

ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

The Effect of a Self-Regulation Program on Medication Adherence in Patients with Major Depressive Disorders

ภัทรียา สวัสดิ์ สารรัตน์ วุฒิอาภา* รังสิมันต์ สุนทรไชยา

Phattariya Sawatdi Sararud Vuthiarpa* Rangsiman Soonthornchaiya

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี ประเทศไทย 12121

Faculty of Nursing, Thammasat University, Phatumthani, Thailand 12121

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเอง ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ อายุ 18-60 ปี จำนวน 60 คน ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชธานี แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน โดยโปรแกรมการกำกับตนเองประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรม รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ติดต่อกัน กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ และประเมินผลโดยใช้แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา โดยวัดผล 2 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง และสิ้นสุดการทดลองทันที วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบค่าที ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยา ($M = 7.90$, $SD = .40$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 3.87$, $SD = 1.63$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.22$, $p < .05$) 2. ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = 4.03$, $SD = 1.67$) ซึ่งได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = -.03$, $SD = 1.42$) ซึ่งได้รับการพยาบาลและการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.14$, $p < .05$)

คำสำคัญ: โปรแกรมการกำกับตนเอง, ความร่วมมือในการรับประทานยา, ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Abstract

A self-regulation program is designed to direct a person's behavior towards a targeted action. A self-regulation consists of the process of self-observation, self-judgment, and self-reaction. This quasi-experimental research aimed to determine the effects of a self-regulation program on medication adherence in patients with depressive disorder. The sample consisted of 60 patients with depressive disorder aged 18-60, for outpatients receiving services at Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital. The study was randomly assigned into the experimental and the control group, with 30 people in each group. The experimental group participated in the self-regulation program. This program consisted of 6 activities for 6 consecutive weeks. Data was analyzed using descriptive statistics including percentage, mean, standard deviation, and t-test; a dependent t-test was used to compare the mean of the medication adherence scores before and after the intervention

Corresponding Author: *e-mail: sararud@nurse.tu.ac.th

วันที่รับ (received) 4 มี.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 21 พ.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 8 ก.ค. 2566

in each group; and an independent t-test was used to examine the mean differences in the medication adherence scores between the experimental and control groups. The study found that there was a statistically significant increase in the mean of medication adherence scores ($M = 7.90$, $SD = .40$) after participating in the self-regulation program ($t = 13.22$, $p < .05$) and there was a statistically significant difference in the mean differences in the medication adherence scores. ($\bar{D}_1 = 4.03$, $\bar{D}_2 = -0.03$) between the pre and post-interventions for both groups ($t = 10.14$, $p < .05$).

The findings suggest that such a self-regulation program was able to increase medication adherence in patients with depressive disorders effectively.

Keywords: self-regulation program, medication adherence, patients with major depressive disorders

บทนำ

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าทุกช่วงอายุจำนวนมากกว่า 322 ล้านคน จากจำนวนประชากรทั่วโลกประมาณ 7000 ล้านคน คิดเป็นประมาณร้อยละ 4.4 ของประชากรทั่วโลก¹ และยังพบว่าโรคซึมเศร้าพบมากที่สุดในช่วงวัยผู้ใหญ่โดยเฉลี่ยมีอายุระหว่าง 20-50 ปี โดยมีความชุกถึงร้อยละ 15 และคาดการณ์ว่าจำนวน 1 ใน 4 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะสามารถพัฒนาเป็นโรคซึมเศร้าอย่างถาวร และโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีการสูญเสียสุขภาพเนื่องจากความบกพร่องทางสุขภาพเป็นอันดับ 4 ของโลกและคาดการณ์ว่าปี พ.ศ. 2573 จะเปลี่ยนแปลงขึ้นมาเป็นอันดับ 2 ของโลก² ซึ่งมีผลกระทบต่อผู้ป่วยคือความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคและความสูญเสียทางเศรษฐกิจ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโรคซึมเศร้ามีสาเหตุการเกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม³ เมื่อป่วยเป็นโรคซึมเศร้าพบว่าการรักษาด้วยการรับประทานยาเป็นวิธีที่ได้ผลดีที่สุดวิธีแรก ๆ จากการที่ยาช่วยปรับสมดุลสารเคมีในสมอง ส่งผลให้การควบคุมความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมมีความเหมาะสมมากขึ้น และกลับสู่ภาวะปกติมากที่สุด ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมต่อไปทำให้เกิดประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักจะไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไปถึง 3 เท่า⁴ โดยในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยามีมากถึงร้อยละ 77⁵ โดยมักจะไม่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอและหยุดรับประทานยาเอง⁶ ผลกระทบของการไม่รับประทานยาด้านอาการซึมเศร้า จะเพิ่มโอกาสในการกำเริบของโรค การกลับเป็นซ้ำ การมีภาวะถูกฉีดยาทางจิตเวช และการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลที่เพิ่มความรุนแรง

