการค้นพบข้อมูลใหม่ ๆ ที่อาจมีผลต่อความปลอดภัยของท่านในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย ผู้ทำวิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบทันที เพื่อให้ท่านตัดสินใจว่าจะอยู่ในโครงการวิจัยต่อไปหรือจะขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัย

การพบแพทย์นอกตารางนัดหมายในกรณีที่เกิดอาการข้างเคียง

หากมีอาการข้างเคียงใด ๆ เกิดขึ้นกับท่าน ขอให้ท่านรีบมาพบแพทย์ที่สถานพยาบาลทันที ถึงแม้ว่าจะอยู่นอกตารางการนัดหมาย เพื่อแพทย์จะได้ประเมินอาการข้างเคียงของท่าน และให้การรักษาที่เหมาะสมทันที หากอาการดังกล่าวเป็นผลจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะไม่เสียค่าใช้จ่าย

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆจากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์เพื่อการทราบถึงสถานการณ์ความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุในประเทศไทยปัจจุบัน และการประยุกต์ผลการวิจัยเพื่อ สร้างมาตรการ การพิจารณาเลือกแผนการรักษาและการดูแลรักษาผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ โดยเฉพาะด้านการป้องกันและแก้ไขปัจจัยต่างๆ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือใน การใช้ยาอย่างถูกต้องและเหมาะสมทำให้ประสบความสำเร็จในการรักษาทั้งในด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัย เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และลดการสูญเสียทรัพยากรหรือชีวิตของผู้ป่วยจากความล้มเหลวของการรักษาที่อาจเกิดขึ้นจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยา


ทางเลือกอื่นในกรณีที่อาสาสมัครไม่เข้าร่วมในการวิจัย

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่น ๆ หลายแบบสำหรับรักษาโรคของท่านได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษาแนวทางการรักษาวิธีอื่น ๆ กับแพทย์ผู้ให้การรักษาท่านก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย	เอกสารข้อมูลคำอธิบาย สำหรับ ผู้เข้าร่วมใน โครงการวิจัย	AF 06-04/6.0
			หน้า 155/7

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที หากท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมผู้ทำวิจัยแล้ว ผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัยยินดีจะรับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน อีกทั้งจะได้รับการชดเชยการสูญเสียเวลา เสียรายได้ตามความเหมาะสม

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นางสาวธัญญาณี ใจปิ่นตา ที่เบอร์โทรศัพท์ 090-316-6060 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ท่านสามารถเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย โดยหากมีกรณีที่ผู้วิจัยจำเป็นต้องนำท่านมาเพื่อทำการตอบแบบสอบถามเพิ่มเติมนอกเหนือจากเวลานัดหมายปกติ จะมีเงินชดเชยค่าเดินทางและค่าเสียเวลาให้แก่ท่าน โดยงานวิจัยนี้ไม่มีผู้สนับสนุนงานวิจัย

การประกันภัยเพื่อคุ้มครองผู้เข้าร่วมวิจัย (ถ้าไม่มีให้ระบุว่าไม่มี)

ท่านไม่ได้รับการทำประกันภัยเพื่อคุ้มครองขณะเข้าร่วมการวิจัย

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย


การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอลงตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

อย่างไรก็ตามผู้วิจัยอาจขอลงท่านออกจากโครงการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือ ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้ตรวจสอบการวิจัย และหน่วยงานควบคุมระเบียบกฎหมาย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม โดยไม่ละเมิดสิทธิของท่านในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบกฎหมายอนุญาตไว้

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย	เอกสารข้อมูลคำอธิบาย สำหรับ ผู้เข้าร่วมใน โครงการวิจัย	AF 06- 04/6.0
			หน้า 156/7

จากการลงนามยินยอมของท่าน แพทย์ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ของท่านให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

การยกเลิกการให้ความยินยอม


หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นางสาวธัญปวี ใจปิ่นตา ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น ยา หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่ากรยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับ ช่มชู้ หรือการหลอกลวง

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย	เอกสารข้อมูลคำอธิบาย สำหรับ ผู้เข้าร่วมใน โครงการวิจัย	AF 06- 04/6.0
			หน้า 157/7

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2256-4493 ในเวลาราชการ หรือ e-mail : medchulairb@chula.ac.th


การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้
นางสาวฐาปณี ใจปิ่นตา

นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต (ภาคปกติ)
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 06-05/6.0 หน้า 158 /2

การวิจัยเรื่อง **ความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**

วันที่ทำคำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....

และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และวันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ


ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว โดยที่ข้าพเจ้าปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยแล้ว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย อีกทั้งจะได้รับการชดเชยการสูญเสียเวลา เสียรายได้ตามความเหมาะสม โดยงานวิจัยนี้ไม่มีผู้สนับสนุนงานวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 06-05/6.0
			หน้า 159 /2

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อจะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
 (.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
 วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
 (.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
 วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
 (.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
 วันที่เดือน.....พ.ศ.....

แบบเก็บข้อมูลสำหรับการวิจัย

การวิจัย เรื่อง ความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ณ โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์

คำชี้แจงแบบเก็บข้อมูล

แบบเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 2 ตอน ได้แก่ แบบสอบถามโดยตรงและแบบบันทึกข้อมูลจากเวช
ระเบียนโดยผู้วิจัย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามโดยตรง

- แบบสอบถามสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1	แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป	จำนวน	14	ข้อ
ส่วนที่ 2	แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย	จำนวน	30	ข้อ
ส่วนที่ 3	แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสำหรับคนไทย	จำนวน	6	ข้อ
ส่วนที่ 4	แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	16	ข้อ
ส่วนที่ 5	แบบประเมินสัมพันธภาพที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ผู้ทำการรักษา	จำนวน	8	ข้อ
- แบบสอบถามสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบคำถามผู้สัมภาษณ์ ประกอบด้วย 1 ส่วน ได้แก่
 - แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย จำนวน 6 ด้าน
- ขอความร่วมมือผู้ตอบแบบสอบถามอ่านคำชี้แจงของแบบสอบถามแต่ส่วนอย่างละเอียดจนเข้าใจ
ก่อนลงมือทำ และตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงมากที่สุด โดยไม่ต้องเขียนชื่อ นามสกุล ใน
แบบสอบถามชุดนี้
- ท่านมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดๆที่ท่านไม่ต้องการตอบ โดยการตอบแบบสอบถามและแบบ
สัมภาษณ์ทั้งหมด ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

ตอนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนโดยผู้วิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล 6 ส่วน ได้แก่ สิทธิการ
รักษา, วันเดือนปีที่เข้ารับการรักษา ณ ปัจจุบัน, วันเดือนปีเกิด (เพื่อคำนวณอายุ), การวินิจฉัยโรค
ซึมเศร้า (รวมถึงวันที่วินิจฉัย), โรคประจำตัวและยาประจำตัว

ผู้วิจัยต้องได้รับการยินยอมการเข้าร่วมงานวิจัยจากท่านก่อนจึงจะสามารถเก็บข้อมูลได้ การ
เก็บข้อมูลทั้งหมดอยู่ภายใต้การควบคุมและดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา โดยข้อมูลที่ได้จากการ
ศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอรับรองว่าจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม
ไม่มีการนำเสนอรายบุคคลแต่อย่างใด

นางสาวธัญญาณี ใจปิ่นตา

นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต (ภาคปกติ)

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (เบอร์ 0-2256-4298)

ตอนที่ 1 แบบสอบถามโดยตรง

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย ลงใน แต่ละข้อคำถามที่ตรงกับท่านมากที่สุด

(ตัวเลขที่ปรากฏในช่อง เป็นเพียงตัวเลขที่ใช้ลงข้อมูล)

1. เพศ ชาย (1) หญิง (2)
2. อายุปี
3. สถานภาพสมรส โสด (1) สมรส (2) หม้าย (3)
หย่าร้าง (4) แยกกันอยู่ (5)
4. การศึกษาสูงสุด ต่ำกว่าประถมศึกษา/ไม่ได้เรียน (1) ประถมศึกษา (2)
มัธยมศึกษาตอนต้น (3) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (4)
อนุปริญญา/ปวส. (5) ปริญญาตรีขึ้นไป (6)
5. อาชีพปัจจุบัน ไม่ได้ประกอบอาชีพ/เกษียณ (1) ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ (2)
รับจ้าง (3) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (4)
แม่บ้าน/พ่อบ้าน (5) พนักงานบริษัท/เอกชน (6)
เกษตรกร (7) อื่นๆ(ระบุ).....
6. นับถือศาสนา พุทธ (1) คริสต์ (2) อิสลาม (3)
พราหมณ์ (4) ฮินดู (5) อื่นๆ (ระบุ).....
7. รายได้เฉลี่ย _____ บาท/เดือน หรือ ไม่มีรายได้
8. สิทธิที่ใช้ในการรักษา ประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท (บัตรทอง) (1) เบิกตรง/ต้นสังกัด (2)
ประกันสังคม (3) ชำระเงินเอง (เบิกไม่ได้) (4)
ประกันสุขภาพ (5) อื่นๆ (ระบุ).....
9. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ เหล้า ฯลฯ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา
ไม่เคยดื่มตลอดชีวิต (1) เคยดื่มแต่เลิกแล้ว นานมากกว่า 1 ปี (2)
ดื่มนานๆ ครั้ง (3) ดื่มเป็นครั้งคราว (4) ดื่มเป็นประจำ (5)
10. การใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบและสารเสพติด ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา
 - 10.1. ผลิตภัณฑ์จากยาสูบ เช่น บุหรี่ทุกแบบ ไม่ใช่ (1) ใช้นานๆครั้ง (2) ใช้เป็นประจำ (3)
 - 10.2. สารกลุ่มกัญชา เช่น กัญชาแห้งหรือยาง ไม่ใช่ (1) ใช้นานๆครั้ง (2) ใช้เป็นประจำ (3)
 - 10.3. ยาระดับประสาท เช่น ยาบ้า ยาไอซ์ ไม่ใช่ (1) ใช้นานๆครั้ง (2) ใช้เป็นประจำ (3)
 - 10.4. สารกลุ่มฝิ่น เช่น ฝิ่น เฮโรอีน ผงขาว ไม่ใช่ (1) ใช้นานๆครั้ง (2) ใช้เป็นประจำ (3)
 - 10.5. สารระเหย เช่น กาว ทินเนอร์ ไม่ใช่ (1) ใช้นานๆครั้ง (2) ใช้เป็นประจำ (3)
 - 10.6. สารเสพติดอื่นๆ (ระบุ)..... ไม่ใช่ (1) ใช้นานๆครั้ง (2) ใช้เป็นประจำ (3)

11. การใช้ชีวิตประจำวัน ดูแลตนเอง (1) มีผู้อื่นดูแล (ระบุ)..... (2)
 การรับประทานหรือใช้ยา ดูแลตนเอง (1) มีผู้อื่นดูแล (ระบุ)..... (2)

12. เริ่มเป็นโรคซึมเศร้า เมื่ออายุ ปี

13. โรคประจำตัว.....

14. ยาที่ใช้เป็นประจำ (ไม่รวมยาที่ได้รับรักษาโรคซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลจุฬาฯ นี้) ระบุชื่อยาและวิธีการใช้ยา

ลำดับที่	ชื่อยา	วิธีการใช้ยา
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale; TGDS)

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียดและประเมินความรู้สึกของท่าน **ในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา** โดยให้ขีด ✓ ลงใน ที่ตรงกับ “ใช่” ถ้าข้อความในข้อนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านและ ให้ขีด ✓ ลงใน ที่ตรงกับ “ไม่ใช่” ถ้าข้อความในข้อนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน (ตัวเลขที่ปรากฏในช่อง เป็นเพียงตัวเลขที่ใช้ลงข้อมูล)

1. คุณพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้ ใช่ (0) ไม่ใช่ (1)
2. คุณไม่อยากทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ ใช่ (1) ไม่ใช่ (0)
3. คุณรู้สึกว่าชีวิตของคุณในช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร ใช่ (1) ไม่ใช่ (0)
4. คุณรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อย ๆ ใช่ (1) ไม่ใช่ (0)
5. คุณหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันข้างหน้า ใช่ (0) ไม่ใช่ (1)
6. คุณมีเรื่องกังวลอยู่ตลอดเวลา และเลิกคิดไม่ได้ ใช่ (1) ไม่ใช่ (0)
7. ส่วนใหญ่แล้วคุณรู้สึกอารมณ์ดี ใช่ (0) ไม่ใช่ (1)
8. คุณรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับคุณ ใช่ (1) ไม่ใช่ (0)
9. ส่วนใหญ่คุณรู้สึกมีความสุข ใช่ (0) ไม่ใช่ (1)
10. บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกไม่มีที่พึ่ง ใช่ (1) ไม่ใช่ (0)
11. คุณรู้สึกกระวนกระวาย กระสับกระส่ายบ่อยๆ ใช่ (1) ไม่ใช่ (0)
12. คุณชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน ใช่ (1) ไม่ใช่ (0)
13. บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า ใช่ (1) ไม่ใช่ (0)
14. คุณคิดว่าความจำของคุณไม่ดีเท่าคนอื่น ใช่ (1) ไม่ใช่ (0)
15. การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้ เป็นเรื่องน่ายินดีหรือไม่ ใช่ (0) ไม่ใช่ (1)
16. คุณรู้สึกหมดกำลังใจ หรือเศร้าใจบ่อย ๆ ใช่ (1) ไม่ใช่ (0)

