

การเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยการบริหารทางเภสัชกรรม รวมกับการใช้สื่อมัลติมีเดีย

ฐิตินันท์ กุภาพันธ์^{1*}, ธีราพร ชูสกุล¹, จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์², สายทิพย์ สุทธิรักษา³

¹ นิสิตเภสัชศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

² Ph.D., ผู้ช่วยศาสตราจารย์ หน่วยวิจัยเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

³ อาจารย์ หน่วยวิจัยเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

* ติดต่อผู้พิมพ์ : ฐิตินันท์ กุภาพันธ์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 44150

มือถือ +66 981137433 อีเมล: thitinan.pam@gmail.com

บทคัดย่อ

การเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยการบริหารทางเภสัชกรรมรวมกับการใช้สื่อมัลติมีเดีย

ฐิตินันท์ กุภาพันธ์^{1*}, ธีราพร ชูสกุล¹, จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์², สายทิพย์ สุทธิรักษา³

ว. เภสัชศาสตร์อีสาน 2559; 12(2) : 33-43

รับบทความ : 15 กุมภาพันธ์ 2559

ตอบรับ : 8 สิงหาคม 2559

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการให้บริหารทางเภสัชกรรมรวมกับการให้ผู้ป่วยรับชมสื่อมัลติมีเดียเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า **วิธีดำเนินการวิจัย:** ใช้รูปแบบงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบโดยมีผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้าเข้าร่วมการศึกษา 68 ราย เป็นกลุ่มทดลอง 33 ราย ได้รับชมสื่อมัลติมีเดียซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุของโรคซึมเศร้า หลักการรักษา และวิธีจัดการกับอาการข้างเคียงเบื้องต้น ร่วมกับการบริหารทางเภสัชกรรม และกลุ่มควบคุม 35 ราย ได้รับการบริการปกติ **ผลการศึกษา:** ผู้เข้าร่วมการศึกษามีลักษณะทั่วไปไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$) ยกเว้นการดื่มสุราและการออกกำลังกายแต่ทั้งสองปัจจัยไม่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ก่อนการศึกษามีคะแนนความร่วมมือการใช้ยา ปัญหาจากการใช้ยา (ผลข้างเคียงจากยา และอันตรกิริยาระหว่างยา) คะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการใช้ยาไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$) หลังติดตามในอีก 1 เดือน พบว่าคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.9 ± 1.40 , 2.2 ± 1.71 คะแนน, $p<0.001$) ส่วนอาการข้างเคียงพบในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 21.2 และร้อยละ 48.6 ตามลำดับ, $p=0.023$) ด้านอันตรกิริยาระหว่างยาพบคู่อันตรกิริยาระหว่างยาระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p=0.230$) คะแนนความรู้ในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (9.2 ± 2.18 , 7.7 ± 2.30 คะแนน, $p=0.007$) ส่วนคะแนน 9Q ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนลดลงจาก 4.2 ± 7.26 เป็น 1.7 ± 4.21 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.033$) และผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อสื่อมัลติมีเดียระดับมาก (ร้อยละ 89.1) **สรุปผลการวิจัย:** การศึกษานี้สนับสนุนว่าการใช้หลายวิธีร่วมกันเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้

คำสำคัญ: โรคซึมเศร้า ความร่วมมือในการใช้ยา การบริหารทางเภสัชกรรม สื่อมัลติมีเดีย ปัญหาจากการใช้ยา

Increasing Drug Adherence by Using Pharmaceutical Care and Multimedia for Patients with Major Depressive Disorder

Thitinan Kupapan¹, Theeraporn Chusakul¹, Juntip Kanjanasilp², Saithip Sutthiruksa³

¹ Pharmacy student , Faculty of Pharmacy, Maharakham University, Maharakham Province.

² Ph.D, Assistant Professor, Clinical pharmacy research unit, Faculty of Pharmacy, Maharakham University, Maharakham Province.

³ Lecturer, Clinical pharmacy research unit, Faculty of Pharmacy, Maharakham University, Maharakham Province.

* **Corresponding author:** Thitinan Kupapan, Faculty of Pharmacy, Maharakham University, Maharakham Province.

Tel. +66 981137433, E-mail thitinan.pam@gmail.com

Abstract

Increasing Drug Adherence by Using Pharmaceutical Care and Multimedia for Patients with Major Depressive Disorder

Thitinan Kupapan¹, Theeraporn Chusakul¹, Juntip Kanjanasilp², Saithip Sutthiruksa³

IJPS, 2016; 12(2) : 33-43

Received : 15 February 2016

Accepted : 8 August 2016

This study aim to evaluate the effects of pharmaceutical care and multimedia to promote adherence for patients with depressive disorders. **Method:** The design of this study was a randomized controlled trial. Outpatients with major depressive disorder were recruited. Sixty-eight patients were randomized to the experimental group which were assigned to watch multimedia related cause of depressive disorder, principle of treatment, adverse drug reaction management combine with pharmaceutical care (33 cases) and the control group which were received usual care (35 cases). **Result:** The participants of the study were not significantly different in characteristics except alcohol consumption is greater number in experimental than control group while exercise in experimental group is less than control group. However, these two factors are not effect to adherence. Baseline of adherence, drugs related problems (adverse drug reaction and drug interaction), knowledge and understanding of disease and medication were not different between experimental and control group. After 1 month of the study, the results showed that the experimental group (0.9 ± 1.40 points) had scores on adherence significantly better than control group (2.2 ± 1.71 points) ($p < 0.001$). Adverse drug reactions happened in experimental group (7 patients, 21.2 percent) significantly less than control group (17 patients, 48.6 percent) ($p = 0.023$). Drug interaction appeared non-different between two group ($p = 0.230$). Knowledge scores in experimental group (9.2 ± 2.18 points) significantly more than control group (7.7 ± 2.30 points) ($p = 0.007$). Patients in experimental group had 9Q scores reduce from 4.2 ± 7.26 to 1.7 ± 4.21 points. The multimedia satisfaction score was 89.1%. **Conclusion:** This study supports that combined strategies to promote antidepressant adherence are effective.

