

ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาที่รายงานด้วยตนเองของผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้า

รวีกานต์ ระลึกฤาเดช, พรรณทิพา ศักดิ์ทอง

ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: ศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้า และเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยที่มีลักษณะต่าง ๆ ในด้านระดับการศึกษา สิทธิการรักษา การจัดเตรียมยา จำนวนรายการยา อาการไม่พึงประสงค์ และทัศนคติต่อการควบคุมโรค **วิธีการ:** การศึกษาแบบภาคตัดขวางในผู้ป่วยนอกจำนวน 138 คน ที่รักษาและรับยาในโรงพยาบาลศรีธัญญาระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2561 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา MTB-Thai (medication taking behavior measure for Thai patients) และแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยา MA-VAS (medication adherence visual analog scale) **ผลการวิจัย:** แบบสอบถาม MTB-Thai มีคะแนนเต็มในแต่ละมิติคือ 4 ค่าเฉลี่ยมิติการลืมใช้ยา/ลืมใช้ยาโดยไม่ตั้งใจ คือ 3.32 ± 0.75 มิติการหยุดใช้ยา/ปรับขนาดยาเอง/ลืมใช้ยาโดยตั้งใจ คือ 3.73 ± 0.52 ส่วน MA-VAS มีคะแนนเต็มคือ 100 มีคะแนนเฉลี่ย 87.38 ± 1.19 การศึกษาไม่พบปัจจัยที่มีผลต่อคะแนน MTB-Thai แต่ผู้ที่รายงานว่าได้รับผลข้างเคียงจากการใช้ยามีคะแนน MA-VAS ต่ำกว่าผู้ที่ไม่ได้รับผลข้างเคียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ **สรุป:** อาการไม่พึงประสงค์จากยามีผลกระทบต่อคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ

คำสำคัญ: ความร่วมมือในการใช้ยา โรคซึมเศร้า แบบรายงานตนเอง แบบวัด MTB-Thai แบบวัด MA-VAS

รับต้นฉบับ: 25 เม.ย. 2563, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 24 ธ.ค. 2563, รับลงตีพิมพ์: 28 ธ.ค. 2563

ผู้ประสานงานบทความ: พรรณทิพา ศักดิ์ทอง ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 254 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10330 E-mail: Phantipa.S@pharm.chula.ac.th

Factors Associated with Self-reported Medication Adherence in Depressive Outpatients

Rawikarn Ralukruedej, Phantipa Sakthong

Department of Pharmacy Practice, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Chulalongkorn University

Abstract

Objective: To study medication adherence in depressive outpatients, and to compare medication adherence among patients with different characteristics including education level, health benefit, drug preparation, number of drug items, and adverse drug reactions. **Methods:** A cross-sectional study of 138 outpatients, treated and receiving drugs in Srithanya Hospital between May and July 2018, collected the data using the MTB-Thai (medication taking behavior measure for Thai patients) and the MA-VAS (medication adherence visual analog scale). **Results:** The MTB-Thai had full scores of 4 for each dimension. Average score on unintentional domain or forgetfulness in medication taking was 3.32 ± 0.75 . Average score on intentional domain on drug discontinuation, self-adjustment of drug dosage or intended skipping of drugs was 3.73 ± 0.52 . The MA-VAS had a full score of 100 with a mean score of 87.38 ± 1.19 . The study did not find any factors affecting the MTB-Thai score, but those who reported having adverse drug reactions had a significantly lower MA-VAS score than those who had no adverse effects. **Conclusion:** Adverse drug reactions had a significant impact on medication adherence scores of depressive patients.

Keywords: adherence, depressive disorders, self-reported questionnaire, MTB-Thai scale, MA-VAS scale

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุด การสำรวจขององค์การอนามัยโลกพบว่า ผู้ป่วยมากกว่า 300 ล้านคนเกือบครึ่งหนึ่งอยู่ในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และมหาสมุทรแปซิฟิกตะวันตก (1) สอดคล้องกับในประเทศไทยที่พบว่า ความชุกของโรคซึมเศร้าอยู่ที่ร้อยละ 0.6 ถือว่าเป็นกลุ่มโรคที่มีความชุกสูงที่สุดในกลุ่มความผิดปกติทางด้านอารมณ์ (2) ปีพ.ศ. 2561 ประเทศไทยมีผู้ที่มารับบริการทางการแพทย์จากโรคซึมเศร้าอยู่มากกว่าสามหมื่นราย (3) การรักษาผู้ป่วยนอกจากการรักษาด้วยจิตบำบัดแล้วยังใช้ยาในการรักษาโรคและควบคุมโรคของผู้ป่วย ดังนั้นการใช้ยาต่อเนื่องเป็นปัจจัยสำคัญในการไปถึงเป้าหมายของการรักษาโรค

แต่สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไปไม่ถึงเป้าหมายมีสาเหตุมาจากปัญหาจากการใช้ยา ความร่วมมือในการใช้ยาเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค และการกลับมีอาการของโรคซึมเศร้า (4) การศึกษาปัญหาจากการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชในงานวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า ผู้ป่วยไม่เข้าใจว่ายามีความจำเป็นต่อโรคอย่างไร (5) การสำรวจหาสาเหตุที่ทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเวชต่ำกว่าเกณฑ์ในมุมมองของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญพบว่า ความร่วมมือในการใช้ยามีผลมากที่สุด (6) นอกจากนั้นแล้วข้อมูลที่เก็บจากจากมุมมองผู้ป่วยและมุมมองผู้เชี่ยวชาญมีความแตกต่างกัน เพราะผู้เชี่ยวชาญมักประเมินการใช้ยาของผู้ป่วยต่ำกว่าระดับที่ผู้ป่วยประเมินตนเอง (7) ประเด็นนี้อาจเป็นสาเหตุให้เกิดความเข้าใจผิดซึ่งมีผลกับความสัมพันธ์ของบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยได้