ของอาการและลดการตอบสนองต่อการรักษา นอกจากนี้ความร่วมมือในการรับประทานยามีผลให้ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยกลายเป็น โรคซึมเศร้าเรื้อรังที่ได้รับการรักษามากกว่า 2 ปี โดยร้อยละ 50-60 ของผู้ที่มีการกลับเป็นซ้ำครั้งแรกจะมีการกลับเป็นซ้ำ ครั้งที่สองตามมาร้อยละ 70-80 ปัจจัยสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยาประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ การรับรู้ ความคิด ความเชื่อ

2) ปัจจัยด้านการบำบัดรักษา ได้แก่ ระยะเวลา อาการข้างเคียง และ 3) ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนของครอบครัว ภาระค่าใช้จ่าย เป็นต้น^{8,9}

จากการทบทวนวรรณกรรมโปรแกรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยา พบว่า มีการศึกษาส่วนหนึ่งที่มุ่งเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษา โดยมีการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคและการรักษา การฝึกทักษะการจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการรับประทานยา และผลข้างเคียงของยา การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม การใช้ตัวแบบและสัญลักษณ์เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา⁸ แต่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีสถิติความร่วมมือในการรับประทานยาที่สูง เมื่อพิจารณาถึงข้อจำกัดและข้อเสนอแนะจากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการศึกษาที่ผู้ป่วยไม่สามารถกำกับตนเองให้รับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องส่งผลต่ออัตราการกำเริบของอาการและการกลับเป็นซ้ำ ดังนั้นโปรแกรมที่ออกแบบให้มีการกำกับตนเอง (Self-Regulation) ควรจะช่วยลดความร่วมมือในการรับประทานยาได้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการกำกับตนเอง (Self-regulation)¹⁰ เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ต่อเนื่องและยั่งยืนได้โดยการกำกับพฤติกรรมของตนเอง เพื่อให้สามารถเกิดพฤติกรรมตามเป้าหมายที่วางไว้ได้ การบำบัดด้วยการกำกับ

ตนเองเป็นกระบวนการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กระทำพฤติกรรมใหม่อย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง โดยพฤติกรรมใหม่ที่เกิดขึ้นจะต้องผ่าน 3 กระบวนการ ได้แก่ 1. กระบวนการสังเกตตนเอง (self-observation) โดยในกระบวนการนี้เป็นกระบวนการแรกของการกำกับตนเอง เพราะบุคคลจะเริ่มจากการสังเกต และทบทวนตนเองในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองถึงอดีตที่ผ่านมา ว่าเกิดอะไรขึ้นกับตนเองและตนเองมีพฤติกรรมอย่างไร 2. กระบวนการตัดสินใจ (judgment process) เมื่อบุคคลได้สำรวจพฤติกรรมของตนเองก็จะนำเอาข้อมูลไปเปรียบเทียบกับเป้าหมายหรือมาตรฐานที่ตั้งไว้โดยบุคคลจะเริ่มตัดสินใจว่าจะดำเนินการอย่างไรกับพฤติกรรมของตนเอง การตัดสินใจเป็นการเปรียบเทียบผลที่ได้จากการกระทำกับเป้าหมาย สำหรับเกณฑ์การตัดสินใจพฤติกรรมมาตรฐานที่ดี 3. กระบวนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (self-reaction) เป็นการตอบสนองต่อผลการประเมินพฤติกรรมของตนเอง จากกระบวนการการตัดสินใจซึ่งทำหน้าที่เป็นแรงจูงใจให้คงพฤติกรรมของตนเองไว้อย่างต่อเนื่อง การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองกระบวนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองเป็นกระบวนการสุดท้ายของการกำกับตนเอง