Keywords: Depressive disorder, Drug adherence, Pharmaceutical care, Multimedia, Drug related problems

บทนำ

โรคซึมเศร้า เป็นโรคที่มีอารมณ์เศร้าเป็นเวลานานและรุนแรง มีความผิดปกติเกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจร่วมกัน ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ DSM-IV-TR ซึ่งโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่ต้องรักษาเป็นระยะเวลาเวลานาน คือต้องรับประทานยาต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ร่วมกับได้ยาต้านเศร้าพบว่าในเดือนแรกที่ได้รับยามีผู้ป่วยที่ใช้ยาได้ถูกต้องร้อยละ 82 แต่ในสามเดือนถัดมาเหลือเพียงร้อยละ 69 (Brown, 2007) และพบปัญหาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหยุดยาเองถึงร้อยละ 33 ในเดือนแรก และร้อยละ 44 ในอีกสามเดือนถัดมา (Lin, 1995) และจำนวนผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ที่ร้อยละ 33.96 (Silvia, 2011) เหตุผลที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ ผลข้างเคียงจากการใช้ยาร้อยละ 23 กลัวการติดยา ร้อยละ 10 คิดว่าการรักษาไม่มีประสิทธิภาพ หรือไม่จำเป็นร้อยละ และ พบว่าผู้ให้บริการด้านสุขภาพให้ข้อมูลไม่เพียงพอหรือผู้ป่วยเข้าใจผิด ร้อยละ 9 (WHO, 2003) ซึ่งเหตุผลเหล่านี้สรุปได้ว่าผู้ป่วยยังขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค การรักษา การใช้ยาที่ถูกต้อง และการจัดการกับผลข้างเคียงจากยาที่เกิดขึ้นจึงทำให้ผู้ป่วยไม่มีความร่วมมือในการใช้ยาซึ่งเป็นปัญหาต่อผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วยปัจจุบันมีหลายการศึกษาที่ศึกษาเกี่ยวกับวิธีเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าโดยเภสัชกรประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคและยา การให้คำแนะนำปรึกษาด้านยา การให้กำลังใจ การติดตามประสิทธิภาพและพิษของยารวมถึงการจ่ายยาและปรับระดับยาตามแนวทางการรักษา การศึกษาส่วนมากสรุปว่าบทบาทของเภสัชกรมีความสำคัญในการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยจะต้องเป็นการแทรกแซงที่มีหลายเทคนิคพร้อมกัน และมีการให้การแทรกแซงเป็นระยะ มีความต่อเนื่อง จะทำให้ความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าและอาการของโรคซึมเศร้าดีขึ้น (Adler, 2004; Capoccia, 2004; Brook, 2005; Finley, 2003) สื่อมัลติมีเดียเป็นทางเลือกในการให้ความรู้วิธีหนึ่งที่น่าสนใจและใช้อย่างแพร่หลายในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นสื่อที่มีทั้งภาพและเสียงประกอบ ภาพเคลื่อนไหวเสมือนจริง ซึ่งมีผลต่อกระบวนการเรียนรู้และความจำแก่ผู้รับชมโดยข้อดีของสื่อมัลติมีเดียได้แก่สามารถช่วยเสริมการเรียนรู้ ให้ผู้ชมมีความเข้าใจและจดจำได้ดีมากขึ้น มีการสร้างสถานการณ์จำลองทำให้ผู้ป่วยเห็นภาพการแก้ปัญหา สามารถใช้ได้กับทุกเพศ ทุกวัย และทุกระดับความรู้

อีกทั้ง เก็บรักษาง่าย พกพาสะดวก สามารถทำสำเนาได้ง่าย และช่วยเสริมการบริบาลทางเภสัชกรรมในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา และลดปัญหาจากการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า

ปัจจุบันในประเทศไทยยังไม่มีการพัฒนาสื่อมัลติมีเดียเพื่อใช้เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังนั้นผู้จัดทำจึงสนใจศึกษาผลของการใช้สื่อมัลติมีเดียร่วมกับการให้บริบาลทางเภสัชกรรมเปรียบเทียบกับบริการปกติ โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ณ คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นรูปแบบ Randomized controlled trial ศึกษาผลของการใช้เทคนิคเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาโดยการใช้สื่อมัลติมีเดียร่วมกับการให้บริบาลทางเภสัชกรรมเปรียบเทียบกับกลุ่มที่รักษาตามปกติ

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุญาตการทำวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามและโรงพยาบาลมหาสารคาม (เลขที่เอกสาร 001/2557)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าที่ลงทะเบียนตาม ICD-10 ได้แก่ ผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรง (F32.0 F32.1 F32.2 ตามลำดับ) หรือ F33 ได้แก่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำมารับการรักษาผู้ป่วยนอกที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลมหาสารคาม

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร (อรุณ จิรวัดน์กุล, 2556)

$$n = 2 \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \times P(1-P)}{(P_T - P_C)^2}$$

n หมายถึงจำนวนตัวอย่างที่สุ่มมาศึกษา

คำนวณ n ได้ 68 และคำนวณเพิ่มเติมเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างทำวิจัยได้ 75 คน เมื่อสิ้นสุดวิจัยเหลือผู้ที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 68 ราย เนื่องจากไม่สามารถติดตามทางโทรศัพท์ได้ และผู้ป่วยไม่อยู่ในวันที่ผู้วิจัยไปติดตามผลการวิจัยที่บ้านของผู้ป่วย 4 ราย ซึ่งอยู่ในกลุ่มทดลอง และอีก 3 รายในกลุ่มควบคุม

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค major depressive disorder และได้รับยาต้านซึมเศร้าอย่างน้อยหนึ่งชนิด
2. ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
3. ผู้ป่วยที่สามารถพูดได้ เขียนได้
4. ผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามได้ในระหว่างการศึกษา
2. ผู้ป่วยที่สายตาและการได้ยินผิดปกติ
3. ผู้ป่วยขอยกออกจากการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย
2. แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา

ใช้แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา MMAS (Morisky Medication Adherence Scale) ฉบับภาษาไทย (รสมาลิน ชาบรรม 2550) ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ที่สามารถระบุปัญหาและสาเหตุของปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่นิยมใช้กันมากเพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โดยผ่านการทดสอบและได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.76 แต่ในผู้ป่วยโรคซึมเศร่ายังไม่มีการทดสอบ ซึ่งแบบประเมินในการศึกษานี้ได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง (validity) โดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย 2 ท่าน เพื่อนำข้อเสนอแนะต่างๆมาปรับปรุงแก้ไขและนำแบบทดสอบที่ทำการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดสอบความเที่ยง (reliability) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษา ณ คลินิกจิตเวช ศูนย์บริการทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามจำนวน 10 คน ได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.72 ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ที่สามารถระบุปัญหาและสาเหตุของปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Cronbach alpha 0.72) คะแนนเต็ม 8 คะแนน ถ้า > 3 คะแนนแสดงว่ามีความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ

3. แบบประเมินปัญหาจากการใช้ยาได้แก่ผลข้างเคียงจากยา และ อันตรกิริยาระหว่างยา ประเมินโดยใช้แบบประเมินของ Naranjo's algorithm (สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล, 2549) และ Drug Interaction Facts (Tatro, 2013)

4. แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการใช้ยาต้านซึมเศร้า (Kuder-Richardson 20 เท่ากับ 0.48) เนื้อหาในแบบทดสอบประกอบด้วย 3 หมวด ได้แก่ หมวดความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า หมวดการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า และหมวดวิธีจัดการผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า มีคะแนนเต็ม 12 คะแนน โดยเป็นข้อสอบ 3 ตัวเลือก ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน < 5 คะแนนแสดงว่า มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการใช้ยาด้านซึมเศร่ายาน้อย>9คะแนนแสดงว่า มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการใช้ยาด้านซึมเศร่าดีมาก

5. สื่อมัลติมีเดีย มีความยาวประมาณ 9 นาที จัดทำโดยผู้วิจัย ได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง (validity) โดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย 2 ท่าน ซึ่งเนื้อหาในสื่อมัลติมีเดียประกอบด้วย

- ก. ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าสาเหตุการเกิดโรค 1.30 นาที
- ข. ความสำคัญของการใช้ยา 1 นาที
- ค. สถานการณ์จำลอง
 - ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา (ข้อเสีย และการรักษาเมื่อโรคซึมเศร้าซ้ำ) 2.30 นาที
 - ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา (แนวทางการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องร่วมกับการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าและวิธีปฏิบัติเมื่อลืมรับประทานยา) 2 นาที
 - สรุป ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ความสำคัญของการรับประทานยา การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมร่วมกับการใช้ยา แนวทางการปฏิบัติเมื่อลืมรับประทานยาหรือต้องใช้ยาอื่นร่วมกับยาด้านซึมเศร้า การจัดการกับอาการข้างเคียงที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการตามัว ท้องผูก คลื่นไส้ กระวนกระวายหงุดหงิดง่าย ประมาณ 2 นาที

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดงานวิจัยให้ผู้ทราบและให้ผู้ป่วยเข็มนยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย
2. สุ่มผู้ป่วยเข้ากลุ่มควบคุมซึ่งจะได้รับการบริการตามปกติและกลุ่มทดลองซึ่งจะได้รับการชมสื่อมัลติมีเดียร่วมกับการบริบาลทางเภสัชกรรม โดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling)
3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมงานวิจัยทุกคน โดยใช้เวลา 20 -30 นาทีสอบถามรายละเอียดเกี่ยวกับการใช้ยา สืบค้นและประเมินปัญหาจากการใช้ยาโดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ ซึ่งปัญหาการใช้ยาที่ศึกษาในงานวิจัยนี้ได้แก่
 - อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
 - โอกาสเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา

วิธีการสืบค้นปัญหาจากการใช้ยา มีดังต่อไปนี้

3.1 ค้นหาโรคและอาการที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษา ด้วยยา และยาทั้งหมดที่มีในใบสั่งแพทย์ และพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างโรคและยา