17. คุณรู้สึกว่าคุณชีวิตก่อนข้างไม่มีคุณค่า ใช่ (1) ไม่ใช่ (0)
18. คุณรู้สึกกังวลมากกับชีวิตที่ผ่านมา ใช่ (1) ไม่ใช่ (0)
19. คุณรู้สึกว่าชีวิตนี้ยังมีเรื่องน่าสนุกอีกมาก ใช่ (0) ไม่ใช่ (1)
20. คุณรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่ ๆ ใช่ (1) ไม่ใช่ (0)
21. คุณรู้สึกกระตือรือร้น ใช่ (0) ไม่ใช่ (1)
22. คุณรู้สึกสิ้นหวัง ใช่ (1) ไม่ใช่ (0)
23. คุณคิดว่าคนอื่นดีกว่าคุณ ใช่ (1) ไม่ใช่ (0)
24. คุณอารมณ์เสียบ่อยกับเรื่องเล็กน้อยอยู่เสมอ ใช่ (1) ไม่ใช่ (0)
25. คุณรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยๆ ใช่ (1) ไม่ใช่ (0)
26. คุณมีความตั้งใจในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ไม่นาน ใช่ (1) ไม่ใช่ (0)
27. คุณรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า ใช่ (0) ไม่ใช่ (1)
28. คุณไม่อยากพบปะพูดคุยกับคนอื่น ใช่ (1) ไม่ใช่ (0)
29. คุณตัดสินใจอะไรได้เร็ว ใช่ (0) ไม่ใช่ (1)
30. คุณมีจิตใจ สบาย แจ่มใสเหมือนก่อน ใช่ (0) ไม่ใช่ (1)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสำหรับคนไทย (Medication Taking Behavior in Thai; MTB-Thai)

คำชี้แจง: โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียดและประเมินความถี่ในพฤติกรรมการใช้ยาแก้ซึมเศร้า ในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยให้ขีด ✓ ทับตัวเลขในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงตรงกับตัวท่านมากที่สุด (ตัวเลขที่ปรากฏในช่อง เป็นเพียงตัวเลขที่ใช้ลงข้อมูล)

พฤติกรรมการใช้ยา	5 ครั้ง ขึ้นไป	3-4 ครั้ง	1-2 ครั้ง	ไม่เคย
1. คุณเคย “ลืม” ใช้ยา หรือไม่ อย่างไร	เคยลืมตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไป (1)	เคยลืม 3-4 ครั้ง (2)	เคยลืม 1-2 ครั้ง (3)	ไม่เคย ลืมเลย (4)
2. คุณเคยใช้ยา “ไม่ตรงเวลาหรือไม่ตรงมือ” ตามหมอสั่ง หรือไม่ อย่างไร	เคยใช้ยาไม่ตรงเวลา / ไม่ตรงมือ ตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไป (1)	เคยใช้ยาไม่ตรงเวลา / ไม่ตรงมือ 3-4 ครั้ง (2)	เคยใช้ยาไม่ตรงเวลา / ไม่ตรงมือ 1-2 ครั้ง (3)	ใช้ยาตรงเวลา / ตรงมือ ทุกครั้ง (4)
3. ....	..... (1)	..... (2)	..... (3)	..... (4)
4. ....	..... (1)	..... (2)	..... (3)	..... (4)
5. ....	..... (1)	..... (2)	..... (3)	..... (4)
6. คุณเคย “เพิ่มหรือลด” จำนวนยาหรือปริมาณยา หรือความถี่ในการใช้ยาโดยที่ไม่ได้ปรึกษาหมอ หรือไม่ อย่างไร	เคย เพิ่ม/ลด จำนวนยาหรือความถี่ในการใช้ยา ตั้งแต่ 5 ครั้ง ขึ้นไป (1)	เคย เพิ่ม/ลด จำนวนยาหรือความถี่ในการใช้ยา 3-4 ครั้ง (2)	เคย เพิ่ม/ลด จำนวนยาหรือความถี่ในการใช้ยา 1-2 ครั้ง (3)	ไม่เคย เพิ่ม/ลด จำนวนยาหรือความถี่ในการใช้ยาเลย (4)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire)

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียดและขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ทับตัวเลขในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงตรงกับตัวท่านมากที่สุด **ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา** ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด (ตัวเลขที่ปรากฏในช่อง เป็นเพียงตัวเลขที่ใช้ลงข้อมูล)

ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ด้านอารมณ์					
1) มีผู้แสดงความเห็นอกเห็นใจเมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วย	5	4	3	2	1
2) มีผู้ห่วงใยถามข่าวคราวทุกข์สุขของท่าน	5	4	3	2	1
3) ท่านได้รับกำลังใจจากคนในครอบครัว เมื่อไม่สบายใจหรือเป็นทุกข์	5	4	3	2	1
4) บุคคลรอบข้างเป็นเพื่อนที่ดีกับท่าน	5	4	3	2	1
5) ท่านมีผู้ที่ไว้วางใจและเป็นที่ปรึกษาได้ เมื่อไม่สบายใจ	5	4	3	2	1
6) คนในครอบครัวดีต่อท่านเสมอ	5	4	3	2	1
7) เพื่อนดีต่อท่านเสมอ	5	4	3	2	1
2. ด้านข้อมูลข่าวสาร					
1) มีผู้ให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์แก่ท่านเสมอ	5	4	3	2	1
2) ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตนเองเป็นอย่างดี	5	4	3	2	1
3) มีผู้แนะนำเกี่ยวกับการทำหน้าที่ในบทบาทต่างๆของท่าน	5	4	3	2	1
4) ท่านได้รับคำแนะนำเรื่องที่ท่านอยากรู้	5	4	3	2	1
3. ด้านทรัพยากรและวัตถุ					
1) เมื่อมีปัญหาการเงิน ท่านได้รับความช่วยเหลือเสมอ	5	4	3	2	1
2) มีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้านของท่าน	5	4	3	2	1
3) มีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระงานของท่าน	5	4	3	2	1
4) มีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระการดูแลสมาชิกในครอบครัวของท่าน	5	4	3	2	1
5) ท่านได้รับสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นเสมอ	5	4	3	2	1