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตได้เห็นความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงคิดว่าการกำกับตนเองจะเพิ่มการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ และจากการศึกษาพบว่าในประเทศไทยยังไม่พบการวิจัยที่เกี่ยวกับการกำกับตนเองเพื่อนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงสนใจเกี่ยวกับวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยาด้วยโปรแกรมการกำกับตนเอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนการทดลองและหลังการทดลองสิ้นสุดทันทีของกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองสิ้นสุดทันทีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการกำกับตนเอง (Self-regulation) ของแบนดูรา¹⁰ เพื่ออธิบายเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ต่อเนื่องและยั่งยืนได้ ที่ต้องกำกับพฤติกรรมของตนเอง เพื่อให้สามารถเกิดพฤติกรรมตามเป้าหมายที่วางไว้ได้ การบำบัดด้วยการกำกับตนเองเป็นกระบวนการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กระทำพฤติกรรมใหม่อย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง โดยพฤติกรรมใหม่ที่เกิดขึ้นจะต้องผ่าน 3 กระบวนการ คือ 1. กระบวนการสังเกตตนเอง (self-observation) 2. กระบวนการตัดสินใจ (judgment process) และ 3. กระบวนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (self-reaction) เมื่อผู้ป่วยได้เกิดกระบวนการสังเกตตนเอง การตัดสินใจ และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง จะช่วยให้ผู้ที่มีโรคซึมเศร้าได้ตระหนักถึงผลของการขาดความร่วมมือในการรับประทานยา โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองผ่าน 3 กระบวนการดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยซึมเศร้าเกิดแรงจูงใจและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองนำไปสู่ความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งมีผลต่อการหายและลดการกลับเป็นซ้ำของอาการซึมเศร้าได้

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองของกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนทดลอง
2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ ทั้งเพศชาย และหญิง อายุระหว่าง 18-60 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-5) หรือขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) โดยกลุ่มรหัสโรคคือ F32.0-F33.9 ที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกรินทร์ จังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ ทั้งเพศชาย และหญิง อายุระหว่าง 18-60 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย

จากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-5) หรือขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) โดยกลุ่มรหัสโรคคือ F32.0 - F33.9 ที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา และรับยาต่อเนื่องจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลใน 2 ตำบลของอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวนทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q เป็นเครื่องมือในการค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มหรือมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยใช้ประเมินหรือติดตามอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มเป้าหมายคือ ประชาชนทั่วไปหรือกลุ่มเสี่ยงในสถานบริการและผู้ป่วยโรคซึมเศร้า¹¹ ซึ่งได้ทำการทดสอบความน่าเชื่อถือ ความเที่ยงตรง และความสอดคล้องของระดับความรุนแรงอาการโรคซึมเศร้าโดยเปรียบเทียบกับแบบประเมินอาการซึมเศร้าชื่อ Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) หรือ Thai-HRSD มีค่า Cronbach's alpha รายข้ออยู่ระหว่าง 0.78-0.82 และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.821 เป็นคำถามแบบมีตัวเลือกให้ผู้ตอบเลือกตอบที่ตรงกับตนเองมากที่สุด ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันที่ทำแบบสอบถาม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่างพัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว อาชีพ สิทธิการรักษาพยาบาล ระยะเวลาการรักษาโรคซึมเศร้า จนถึงปัจจุบัน และผู้ดูแลหลัก

2.2 แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา⁸ ซึ่งมีการนำมาใช้ในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระยะหลัง โดยมีค่าความตรงตามแนวทางด้านเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.87 และได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.82

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

3.1 โปรแกรมการกำกับตนเองในการบำบัดรักษา

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการกำกับตนเอง

(Self-Regulation) ของ แบนดูรา¹⁰ และ เพื่อส่งเสริมการกำกับพฤติกรรมรับประทานยาของผู้ป่วยซึมเศร้า เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาตามแนวคิดความร่วมมือในการรับประทานยาโปรแกรมการกำกับตนเองในการบำบัดรักษา ผู้วิจัยนำมาปรับใช้และทำการบำบัดเป็นรายกลุ่มมีทั้งหมด 6 กิจกรรม ภายในระยะเวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์ โดยใช้เวลาบำบัดกิจกรรมละ 60-90 นาที ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้