3.2 นำยาที่ผู้ป่วยได้รับในการรักษาโรคต่างๆ มาพิจารณาถึงประสิทธิผลความปลอดภัย

3.3 พิจารณารูปแบบยา ขนาด ความถี่ วิธีการบริหารยาว่ามีความเหมาะสมและมีการปรับยาตามสภาพของผู้ป่วยหรือไม่ ได้แก่ อายุ น้ำหนัก

3.4 สัมภาษณ์ถึงประวัติการแพ้ยาในอดีตและประเมินถึงความเป็นไปได้ของอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดเนื่องจากยาตาม WHO algorithm

3.5 ประเมินการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา และประเมินระดับความสำคัญทางคลินิกของการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาโดยใช้ Drug Interaction Facts

3.6 ตรวจสอบความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าโดยใช้แบบสอบถาม Morisky Medication Adherence Scale (MMAS)

3.7 ทำแบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการใช้ยาด้านซึมเศร้า

4. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับชมสื่อมัลติมีเดียความยาวประมาณ 9 นาที ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมได้รับการตามปกติ

5. หลังจากผู้ป่วยกลุ่มทดลองรับชมสื่อเสร็จเรียบร้อยแล้ว จะได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมโดยนิตเภสัชศาสตร์ 10-15 นาทีโดยได้รับการทบทวนความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การใช้ยา วิธีจัดการกับอาการข้างเคียงการปฏิบัติตัว และแนวทางแก้ไข ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ได้แก่ ผลข้างเคียงจากการใช้ยา อันตรกิริยาระหว่างยา และความร่วมมือในการใช้ยาและได้รับการประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและยาด้านซึมเศร้าอีกครั้ง

6. ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับโทรศัพท์ใน 1เดือนถัดมา ได้รับการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยาและอันตรกิริยาของยา ด้วยวิธีเดิมอีกครั้ง

แนวทางการให้บริบาลทางเภสัชกรรม

กลุ่มทดลอง

1. สอบถามสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่รับประทานยา พร้อมทั้งแนะนำความสำคัญในการรับประทานยาและให้ผู้ป่วยคิดหาวิธีแก้ปัญหาการรับประทานยาด้วยตัวเองก่อนผู้วิจัยจึงค่อยให้คำแนะนำในการเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มเติม

2. เมื่อประเมินผลข้างเคียงจากการใช้ยาโดยใช้คู่มือการให้ความรู้เรื่องโรคและการใช้ยา กรณีที่ไม่รุนแรง ผู้วิจัยจะแนะนำวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงเบื้องต้นและมีการติดตามอาการข้างเคียงในผู้ป่วยแต่ละราย

3. เมื่อประเมินโอกาสการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา ผู้วิจัยจะแจ้งผู้ป่วยให้เฝ้าระวังอาการที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา และติดตามอาการในผู้ป่วยแต่ละราย

4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามปัญหาที่ตัวผู้ป่วยสงสัยพร้อมทั้งให้กำลังใจ

กลุ่มควบคุม ได้รับการรักษาตามปกติ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาแสดงเป็นความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยา คะแนนความรู้จำนวนปัญหาจากการใช้ยาเฉลี่ยภายในกลุ่ม ใช้สถิติ Paired t-test, Wilcoxon signed rank test, McNemar และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มใช้สถิติ Independent t-tests, Mann-Whitney U test, Chi-square

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p > 0.05$) ยกเว้นการดื่มสุราและการออกกำลังกาย กลุ่มทดลองมีมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.038$ และ $p = 0.022$ ตามลำดับ) รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)		p-value
	กลุ่มทดลอง(n=33)	กลุ่มควบคุม(n=35)	
เพศ			0.743 ^a
ชาย	11 (33.3)	13 (37.1)	
หญิง	22 (66.7)	22 (62.9)	
อายุ(ปี) (Mean ± SD)	46.2 ± 16.80	49.3 ± 12.93	0.120 ^b
สถานภาพ			0.164 ^a
โสด	14 (40)	9 (25.7)	
สมรส	21 (60)	24 (68.6)	
หย่า	0 (0)	2 (5.7)	0.688 ^c
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้รับการศึกษา	0 (0)	0 (0)	
ประถมศึกษา	19 (57.6)	23 (65.7)	
มัธยมต้น	5 (15.2)	4 (11.4)	
มัธยมปลาย	7 (21.2)	3 (8.6)	
ป.ตรี	2 (6.1)	3 (8.6)	
สูงกว่า ป.ตรี	0 (0)	2 (5.7)	
สิทธิการรักษา			0.188 ^a
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	28(84.9)	31 (88.6)	
ประกันสังคม	3 (9.1)	1 (2.9)	
จ่ายตรง	2 (6.1)	3 (8.6)	
การได้รับความรู้เกี่ยวกับการโรคซึมเศร้าเพิ่มเติม 3 เดือนก่อนหน้า			0.532 ^a
ไม่เคย	24 (72.7)	23 (65.7)	
เคย	9 (27.3)	12 (34.3)	
ประวัติการแพ้ยา			0.085 ^a
มีประวัติ	0 (0)	3 (8.6)	
ไม่มีประวัติ	0 (0)	0 (0)	
สูบบุหรี่	5 (15.2)	2 (5.7)	0.201 ^a
ดื่มสุรา	6 (18.2)	1 (2.9)	0.038 ^a
การออกกำลังกาย	19 (57.6)	29 (82.9)	0.022 ^a

^aChi-square tests, ^bIndependent t-test, ^cMann-Whitney U test

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยและระดับความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าก่อน-หลังการศึกษา และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