ส่วนที่ 5 แบบประเมินสัมพันธภาพที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ผู้ทำการรักษา(trust)

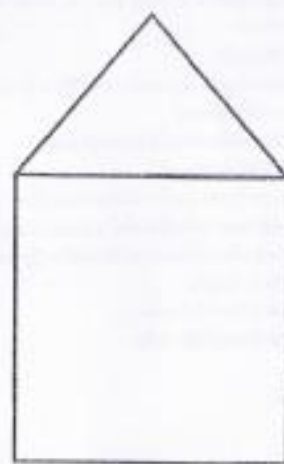
คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียด แล้วพิจารณาว่า ท่านมีความไว้วางใจต่อแพทย์ที่ทำการรักษา ท่านมากน้อยเพียงใด และท่านเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยมากน้อยเพียงใด ในประเด็นต่างๆ ต่อไปนี้ ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ทับตัวเลขในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงตรงกับตัวท่านมากที่สุด (ตัวเลขที่ปรากฏในช่อง เป็นเพียงตัวเลขที่ใช้ลงข้อมูล)

ความไว้วางใจของท่านต่อ แพทย์ที่ทำการรักษา	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง				
1. ท่านสามารถบอกเรื่องต่าง ๆ ให้แพทย์ฟัง ได้ทุกเรื่อง ถึงแม้ว่าเรื่องนั้น ๆ ท่านอาจจะไม่ อยากบอกผู้อื่นเลย	1	2	3	4	5				
2. บางครั้งแพทย์ทำเป็นเข้าใจเรื่องเหล่านั้น ทั้งที่บางครั้งเขาอาจจะไม่แน่ใจ	1	2	3	4	5				
3. ท่านไว้วางใจต่อการตัดสินใจทั้งหมดของ แพทย์ ในการให้การรักษาท่าน	1	2	3	4	5				
4. แพทย์ให้ความสำคัญที่เกี่ยวกับการลด ค่าใช้จ่าย มากกว่าสิ่งที่ต้องทำหรือต้องใช้ใน การรักษาท่าน	1	2	3	4	5				
5. แพทย์จะบอกความจริงเกี่ยวกับสุขภาพ ของท่านตลอดเวลา แม้ว่าบางครั้งอาจจะมี ข่าวไม่ดี	1	2	3	4	5				
6. แพทย์ให้ความสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพของ ท่านมากพอๆกับที่ท่านให้ความสำคัญ เกี่ยวกับสุขภาพของท่านเอง	1	2	3	4	5				
7. หากเกิดความผิดพลาดในการรักษาท่าน แพทย์จะปกปิดไม่让您รู้	1	2	3	4	5				
8. เมื่อพิจารณาทุกประเด็นแล้ว ท่านมีความไว้วางใจต่อแพทย์ที่ทำการรักษามากน้อยเพียงใด									
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
ไม่ไว้วางใจเลย								ไว้วางใจอย่างยิ่ง	

แบบสัมภาษณ์เพื่อทดสอบสมรรถภาพสมองโดยผู้วิจัย

แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย TMSE (Thai Mental State Examination)

	คะแนน	รวม
1. ORIENTATION (6 คะแนน)		
(1) วันนี้ วันอะไรของสัปดาห์ (จันทร์ อังคาร พุธ พฤหัส ฯลฯ)	
(1) วันนี้ วันที่เท่าไร	
(1) เดือนนี้ เดือนอะไร	
(1) ขณะนี้เป็นช่วง (ตอน) ไหนของวัน (เช้า เที่ยง บ่าย เย็น)	
(1) ที่นี้ที่ไหน (บริเวณที่ตรวจ)	
(1) คนที่เห็นในภาพนี้มีอาชีพอะไร (ภาพอยู่ด้านหลัง)
2. REGISTRATION (3 คะแนน)		
(3) ผู้ทดสอบบอกชื่อของ 3 อย่าง โดยพูดห่างกัน ครั้งละ 1 วินาที (ต้นไม้ รถยนต์ มือ) เพียงครั้งเดียว	
แล้วจึงให้ผู้ทดสอบบอกให้ครบตามที่ผู้ทดสอบบอกในครั้งแรกให้ 1 คะแนนในแต่ละคำตอบที่ตอบถูก	
*หมายเหตุ หลังจากให้คะแนนแล้วให้บอกจำนวนผู้ถูกทดสอบจำได้ทั้ง 3 อย่าง และบอกให้ผู้ถูก
ทดสอบทราบว่าคุณครูจะกลับมาถามใหม่		
3. ATTENTION (5 คะแนน)		
ให้บอกวันอาทิตย์-วันเสาร์ ย้อนหลัง		
ให้ครบสัปดาห์ (ให้ตอบซ้ำได้ 1 ครั้ง)		
(1) ศุกร์	
(1) พฤหัสดี	
(1) พุธ	
(1) อังคาร	
(1) จันทร์
4. CALCULATION (3 คะแนน)		
ให้คำนวณ 100-7 ไปเรื่อยๆ 3 ครั้ง (ให้ 1 คะแนน ในแต่ละครั้งที่ตอบถูกใช้เวลาในการคิดในแต่ละ		
ช่วงคำตอบไม่เกิน 1 นาที หลังจากจบคำถาม)		
ถ้าผู้ถูกทดสอบไม่ต้องตอบคำถามที่ 1 ให้ตั้งเลข 93-7 ลงงในการคำนวณครั้งต่อไป และ 86-7		
ในครั้งสุดท้ายตามลำดับ		
(1) 100-7	
(1) -7	
(1) -7
5. LANGUAGE (10 คะแนน)		
(1) ผู้ทดสอบชี้ไปทางนาฬิกาข้อมือ แล้วถามผู้ถูกทดสอบว่าโดยทั่วไป “เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร” (นาฬิกา)	
(1) ผู้ทดสอบชี้ไปทางที่เสื้อของตนเองแล้วถามผู้ถูกทดสอบว่าโดยทั่วไป “เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร” (เสื้อ, ผ้า)	
(1) ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า จงฟังประโยคต่อไปนี้ให้ดี แล้วจำไว้ จากนั้นให้พูดตาม	
“ขยายพาลานไปซื้อขนมที่ตลาด”		
จงทำตามคำสั่งต่อไปนี้ (มี 3 ขั้นตอนคำสั่ง) ให้ผู้ทดสอบพูดต่อกันไปให้ครบประโยค ทั้ง 3 ขั้นตอน ให้ขั้นตอนละ 1 คะแนน		
(1) หยิบกระดาษด้วยมือขวา	
(1) พับกระดาษเป็นครึ่งแผ่น	
(1) แล้วส่งกระดาษให้ผู้ตรวจ	
(1) ให้ผู้ถูกทดสอบอ่านแล้วทำตาม “หลับตา” ข้อความอยู่ด้านหลัง	
(2) จงวาดภาพต่อไปนี้ให้เหมือนตัวอย่างมากที่สุด เท่าที่ท่านจะสามารถทำได้ (2 คะแนน)	
(ภาพอยู่ด้านหลังและให้ผู้ถูกทดสอบดูตัวอย่างตลอดเวลาที่วาด)		
(1) กลัวยกกับส้มเหมือนกันคือเป็นผลไม้ แมวกับสุนัขเหมือนกันคือ (เป็นสัตว์, เป็นสิ่งมีชีวิต)
6. RECALL (3 คะแนน)		
สิ่งของ 3 อย่างที่บอกให้จำเมื่อสักครู่นี้มีอะไรบ้าง		
(1) ต้นไม้	
(1) รถยนต์	
(1) มือ
คะแนนรวม	ผู้ตรวจ