ข้อมูลกิจกรรมทั้ง 6 สัปดาห์

กิจกรรม	ชื่อกิจกรรม
กิจกรรมที่ 1	รู้จักกับซึมเศร้าและการรักษาด้วยยา
กิจกรรมที่ 2	สร้างแรงจูงใจ
กิจกรรมที่ 3	ฉันทเปลี่ยนแปลงได้
กิจกรรมที่ 4	มุ่งมั่นเปลี่ยนแปลง
กิจกรรมที่ 5	ความสำเร็จรอบตัว
กิจกรรมที่ 6	ฉันทำได้ สบายมาก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ โครงการวิจัยที่ 127/2564 รหัสโครงการวิจัย COA No. 039/2565 ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยตามความสมัครใจ รวมทั้งลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งการเข้าร่วมโครงการนี้ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาใด ๆ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตามต้องการ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ นำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติพรรณนา จำนวน ร้อยละ การแจกแจงความถี่ และ เปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi - square test) และ (Fisher's exact test)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติการทดสอบค่าทีชนิดที่เป็นไม่อิสระจากกัน (Dependence t-test)

3. เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

โดยใช้สถิติการทดสอบค่าทีชนิดที่เป็นอิสระจากกัน (Independent t-test)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยคิดเป็นร้อยละ 60 ด้านอายุพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยในช่วง 18-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.70 ด้านสถานภาพสมรส กลุ่มทดลองมีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 70 รองลงมาคือสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 23.30 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 56.70 รองลงมาคือสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 43.30 ตามลำดับ ด้านระดับการศึกษาสูงสุด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการศึกษาระดับสูงสุดต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 76.70 รองลงมาคือระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 23.30 ส่วนในด้านรายได้ครอบครัว ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวในช่วง 15001-20000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 96.70 รองลงมามีรายได้ของครอบครัวในช่วง 10001-15000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 3.30 ด้านโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 63.30 ด้านอาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพอื่น ๆ เช่น ค้าขาย ประกอบธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 33.30 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 40.00 ในกลุ่มควบคุมตามลำดับ ด้านระยะเวลาของการเจ็บป่วย โดยข้อมูลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.70 และร้อยละ

50.00 ตามลำดับ รองลงมาอยู่ในช่วง 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.30 และร้อยละ 30.00 ตามลำดับ ด้านจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคซึมเศร้า โดยข้อมูลกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 46.70 รองลงมาคือมีจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคซึมเศร้าอยู่ในช่วง 1-5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 43.30 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคซึมเศร้าอยู่ในช่วง 1-5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 60.00 และไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 40.00 ตามลำดับ ด้านสิทธิการรักษา โดยข้อมูลกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาบัตรทอง คิดเป็นร้อยละ 73.30 และร้อยละ 76.70 ตามลำดับ รองลงมาใช้สิทธิการเบิกจ่ายตรง คิดเป็นร้อยละ 23.30 และร้อยละ 13.30 ตามลำดับ ด้านผู้ดูแลหลักโดยข้อมูลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มารดาเป็นผู้ดูแลหลัก คิดเป็นร้อยละ 60.00 และร้อยละ 53.30 รองลงมาคือบุตร คิดเป็นร้อยละ 16.70 และร้อยละ 23.30 ตามลำดับ

จากการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งเป็นผลดีในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจมีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ($n = 30$)

ความร่วมมือในการรับประทานยา	M	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	3.87	1.63	29	13.22	.00
หลังการทดลอง	7.90	.40			

จากตารางที่ 1 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยา

ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มทดลองหลังการทดลอง ($M = 7.90$, $SD = .40$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 3.87$, $SD = 0.63$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.22$, $p < .01$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 60)

ความร่วมมือในการรับประทานยา	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)			df	t	p-value	
	M	SD	$\bar{D}_1$	M	SD				$\bar{D}_2$
ก่อนการทดลอง	3.87	1.63	4.03	4.73	1.96	-.03	58	10.14	.00
หลังการทดลอง	7.90	.40		4.70	1.82				