เปรียบเทียบ	ก่อน (ร้อยละ)		หลัง (ร้อยละ)		ภายในกลุ่ม	
	กลุ่มทดลอง (n=33)	กลุ่มควบคุม (n=35)	กลุ่มทดลอง (n=33)	กลุ่มควบคุม (n=35)	กลุ่มทดลอง p-value	กลุ่มควบคุม p-value
คะแนนเฉลี่ย (Mean±S.D.)	3.0±1.53	3.4±2.20	0.9±1.40	2.2±1.71	<0.001 ^d	0.002 ^d
p-value	0.921 ^b		<0.001 ^c			
ระดับความร่วมมือดี (0-1)						
ปานกลาง (2-3)	6 (18.2)	11 (31.4)	25 (75.8)	17 (48.6)		
ต่ำ (>3)	14 (42.4)	9 (25.7)	6 (18.2)	10 (28.6)	<0.001 ^d	0.007 ^d
p-value	0.694 ^b		0.015 ^b			

^aPaired t test, ^bMann-Whitney U test, ^cIndependent t-test, ^dWilcoxon signed ranks test, ^eChi-square
หมายเหตุ คะแนนต่ำบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าน้อยกว่าคะแนนสูง

ตารางที่ 3 สัดส่วนผู้ป่วยที่ตอบข้อคำถามถูกในแบบประเมินความร่วมมือการให้ยารักษาโรคซึมเศราระหว่างกลุ่มทดลองกับควบคุม

ข้อคำถาม	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่มีความร่วมมือในการใช้ยา (ร้อยละ)						เปรียบเทียบภายในกลุ่ม	
	ก่อนการศึกษา			หลังการศึกษา			ก่อน-หลัง (ร้อยละ)	
	กลุ่มทดลอง (n=33)	กลุ่มควบคุม (n=35)	p ^a	กลุ่มทดลอง (n=33)	กลุ่มควบคุม (n=35)	p ^a	กลุ่มทดลอง p ^b (n=33)	กลุ่มควบคุม p ^b (n=35)
1. มีบางครั้งที่คุณลืมรับประทานยาใช่หรือไม่	22 (66.6)	22 (62.9)	0.743	6 (18.2)	20 (57.1)	0.001	0.001	0.727
2. นอกเหนือจากการลืมกินยา มีสาเหตุอื่นที่ทำให้คุณไม่ได้กินยา	16(48.5)	9 (25.7)	0.052	5(15.2)	6(17.1)	0.824	0.013	0.375
3. คุณเคยลดขนาดยาหรือหยุดยาเอง เพราะรู้สึกแยะเวลากินยา	13 (39.4)	17 (48.6)	0.446	3(9.1)	5(14.3)	0.506	0.013	<0.001
4. เมื่อคุณออกจากบ้านหรือเดินทางไกล มีบางครั้งที่คุณลืมพกยาติดตัวไป	18(54.5)	13 (37.1)	0.150	3(9.1)	5(14.3)	0.506	<0.001	0.008
5. เมื่อวานนี้ คุณกินยาครบใช่หรือไม่	7(21.2)	6(17.1)	0.327	7(21.2)	2(22.2)	0.059	1.00	0.219
6. เมื่อคุณรู้สึกว่าการของโรคดีขึ้นแล้ว บางครั้งคุณหยุดกินยา	10(30.3)	18 (51.4)	0.077	1(3.0)	6(17.1)	0.056	0.012	0.002
7. คุณเคยรู้สึกอึดอัดที่ต้องกินยาทุกวันอย่างต่อเนื่องใช่หรือไม่	10(30.3)	18(51.4)	0.077	3(9.1)	19(54.3)	<0.001	0.016	1.000
8. คุณรู้สึกยุ่งยากในการจดจำยาที่ต้องรับประทาน	7(21.2)	15(42.9)	0.169	2(6.1)	15(42.9)	<0.001	0.180	1.000

^aChi-square, ^b McNemar test

3. ประเภทและความถี่ของปัญหาจากการใช้ยา ได้แก่ ความร่วมมือในการใช้ยา อาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา และอันตรกิริยาระหว่างยา

ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาที่พบบ่อยคือการลืมรับประทานยา โดยระยะก่อนการศึกษาพบในกลุ่มทดลองร้อยละ 66.6 กลุ่มควบคุมพบร้อยละ 62.6 ส่วนระยะหลังการศึกษาพบในกลุ่มทดลองร้อยละ 18.2 กลุ่มควบคุมพบร้อยละ 57.1 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) ปัญหาที่พบบ่อยรองลงมาคือ ปัญหาผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ในระยะก่อนการศึกษาพบในกลุ่มทดลองร้อยละ 30.3 กลุ่มควบคุมพบร้อยละ 48.6 ส่วนระยะหลังการศึกษาพบในกลุ่มทดลองร้อยละ 6.1 กลุ่มควบคุมพบร้อยละ 34.3 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.004$) และโอกาสที่ผู้ป่วยจะเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาทั้งในระยะก่อนและหลังการศึกษาพบในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 21.2 และ กลุ่มควบคุมร้อยละ 34.2 ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ($p>0.05$) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มพบว่าระยะหลังการศึกษาในกลุ่มทดลองมีจำนวนปัญหาจากการใช้ยารวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) ส่วนในกลุ่มควบคุมมีจำนวนปัญหาจากการใช้ยาก็ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($p=0.012$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่ม พบจำนวนปัญหาจากการใช้ยารวมในระยะก่อนการศึกษาระหว่างสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p=0.094$) ส่วนในระยะหลังการศึกษาพบว่าในกลุ่มทดลองมีปัญหาจากการใช้ยาลดลงและน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (0.001) โดยชนิดของปัญหาจากการใช้ยาในกลุ่มทดลองที่ลดลงน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ผู้ป่วยลืมรับประทานยา ($p=0.001$) และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ($p=0.023$) ปัญหาด้านอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ก่อนการศึกษาในกลุ่มทดลองพบร้อยละ 30.3 ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมพบ ร้อยละ 48.6 อาการข้างเคียงที่พบบ่อยสุดคืออาการปากแห้งคอแห้ง โดยเกิดในผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 11 ราย (จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.2 ในกลุ่มทดลองและจำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.3 ในกลุ่มควบคุม) ซึ่งยาที่ทำให้เกิดอาการปากแห้งคอแห้งในการศึกษานี้ส่วนใหญ่ได้แก่ยากลุ่ม Tricyclic Antidepressant (Amitriptyline, Clomipramine และ Imipramine) ส่วนอาการข้างเคียงที่พบบ่อยรองลงมาคืออาการง่วงซึม ง่วงนอน มีนงง โดยเกิดในผู้ป่วยกลุ่มทดลองร้อยละ 8.1 และในกลุ่มควบคุมร้อยละ 13.1 โดยยาที่ทำให้เกิดอาการดังกล่าวได้แก่ Amitriptyline, Clomipramine, Imipramine และ Fluoxetine ซึ่งในกลุ่มทดลอง

ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และแนะนำให้แจ้งแพทย์หากผลข้างเคียงดังกล่าวไม่ดีขึ้นเมื่อมารับยาครั้งถัดไปโดยผลหลังการศึกษาในกลุ่มทดลองพบร้อยละ 6.1 ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมพบ ร้อยละ 34.3 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.004$) ส่วนปัญหาด้านโอกาสการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (drug interaction) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบทั้งหมด 19 ปัญหา ซึ่งคู่ยาที่เกิดอันตรกิริยาทั้งหมด 8 คู่ จากผลการวิเคราะห์พบว่ายากลุ่ม Tricyclic Antidepressant มีโอกาสการเกิดอันตรกิริยากับยากลุ่ม SSRI (Fluoxetine) มากที่สุด

4. ความรู้เรื่องโรคและการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าและการดูแลปฏิบัติตัวของผู้ป่วยระยะก่อนและหลังการศึกษา พบว่าหลังจากให้การบริบาลทางเภสัชกรรมโดยนิสิตเภสัชศาสตร์ร่วมกับการรับชมสื่อมัลติมีเดีย ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) แต่ในกลุ่มควบคุมพบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นไม่แตกต่างกัน ($p=0.953$) ในขณะที่เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระยะก่อนการศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกัน ($p=0.780$) แต่ระยะหลังการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.007$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความแตกต่างเฉลี่ยของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าและการดูแลปฏิบัติตัวของผู้ป่วยระยะก่อนและหลังการศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น 1.7 ± 2.44 คะแนน ขณะที่กลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้น 0.1 ± 1.47 คะแนน ($p<0.001$)

5. ความพึงพอใจต่อสื่อมัลติมีเดีย

ผู้ป่วยที่รับชมสื่อมัลติมีเดียมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยรวม 66.8 ± 5.88 คะแนน จากคะแนนเต็ม 75 คะแนน หรือคิดเป็นร้อยละ 89.1 บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีความพอใจในสื่อมัลติมีเดียในระดับมาก ซึ่งหมวดความเหมาะสมและการนำไปใช้ประโยชน์ได้รับความพึงพอใจระดับสูงที่สุดคือร้อยละ 91.5 คะแนน ความพึงพอใจต่อสื่อมัลติมีเดียเฉลี่ยจำแนกตามข้อคำถามพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ย 4.4 ± 0.39 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน จัดว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความพึงพอใจต่อสื่อมัลติมีเดียมาก เมื่อพิจารณาตามข้อคำถามพบว่าเรื่องสื่อ

มัลติมีเดียสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด (4.8 ± 0.42 คะแนน) ส่วนข้อคำถามเรื่อง สื่อมัลติมีเดียมีรูปภาพสวยงาม มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจน้อยสุด (3.9 ± 0.93)

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

จากศึกษาผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 46.2 ± 16.80 ปี กลุ่มควบคุม 49.3 ± 12.93 ปี มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน จบชั้นประถมศึกษา และประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้ามาก่อนในระยะ 3 เดือนก่อนหน้าเข้าร่วมการวิจัย ในลักษณะเดียวกันทั้งสองกลุ่ม ยกเว้นการดื่มสุราและการออกกำลังกาย ระหว่างกลุ่มมีความแตกต่างกัน ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์แล้วพบว่า สองปัจจัยนี้ไม่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา แต่การศึกษาของ นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์ และคณะ (2550) ที่ทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยทางจิตกับปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาพบว่า ปัจจัยที่มีผล คือ การดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลทำให้คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาลดลง ส่วนการออกกำลังกายไม่มีผล ความรุนแรงของโรคซึมเศร้าพบว่าในกลุ่มทดลองมีความรุนแรงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคซึมเศร้า mild depressive episode ในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนระยะเวลาเฉลี่ยที่ได้รับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันคือ 0.9 ± 0.81 ปี และ 2.6 ± 4.57 ปี เมื่อใช้สถิติวิเคราะห์พบว่าระยะเวลาในการรักษาไม่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสารุพร พุฒขาว (2541) พบว่าผู้ป่วยมีระยะเวลาเจ็บป่วยน้อยกว่า 5 ปี จะให้ความร่วมมือในการใช้ยาในระดับดี เช่นเดียวกับ Adler (Adler, 2004) พบว่าระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่จะส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยก็ต่อเมื่อผู้ป่วยที่มีอาการกลับเป็นตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป หรือ รับประทานมานานมากกว่า 10 ปี ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีโรคร่วม 2 อันดับแรกคือ โรคจิตเภท และภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งการเป็นโรคจิตเภทไม่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา แต่การศึกษาของ Taj (Taj, 2008) พบว่าการเป็นโรคจิตเภทร่วมกับโรคซึมเศร้าทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาลดลง เมื่อพิจารณารักษาโรคซึมเศร้าที่ผู้ป่วยใช้พบว่าในกลุ่มทดลองมีการใช้ Fluoxetine มากที่สุด ขณะที่กลุ่มควบคุมมีการใช้ Sertraline มากที่สุด แต่

