

ประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีต่อความร่วมมือในการใช้ยา:
การศึกษาเชิงคุณภาพ
Experiences of Patients with Major Depressive Disorder Regarding
Medication Adherence: A Qualitative Study

วันเพ็ญ แสงสงวน¹ และณภาพัช ไบตระกูล^{1*}
Wanphen Sangsanguan¹ and Napapat Baitrakool^{1*}

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย

¹School of Nursing, Eastern Asia University

*Corresponding author: napapat@eau.ac.th

Received: February 17, 2025

Revised: April 4, 2025

Accepted: April 11, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีต่อความร่วมมือในการใช้ยา โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา กลุ่มผู้ให้ข้อมูลคือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรค DSM-5 และมีประสบการณ์การใช้ยาโรคซึมเศร้า จำนวน 15 ราย คัดเลือกโดยวิธีการแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย พบข้อมูล 4 ด้าน ได้แก่ (1) ความหมายของการใช้ยาในมุมมองของผู้ป่วย พบว่า มีความตระหนักในการใช้ยาเพื่อควบคุมอารมณ์นำมาซึ่งพฤติกรรมใช้ยาอย่างสม่ำเสมอเป็นกิจวัตร (2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา พบว่า มีบุคคลในครอบครัวให้การสนับสนุนในการรับประทานยา และบุคลากรทางการแพทย์ให้ความรู้ ติดตามอาการเป็นอย่างดี (3) อุปสรรคต่อความร่วมมือในการใช้ยา พบว่า ผู้ป่วยกลัวติดยา และมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยทางจิตใจสามารถหายได้เอง ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า (4) ผลลัพธ์จากความร่วมมือในการใช้ยา ด้านการควบคุมอาการและอารมณ์ พบว่า ยาต้านซึมเศร้าช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถแสดงบทบาททางสังคมและดำเนินชีวิตได้ตามปกติ มีความภาคภูมิใจในคุณค่าของตนเองจากการจัดการตนเองได้ สรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีประสบการณ์และมุมมองต่อการใช้ยาที่หลากหลาย ทั้งด้านประโยชน์และข้อจำกัด ที่ส่งผลต่อระดับความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อความต่อเนื่องและประสิทธิผลของการรักษาในระยะยาว

คำสำคัญ: ประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ความร่วมมือในการใช้ยา การศึกษาเชิงคุณภาพ

Abstract

This study aimed to explore the experiences of patients with depression regarding medication adherence. A qualitative phenomenological research design was employed. The participants were 15 patients, diagnosed with depression by psychiatrists using DSM-5 criteria, who had prior experience with antidepressant medication. Participants were selected purposively. Data were collected through in-depth, semi-structured interviews conducted between August and October 2025 and were analyzed using content analysis. The results revealed four key aspects: (1) Perceptions of medication use: Patients revealed an awareness of using medication to control emotions, which resulted in consistent medication-taking behavior as part of their daily routine. (2) Factors influencing medication adherence: Family members played a supportive role in helping patients take their medication, while healthcare professionals provided knowledge and closely monitored their symptoms. (3) Barriers to medication adherence: Patients expressed fears of becoming dependent on medication, held beliefs that mental illness could be cured without medication, and lacked adequate understanding of depression. (4) Outcomes of medication adherence: Antidepressants enabled patients to better control their symptoms and emotions, resulting in improved quality of life, the ability to resume social roles, and a sense of self-worth through successful self-management. In conclusion, patients with depression exhibit diverse experiences and perspectives regarding medication use, encompassing both perceived benefits and limitations.

Keywords: experiences of patients with major depressive disorder, medication adherence, a qualitative study



บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่มีอุบัติการณ์สูงทั่วโลก และถือเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและการทำงานของผู้ป่วย (World Health Organization, 2023) โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้านักประสบกับอาการเศร้าหมอง อารมณ์แปรปรวน และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตอย่างมีความสุขและมีประสิทธิภาพ (American Psychiatric Association, 2022) ในการศึกษาอาการของโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder: MDD) เป็นไปตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) ซึ่งอุบัติการณ์

ของโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) ทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในแต่ละปี (Cui, et al., 2024) ในปี 2020 มีความชุก (prevalence) ประมาณ 246 ล้านคน หรือคิดเป็น 3,152.9 รายต่อประชากร 100,000 คน และเพิ่มขึ้นอีก 53.2 ล้านคน (เพิ่มขึ้น 27.6%) เนื่องจากผลกระทบจากการระบาดของ COVID-19 (Zhang, et al., 2025) สำหรับประเทศไทยโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุทำให้เกิดความพิการสูงเป็นอันดับ 6 และมีความชุก (prevalence) อยู่ที่ 19.4% (Tangthong & Manomaipiboon, 2023)

การรักษาโรคซึมเศร้าในปัจจุบันเน้นการใช้ยาต้านเศร้า (antidepressants) ร่วมกับการบำบัดทางจิต ซึ่งการปฏิบัติตามการใช้ยาด้านซึมเศร้าเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งต่อ

ผลลัพธ์การรักษาที่ดีที่สุด อย่างไรก็ตาม การรักษาโรคซึมเศร้ายังเผชิญกับปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ไม่สม่ำเสมอหรือขาดยา เป็นผลให้ผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยเรื้อรังได้ (Marasine & Sankhi, 2021) ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ เช่น อาการข้างเคียงของยา ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมถึงปัจจัยทางจิตใจและสังคม (Meng, Chiu & Papoushek, 2024) จากการศึกษาของ Solmi et al. (2021) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) โดยมีเป้าหมายเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาด้านเศร้า (antidepressant adherence) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และนำเสนอคำแนะนำเชิงคลินิกจำนวน 10 ข้อ เพื่อปรับปรุงการใช้ยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย เช่น การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับประสิทธิผลและผลข้างเคียงของยา ความเข้าใจเรื่องโรค การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม เป็นต้น ซึ่งในปัจจุบัน การให้บริการรักษาพยาบาลด้านจิตเวชมีแนวโน้มให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติในการวางแผนการรักษาร่วมกัน โดยเน้นแนวคิดแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care) ซึ่งมุ่งหวังให้ผู้ผู้ป่วยมีบทบาทเชิงรุกในการดูแลสุขภาพของตนเอง อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการใช้ยาด้านเศร้าจะเป็นวิธีการรักษาหลักสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แต่การที่ผู้ป่วยจะใช้ยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอนั้นจำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจที่ละเอียดลึกซึ้ง โดยเฉพาะจากประสบการณ์และความรู้สึกผ่านมุมมองของผู้ป่วย ซึ่งงานวิจัยด้านนี้ยังมีน้อย และเป็นที่น่าสนใจว่าข้อมูลเหล่านี้มีค่าในการสะท้อนปัจจัยที่เอื้อต่อหรือลดทอนความร่วมมือในการใช้ยา เป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางสุขภาพที่จะนำไปใช้ให้เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น นำไปสู่การให้คำปรึกษาและการเสริมสร้างแรงจูงใจที่ตรงจุด ลดความกังวล สร้างความเชื่อมั่น และเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาในระยะยาว ซึ่งงานวิจัยปัจจุบันส่วนใหญ่เน้นการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาผ่านตัวชี้วัดเชิงปริมาณ เช่น อัตราการใช้ยา หรือการกลับมาป่วยซ้ำ แต่ยังมีงานวิจัยเชิงคุณภาพที่สำรวจประสบการณ์ ความรู้สึก และมุมมองของผู้ป่วยต่อการใช้ยาด้านเศร้าในชีวิตจริงค่อนข้างน้อย ซึ่งข้อมูลเชิง

ลึกเหล่านี้มีความสำคัญต่อการระบุปัจจัยที่เอื้อต่อหรือขัดขวางความร่วมมือในการใช้ยา ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาและสำรวจประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีต่อความร่วมมือในการใช้ยา เพื่อให้เข้าใจถึงปัจจัยและความหมายที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาในชีวิตจริงของผู้ป่วยและนำไปสู่การพัฒนาการดูแลรักษาที่ตอบสนองความต้องการและบริบทของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีต่อความร่วมมือในการใช้ยา

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยนี้ใช้หลักแนวคิดของทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (Orem's Self-Care Theory) เน้นบทบาทของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตนเองในด้านการใช้ยา ภายใต้การดูแลของแพทย์และได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวจากพยาบาลอย่างไรก็ตาม การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยามักไม่ได้อาศัยกรอบทฤษฎีเป็นพื้นฐานที่ชัดเจน แต่เน้นการเข้าใจประสบการณ์ตรงของผู้ให้ข้อมูลหลัก การใช้แนวคิดของ Orem จึงถูกปรับใช้เป็นแนวทางเพื่อช่วยอธิบายและตีความประสบการณ์ของผู้ป่วยในการจัดการและปฏิบัติตามการใช้ยา โดยยึดข้อมูลจากประสบการณ์จริงของผู้ป่วยเป็นแกนหลักของการศึกษา (Lohacheewa & Chanapan, 2020; Tanaka, 2022) ซึ่งความสอดคล้องกับการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา ที่เน้นการเข้าใจประสบการณ์ตรงของผู้ให้ข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มาตรวจตามนัดเพื่อรับการรักษาต่อเนื่อง สามารถรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง และให้ข้อมูลได้ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเกิดจากความตั้งใจที่มีแบบแผน มีการเรียนรู้ถึงผลของการกระทำและผลของการกระทำนั้น ๆ มาจากการตระหนักรู้ด้วยตนเองจากการได้รับการสอนหรือคำแนะนำ

หรือเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงของตนเองในชีวิตประจำวัน และยังสามารถนำความรู้นั้นมาใช้ในการจัดการกับปัจจัยที่ส่งเสริมหรือเป็นผลด้านลบต่อการกระทำปกติอีกด้วย (Lohacheewa & Chanapan, 2020)