จากตารางที่ 2 เมื่อพิจารณาผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = 4.03$, $SD = 1.67$) และกลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = -0.03$, $SD = 1.42$) พบว่าคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.14$, $p < .01$)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกำกับตนเอง จะได้รับการฝึกการกำกับตนเองผ่านกระบวนการ 3 ขั้นตอน แล้วมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการรับประทานยา การเกิดการเปลี่ยนแปลงในการกำกับตนเอง มีผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา และฝึกทักษะการจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการรับประทานยาและผลข้างเคียงของยา ช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น¹¹ ผู้ป่วยที่เรียนรู้กระบวนการในโปรแกรมการกำกับตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนา ประกอบด้วยกระบวนการสังเกตตนเอง (self-observation) โดยจะเน้นให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้เรียนรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าอาการของโรคซึมเศร้า สาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้า ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และการรักษาด้วยยาหรือการควบคุมอาการที่เกิดจากโรคซึมเศร้าและความแตกต่างระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เกิดจากการเจ็บป่วย วิธีปฏิบัติตนเมื่อได้รับยารักษาโรคซึมเศร้า และวิธีการดูแลตนเอง รวมไปถึงการทบทวนการจัดการกับปัญหาในการรับประทานยาที่ผ่านมาและตระหนักในแผนการรักษาของตนเองและสร้างความมั่นใจในการรับประทานยาให้กับผู้ป่วย เพื่อให้สมาชิกได้ทบทวนตนเอง ด้านการกระทำ ความสม่ำเสมอ ความใกล้เคียง และความถูกต้อง

เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองและสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาของตนเองที่ผ่านมา โดยในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรับประทานยาของตนเองไปในทิศทางที่ดีขึ้น¹² และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสำรวจปัญหาและจัดการกับความลังเลใจของตนเอง จะก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะมีพฤติกรรมที่ร่วมมือในการรับประทานยา ร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรมที่จะส่งผลสำเร็จในการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมรับประทานยา¹³ พร้อมแลกเปลี่ยนประสบการณ์นำไปสู่การตัดสินใจลงมือกระทำต่อไปโดยผ่านกระบวนการการประเมินและสร้างแรงจูงใจเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจใหม่ ในกระบวนการตัดสินใจ (judgment process) ต่อเนื่องจากการค้นหาและตั้งเป้าหมายที่ต้องการในการรับประทานยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นเป้าหมายที่ชัดเจนด้วยตนเอง วิเคราะห์เป้าหมายของตนเองและลงมือทำเพื่อนำไปสู่กระบวนการตัดสินใจ (judgment process) ในการวางเป้าหมายอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยผู้ป่วยได้เรียนรู้จากต้นแบบที่ประสบผลสำเร็จในการรับประทานยาที่สำเร็จโดยวิธีทำตัวแบบสัญลักษณ์ซึ่งเป็นตัวถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับทักษะต่างๆ ผ่านวิธีทัศน์ประกอบเสียงและการบรรยาย เนื้อหาประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ผลกระทบของโรคซึมเศร้า ผลจากการรักษาด้วยยารักษาโรคซึมเศร้าผลข้างเคียงของการรักษาด้วยยารักษาโรคซึมเศร้า และแนวทางในการแก้ไขอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาที่ได้รับ ส่งผลให้บุคคลเกิดความมั่นใจในการตัดสินใจลงมือกระทำพฤติกรรมใหม่ เมื่อเกิดพฤติกรรมใหม่การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองกระบวนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองเป็นกระบวนการสุดท้ายของการกำกับตนเอง (self-reaction) เป็นกระบวนการสุดท้ายที่จะเกิดขึ้นจะทำหน้าที่ตอบสนองผลการประเมินพฤติกรรมของบุคคล จะส่งผลในการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการบรรเทาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและจะนำไปสู่การพัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมา

จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการกำกับตนเองช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา จึงทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = 4.03, SD = 1.67$) ซึ่งได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = -.03, SD = 1.42$) ซึ่งได้รับการพยาบาลและการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.14, p < .05$)