ประเภทยาที่ใช้ไม่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาทั้งทางสถิติและทางคลินิกที่พิจารณาจากข้อมูลผลข้างเคียงจากยาและความร่วมมือในการใช้ยาก่อนการศึกษาอื่นๆที่ใช้ร่วมด้วยพบยากลุ่ม Benzodiazepine มากที่สุด และจำนวนรายการยาที่ใช้ 2-3 รายการต่อคน ซึ่งทั้งสองปัจจัยนี้ไม่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา

หลังการศึกษากลุ่มทดลองมีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาและระดับความร่วมมือในการใช้ยาดีกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากมีการให้บริการทางเภสัชกรรม คนละประมาณ 10-15 นาที ร่วมกับการรับชมสื่อมัลติมีเดียระยะเวลา 9 นาที ซึ่งเป็นการให้เวลาและความใส่ใจต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการใช้ยา มีกำลังใจในการรักษา ใช้ภาษาถิ่นในการสื่อสาร มีการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีก่อนการสอบถามปัญหาการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยความกล้าที่จะปรึกษาปัญหาจากการการใช้ยา และระบายความในใจผู้วิจัยและผู้ป่วยจึงสามารถกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาร่วมกันได้ ส่งผลให้หลังการศึกษาผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาดีกว่ากลุ่มทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Adler (Adler, 2004) พบว่าเภสัชกรต้องให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยเฉลี่ย 4 ครั้ง และต้องใช้เวลากับผู้ป่วยมากกว่ากลุ่มควบคุมถึง 5 เท่า จึงเห็นผลความแตกต่างของความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคซึมเศราระหว่างกลุ่มซึ่งสอดคล้องกันในเรื่องของการให้ความสนใจและให้เวลากับผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมจึงทำให้เห็นถึงความแตกต่างของผลการศึกษาส่วนปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีขึ้นทั้งสองกลุ่ม พบจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ การลดขนาดยาหรือหยุดยาเอง เพราะรู้สึกแสบเวลากินยา การพยายาคิดตัวเมื่อออกจากบ้านหรือเดินทางไกล และการหยุดกินยาเมื่อคุณรู้สึกว่าการควบคุมในการศึกษานี้ เช่น การได้รับคำแนะนำจากแพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ป่วยได้รับความสนใจจากผู้วิจัยได้รับการซักประวัติเกี่ยวกับยาที่ใช้วิธีการรับประทานยาผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาดูดจนได้ทำแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยารักษาโรคซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจที่จะรับประทานยาเพิ่มมากขึ้นบริเวณที่ทำการศึกษากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อยู่ในห้องเดียวกัน จึงอาจได้รับผลจากการแนะนำของเภสัชกรในกลุ่มทดลองตลอดจนการติดตามผลหลังการศึกษาเพียง 1 เดือน จึงอาจยังไม่พบปัญหาการหยุดยาเองมากนัก

ปัญหาจากการใช้ยาที่พบมากที่สุดคือ ความร่วมมือในการใช้ยา รองลงมาคือ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และอันดับที่ 3 คือ การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา เมื่อพิจารณาการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการปากแห้งคอแห้ง ส่วนหลังการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีสัดส่วนผู้ป่วยที่เกิดผลข้างเคียงจากยาน้อยกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจาก เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม และให้คำแนะนำเฉพาะรายแก่ผู้ป่วย ร่วมกับการรับชมสื่อมัลติมีเดียที่มีคำแนะนำผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยและวิธีจัดการ แนะนำให้แจ้งแพทย์หากผลข้างเคียงดังกล่าวไม่ดีขึ้นเมื่อมารับยาครั้งถัดไป ดังนั้น ผู้ป่วยจึงสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาได้ดีขึ้นทำให้จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มทดลองเกิดอาการข้างเคียงจากยาลดลง ส่วนด้านอันตรกิริยาระหว่างยาที่พบมากที่สุดได้แก่ยาในกลุ่ม SSRIs และยาในกลุ่ม TCAs ซึ่งผู้ป่วยที่พบปัญหาอันตรกิริยาระหว่างยา จะได้รับการติดตามอาการ เนื่องจากอันตรกิริยาที่พบก่อนการศึกษาไม่รุนแรง จึงได้แนะนำอาการที่อาจเกิดขึ้นและวิธีการจัดการ และแนะนำให้ผู้ป่วยแจ้งแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนขนาดยาในกรณีที่เป็น เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถทนอาการที่สับสนเนื่องจากอันตรกิริยาระหว่างยาได้ ดังนั้นการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจึงไม่มีความแตกต่างกัน

หลังการศึกษาผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคและการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าดีกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากการให้บริการทางเภสัชกรรมร่วมกับการรับชมสื่อมัลติมีเดียสามารถเพิ่มความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การใช้ยา ตลอดจนการปฏิบัติตัวเมื่อรับประทานยารักษาโรคซึมเศร้าอย่างถูกต้อง เมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยผู้ป่วยตอบคำถามถูกมากขึ้นและมากกว่าในกลุ่มทดลองหลังการศึกษา มักเป็นข้อที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ได้แก่ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับเป็นซ้ำการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม ร่วมกับการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าการใช้ยาต่อเมื่อรู้สึกมีอาการของโรคหายเป็นปกติและการปฏิบัติตัวเมื่อจำเป็นต้องใช้ยาตัวอื่นร่วมกับยารักษาโรคซึมเศร้าจึงสรุปได้ว่า การศึกษานี้สามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยได้ตรงกับการศึกษาของ Gabriel (Gabriel, 2010) และ Sirey (Sirey, 2010) ที่พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาเป็นปัจจัยที่ทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นส่วนรายข้อที่ไม่มีมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนมากเป็นความรู้ทั่วไปของโรคและยาที่ไม่จำเพาะเจาะจงต่อผู้ป่วย หรือเป็นเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยไม่เคยประสบด้วยตนเอง ได้แก่ สาเหตุของโรคซึมเศร้า การปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคซึมเศร้าซ้ำระยะเวลาในการรักษาและ

วิธีปฏิบัติตัวเมื่อล้มรับประทานยา อาจมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจเรียนรู้และจดจำส่งผลให้ตอบคำถามได้ไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับชมสื่อมัลติมีเดียมีความพึงพอใจอยู่ในระดับดีมาก โดยพึงพอใจในหมวดความเหมาะสมและการนำไปใช้ประโยชน์มากที่สุด ส่วนรายข้อที่ควรปรับปรุงคือความสวยงามของรูปภาพซึ่งสามารถนำไปปรับปรุงต่อไป

สรุปผลการศึกษา

การใช้สื่อมัลติมีเดียเพื่อให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ร่วมกับการบริการทางเภสัชกรรม เป็นอีกทางเลือกที่มีประสิทธิภาพซึ่งสามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า โดย การใช้เวลาและความใส่ใจต่อผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการใช้ยาและมีกำลังใจในการรักษาสามารถแก้ไขปัญหากจากการใช้ยาได้ เช่น อาการข้างเคียงสามารถสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการใช้ยาต่อผู้ป่วยอย่างถูกต้อง

References:

- Adler DA, Bungay KM, Wilson IB, *et al.* The impact of a pharmacist intervention on 6-month outcomes in depressed primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004;26(3):199–209.
- Akiskal HS. Dysthymia cyclothymia and related chronic sub-threshold mood disorders. *New Oxford Textbook of Psychiatry.* London: Oxford University Press; 2000: 736-49.
- Brook OH, Hout H, Stalman W, *et al.* A pharmacy-based coaching program to improve adherence to antidepressant treatment among primary care patients. *Psychiatr Serv.* 2005;56(4):487–89.
- Brown C, Battista DR, Sereika SM, Bruehlman RD, Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71:843-61.
- Capoccia KL, Boudreau DM, Blough DK, *et al.* Randomized trial of pharmacist interventions to improve depression care and outcomes in primary care. *Am J Health-Syst Pharm.* 2004;1(4):364-72.

- Finley PR. Impact of a collaborative pharmacy practice model on the treatment of Depression in Primary care. *Pharmacotherapy* 2003; 23:1175-85.
- Gabriel A, Violato C. Knowledge of and attitudes towards depression and adherence to treatment: The antidepressant adherence scale (AAS). *Journal of affective disorders*. 2010; 126:388–94.
- Lin EH, Von KM, Katon W. The role of the primary care physician in patients' adherence to antidepressant therapy. *Med Care*. 1995;33:67–74.
- Rebetez C, Betrancourt M, Sangin M, Dillenbourg P. Learning from animation enabled by collaboration. *Instructional Science* 2009;5(38):471-85.
- Ruiz J, Cook D, Levinson A. Computer animations in medical education: a critically treasure review. *Medical education* 2009;43:838-46.
- Sajatovic M. Psycho educational approaches to medication adherence in patient with bipolar disorder. *DisManag Health* 2007;15:181-92.
- Seedat S, Haskis A, Stein J. Benefits of consumer psycho education: a pilot program in south Africa. *University of Stellenbosch, South Africa*. 2008;38(1):31.
- Sirey JA, Bruce ML, Kales HC. Improving Antidepressant adherence and depression outcomes in primary care: The treatment initiation and participation program. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2010;18(6):554-62.
- Simon GE, Ludman EJ, Operskalski BH. Randomized trial of a telephone care management program for outpatients starting antidepressant treatment. *Psychiatric services* 2006;57(10):1441- 45.
- World Health Organization. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. WHO Library Catalogue-in-Publication Data. Switzerland. 2003.
- Zhou X., Qin B., Del Giovane C., Pan J., Gentile S., Liu Y. *et al.* Efficacy and tolerability of antidepressants in the treatment of adolescents and young adults with depression and substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *Society for the Study of Addiction*. 2015;110:38–48.