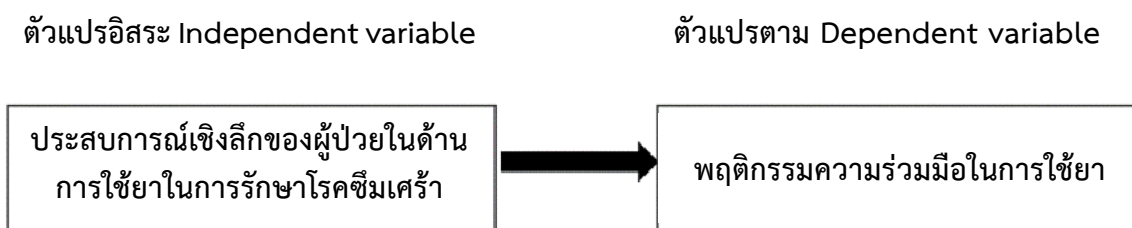
จากการศึกษาของ Tepsuan (2025) เรื่องการศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ทัศนคติต่อความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในรูปแบบการศึกษาเชิงปริมาณ พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและทัศนคติเชิงบวกต่อการรักษามีความร่วมมือในการกินยาสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ การให้ความรู้และส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกจึงช่วยเพิ่มความสม่ำเสมอในการใช้ยาและอาจส่งผลดีต่อการรักษาโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ Sripirom, Jongjitwibulphon and Wannarit (2022) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับสูงหลังได้รับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สำหรับการศึกษาในต่างประเทศ ในด้านการศึกษาเชิงปริมาณ เช่น del Pino-Sedeño et al. (2024) ศึกษาการให้โปรแกรมความรู้ที่มีหลายองค์ประกอบ โดยกลุ่มที่ได้รับการความรู้มีอัตราการใช้ยาต่อเนื่องในช่วง 3-6 เดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ได้รับการติดตามใกล้ชิดและได้รับข้อมูลสุขภาพจิตควบคู่กัน

นอกจากนี้ Pedrosa-Naudin et al. (2022) ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่ใช้ยาตามแผนการรักษาพบว่า อัตราการไม่ร่วมมือในการใช้ยาด้านเศร้าอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ เพศ อายุ ประเภทของยาที่ใช้ และโรคร่วมทางกาย

ในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ Hamlin et al (2023) ศึกษาเรื่อง ประสบการณ์ของผู้ป่วยในการติดตามการรักษาด้วยยาด้านอาการซึมเศร้าแบบดิจิทัลในการดูแลผู้ป่วยนอก จิตเวช: การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ พบว่า แอปพลิเคชันดิจิทัลเป็นส่วนเสริมที่มีคุณค่าต่อการรักษาด้วยยาด้านอาการซึมเศร้า ช่วยเน้นย้ำให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น และจากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการศึกษาในด้านประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีต่อความร่วมมือในการใช้ยาแบบการศึกษาเชิงคุณภาพที่ไปสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยตรง จึงเป็นที่มาของการวิจัยนี้

สรุปได้ว่า การศึกษาที่ผ่านมา เป็นการศึกษาในเชิงปริมาณ ยังไม่พบการศึกษาในเชิงคุณภาพที่มีวิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยตรง ที่ใช้วิธีการตามหลักการของการวิจัยเชิงคุณภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวความคิด

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยศึกษาความหมายและสาระสำคัญของประสบการณ์ผู้ป่วยในการใช้ยาและพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา ผ่านมุมมอง ความรู้สึก และการตีความของผู้ป่วยเองซึ่งจะช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น โดยการศึกษาใช้หลักทฤษฎีของโอเร็มในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการสัมภาษณ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) เพื่อศึกษาประสบการณ์และความหมายที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้มีต่อความร่วมมือในการใช้ยา (medication adherence) โดยวิธีวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis)

ในงานวิจัยนี้ เป็นการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (hermeneutic phenomenology) โดยใช้หลักการตีความของ Colaizzi (1978) โดยใช้หลักวิเคราะห์ข้อมูลระบุประเด็นสำคัญ ตีความ จัดกลุ่ม และรวมประเด็นสำคัญ และมีการยืนยัน เพื่อให้แน่ใจว่าการตีความสอดคล้องกับความเข้าใจของผู้ป่วย

ประชากร

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition และมีประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้ยาด้านเศร้า (antidepressants) โดยเป็นผู้ที่อยู่ระหว่างได้รับการรักษา

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค ซึมเศร้า (Major Depressive Disorder: MDD)

ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM-5 ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งและอยู่ในระยะที่สามารถให้ข้อมูลได้ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ (1) อายุ 18 ปีขึ้นไป (2) ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (3) รับประทานยาด้านเศร้าเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน (4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) มีดังนี้ (1) ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย เช่น โรคจิตเภท (schizophrenia) โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) หรือโรคบุคลิกภาพผิดปกติ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่ออาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการใช้ยา (2) มีภาวะสมองเสื่อมหรือความบกพร่องทางสติปัญญา (cognitive impairment) ที่รบกวนการสื่อสาร และให้ข้อมูลได้อย่างครบถ้วน (3) อยู่ในภาวะวิกฤตทางจิตเวช เช่น มีความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตายอย่างรุนแรงในขณะสัมภาษณ์ ซึ่งอาจเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (4) ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้อย่างชัดเจน หรือมีอุปสรรคด้านภาษา ทำให้ไม่สามารถสัมภาษณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ วิธีการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลส่งผู้อำนวยการโรงพยาบาล และประสานงานกับพยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิกจิตเวชเพื่อสัมภาษณ์และเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล จากนั้นได้ให้ข้อมูลที่แจ้งกับผู้เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์สองครั้งเพื่อให้ข้อมูลอ้อมตัว จำนวน 15 คน (Suwathanpornkul, 2019) คัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเข้าที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลเป็นข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความพอเพียงของรายได้ เพื่อใช้อธิบายลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview guide) โดยใช้คำถามเปิด เช่น ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้ยา ปัจจัยที่ส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการใช้ยา ผลลัพธ์ของความร่วมมือในการใช้ยา เป็นต้น

3. แบบบันทึกที่ได้จากการสังเกตในขณะสัมภาษณ์ เช่น การแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง ที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงออกในขณะให้สัมภาษณ์

4. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ และ เครื่องบันทึกเสียง แบบบันทึกข้อมูลภาคสนาม (field notes) แบบฟอร์มขอความยินยอม (informed consent form) ปากกา และสมุดบันทึก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการ ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 1 ท่าน โดยได้นำแบบสัมภาษณ์เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งสามประเมินความสอดคล้องของแต่ละคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยใช้เกณฑ์การประเมินแบบสามระดับ ได้แก่ +1 = สอดคล้อง 0 = ไม่แน่ใจ และ -1 = ไม่สอดคล้อง จากนั้นคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Item-Objective Congruence Index: IOC) โดยคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป ถือว่ามีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและสามารถนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริงได้ (Suwathanpornkul, 2019) ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิไปปรับปรุงถ้อยคำและโครงสร้างของคำถามให้มีความชัดเจนเหมาะสม และตรงประเด็นมากยิ่งขึ้น

2. นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้สัมภาษณ์ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ที่เคยได้รับการรักษาในช่วงมีอาการซึมเศร้า จำนวน 5 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีต่อคำถาม

ความน่าเชื่อถือของข้อมูล

1. มีการสัมภาษณ์ซ้ำกับผู้ให้ข้อมูลคนเดิม เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูล และยืนยันข้อมูลเป็นความจริงที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

2. นำข้อมูลที่ถอดเทป มาตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลซ้ำ เพื่อยืนยันการตีความว่าถูกต้อง

3. ใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บข้อมูลต่างกันโดยได้ตรวจสอบข้อมูลหลายมุมมอง จากแหล่งผู้ให้ข้อมูลหลายคนในบริบทเดียวกัน จากการสัมภาษณ์ จากการสังเกต และจากเอกสารเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สอดคล้องกัน

4. มีการเก็บข้อมูลอย่างละเอียด โดยผู้วิจัยได้บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละคนอย่างละเอียด เพื่อเข้าใจบริบทของคำตอบได้ดีขึ้น

การพิทักษ์สิทธิ์

ในการวิจัย มีการให้ข้อมูลและขอความยินยอมอย่างเต็มที่ ซึ่งแจ้งการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัวของผู้เข้าร่วม และขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย รหัสโครงการ 1/2567 เอกสารรับรองเลขที่ SN 2567-09 วันที่ 17 เมษายน 2568

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. การขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันที่เกี่ยวข้องก่อนเริ่มเก็บข้อมูล

2. การเตรียมเครื่องมือและแนวคำถามสัมภาษณ์ พัฒนาแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างโดยอิงจากวัตถุประสงค์ของการวิจัย และผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 3 ท่าน ทดสอบเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างนำร่อง 1-2 ราย และปรับปรุงตามความเหมาะสม

3. การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก (key Informants) ใช้เทคนิคการเลือกแบบเจาะจง (purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) และคัดเลือกจำนวนผู้ให้ข้อมูลโดยใช้หลักอิ่มตัวของข้อมูล (data saturation) โดยประมาณ 15 ราย

4. การนัดหมายและเตรียมสถานที่สัมภาษณ์ ติดต่อผู้ให้ข้อมูลล่วงหน้าและนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ที่สะดวกและเป็นส่วนตัว เช่น ห้องปรึกษาในคลินิก หรือห้องสัมภาษณ์ในโรงพยาบาล และจัดเตรียมเครื่องบันทึกเสียง และอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น แบบฟอร์มยินยอม เครื่องเขียน

5. การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ดำเนินการสัมภาษณ์โดยใช้แนวคำถามเปิด เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าประสบการณ์ด้วยตนเอง ใช้การสนทนาแบบไม่เป็นทางการสร้างความไว้วางใจ และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ประสบการณ์ได้เพิ่มเติมที่ การสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาทีต่อราย และบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ทุกครั้งและจดบันทึกประกอบ

6. การรักษาความลับและการจัดเก็บข้อมูล เก็บข้อมูลทั้งหมดไว้ในรูปแบบไม่ระบุตัวตน (ใช้รหัส เช่น ID1 ID และจัดเก็บเอกสารและไฟล์เสียงในอุปกรณ์ที่มีรหัสผ่าน และเข้าถึงได้เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงปริมาณ คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ คือ การวิเคราะห์ข้อมูล

เชิงเนื้อหา (qualitative content analysis) การวิเคราะห์ธีม (thematic analysis)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 2 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และ (2) ประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีต่อความร่วมมือในการใช้ยา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ประกอบด้วยผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าจากจิตแพทย์ และมีประสบการณ์ในการรักษาด้วยยาต้านเศร้าเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และให้ความร่วมมือหรือไม่ร่วมมือในการรับประทานยาต่อเนื่อง จำนวน 15 คน มีข้อมูลทั่วไป คือ เพศ (1) หญิง 10 คน (66.67%) (2) ชาย 5 คน (33.33%) อายุ (1) 25-44 ปี 11 คน (73.33%) (2) อายุ 45-64 ปี 4 คน (26.67%) ระดับการศึกษา (1) ประถมศึกษา 3 คน (20%) (2) มัธยมศึกษาตอนต้น 2 คน (13.33%) (3) มัธยมศึกษาตอนปลาย 4 คน (26.67%) (4) ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) 1 คน (6.67%) (5) ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) 2 คน (13.33%) (6)ปริญญาตรี 3 คน (20%) อาชีพ (1) รับจ้าง 5 คน (33.33%) (2) ค้าขาย 4 คน (26.67%) (3) แม่บ้าน 2 คน (13.33%) (4) ไม่ได้ประกอบอาชีพ 4 คน (26.67%) ความเพียงพอของรายได้ (1) เพียงพอเหลือเก็บ 5 คน (33.33%) (2) เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ 8 คน (53.34%) (3) ไม่เพียงพอ เป็นหนี้ 2 คน (13.33%) โรคประจำตัว (1) ทางกาย 10 คน (66.67%) (2) ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย 5 คน (33.33%)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์

จากตาราง 1 แสดงข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 15 คน ที่ผ่านการวิเคราะห์แบบการสังเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยมีรายละเอียดข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

ตาราง 1

สรุปหมวดหมู่ หมวดหมู่ย่อย และประเด็นความร่วมมือในใช้ยาต้านอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

หมวดหมู่ (Category)	หมวดหมู่ย่อย (Sub-category)	ธีม (Theme)
1. ความหมายของการใช้ยาในมุมมองของผู้ป่วย	1.1 ความคาดหวังต่อยา	1.1.1 การใช้ยาเป็นเครื่องมือเพื่อการจัดการปัญหาความเจ็บป่วย
	1.2 การพึ่งพายาเพื่อควบคุมอารมณ์	1.2.1 การพึ่งพายาเพื่อหลีกเลี่ยงความไม่มั่นคงทางจิตใจ
	1.3 การใช้ยาเป็นกิจวัตร	1.3.1 ยา ส่วนหนึ่งของตารางชีวิตที่ต้องทำเสมอ
2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา	2.1 การสนับสนุนจากครอบครัว	2.1.1 การสนับสนุนจากครอบครัว
	2.2 การสนับสนุนของบุคลากรทางการแพทย์	2.2.1 บุคลากรทางการแพทย์ให้ความรู้ ติดตามอาการ และให้ความช่วยเหลือให้คำแนะนำ 2.2.1.1 แพทย์อธิบายเข้าใจ มองเห็นประโยชน์ 2.2.1.2 พยาบาลให้ความรู้ในการปฏิบัติคนทุกครั้งที่ไปตรวจตามนัด 2.2.1.3 อสม. ให้ความสนใจดูแลติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง
	3.1 อุปสรรคด้านผู้ป่วยในการใช้ยา	3.1.1 ความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องยา 3.1.1.1 ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า 3.1.1.2 ความกลัวการติดยา 3.1.2 ขาดความรู้ 3.1.2.1 ขาดความรู้เกี่ยวกับการออกฤทธิ์ของยา 3.1.3 การหลงลืมหรือเบื่อหน่าย 3.1.3.1 หมกมุ่นกับการทำงาน 3.1.3.2 มีความเบื่อหน่ายต่อการกินยา
3. อุปสรรคต่อความร่วมมือในการใช้ยา	3.2 งบประมาณ	3.2.1 ไม่อยากให้ใครทราบว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวช
	3.3 อุปสรรคด้านอาการของโรค	3.3.1 อาการของโรคระดับรุนแรง 3.3.2 อาการของโรคทำให้ใช้ยาไปในทางอันตราย 3.3.2.1 ใช้ยาที่มีอยู่รับประทานเพื่อทำร้ายตนเอง
	3.4 อุปสรรคด้านยา	3.4.1 ผลข้างเคียงของยา 3.4.2 ระยะเวลาการรักษาด้วยยา
	3.5 อุปสรรคด้านขาดการสนับสนุนจากสังคม	3.5.1 ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว/คู่สมรส/เพื่อน
	3.6 อุปสรรคด้านการรับบริการด้านสาธารณสุข	3.6.1 การไปพบแพทย์บ่อยครั้ง 3.6.2 ยาในโรงพยาบาลไม่มีจำหน่าย
	4.1 การควบคุมอาการและอารมณ์	4.1.1 การเปลี่ยนแปลงและการฟื้นคืนคุณภาพชีวิต
4. ผลลัพธ์จากความร่วมมือในการใช้ยา	4.2 การกลับเข้าสู่บทบาททางสังคม	4.2.1 ทำงานได้เป็นปกติ
	4.3 ความภาคภูมิใจในการดูแลตนเอง	4.3.1 มีชีวิตปกติแบบก่อนป่วย

1. ความหมายของการใช้ยาในมุมมองของผู้ป่วย

1.1 ผู้ป่วยมีความคาดหวังต่อยา (1.1.1) มีการใช้ยาเป็นเครื่องมือเพื่อการจัดการปัญหาความเจ็บป่วย ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ คือ “ฉันกินยาเพราะอยากหาย อยากกลับไปใช้ชีวิตเหมือนคนปกติ” (ผู้ให้ข้อมูล: ID3) “บางช่วงที่ฉันไม่สบาย นิ่งนิ่ง ๆ ไม่ได้ ต้องเดินไปเดินมา ทำงานก็ยังเดิน เหมือนในใจมันร้อนรุ่ม เหมือนจะระเบิด ออกมาอยู่ตลอดเวลา พุดก็เร็วมาก เหมือนสมองหยุดคิดไม่ได้ แต่หลังจากกินยา ฉันสงบลงได้ ฉันดีใจ ยาช่วยฉันได้” (ผู้ให้ข้อมูล: ID9) “ผมป่วยมานาน ช่วงแรก ๆ ผมคิดว่าไม่ได้เป็นอะไร จึงไม่กินยา คิดวนเวียนแต่เรื่องไม่ดี อยากตาย คุณให้ผมลองฟัง ผมเข้าใจมากขึ้น แต่นั่นก็กินยามาตลอด ช่วง 5 ปีมานี้ ผมกินยาครบ น้องสาวคอยจัดยาให้ทุกวัน ผมกินตามที่หมอบอก ไม่เคยขาด ผมกินยาก่อนนอนเร็ว 6 โมงเย็นผมก็กินแล้ว ง่วง หลับ ไม่กินยานอนไม่หลับ ยาช่วยให้ผมสดชื่นขึ้น ไม่คิดมาก ผมไปออกกำลังกายที่สนาม ฟุตบอลใกล้บ้านทุกวัน” (ผู้ให้ข้อมูล: ID14)

1.2 การพึ่งพายาเพื่อควบคุมอารมณ์ (1.2.1) ผู้ป่วยมีการพึ่งพายาเพื่อหลีกเลี่ยงความไม่มั่นคงทางจิตใจ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ คือ “ยาช่วยให้ฉันนอนหลับ ถ้าไม่กินฉันจะคิดฟุ้งซ่าน จะนอนไม่หลับเลย” (ผู้ให้ข้อมูล: ID2) “ฉันพยายามนอนตั้งแต่สามทุ่ม แต่กว่าจะหลับจริง ๆ ก็เกือบตีสองทุกคืนเลย ไม่รู้เป็นอะไร กินยาที่หมอให้มาก็ไม่หลับ จนบางครั้งคิดว่า ยาไม่ได้ช่วยอะไร ไม่อยากกิน แต่ยัง ไม่เคยหยุดกินนะ ไม่กล้า ได้แต่คิด กลัวจะป่วยมากกว่านี้ ฉันอยากหายป่วย เวลาที่หลับได้ใจฉันเบาขึ้น หยุดคิดซ้ำ ๆ ได้” (ผู้ให้ข้อมูล: ID9) “ในช่วงเริ่มกินยา ฉันมีอาการเศร้ามาก กินยาแล้วไม่ดีขึ้น สงสัยว่าทำไมยาไม่ออกฤทธิ์ แต่ประมาณ 1 เดือนหลังจากนั้น ฉันนอนหลับได้ดีขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูล: ID11)