เมื่อพิจารณากลุ่มควบคุม พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการกำกับตนเอง แต่ได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจสภาพจิตใจเบื้องต้น การให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยา และการติดตามการรักษาต่อเนื่อง ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองของกลุ่มควบคุม ($M = 4.70, SD = 1.82$) ต่ำกว่ากลุ่มทดลอง ($M = 7.90, SD = .40$)

ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการกำกับตนเองช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา จึงทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = 4.03, SD = 1.67$) ซึ่งได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = .03, SD = 1.42$) ซึ่งได้รับการพยาบาลและการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.14, p < .05$)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า โปรแกรมการกำกับตนเองเป็นการบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิผลมากกว่าการพยาบาลตามปกติ ซึ่งจะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาโรคซึมเศร้า วิทยุใหญ่ มีส่วนในการช่วยให้ผู้ป่วยได้ สังเกตและทบทวนตนเองในพฤติกรรมที่เคยกระทำมาก่อนในอดีต จึงจะสามารถกำหนดพฤติกรรมอันเป็นเป้าหมายใหม่ และตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น จะเริ่มตัดสินใจว่าจะดำเนินการอย่างไรกับพฤติกรรมของตนเอง เกิดการกำกับตนเองส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาที่สูงขึ้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

โปรแกรมการกำกับตนเอง สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการฝึกอบรม สำหรับผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามความร่วมมือในการรับประทานยา หลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง ในระยะ 3, 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อประเมินประสิทธิผลของความคงทนในการเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา
2. ควรพิจารณาการศึกษาโปรแกรมการกำกับตนเอง ในรูปแบบการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในด้านการดูแลรักษาพยาบาล ผ่านระบบ โทรคมนาคม โดยเฉพาะการนำเทคโนโลยีดิจิทัล และเครือข่ายอินเทอร์เน็ตให้สอดคล้องกับสถานการณ์โลกที่เปลี่ยนแปลงไป

References

1. World Health Organization. The International Classification of diseases and related Health Problem 10th Revision classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, Switzerland 2007.
2. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: Global health estimates. Geneva, Switzerland 2017.
3. Beck AT. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: Harper & Row 1967.
4. Robin L Lepper H. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. Archives of internal medicine 2000; 16(4): 101-7.

5. Moonchai K, Sangon S, Nintachan P, Rungrungsiripan M. Factors Associated with Adherence to Medication in Major Depressive Disorder Patients. Thai Red Cross Nursing Journal 2020; 13(1): 241-60. (in Thai)
6. Srichai A, Foofoeng T, Pacharapakornsir P. Factors Related with Medication Adherence in Patients with Depression. Regional Health Promotion Center 2021; 15(38): 671-84. (in Thai)
7. Pliankerd P. Depressive disorder: Nurse's role in nursing care. Journal of The Royal Thai Army Nurse 2014; 15(1): 18-21. (in Thai)
8. Khamkum P, Keawkingkaew S, Nintachan P. Effects of psychoeducation program on medication adherence among patients with depression. Thammasat Medical Journal 2011; 11(4): 528-34. (in Thai)
9. Suemram P, Wattanapailin A, Yuttatri P. Correlation between Beliefs about Depression, Social Support, Medical Co-Morbidity and Drug Adherence Behavior in Elderly with Major Depressive Disorder. The Journal of Baromarajonani College of Nursing Nakhonratchasima 2016; 22(1): 108-19. (in Thai)
10. Bandura A. Social cognitive theory of self-regulation. Organizational Behavior and Human Decision Processes 1991; 50(2): 248-87.
11. Kongsuk T, Supanya S, Kenbubpha K, Phimtra S, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Services for depression and suicide in Thailand. World Health Organization Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health. 2017; 6(1): 34-8. (in Thai)
12. Klongdee K, Benjakul S, Kengganpanich M, Kengganpanich T, Effects of the Smart Diet Program Applying the Concept of Self-Regulation for Diabetes Control in Type 2 Diabetic Patients in Hospital for Tropical Diseases. Ramathibodi Nursing Journal 2019; 25(3): 326-39 (in Thai)
13. Miller WR, Rollnick S. Talking oneself into change: Motivational interviewing stages of change and therapeutic process. Journal of Cognitive Psychotherapy 2004; 18(4): 299-308.