หลับตา

ตอนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนโดยผู้วิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา

คำชี้แจง แบบบันทึกข้อมูลผู้เข้าร่วมงานวิจัยจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาล โดยผู้วิจัย

1. วันเดือนปีที่เข้ารับการรักษา ณ ปัจจุบัน
2. วันเดือนปีเกิด (กรอกเป็นเลข วัน/เดือน/ปี พ.ศ. ตัวอย่างการกรอก 11/04/2533)
3. สิทธิที่ใช้ในการรักษา ประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท (บัตรทอง) (1) เบิกตรง/ต้นสังกัด (2)
ประกันสังคม (3) ชำระเงินเอง (เบิกไม่ได้) (4)
ประกันสุขภาพ (5) อื่นๆ (ระบุ).....
4. การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ICD-10.....ชื่อโรค.....
5. โรคร่วมทางกาย.....

โรคร่วมทางจิตเวช.....

6. ประวัติการรักษา (Med PTA)

6.1. ประวัติการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าในปัจจุบัน

ลำดับ ที่	ชื่อยา (ขนาด ยา)	วิธีการใช้ยา	จำนวนที่ ได้รับ	หน่วย	วัน/เดือน/ปี	
					Visit ที่ได้รับยา	Visit ถัดไป
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

6.2. ประวัติการใช้ยารักษาโรคประจำตัวในปัจจุบัน (นอกเหนือจากโรคซึมเศร้า)

ลำดับ ที่	ชื่อยา (ขนาด ยา)	วิธีการใช้ยา	จำนวนที่ ได้รับ	หน่วย	วัน/เดือน/ปี	
					Visit ที่ได้รับยา	Visit ถัดไป
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						

7. MPR ของยาแก้ซึมเศร้า = $\frac{\text{จำนวนวันที่ผู้ป่วยมียาใช้ในช่วงการรักษา}}{\text{จำนวนวันที่ต้องใช้ในระหว่างการรักษา}} \times 100\% = \dots\dots\dots\%$

ส่วนที่ 2 แบบประเมินดัชนีชี้วัดความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยา (Medication Regimen Complexity Index; MRCI)

จำนวนรายการยาทั้งหมด (รวมถึงยาที่ใช้เมื่อมีอาการ/ ยาใช้ช่วยชีวิต)รายการ

คำชี้แจง : แบบบันทึกข้อมูลนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้วิจัยวัดความซับซ้อนของแผนกำหนดการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยบันทึกข้อมูลยาทั้งหมดที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับ และให้คะแนนตามคำแนะนำดังนี้