1.3 การใช้ยาเป็นกิจวัตรประจำวัน (1.3.1) ยาเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่ต้องทำเสมอ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ คือ “เหมือนกินข้าว กินยา มันเป็นกิจวัตรไปแล้ว” (ผู้ให้ข้อมูล: ID3) “ช่วง 10 ปีมานี้ ผมกินยาครบทุกมือ น้องสาวคอยจัดยาให้ทุกวัน ผมกินตามที่หมอบอก ไม่เคยขาด ผมกินยาก่อนนอนเร็ว 6 โมงเย็นผมก็กินแล้ว ง่วง

หลับ ไม่ต้องกินยานอนหลับ ยาช่วยให้ผมสดชื่นขึ้น ไม่คิดมาก ผมไปออกกำลังกายที่สนามฟุตบอลใกล้บ้านทุกวัน ยาเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตผม” (ผู้ให้ข้อมูล: ID14) “สมองมันตื้อไปหมด คิดอะไรก็ไม่ออก ไม่อยากทำอะไรเลย แม้แต่จะขยับตัวก็ไม่มีแรง ถึงแม้ว่าการจะหนักแต่ฉันก็กินยา สามียกยอให้กิน ฉันกินยาครบทุกมือ” (ผู้ให้ข้อมูล: ID15)

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา

2.1 การสนับสนุนจากครอบครัว (2.1.1) ในด้านปัจจัยแวดล้อมที่หล่อหลอมพฤติกรรมกรรมการกินยา ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ คือ “สงสารแม่ ฉันป่วยเป็นภาระแทนที่ฉันจะดูแลแม่ แม่ต้องมาดูแลฉัน ฉันไม่เคยขาดยา เพราะแม่จัดยาให้ฉันกิน งานก็ไม่มีทำ บางครั้งอยากตาย แม่ก็มากอยุ่กับฉัน พุดให้กำลังใจ ฉันรู้สึกไม่มีค่า เป็นภาระของแม่ ฉันบาปจริง ๆ” (ผู้ให้ข้อมูล: ID2) “ในช่วงที่ฉันมีอาการเศร้ารุนแรงมาก ฉันคิดไม่อยากมีชีวิตอยู่ ไม่อยากกินยา บางครั้งมีหิวแหว่ บอกให้ฆ่าตัวตาย จะได้สิ้นเรื่อง แต่ฉันคิดถึงเหลน อายุเพิ่ง 9 ขวบ ถ้าฉันตาย เขาจะอยู่กับใคร ฉันจึงต้องกินยาตามหมอบอก” (ผู้ให้ข้อมูล: ID7) “สมองมันตื้อไปหมด คิดอะไรก็ไม่ออก ไม่อยากทำอะไรเลย แม้แต่จะขยับตัวก็ไม่มีแรง ถึงแม้ว่าการจะหนักแต่ฉันก็กินยา สามียกยอให้กิน ฉันกินยาครบทุกมือ” (ผู้ให้ข้อมูล: ID15)

2.2 ความสัมพันธ์กับบุคลากรทางการแพทย์

2.2.1 บุคลากรทางการแพทย์ให้ความรู้ติดตามอาการ และให้ความช่วยเหลือให้คำแนะนำ (2.2.1.1) แพทย์อธิบายเข้าใจ มองเห็นประโยชน์ (2.2.1.2) พยาบาลให้ความรู้ในการปฏิบัติตนทุกครั้งที่ได้ไปตรวจตามนัด และ (2.2.1.3) อสม. ให้ความสนใจดูแลติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ คือ “อสม. ให้ความสนใจดูแลติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง มาเยี่ยมที่บ้าน เจอที่ตลาดก็ทักทายกัน เป็นที่พึ่งยามเดือดร้อนได้” (ผู้ให้ข้อมูล: ID7) “พยาบาลพุดคุยกับฉัน ให้ความรู้ในการปฏิบัติตนทุกครั้งที่ได้ไปตรวจตามนัด และคอยติดตามทุกข์สุขของฉัน” (ผู้ให้ข้อมูล: ID8) “ฉันรับยาที่คลินิกใกล้บ้าน ไปตรวจตามนัด

ทุกครั้งเพราะสะดวกใกล้บ้าน คุณหมอดี ให้คำแนะนำทุกครั้ง” (ผู้ให้ข้อมูล: ID12) “หมออธิบายดี ฟังแล้วเข้าใจ ฉันเลยเชื่อใจและกินยา” (ผู้ให้ข้อมูล: ID15)

3. อุปสรรคต่อความร่วมมือในการใช้ยา

3.1 อุปสรรคด้านผู้ป่วย

3.1.1 ความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องยา (3.1.1.1) ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และ (3.1.1.2) ความกลัวการติดยา ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ คือ “ฉันจะไม่กินยาตอนที่ฉันสบายดี จะกินยาเฉพาะตอนที่ป่วยหรือซึมเศร้าเท่านั้น ฉันกลัวติดยาต้องกินตลอดไป” (ผู้ให้ข้อมูล: ID1) “หมอให้ยาด้านเศร้ามา แต่ฉันลืมนั่ง ฉันกลัวว่าถ้ากินแล้วจะติดยา ต้องพึ่งมันตลอดชีวิต กลัวว่าร่างกายจะชินกับยา แล้วต้องเพิ่มขนาดยาไปเรื่อย ๆ หรือเลิกกินไม่ได้” (ผู้ให้ข้อมูล: ID5) “ในช่วงรอตตรวจ ผู้ป่วยอื่นที่นั่งรอตด้วยกัน บอกฉันว่าคนกินยาพวกนี้จะเลิกไม่ได้ พอหยุดก็จะทรุดลงกว่าเดิม เลยรู้สึกไม่กล้ากิน ถึงจะรู้สึกแยแต่ก็ไม่อยากติดยา” (ผู้ให้ข้อมูล: ID10) “ฉันเคยได้ยินว่าคนกินยาพวกนี้จะเลิกไม่ได้ พอหยุดก็จะทรุดลงกว่าเดิม เลยรู้สึกไม่กล้ากิน ถึงจะรู้สึกแยแต่ก็ไม่อยากติดยา” (ผู้ให้ข้อมูล: ID11)

3.1.2 ขาดความรู้ (3.1.2.1) ขาดความรู้เกี่ยวกับการออกฤทธิ์ของยา ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ คือ “มีคนบอกฉันว่า กินยาด้านเศร้าไปนาน ๆ จะทำให้ไตเสียหาย ทำให้เกิดผลข้างเคียงต่อไต โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเรากินยาเป็นเวลานาน” (ผู้ให้ข้อมูล: ID1) “ฉันรู้ว่าตัวเองต้องการความช่วยเหลือ แต่พอคิดว่าจะต้องกินยาต่อเนื่องนาน ๆ มันก็รู้สึกกลัว กลัวว่าจะหลุดออกจากวงจรนี้ได้” (ผู้ให้ข้อมูล: ID13) “หมอให้มากินบอกว่ามันช่วยให้อารมณ์ดีขึ้น แต่ฉันกินแล้วมันมี ๆ ง ๆ ยากจะช่วยฉันให้หายป่วยได้จริงไหม” (ผู้ให้ข้อมูล: ID10)

3.1.3 การหลงลืมหรือเบื่อหน่าย (3.1.3.1) หมกมุ่นกับการทำงาน และ (3.1.3.2) มีความเบื่อหน่ายต่อการกินยา ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ คือ “งานฉันยุ่งมาก บางวันฉันลืมกินยา” (ผู้ให้ข้อมูล: ID1) “ความเข้าใจผิดว่าถ้าลืม ก็ไม่ต้องกินไปทั้งวัน” (ผู้ให้ข้อมูล: ID4) “ฉันวางยาบนหัวเตียง แต่พอตื่นเช้าก็รีบไปทำงาน ลืมทุกที” (ผู้ให้ข้อมูล: ID5) “กินทุกวันจนรู้สึกเหมือนเป็นหุ่นยนต์ สมองไม่แล่น

ทำงานไม่ว่องไวเหมือนแต่ก่อน เบื่อที่จะกินทุกวัน” (ผู้ให้ข้อมูล: ID8) “ต้องกินยาแบบนี้ไปอีกนานแค่ไหน มันน่าเบื่อและรู้สึกเหมือนชีวิตไม่ปกติเลย” (ผู้ให้ข้อมูล: ID13)

3.2 แรงกดดันจากสังคม (3.2.1) ไม่อยากให้ใครทราบว่าป่วยจิตเวช ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ คือ “ฉันไม่กล้าพกยาติดตัว เพราะถ้ามีใครเห็นขวดยา แล้วรู้ว่าเป็นยาจิตเวช เขาจะมองฉันเหมือนคนบ้าแค่สายตานั่นก็ทำให้ฉันรู้สึกแยพอที่จะไม่อยากกินยาอีก” (ผู้ให้ข้อมูล: ID2) “ไม่อยากให้ใครรู้ว่าฉันต้องกินยาจิตเวช” (ผู้ให้ข้อมูล: ID5) “ดิฉันแต่งงานครั้งนี้เป็นครั้งที่ 2 ขณะนี้อยู่กับสามีคนที่ 2 เป็นแม่บ้าน มีลูกสาว 1 คน สามีไม่ให้ออกนอกบ้าน ให้เงินจำกัด เงินไม่พอใช้ก็ทะเลาะกัน สามีเข้มขู่ ตบตี ดิฉันเบื่อมาก จนเป็นซึมเศร้า หมดความสุขในชีวิต ซังกะตายไม่เคยหัวเราะมานานแล้ว ฉันสงสารลูก ไม่อยากให้ใครรู้ว่าฉันป่วยทางจิตเวช” (ผู้ให้ข้อมูล: ID11)