1. ดัชนีชี้วัดความซับซ้อนของแผนกำหนดการใช้ยาใช้กับยาที่แพทย์สั่งจ่ายเท่านั้น การบันทึกข้อมูลทั้งหมดจะยึดตามข้อมูลบนฉลากยาหรือบันทึกการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ จากการมาพบแพทย์ครั้งล่าสุด
2. แบบวัดนี้มี 3 ส่วนโดยให้เป็นคะแนน ให้ทำเสร็จสมบูรณ์ทีละส่วน จึงจะทำส่วนต่อไป เมื่อทำครบทั้งหมด แล้วให้นำคะแนนของทั้ง 3 ส่วนรวมกันเพื่อให้ได้ดัชนีชี้วัดความซับซ้อนของแผนกำหนดการใช้ยา
3. ถ้ามีการใช้ยาชนิดเดียวกัน (ชื่อการค้าเดียวกันและรูปแบบเดียวกัน) มากกว่า 1 ครั้งในความแรงที่ต่างกัน ในแผนกำหนดการใช้ยา (เช่น Marevan 5 มิลลิกรัม, 3 มิลลิกรัม, และ 1 มิลลิกรัม) ให้นับเป็นยา 1 รายการ
4. ในกรณีที่ให้เลือกขนาดยาได้ ให้เลือกขนาดยาที่ต่ำสุด/ความถี่ต่ำสุด เช่น ให้สูดยาเวอนโทลินแบบมิเตอร์โดส ครั้งละ 1-2 ที, วันละ 2-3 ครั้ง (Ventolin MDI 1-2 puffs, 2-3 time daily) จะได้น้ำหนักคะแนนช่องสำหรับรูปแบบยาสูดแบบมิเตอร์โดส, ขนาดยาไม่แน่นอน, และ วันละ 2 ครั้ง ไม่ใช่ช่องใช้มากกว่าหนึ่งหน่วยต่อครั้ง
5. ในบางกรณีจำเป็นต้องให้คะแนนความถี่ของการใช้ยา เช่น รานิทิดีน 1 เม็ดตอนเช้า และ 1 เม็ดก่อนนอน (Ranitidine 1 mane and 1 nocte) ให้คะแนนความถี่ของการใช้ยาเป็น 1 เม็ดวันละ 2 ครั้ง
6. คำแนะนำบางอย่าง เช่น “ใช้ยาตามแพทย์สั่ง” จะไม่ได้คะแนนในหัวข้อ ความถี่ของการใช้ยา เช่น ให้ยาเพรดนิโซโลน 5 มิลลิกรัม ตามแพทย์สั่ง (Prednisolone 5 mg as directed) แต่จะได้คะแนนในหัวข้อคำแนะนำวิธีการใช้ยาเพิ่มเติม
7. ถ้ายาหนึ่งชนิดมีคำแนะนำให้ใช้ยาความถี่มากกว่า 1 อย่าง ควรให้คะแนนความถี่ของการใช้ยาทั้งหมด เช่น ให้สูดยาเวอนโทลินแบบมิเตอร์โดส ครั้งละ 2 ที วันละ 2 ครั้ง และมีอาการ (Ventolin MDI 2 puffs bd and pm) จะได้คะแนนสำหรับ ยาสูดรูปแบบมิเตอร์โดส, ใช้มากกว่าหนึ่งหน่วยต่อครั้ง วันละ 2 ครั้ง และ เมื่อมีอาการ
8. ในกรณีที่มีการใช้ยาชื่อเดียวกันตั้งแต่ 2 รูปแบบหรือมากกว่า 2 รูปแบบ และต่างมีความสำคัญร่วมกัน ต้องให้คะแนน 2 ครั้งหรือมากกว่าตามจำนวนรูปแบบยาที่ใช้ เช่น ให้สูดยาเวอนโทลินแบบมิเตอร์โดส หรือ สูดยาเวอนโทลินแบบเครื่องพ่นฝอยละออง วันละ 2 ครั้ง (Ventolin MDI or Ventolin nebulizer twice daily) จะได้คะแนนรูปแบบยาทั้งยาสูดรูปแบบมิเตอร์โดส และ ยาสูดรูปแบบเครื่องพ่นละออง และต้องให้คะแนนความถี่ของการใช้ยา 2 ครั้งสำหรับหัวข้อความถี่ของการใช้ยวันละสองครั้ง
9. ในกรณีที่ไม่มีความถี่ที่ตรงกับที่ต้องการ ให้เลือกข้อที่ใกล้เคียงที่สุด เช่น ความถี่ของการใช้ยวันละหกครั้งก็ให้เลือก ทุก 4 ชั่วโมง

ส่วน ก: รูปแบบยา การให้คะแนนรูปแบบยาที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ จากการมาพบแพทย์ครั้งล่าสุด ที่ปรากฏในแผนกำหนดการใช้ยา (รวมถึงยาที่ใช้เมื่อมีอาการ/ยาใช้ช่วยชีวิต)

คำชี้แจง: วงกลมน้ำหนักคะแนนที่ตรงกับรูปแบบยาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าแต่ละรายได้รับ ลงในแผนกำหนดการใช้ยาล่างนี้ ในกรณีผู้สูงอายุได้รับยามากกว่า 1 รูปแบบยา ให้วงกลมน้ำหนักคะแนนได้มากกว่า 1 รูปแบบยา และแต่ละรูปแบบยาเลือกได้เพียงครั้งเดียว

วิธีการให้ยา	รูปแบบยา	น้ำหนักคะแนน
ยาให้ทางปาก	ยาแคปซูล/ยาเม็ด	1
	ยากลั้วคอ/ยาบ้วนปาก	2
	ยาหมากฝรั่ง/ยาอม	2
	.....	2
	.....	2
	.....	2
ยาใช้เฉพาะที่	ยาครีม/เจล/ซีฟิง	2
	ยาทำแผล	3
	.....	2
	.....	3
	.....	2
	.....	1
ยาหู ตา จมูก	ยาหยอด/ครีม/ซีฟิงสำหรับหู	3
	ยาหยอดตา	3
	ยาเจล/ซีฟิงป้ายตา	3
	.....	3
	.....	2
ยาสูด	ยาสูดรูปแบบแอคคิวเฮลเลอร์ (accuhalers)	3
	ยาสูดรูปแบบแอโรไลเซอร์ (aerolizers)	3
	ยาสูดรูปแบบมิเตอร์โดส (metered doses)	4
	.....	5
	.....	3
	.....	3
	.....	3
ยาฉีด	ยาฉีด แบบบรรจุพร้อมใช้ (prefilled)	3
	.....	4
ยาสวน ยาเหน็บ	ยาน้ำสวนทวาร (enemas)	2
	ยาเหน็บช่องคลอด (pessaries)	3
	.....	2
	.....	2
อื่น ๆ	.....	5
	.....	2
คะแนนรวมของส่วน ก		

ส่วน ค: คำแนะนำวิธีการใช้ยาเพิ่มเติม (ถ้ามี) การให้คะแนนคำแนะนำวิธีการใช้ยาเพิ่มเติมที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ จากการมาพบแพทย์ครั้งล่าสุด

คำชี้แจง: ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง [] ที่ตรงกับคำแนะนำวิธีการใช้ยาเพิ่มเติมของยาแต่ละชนิด ที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าแต่ละรายได้รับ ลงในแผนกำหนดการใช้ยาล้างนี้ หลังจากนั้นรวมจำนวนของ [✓] ในแต่ละหัวข้อคำแนะนำวิธีการใช้ยาเพิ่มเติม แล้วคูณด้วยน้ำหนักคะแนนที่กำหนด

คำแนะนำวิธีการใช้ยาเพิ่มเติม	ชื่อยาทั้งหมดที่ใช้ (ระบุชื่อยา ขนาดยา เวลา และวิธีใช้ยา)								จำนวน คำแนะนำ วิธีการใช้ยา เพิ่มเติมใน แต่ละหัวข้อ	น้ำหนัก คะแนน	คะแนน รวมของ คำแนะนำ วิธีการใช้ยา เพิ่มเติมแต่ละ หัวข้อ
	1.										
	2.										
	3.										
	4.										
	5.										
	6.										
	7.										
หักหรือบดเม็ดยา									1		
ละลายเม็ดยา/ผงยา									1		
.....									1		
.....									1		
.....									1		
.....									1		
รับประทานยาพร้อมเครื่องดื่มที่ กำหนด									1		
.....									2		
.....									2		
ให้ยาขนาดไม่เท่ากันในแต่ละมือ (เช่น 1 เม็ดเช้า และ 2 เม็ดก่อนนอน หรือ วันละ 1 เม็ด/ 2 เม็ด สลับกัน)									2		
คะแนนรวมส่วนของ ค											

ดัชนีวัดความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยา = คะแนนรวมของส่วน ก + คะแนนรวมของส่วน ข + คะแนนรวมของส่วน ค

= + +

=

เอกสารตอบรับการขออนุญาตใช้เครื่องมือ



SIRIRAJ MEDICAL JOURNAL

Office: HIS MAJESTY THE KING'S 80TH BIRTHDAY ANNIVERSARY 5TH DECEMBER 2007 BUILDING (SiMR), 2nd Fl., Room No.207
Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand
Tel: 02-419-2884 Fax: 02-411-0593 E-mail: sjournal@mahidol.ac.th

Executive Editor
Prasit Watanapa
Editorial Director
Manee Rattanachaiyanont
Editor-In-Chief
Thawatchai Akaraviputh
Associate Editor
Varut Lohsiriwat
Managing Editor
Gulapar Srisawasdi
Chenchit Chayachinda
Online Editor
Puttinnu Patpituck
Editorial Board
Philip Board (Australia)
Philip A. Brunell (USA)
Richard J. Deckerbaum (USA)
Noritaka Isogai (Japan)
Yozo Miyake (Japan)
Yuji Murata (Japan)
David S. Sheps (USA)
Yik Ying Teo (Sing)
Robin CN Williamson (UK)
Harland Winter (USA)
Tai-Soon Yong (Korea)
Anusak Yieengpruksawan (USA)
Stanley James Rogers (USA)
Keiichi Akita (Japan)
Shuji Shimizu (Japan)
Kyoichi Takaori (Japan)
Tomohisa Uchida (Japan)
Yoshiki Hirooka (Japan)
Hidemitsu Goto (Japan)
Kazuo Hara (Japan)
Shomei Ryozaawa (Japan)
Christopher Khor (Sing)
Yasushi Sano (Japan)
Mitsuhiro Kida (Japan)
Vitoon Chinswangwatanakul
Ampaiwan Chuansumrit
Surapol Issaragrisil
Jaturat Kanpittaya
Watchara Kasireruk
Suneerat Kongsayreepong
Rungroj Kittayaphong
Wiroon Laupattarakasem
Pornchai O-Charoenrat
Nopphol Pausawasdi
Supakorn Rojananin
Sayompon Sirinavin
Nopporn Sittisombut
Janpim Soongswang
Vasant Sunethkul
Yuen Tanniradorn
Suttpong Wacharasindhu
Saranatra Wakakul
Prapon Wilairat
Pa-thai Yenchtisomanus
Medical Illustrator
Chananya Hokierti
Statistician
Saowalak Hunnangkul

24 กุมภาพันธ์ 2564

เรื่อง ขออนุญาตให้ใช้แบบประเมินในการเก็บข้อมูลวิจัย
เรียน นางสาวฐาปณี ใจปิ่นตา

ตามหนังสือที่ จว. 107/2564 ลงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2564 เรื่อง ขออนุญาตใช้แบบวัดความเศร้า
ในผู้สูงอายุของไทยและแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (ภายนอก) ความทราบแล้วนั้น

ในการนี้กองบรรณาธิการ Siriraj Medical Journal ขออนุญาตให้นางสาวฐาปณี ใจปิ่นตา นำแบบวัด
ความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TDGS) ซึ่งถูกตีพิมพ์ในวารสาร
สารศิริราช ปีที่ 46 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม พ.ศ.2537 และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai
Mental Status Examination: TMSE) ซึ่งถูกตีพิมพ์ในวารสาร สารศิริราช ปีที่ 45 ฉบับที่ 6 เดือนมิถุนายน
พ.ศ.2536 เพื่อใช้ประโยชน์ในการทำวิจัยต่อไป และขอให้มีการอ้างอิงข้อมูลดังกล่าวในงานวิจัยด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์รัชชชัย อัครวิฑูร)

บรรณาธิการ Siriraj Medical Journal



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 0 2218 1129 E-mail :fonbox@chula.ac.th

ที่ อว 64.11/ 00212

วันที่ 22 มีนาคม 2564

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

ตามหนังสือ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ที่ จว. 110/2564 ลงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2564 เรื่อง ขออนุญาตใช้แบบประเมินดัชนีชี้วัดความซับซ้อนของแบบแผนการให้ยา ฉบับภาษาไทย (ภายนอก) นั้น คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้พิจารณาแล้วยินยอมอนุญาตให้ นางสาวธัญณี ใจปินดา ใช้เครื่องมือแบบประเมินดัชนีชี้วัดความซับซ้อนของแบบแผนการให้ยา (Medication Regimen Complexity Index; MRCI) ฉบับภาษาไทย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ของหลักสูตรพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (หลักสูตรนานาชาติ) ของนางสาวสมลักษณ์ เทพสุรียานนท์ หากท่านประสงค์จะปรับปรุงเครื่องมือวิจัย ขอให้แจ้ง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อพิจารณา ทั้งนี้ขอความร่วมมือเขียนรายการอ้างอิงจากบทความวิจัย ดังนี้

Tepsuriyanont S., Jirapaet V., Luangamornlert, S., and Praditsuwan, R. (2011). Relationship between regimen complexity and medication adherence behavior in Thai elderly with hypertension. Chulalongkorn Medical Journal. 55(5), 457-472.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

Re: ขออนุญาตใช้เครื่องมือ แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสำหรับคนไทย (MTB-Thai)

Phantipa Sakthong <Phantipa.S@pharm.chula.ac.th>

ศ. 19/2/2021 13:19

ถึง: thapanee jaipinta <thapanee.ja@up.ac.th>

📎 สิ่งแนบมา 2 รายการ (280 กิโลไบต์)

แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา MTB.pdf; MTB_Thai_instruction_new.doc

เรียน นางสาวฐานี ใจปันตา

ยินดีให้ใช้ค่ะ โปรดดูเอกสารแนบของแบบสอบถาม MTB-Thai ค่ะ

และเมื่อไปแบบสอบถามไปใช้แล้ว รบกวนท้วงติงมาช่วยอย่างข้อ 4 ส่งมาอีกครั้งค่ะ

ขอบคุณค่ะ

อ.พรรณทิพา

ในวันที่ ศ. 19 ก.พ. 2021 เวลา 11:05 thapanee jaipinta <thapanee.ja@up.ac.th> เขียนว่า:

เรียน ศ.ศญ.ดร.พรรณทิพา สักดิ์ทอง

สวัสดีค่ะอาจารย์ ดิฉันชื่อ ฐานี ใจปันตา เป็นนิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สืบเนื่องจากอีเมลล์บ่งก่อนหน้าที่คุณอาจารย์ให้ตามกรุณาแนะนำเครื่องมือ MTB-Thai จากการปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์ ดิฉันจึงเลือกใช้เครื่องมือ MTB-Thai ในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างในนางวิจัย

ในการนี้ ดิฉันจึงดำเนินการขออนุญาตการใช้เครื่องมือ ตามเอกสารแนบซึ่งอาจารย์ได้กรุณาส่งให้ในอีเมลล์บ่งก่อนหน้า โดยเอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือฉบับจริงได้ถูกจัดส่งทางไปรษณีย์ไปยังคณะเภสัชฯ ในวันที่ ดิฉันจึงขออนุญาตส่งไฟล์เอกสารดังกล่าว เพื่อขออนุญาตใช้เครื่องมือ มายังอีเมลล์บ่งนี้ค่ะ

สืบเนื่องจากการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยฯ ต้องแนบเอกสารตอบรับในการอนุญาตใช้เครื่องมือและรายละเอียดของเครื่องมือฉบับใช้จริง ดังนั้นหากกระบวนการทางเอกสารแล้วเสร็จ ดิฉันจึงขอความอนุเคราะห์อาจารย์ ตอบรับการอนุญาตการใช้เครื่องมือทางอีเมลล์นี้หรือทางเอกสารอื่นที่อาจารย์สะดวก เพื่อที่ดิฉันจะนำเอกสารดังกล่าว แนบโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อดำเนินการต่อไปค่ะ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา จะขอขอบคุณยิ่ง
นางสาวฐานี ใจปันตา

นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิต (ภาคปกติ)
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เบอร์โทรศัพท์ (+66) 9031660606
อีเมล thapanee.ja@up.ac.th, littletree_mai@hotmail.com



8/3/2564

Mail - thapanee jaipinta - Outlook

Re: **ขอความอนุเคราะห์ใช้เครื่องมือ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire) แบบ 16 ข้อ**

Peeraphon Lueboonthavatchai <peeraphon_tu@yahoo.com>

พท 4/2/2021 7:55

ถึง: thapanee jaipinta <thapanee.ja@up.ac.th>

ยินดีให้ใช้เครื่องมือครับ

พีรพันธ์ครับ

On Wednesday, February 3, 2021, 4:30:01 PM GMT+7, thapanee jaipinta <thapanee.ja@up.ac.th> wrote:

เรียน รศ.นพ.พีรพันธ์ ลือบุญวัชรชัย

สวัสดิ์ค่ะอาจารย์ ดิฉันชื่อ ฐานันท์ ใจปิ่นดา เป็นนิสิตระดับปริญญาโท ชั้นปีที่ 1 สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งกำลังดำเนินการจัดทำโครงงานวิทยานิพนธ์เพื่อทำการสอบและดำเนินการวิจัยในหัวข้อ "ความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์" ภายใต้การให้คำปรึกษาของ รศ.นพ.สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยวัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้คือ 1) เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และ 2) เพื่อศึกษาปัจจัยร่วมที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

จากบททบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ทำให้ดิฉันทราบว่าอาจารย์และคณะ ได้พัฒนา "แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire) แบบ 16 ข้อ" ขึ้น ซึ่งได้รับการตีพิมพ์ในงานวิจัยเรื่อง "Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet" ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพ และสามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินตัวแปรของงานวิจัยดิฉัน คือ การสนับสนุนทางสังคม ได้

ดังนั้นดิฉันจึงใคร่ขอความอนุเคราะห์อาจารย์ เพื่อขอใช้เครื่องมือ "แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire) แบบ 16 ข้อ" ของอาจารย์และคณะ เพื่อดำเนินการวิจัยข้างต้น โดยหากอาจารย์เมตตาอนุญาตให้ดิฉันใช้เครื่องมือ ดิฉันจะดำเนินการขอเอกสารขอความอนุเคราะห์เครื่องมือจากภาควิชา เพื่อจัดส่งให้อาจารย์ต่อไปค่ะ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา จะขอขอบคุณยิ่ง
นางสาวฐานันท์ ใจปิ่นดา

นางสาวฐานันท์ ใจปิ่นดา
นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิต (ภาคปกติ)
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เบอร์โทรศัพท์ (+66) 9031660606
อีเมล thapanee.ja@up.ac.th, littletree_mai@hotmail.com

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	ฐาปณี ใจปิ่นตา
วัน เดือน ปี เกิด	11 เมษายน 2533
สถานที่เกิด	จังหวัดเชียงราย
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2551- 2556 ปริญญาเภสัชศาสตรบัณฑิต หลักสูตรบริหารเภสัชกรรม 6 ปี มหาวิทยาลัยพะเยา พ.ศ. 2563-ปัจจุบัน กำลังศึกษาต่อปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ที่อยู่ปัจจุบัน	88 ม.9 ต.แม่ใส อ.เมืองพะเยา จ.พะเยา 56000
ผลงานตีพิมพ์	1. ฐาปณี ใจปิ่นตา, อติณัฐ อำนวยพรเลิศ, ช่อผกา ชุมภูอินทร์, ณิชพร วังตา, มณีรัตน์ ผิวมณี, และวรพรรณ เลิศเจริญปัญญา. การพัฒนาแบบทดสอบความรู้เรื่องการใช้ยาเบื้องต้นสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยประจำหอพักที่นิตมมหาวิทยาลัยพะเยาอาศัย. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2563;12(2):534-47. 2. ฐาปณี ใจปิ่นตา, นันทิดา ยารังษี, นันทน์ภัส เจียงเพ็ชร, ปรีดาภรณ์ โพธิ์ป้อ และธนากร พรวรรณพงศา. ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ยากลุ่มยั้งโปรตอนปั๊มและความเสี่ยงต่อโรคปอดอักเสบ: การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ. 2564;16(1):46-55. 3. องอาจ มณีใหม่, ฐาปณี ใจปิ่นตา และพิชฌุฑม รัตนธัญพัทธ์. การประเมินการให้บริการทางเภสัชกรรมของร้านยาโดยใช้ผู้ป่วยจำลอง.วารสารไทยเภสัชชนิพนธ์. 2563;15(2):47-57.