3.3 อุปสรรคด้านอาการของโรค

3.3.1 อาการของโรคในระดับรุนแรงมีผลต่อความร่วมมือการรักษา ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ คือ “มันไม่ใช่แค่ซีเกียจนะ มันหมดแรงจากข้างในจริง ๆ เหมือนพลังงานชีวิตมันหายไป ยามันก็แค่เม็ดยา ฉันไม่เห็นว่ามันจะช่วยอะไรได้เลยตอนนี้ ในบางครั้งฉันคิดว่า ยาทำให้ไม่มีแรงมากกว่าเดิมเสียด้วยซ้ำ” (ผู้ให้ข้อมูล: ID9) “ผมเบื่อชีวิตแบบนี้ กินยาตามที่หมอบอกมา 3-4 เดือน ก็ไม่เห็นมีอะไรดีขึ้น ฉันไม่อยากทำอะไร ไม่อยากทำงาน ไม่มีแรงแม้แต่ต้องคอยช่วยฉันตลอด ผมเป็นผู้ชาย แต่ผมเป็นภาระมันช่างไร้ค่าจริง ๆ” (ผู้ให้ข้อมูล: ID10) “ฉันถูกสามีตบตีทำร้าย บางช่วงซึมเศร้ามาก คิดอยากตาย เคยคิดจะกระโดดน้ำตาย แต่ห่วงลูก เพราะพ่อก็คงไม่ดูแล ฉันเคยไม่กินยา เพราะรู้สึกว่ายาไม่ช่วยอะไร กลับทำให้ฉันหมดแรง ซึม สมองไม่ปลอดภัย” (ผู้ให้ข้อมูล: ID11) “การเผชิญกับความทุกข์ใจเป็นเวลานาน ทำให้ฉันมีอารมณ์เศร้าเรื้อรัง ปัญหาต่าง ๆ รอบตัวไม่รู้จักหมดสิ้น บางครั้งการจมปลักทำให้ฉันรู้สึกไม่มีค่า ในบางครั้งฉันมีความคิดว่า หรือว่าเป็นเพราะฉันเอง ที่เป็นต้นเหตุของปัญหาทุกอย่างในครอบครัว ฉันไม่อยากกินยา เปื่อ บางครั้งไม่อยากมีชีวิตอยู่” (ผู้ให้ข้อมูล: ID13)

3.3.2 อาการของโรคทำให้เข้าไปในทางอันตราย (3.3.2.1) ใช้ยาที่มีอยู่รับประทานเพื่อทำร้ายตนเอง ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ คือ “บางช่วงเวลาที่ฉันป่วยมาก ๆ แม่และสามียุ่งกับงาน ไม่มีเวลามาดูแลฉัน ฉันมีความคิดอยากตาย มีอยู่ครั้งหนึ่ง ฉันกินยาที่หมอให้มานี้แหละ กินหมดเลย แม่มาเจอพอดี พาไปล้างท้อง เลยรอดมาได้” (ผู้ให้ข้อมูล: ID2)

3.4 อุปสรรคด้านยา

3.4.1 ด้านผลข้างเคียงของยา ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ คือ “ผมสังเกตว่า หลังกินยาจะมีอาการปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก ไม่สุขสบายเลย บางครั้งไม่ได้กินยาตรงตามเวลา เพราะกินแล้วไม่ค่อยสบาย” (ผู้ให้ข้อมูล: ID6) “ยาทำให้ฉันง่วงทั้งวัน ทำอะไรไม่ได้เลย ไม่อยากกิน” (ผู้ให้ข้อมูล: ID9) “ฉันกินยาทุกครั้ง แต่ตื่นมารู้สึกเหนื่อยเหมือนไม่ได้นอน จิตใจไม่สบาย ยาช่วยรักษาแบบไหน ยิ่งกินยิ่งง่วง ๆ เหมือนอาการป่วยจะมีอาการรุนแรงมากขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูล: ID12)

3.4.2 ระยะเวลาการรักษาด้วยยา ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ คือ “ฉันป่วยมา 5 ปี เคยหยุดกินยานะ หยุดไป 3-4 ครั้งสมองุ่นวายคิดมาก ไม่โล่ง อารมณ์หงุดหงิด บางช่วงอารมณ์ดิ่งลง เศร้า ไม่อยากทำอะไร ต้องหันกลับมาหาหมอใหม่ ต้องกินยา ตอนนี้ กินอยู่แค่เดียว ทำงานได้ ฉันไม่กล้าหยุดยาอีกแล้ว” (ผู้ให้ข้อมูล: ID1) “เมื่อไหร่ฉันจะหยุดยาได้จริง ๆ สักที นี่คือการถามที่ฉันอยากได้คำตอบมาตลอด หมอไม่ให้ฉันหยุดกินยาสักที ไม่อยากกินยานี้ไปนาน ๆ” (ผู้ให้ข้อมูล: ID9) “ยิ่งหมอบอกว่าหยุดยาเองไม่ได้ ต้องค่อย ๆ ลดยาอีก ยิ่งรู้สึกว่าเป็นภาระ ฉันต้องกินยาไปตลอดชีวิตไหม ฉันไม่อยากอยู่ในสภาพผู้ป่วยตลอดไป” (ผู้ให้ข้อมูล: ID10)

3.5 อุปสรรคด้านขาดการสนับสนุนจากสังคม

3.5.1 ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว/คู่สมรส/เพื่อน ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ คือ “รู้สึกไม่แน่ใจว่า ยาจะช่วยให้มีกำลัง ร่างกายแข็งแรงขึ้น เพราะในบางครั้ง ไม่กินยา ก็มีอาการเหมือนเดิม กินกับไม่กินไม่เห็นจะต่างกันเลย ผมไม่มีใครดูแล ต้องหากินสู้ชีวิตคนเดียว แม่อยู่ต่างจังหวัด ยอมรับว่าผมไม่มีใคร พอเริ่ม ๆ มีอาการต้องรีบไปหาหมอ” (ผู้ให้ข้อมูล: ID3) “ฉันต้องดูแล

คนในบ้านทุกอย่าง สามีให้ค่าใช้จ่ายจำกัด ชีวิตไม่เป็นอิสระ เวลาฉันป่วยไม่มีใครดูแลฉัน ไม่มีใครสนใจ สามีก็ไม่สนใจ” (ผู้ให้ข้อมูล: ID5)

3.6 อุปสรรคด้านการรับบริการด้านสาธารณสุข

3.6.1 การไปพบแพทย์บ่อยครั้ง ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ คือ “ในช่วงที่ผมไม่สบาย ผมต้องมาพบหมอบ่อยครั้งมาก ทำให้ผมเสียเวลา เสียค่าใช้จ่าย บางครั้งผมไม่อยากมาพบหมอตตามนัด” (ผู้ให้ข้อมูล: ID6) “หมอให้มาพบบ่อยครั้งเพื่อปรับขนาดยา มาที่เป็นวัน เสียค่าเดินทาง เสียค่ายา บางครั้งก็ไม่ได้มาตามนัด” (ผู้ให้ข้อมูล: ID7)

3.6.2 ยาในโรงพยาบาลไม่มีจำหน่าย ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ คือ “ยาเดิมที่กินแล้วดี กลับไม่มี ต้องเปลี่ยนสูตรใหม่ แล้วมันก็ไม่ค่อยได้ผลเหมือนเดิม” (ผู้ให้ข้อมูล: ID8) “เวลายาขาด เขาก็ให้ซื้อเองข้างนอก แต่มันแพง เราไม่มีเงินพอจะซื้อยาทุกเดือน” (ผู้ให้ข้อมูล: ID15)

4. ผลลัพธ์จากความร่วมมือในการใช้ยา

4.1 การควบคุมอาการและอารมณ์ (4.1.1) การเปลี่ยนแปลงและการฟื้นคืนคุณภาพชีวิต ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ คือ “ตอนนี้ฉันไม่ร้องไห้พรวดพราดแล้ว คิดอะไรเป็นระบบมากขึ้น รู้สึกว่าชีวิตปกติกลับมาแล้ว” (ผู้ให้ข้อมูล: ID8) “เมื่อก่อนฉันปฏิเสธทุกนัด ไม่อยากเจอใคร ไม่อยากคุยกับใคร แต่ตอนนี้ฉันเริ่มกลับไปคุยกับเพื่อนเก่า ไปตลาดเองได้โดยไม่ต้องพยายามหลบหน้าใครเหมือนแต่ก่อน” (ผู้ให้ข้อมูล: ID5) “ฉันดีใจมาก ชีวิตฉันมีคุณค่ากลับมาอีกครั้ง ฉันไม่เศร้าแล้ว ทำงานได้แล้ว” (ผู้ให้ข้อมูล: ID4)

4.2 การกลับเข้าสู่บทบาททางสังคม (4.2.1) ทำงานได้เป็นปกติ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ คือ “ช่วงที่ป่วยหนัก ฉันปล่อยลูกไว้กับสามี ไม่แต่งงานบ้านเลย แต่ตอนนี้ฉันเริ่มลุกขึ้นมาทำอาหารให้ลูก ส่งลูกไปโรงเรียน มันอาจไม่มากสำหรับคนอื่น แต่สำหรับฉัน มันคือ การได้กลับมาเป็นแม่อีกครั้ง” (ผู้ให้ข้อมูล: ID11) “หลังจากกินยาอย่างสม่ำเสมอ ฉันเริ่มรู้สึกมั่นใจมากขึ้น กล้าออกจากบ้าน กล้ารับงานนอกเวลา ถึงจะเป็นแค่ไม่กี่ชั่วโมงต่อวัน แต่มันทำให้ฉันรู้สึกว่าฉันยังมีคุณค่า” (ผู้ให้ข้อมูล: ID12)

4.3 ความภาคภูมิใจในการดูแลตนเอง (4.3.1) มีชีวิตปกติแบบก่อนป่วย ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ คือ “เมื่อก่อนฉันไม่เคยสนใจเวลาจะกินยา รู้สึกว่าไม่อยากฟัง

อะไรทั้งนั้น แต่ตอนนี้ฉันเตรียมยาด้วยตัวเอง ตั้งนาฬิกาปลุก เตือนตัวเองทุกวัน มันทำให้ฉันรู้สึกว่องไวอย่างน้อย ฉันก็ยังดูแลตัวเองได้” (ผู้ให้ข้อมูล: ID1) “ฉันเคยคิดว่าตัวเองไร้ค่า ไม่มีอะไรดีเลย แต่ตอนนี้ ฉันเห็นตัวเองในกระจกแล้วคิดว่า เก่งมากที่ผ่านมาได้ ฉันดีเป็นปกติก็เพราะกินยา” (ผู้ให้ข้อมูล: ID2) “ทุกครั้งที่ฉันหิวยามากิน ฉันจะคิดว่า นี่คือการตัดสินใจของฉันทนเอง ฉันเลือกที่จะหาย ฉันภูมิใจในตัวเเองมากที่ไม่ยอมแพ้ ทั้งที่มันก็ไม่ง่ายเลย” (ผู้ให้ข้อมูล: ID7)

การอภิปรายผล

1. ความหมายของการใช้ยาในมุมมองของผู้ป่วย (1.1) ผู้ป่วยมีความคาดหวังต่อยา มีการใช้ยาเป็นเครื่องมือเพื่อการจัดการปัญหาความเจ็บป่วย จากผู้ให้ข้อมูลหลายรายพบว่า ยาถูกมองว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการจัดการปัญหาความทุกข์ทางจิตใจ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้อีกครั้ง ผู้ให้ข้อมูล ID3 ระบุชัดเจนถึงความหวังในการใช้ยา ขณะที่ผู้ให้ข้อมูล ID9 แสดงให้เห็นผลของยาในการควบคุมอาการทางจิต เช่น ความคิดฟุ้งซ่าน พุดเร็ว และความรู้สึกกระวนกระวาย นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูล ID14 แสดงถึงกระบวนการเรียนรู้และการยอมรับตนเอง หลังผ่านประสบการณ์ของโรคซึมเศร้า โดยกล่าวว่าเขาไม่เพียงยอมรับการใช้ยา แต่ยังพัฒนา วินัยในการใช้ยา และเชื่อมั่นว่ายายเป็นส่วนสำคัญของการควบคุมอาการ ความรู้สึกกังวลหลังดีขึ้น และการฟื้นฟูพลังชีวิต ทำให้สามารถออกกำลังกายได้อย่างสม่ำเสมอ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานของ Bui et al. (2022) ที่ชี้ว่า ผู้ป่วยที่เข้าใจกลไกและเป้าหมายของการใช้ยาจิตเวช มีแนวโน้มที่จะยอมรับการรักษามากขึ้น และมองการใช้ยาเป็นส่วนหนึ่งของการฟื้นฟูตัวเอง ไม่ใช่เป็นเครื่องชี้ความอ่อนแอ ในทำนองเดียวกันงานวิจัยของ Crowe, Inder and McCall (2023) พบว่า การรับรู้ว่ายายช่วยลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและฟื้นฟูการทำงานประจำวัน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความหวังและรู้สึกถึงการควบคุมชีวิตที่ดีขึ้น การสนับสนุนจากครอบครัว เช่น ในกรณีของ ID14 ที่น้องสาวคอยจัดยาให้ ยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีวินัยในการใช้ยาและลดโอกาสในการหยุดยาเองโดยรวม ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการศึกษานี้สะท้อน ความหวังว่ายาจะเป็นทางรอดจากความทุกข์ทรมาน ทั้งในแง่อารมณ์ พฤติกรรม และคุณภาพชีวิต การรับรู้ถึงผลในเชิงบวกของยา ทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติเชิงบวกต่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Sajatovic, DiBiasi & Legacy, 2017)

การที่ผู้ป่วยมีเจตคติที่ดีต่อยา มองว่ายายาช่วยควบคุมอารมณ์และฟื้นฟูชีวิตได้ แรงสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ส่งผลต่อการใช้อย่างต่อเนื่อง ใช้หลักทฤษฎีพฤติกรรมวางแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) อธิบาย พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าขึ้นอยู่กับความตั้งใจ ผลมาจากทัศนคติที่มีต่อยา รวมถึงได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา

1.2 ในด้านการพึ่งพาเพื่อควบคุมอารมณ์ ผู้ป่วยมีการพึ่งพาเพื่อหลีกเลี่ยงความไม่มั่นคงทางจิต ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารับประทานยาเพื่อลดอารมณ์เศร้า ลดความไม่มั่นคงทางจิตใจ ทำให้อนหลับสนิท ช่วยปลดปล่อยความเครียด และลดความคิดฟุ้งซ่าน เหมือนกับการให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ID2 หรือ ID9 มีผลต่อประสิทธิภาพโดยรวมของการรักษาด้วยยาสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Solmi et al., 2021)

1.3 การใช้ยาเป็นกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยกินยาด้วยคิดว่าเป็นส่วนหนึ่งของตารางชีวิตที่ต้องทำเสมอ จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลายรายมีรูปแบบการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอและยึดถือเป็นกิจวัตรในชีวิตประจำวัน สะท้อนให้เห็นถึงการยอมรับและบูรณาการพฤติกรรมการใช้ยาเข้าสู่โครงสร้างชีวิตอย่างมั่นคง โดยมองว่าการกินยาเป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำ เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิต (Lin, Yen, Hou, Liao & Lin, 2022) ข้อมูลที่ได้สะท้อนให้เห็นความสอดคล้องกับแนวคิดของความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งหมายถึง การที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ มีงานวิจัยที่สนับสนุนว่า ความสม่ำเสมอในการใช้ยานั้นมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น เช่น ช่วยลดอาการซึมเศร้า เพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตร และทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Pejuskovic, Lero, Pavlovic, Nikolasevic & Pesic, 2023)

นอกจากนี้ การรับประทานยาด้านเศร้าในผู้สูงอายุที่มีสุขภาพกายดี สามารถให้ผลได้ โดยอายุไม่เป็นอุปสรรคต่อประสิทธิภาพของยา (Srifuengfung, 2023)

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา

2.1 การสนับสนุนจากครอบครัวในด้านปัจจัยแวดล้อมที่หล่อหลอมพฤติกรรมการกินยา การมีผู้สนับสนุนในครอบครัว เช่น น้องสาวหรือสามี ที่คอยช่วยจัดยาและ

เตือนให้กินยา ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมพฤติกรรมกรกินยาอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวช่วยสำคัญในการเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในกระบวนการฟื้นตัวจากโรค สร้างความร่วมมือในการรับประทานยาต่อเนื่อง (Vega et al., 2021; González de León et al., 2022)

2.2 ความสัมพันธ์กับบุคลากรทางการแพทย์

2.2.1 บุคลากรทางการแพทย์ให้ความรู้ติดตามอาการ และให้ความช่วยเหลือให้คำแนะนำ ในด้านความสัมพันธ์กับบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้ช่วยด้านการดูแลสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการที่ตั้งอยู่บนความไว้วางใจ ความร่วมมือ และความเคารพซึ่งกันและกันเป็นสิ่งสำคัญยิ่งต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านยา การเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดีและมีเวลาเพียงพอสำหรับการพูดคุยเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วย (Ho, Jacob & Tangiisuran, 2017) การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาที่ซับซ้อน เนื่องจากการให้ยาเป็นความรับผิดชอบที่สำคัญของบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะพยาบาล ต้องมีการสื่อสารให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำ (Lin, Yen, Hou, Liao & Lin, 2022) ซึ่งในบางครั้ง ผู้ป่วยต้องการการสื่อสารที่เป็นความลับและการพูดคุยกับบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนจากผู้ให้บริการสุขภาพและการดูแลที่เข้าถึงโดยสะดวกและมีคุณภาพจะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาต่อเนื่อง (Ho, Jacob & Tangiisuran, 2017)

3. อุปสรรคต่อความร่วมมือในการใช้ยา

3.1 อุปสรรคด้านผู้ป่วย

3.1.1 ด้านความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและความกลัวการติดยา ผู้ป่วยบางรายยังมีความรู้สึกผิดต่อตนเองหรือมองว่าเป็นโรคซึมเศร้าเป็นสัญญาณของความอ่อนแอ ความรู้สึกดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยปิดบังอาการและไม่แสวงหาการช่วยเหลือทางการแพทย์อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ho, Jacob and Tangiisuran (2017) พบว่า ทราบาบ (stigma) และความเชื่อผิด ๆ เกี่ยวกับยาและโรคซึมเศร้าเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการใช้อย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และจากข้อมูลของผู้ให้ข้อมูล ID6 ที่กล่าวว่า “ฉันมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยทางจิตใจสามารถหายได้เองโดยไม่ต้องพบแพทย์เพื่อกินยา” ซึ่งแสดงถึงทัศนคติที่ลดทอนความสำคัญของการเข้ารับการรักษา และขาดความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกของโรคซึม

เศร้า ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ งานวิจัยของ Kvarnström, Westerholm, Airaksinen and Liira (2021) พบว่า ความเชื่อด้านลบเกี่ยวกับยาและการมองว่าความเจ็บป่วยทางจิตเป็นสิ่งที่ควร “เอาชนะด้วยตนเอง” ล้วนเป็นปัจจัยขัดขวางต่อความร่วมมือในการรักษา

จากคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ID1 ID5 ID10 และ ID11 แสดงถึง ความวิตกกังวลของผู้ป่วยเกี่ยวกับการติดยา (dependency หรือ addiction) เมื่อใช้ยาต้านเศร้า แสดงความลังเล และกลัวว่า “ร่างกายจะชินกับยา แล้วต้องเพิ่มขนาดยาไปเรื่อย ๆ หรือเลิกกินไม่ได้” ผู้ให้ข้อมูล ID10 และ ID11 สะท้อนความเชื่อเดียวกันว่า ผู้ที่กินยาด้านเศร้าแล้วจะเลิกไม่ได้ และเมื่อหยุดกินยาอาการจะกำเริบมากขึ้น ลักษณะความคิดเหล่านี้สอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า อุปสรรคสำคัญในการใช้ยาต้านเศร้าในด้านหนึ่งคือ ความเชื่อที่มาจากหลายทาง ทำให้ผู้ป่วยกลัวการติดยา ทำให้เกิดการเสพติด หรือไม่สามารถเลิกได้ ซึ่งมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านเศร้าอย่างต่อเนื่อง (Ho, Jacob & Tangiisuran, 2017; Davey, 2024)

3.1.2 ขาดความรู้ การขาดความรู้เกี่ยวกับการออกฤทธิ์ของยาต้านเศร้าเป็นอุปสรรคสำคัญที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับกลไกการออกฤทธิ์ของยา เช่น เข้าใจว่า ยาจะออกฤทธิ์ทันทีหลังรับประทานหรือคาดหวังว่าจะหายจากอาการทั้งหมดภายในระยะเวลาอันสั้น หากอาการไม่ดีขึ้นในช่วงแรกของการใช้ยา ผู้ป่วยอาจหยุดยาและไม่รับการรักษาต่อเนื่อง González de León et al. (2022) พบว่า ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งขาดความรู้เกี่ยวกับการออกฤทธิ์ของยาต้านเศร้า เช่น ไม่ทราบว่ายาคงต้องใช้เวลาหลายสัปดาห์จึงจะเริ่มออกฤทธิ์ หรือการหยุดยากะทันหันอาจทำให้เกิดอาการถอนยา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการใช้ยาต่อเนื่อง

3.1.3 การหลงลืมหรือเบื่อหน่าย ผู้ป่วยหมกมุ่นกับการทำงาน และมีความเบื่อหน่ายต่อการกินยา ผู้ป่วยบางรายลืมรับประทานยาส่งผลให้ระดับยาในร่างกายไม่คงที่ และลดประสิทธิภาพในการควบคุมอาการของโรค นอกจากนี้ ความรู้สึกเบื่อหน่ายจากการต้องรับประทานยาซ้ำ ๆ ทุกวัน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหมือนตนเองขาดอิสระและลดความมุ่งมั่นในการใช้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นประเด็นที่พบได้ทั่วไปในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (González de León et al., 2022)

3.2 แรงกดดันจากสังคม ผู้ป่วยไม่อยากให้ใครทราบว่าป่วยจิตเวช จากการสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ID2 และ ID5 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง ในสายตาผู้อื่น ในกรณีที่ผู้ป่วยจิตเวช การปฏิเสธตนเอง (self-stigma) จะลดแรงจูงใจในการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น ไม่กล้าพบกยาติดตัว หรือหยุดใช้ยาเพื่อหลีกเลี่ยงการเปิดเผยสถานะของตน จากการศึกษาของ González de León et al. (2022) พบว่า แรงกดดันทางสังคม เป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ขัดขวางการใช้ยาต้านเศร้า โดยเฉพาะในกลุ่มที่เผชิญกับสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพจิต เช่น ครอบครัวที่ไม่มีความเข้าใจ สถานะทางเศรษฐกิจที่อ่อนแอ หรือความรุนแรงในครอบครัว ดังตัวอย่างของผู้ให้ข้อมูล ID11 ที่อยู่ในบริบทของความสัมพันธ์ที่กดดัน และถูกระทำรุนแรงโดยคู่สมรส ซึ่งนอกจากจะกระทบต่อสภาพจิตใจโดยตรงแล้ว ยังส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงบริการรักษาหรือยาที่จำเป็นได้อย่างต่อเนื่อง (Kvarnström, Westerholm, Airaksinen, & Liira, 2021)

3.3 อุปสรรคด้านอาการของโรค

3.3.1 อาการของโรคในระดับรุนแรงมีผลต่อความร่วมมือต่อการรักษา จากการศึกษาของ González de León et al. (2022) รายงานสอดคล้องกับประเด็นนี้ว่า อาการของโรคซึมเศร้าในระดับที่รุนแรง เช่น มีความคิดฆ่าตัวตาย อารมณ์เศร้าเรื้อรัง หรือการหมดพลังชีวิต เป็นปัจจัยสำคัญที่ขัดขวางความร่วมมือในการรักษา การที่ผู้ป่วยที่รู้สึกว่าการรักษาไม่ให้ผลดี ทำให้เกิดภาวะท้อถอย และหยุดยาโดยไม่ปรึกษาผู้รักษา ในกรอบแนวคิดของ ทฤษฎี Self-Care ของ Orem การดูแลตนเองของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพ (self-care agency) ซึ่งในกรณีของผู้ป่วยซึมเศร้า อาการรุนแรงที่ทำให้หมดเรี่ยวแรงหรือหมดความหวัง เป็นปัจจัยที่ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงอย่างมีนัยสำคัญ การวางแผนดูแลผู้ป่วยในระยะยาวจึงควรคำนึงถึงการประเมินอาการเชิงลึก และการให้การสนับสนุนด้านจิตใจและสังคมควบคู่ เน้นให้ผู้ป่วยพึ่งตนเองให้มากที่สุด (Iovino et al., 2020)

3.3.2 อาการของโรคทำให้ใช้ยาไปในทางอันตราย จากใช้ยาที่มีอยู่ จากการศึกษาของ Iovino et al. (2020) ได้ชี้ว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีโรคเรื้อรังสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองที่ลดลง และมีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับสุขภาพ รวมถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาอย่างไม่ปลอดภัย ขณะที่การศึกษาของ Ogundipe, Ogunsemi and Adebowale (2021)

เน้นว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรง หรือไม่มีระบบสนับสนุนจากครอบครัว มีแนวโน้มที่จะใช้ยารักษาโรคจิตเวชในทางที่ผิดมากกว่ากลุ่มอื่น และจำเป็นต้องมีการประเมินความเสี่ยงด้านความปลอดภัยในการจ่ายยาอย่างใกล้ชิด

3.4 อุปสรรคด้านยา

3.4.1 ด้านผลข้างเคียงของยา การศึกษาของ Zhang, Peters, Fawns-Ritchie and Strachan (2020); González de León et al (2022); Yassen, Mahmud, Bilal and Abd Wahab (2024) พบว่า ผลข้างเคียงจากยาด้านเศร้ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความร่วมมือในการใช้ยา เนื่องจากผู้ป่วยมีความรู้สึกว่ายาทำให้อาการแย่ลง มีการรับรู้เชิงลบต่อยา ให้ความสำคัญกับอาการข้างเคียงของยา ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจต่อผลของยา

3.5 อุปสรรคด้านขาดการสนับสนุนจากสังคม

3.5.1 ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว/คู่สมรส/เพื่อน จากข้อมูลการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูล ID3 กล่าวถึงการไม่มีคนดูแลและไม่เห็นความแตกต่างของการกินยานำไปสู่ความลำบากในการรักษาและความรู้สึกไร้การดูแล จากสังคม ผู้ให้ข้อมูล ID5 ต้องดูแลครอบครัวเอง ไม่ได้รับการสนับสนุนทางการเงินหรืออารมณ์จากคู่สมรส ทำให้รู้สึกขาดอิสระและถูกทอดทิ้งเมื่อเจ็บป่วย ทั้งสองกรณีสะท้อนถึงปัญหาของการขาดการสนับสนุนจากครอบครัวคู่สมรส ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับ ภาวะซึมเศร้า ความยากลำบากในการร่วมมือต่อการรักษา และความรู้สึกโดดเดี่ยวที่ต่อสู้อยู่โดยลำพัง (Ju, Kim & Lee, 2022)

3.6 อุปสรรคด้านการรับบริการด้านสาธารณสุข

3.6.1 การไปพบแพทย์บ่อยครั้ง จากข้อมูลการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูล ID6 และ ID7 กล่าวว่า การพบแพทย์ตามนัดที่บ่อยครั้งเพื่อปรับขนาดยาทำให้เกิดภาระทั้งด้านเวลาและรายได้ ผู้ให้สัมภาษณ์บางรายเลือกไม่กินยาตามแพทย์สั่งแบบเคร่งครัด หรือปรับขนาดยาเองเมื่ออาการดีขึ้น (Klinpiboon & Chanthapasa, 2023) กล่าวคือ แม้จะมีระบบ telemedicine หรือการจัดส่งยาเพื่อบรรเทาการไปโรงพยาบาลบ่อย ๆ แต่ผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตหลายคนยังต้องพบแพทย์เป็นประจำ ทำให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจและเวลา ซึ่งสอดคล้องกับประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

4. ผลลัพธ์จากความร่วมมือในการใช้ยา

4.1 การควบคุมอาการและอารมณ์

4.1.1 การเปลี่ยนแปลงและการฟื้นคืนคุณภาพชีวิต แนวคิดเรื่องการฟื้นคืนคุณภาพชีวิตเมื่ออาการซึมเศร้าดีขึ้น ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลวิจัยการใช้ยาด้านซึมเศร้า

ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Wiesinger, Kremer, Bschor & Baethge, 2023) ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า เมื่ออาการซึมเศร้าลดลง ส่งผลให้พฤติกรรมและการมีส่วนร่วมทางสังคมดีขึ้น เช่น การกลับไปพบเพื่อนหรือออกไปตลาดได้โดยไม่กังวล (ผู้ให้ข้อมูล ID5) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องของการฟื้นฟูบทบาทและหน้าที่ทางสังคม และความร่วมมือในการใช้ยาต่อเนื่องมีผลสัมพันธ์กับการลดอาการซึมเศร้า ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Santi, Biswal, Naik, Sahoo & Rath, 2023)

4.2 การกลับเข้าสู่บทบาททางสังคม

4.2.1 ทำงานได้เป็นปกติ จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ID11 สะท้อนถึงการกลับคืนสู่บทบาทของแม่และภาระหน้าที่ที่เคยถูกละเลยในช่วงภาวะป่วย โดยเริ่มลุกขึ้นมาทำอาหารให้ลูก ส่งลูกไปโรงเรียน ซึ่งเป็นกิจวัตรเล็กน้อยแต่สำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า เป็นการฟื้นคืนบทบาทแม่และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองอีกครั้ง จากการศึกษาพบว่า เมื่อภาวะอารมณ์ดีขึ้น ผู้ป่วยจะสามารถกลับสู่การดำเนินชีวิตในครอบครัวและสังคม แสดงบทบาทในชีวิตได้ดังเดิม (Santi et al, 2023)

4.3 ความภาคภูมิใจในการดูแลตนเอง

4.3.1 มีชีวิตปกติแบบก่อนป่วย การรู้สึกที่ตนสามารถควบคุมตนเองและมีบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเอง ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ (Zoun et al., 2022) ที่พบว่า ความสามารถในการจัดการโรคของตนเอง (self-management) มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-worth) และความมั่นใจในความสามารถของตน (self-efficacy) ซึ่งนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

สรุปผลการวิจัย

สรุปได้ว่า การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ยาเป็นเครื่องมือสำคัญในการจัดการความเจ็บป่วย ควบคุมอารมณ์ และกลายเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวัน ความร่วมมือในการใช้ยาจึงขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน ทั้งการสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้ความรู้ คำแนะนำ และติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอมีอุปสรรคทั้งจากตัวผู้ป่วยเอง ระยะเวลาการรักษาที่ยาวนาน ขาดการสนับสนุนจากสังคม และความยากลำบากในการเข้ารับบริการด้านสาธารณสุข การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ทำให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยา และเกิดความภาคภูมิใจในการดูแลตนเอง การศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า การสนับสนุนทั้งทางครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทสำคัญต่อการสร้างพฤติกรรมการใช้ยาที่สม่ำเสมอและส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิต

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. แนะนำให้มีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว (longitudinal study) เพื่อวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของประสบการณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยตลอดช่วงการรักษา
2. ควรมีการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่มีระดับความร่วมมือในการใช้ยาสูงกับผู้ที่มีการระดับต่ำ เพื่อหาแนวทางการส่งเสริมที่เหมาะสมและเฉพาะเจาะจงมากขึ้น
3. อาจนำผลการศึกษานี้ไปใช้ในการออกแบบแนวทางการให้คำปรึกษาหรือแบบฝึกหัดอบรมสำหรับบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า



References

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association
- Bui, T. N. T., Hotham, E., Loughhead, M., McMillan, S. S., Procter, N., Poole, K., & Suppiah, V. (2022). Exploring mental health clients' current medication knowledge, beliefs, and experience with healthcare providers in the community in South Australia. *Health and Social Care in the Community*, 30(6), e5968–e5978. <https://doi.org/10.1111/hsc.14029>
- Crowe, M., Inder, M., & McCall, C. (2023). Experience of antidepressant use and discontinuation: A qualitative synthesis of the evidence. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 30(1), 21–34. <https://doi.org/10.1111/jpm.12850>

- Davey, M. (2024). *We asked readers about taking antidepressants. The response points to a 'silent epidemic' and urgent need for reform. The Guardian*. Retrieved from <https://shorturl.asia/7LA0n>
- González de León, B., Abt-Sacks, A., Acosta Artilles, F. J., Del Pino-Sedeño, T., Ramos-García, V., Rodríguez Á., C., & Trujillo-Martín, M. M. (2022). Barriers and facilitating factors of adherence to antidepressant treatments: An exploratory qualitative study with patients and psychiatrists. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 16788. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416788>.
- Ho, S. C., Jacob, S. A., & Tangiisuran, B. (2017). Barriers and facilitators of adherence to antidepressants among outpatients with major depressive disorder: A qualitative study. *PLoS ONE*, 12(6), e0179290. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179290>
- Iovino, P., De Maria, M., Matarese, M., Vellone, E., Ausili, D., & Riegel, B. (2020). Depression and self-care in older adults with multiple chronic conditions: A multivariate analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 76(7), 1668–1678. <https://doi.org/10.1111/jan.14385>
- Ju, Y. J., Kim, W., & Lee, S. Y. (2022). Perceived social support and depressive symptoms during the COVID-19 pandemic: A nationally-representative study. *International Journal of Social Psychiatry*, 69(1), 47–55. <https://doi.org/10.1177/00207640211066737>
- Klinpiboon, P., & Chanthapasa, K. (2023). The medication use issues and challenges of mental illness exacerbation in patients with schizophrenia: A qualitative study in Thailand. *Patient Preference and Adherence*, 13(17), 2927–2937. <https://doi.org/10.2147/PPA.S420973> (in Thai)
- Kvarnström, K., Westerholm, A., Airaksinen, M., & Liira, H. (2021). Factors contributing to medication adherence in patients with a chronic condition: A scoping review of qualitative research. *Pharmaceutics*, 13(7), 1100. <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics13071100>
- Lin, Y.-Y., Yen, W.-J., Hou, W.-L., Liao, W.-C., & Lin, M.-L. (2022). Mental health nurses' tacit knowledge of strategies for improving medication adherence for schizophrenia: A qualitative study. *Healthcare (Basel)*, 10(3), 492. <https://doi.org/10.3390/healthcare10030492>
- Lohacheewa, S., & Chanapan, N., (2020). Factors predicting positive and negative experiences in providing care to schizophrenic patients of caregivers. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 34(1), 113–117. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/241992/164675> (in Thai)
- Meng Y, Chiu C, Kapoor M, et al. Patient Perceived Barriers and Enablers to Medication Adherence in the Treatment of Depression: A Qualitative Study. *Journal of Primary Care & Community Health*, 2024, 15. <https://doi.org/10.1177/21501319241286313>
- Ogundipe, R. M., Ogunsemi, O. O., & Adebawale, T. O. (2021). Medication misuse and suicidal behavior among psychiatric patients: The need for close monitoring. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 25(1), 12–19. <https://doi.org/10.1080/13651501.2020.1853620>
- Pejuskovic, B., Lero, M., Pavlovic, V., Nikolasevic, G., & Pesic, V. (2023). Medication adherence in the treatment of depression. *European Psychiatry*, 66(Suppl 1), S160. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.392>
- Sajatovic, M., DiBiasi, F., & Legacy, S. N. (2017). Attitudes toward antipsychotic treatment among patients with bipolar disorders and their clinicians: a systematic review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 2285–2296. <https://doi.org/10.2147/NDT.S139557>

- Santi, N. S., Biswal, S. B., Naik, B. N., Sahoo, J. P., & Rath, B. (2023). Quality of life and medication adherence in patients with major depressive disorder: An interim analysis of a randomized study. *Cureus*, 15(6), e39997. <https://doi.org/10.7759/cureus.39997>
- Solmi, M., Miola, A., Croatto, G., Pigato, G., Favaro, A., Fornaro, M., & Carvalho, A. F. (2021). How can we improve antidepressant adherence in the management of depression? A targeted review and 10 clinical recommendations. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 43(2), 189–202. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0935>
- Sripirom, V., Jongjitwibrulphon, N., & Wannarit, K. (2022). The effect of psychoeducation program on patients with major depressive disorder at the psychiatric outpatient unit, Siriraj Hospital. *Journal of Nursing Division*, 49(2), 1–11. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JND/article/view/256660> (in Thai)
- Suwathanpornkul, I. (2019). *Educational research: Concepts and applications* (2nd ed). Bangkok: Chula University Press (in Thai)
- Tepsuan, L. (2025). The Study of the Relationship between Knowledge, Attitude, and Medication Adherence in Major Depressive Disorder Patients: A Cross-Sectional Study at Songkhla Hospital. *Region 3 Medical and Public Health Journal*, 22(3), 191–200. Retrieved from <https://thaidj.org/index.php/smj/article/view/16203> (in Thai)
- Vega, D., Lopez, M., & Cohen, A. N. (2021). Social support and medication adherence in patients with severe mental illness: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, 137, 460–468. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.03.026>
- Wiesinger, T., Kremer, S., Bschor, T., & Baethge, C. (2023). Antidepressants and quality of life in patients with major depressive disorder: Systematic review and meta-analysis of double-blind, placebo-controlled RCTs. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 147(6), 545–560. <https://doi.org/10.1111/acps.13541>
- World Health Organization. (2023). *Depression*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Yassen, A. O., Mahmud, N. M., Bilal, A. D., & Abd Wahab, M. S. (2024). Antidepressant adherence among outpatients with major depressive disorder. *Pharmacia*, 71, 1–10. <https://doi.org/10.3897/pharmacia.71.e123345>
- Zhang, Y., Peters, C., Fawns-Ritchie, C., & Strachan, F. (2020). Adverse effects of antidepressants and their impact on treatment adherence in patients with depression: A population-based study. *BMC Psychiatry*, 20(1), 101. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02523-3>
- Zoun, M. H. H., Koekkoek, B., van Grieken, R. A., Sinnema, H., Smit, F., & Spijker, J. (2022). A patient perspective on the self-management of chronic anxiety and depression: A mixed-methods study. *International Journal of Depression and Anxiety*, 5(2), 029. <https://doi.org/10.23937/2643-4059/1710029>