องค์การอนามัยโลกนิยามความไม่ร่วมมือในการใช้ยาว่า การที่ผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามที่ได้รับในด้านต่าง ๆ เช่น ขนาดยา ความถี่ในการใช้ยา และระยะเวลาที่ต้องใช้ยา ความร่วมมือในการใช้ยาที่ไม่ดีของผู้ป่วยส่งผลต่อการรักษาโรคของผู้ป่วยเพราะทำให้การดำเนินไปของโรคแย่ลง รวมไปถึงการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค (8) ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจัดเป็นหนึ่งในความต้องการด้านยาและเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาจากการใช้ยา ความร่วมมือในการใช้ยาถือเป็นความสามารถและความสมัครใจของผู้ป่วยที่จะใช้แผนการรักษาที่ผู้ปฏิบัติงานด้านยาได้ตัดสินใจจากหลักฐานทางคลินิกว่าเหมาะสมกับผู้ป่วยทั้งในด้านข้อบ่งใช้และประสิทธิภาพ โดยปราศจากผลกระทบที่เป็นอันตราย (9)

การวัดความร่วมมือในการใช้ยาสามารถวัดได้หลายวิธี เช่น การใช้แบบรายงานตัวเอง (patient self-report) ระบบติดตามเหตุการณ์ใช้ยา (medication event monitoring system: MEMS) การนับจำนวนเม็ดยา การตรวจสอบประวัติการรับยา โดยวิธีการที่ได้รับความนิยมมากที่สุดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคือ การใช้แบบรายงานด้วยตนเองที่สามารถครอบคลุมพฤติกรรมการใช้ยาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นใช้ยา (initiation) ระยะการใช้ยาเป็นประจำ (implementation) และระยะหยุดใช้ยา (discontinuation) (10) การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชาวเกาหลีวัดความร่วมมือในการใช้ยาด้วย MEMS เพื่อเป็นมาตรฐานในการเปรียบเทียบกับวิธีนับจำนวนเม็ดยา วิธีการให้ผู้ปวยรายงานด้วยตนเองจากคะแนน 1 ถึง 100 คะแนน และให้ผู้ปฏิบัติงานประเมินให้คะแนน พบว่า kappa coefficients ของคะแนนจากแบบรายงานตัวเองกับวิธี MEMS เท่ากับ 0.495 ซึ่งสูงกว่าวิธีที่ให้ผู้ปฏิบัติงานประเมิน (kappa=0.320) และการนับจำนวนเม็ดยา (kappa=0.380) (11) ในประเทศไทย MEMS ยังไม่แพร่หลาย ผู้วิจัยจึงเลือกวิธีการใช้แบบรายงานตนเองมาวัดความร่วมมือในการใช้ยาในการศึกษานี้

พรรณทิพา ศักดิ์ทอง และคณะได้พัฒนาแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา MTB-Thai (medication taking behavior measure for Thai patients) (12) ซึ่งผ่านการทดสอบคุณสมบัติทางจิตมิติ (psychometric properties) แล้วพบว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ดี ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาโดยผ่านมุมมองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไทยที่วัดด้วยแบบสอบถาม MTB-Thai

(10) การศึกษานี้ศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาจากมุมมองของผู้ป่วย และเปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันในปัจจัยระดับการศึกษา สิทธิการรักษา การจัดเตรียมยา จำนวนรายการยา อาการไม่พึงประสงค์ และทัศนคติต่อการควบคุมโรค การศึกษาประเมินความร่วมมือในการใช้ยาจากมุมมองของตัวผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน MTB-Thai และแบบประเมิน MA-VAS (medication adherence visual analog scale)

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากโรงพยาบาลศรีธัญญา รหัสโครงการ COA.STY002/2561

เครื่องมือวัดความร่วมมือในการใช้ยา

แบบสอบถาม MTB-Thai ของพรรณทิพา ศักดิ์ทองและคณะ เป็นแบบวัดชนิดรายงานด้วยตนเองที่สร้างขึ้นจากแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (8) และ Morisky (13) แบบสอบถามมี 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 คือ MTB-Thai เป็นข้อคำถามแบบลิเคิร์ต 4 ระดับ ประกอบด้วย มิติการลืมใช้ยา/ลืมใช้ยาโดยไม่ตั้งใจ (2 ข้อ) และมิติการหยุดใช้ยา/ปรับขนาดยาเอง/ลืมใช้ยาโดยตั้งใจ (4 ข้อ) การคิดคะแนนในส่วนนี้คิดแยกแต่ละมิติโดยใช้สูตรคำนวณคะแนน = (ผลรวมของคะแนนแต่ละข้อในมิติ / จำนวนข้อในแต่มิติ) ดังนั้นคะแนนอยู่ในช่วง 1-4 โดยคะแนนที่สูงหมายถึงผู้ตอบแบบสอบถามมีความร่วมมือในการใช้ยาดี แบบสอบถามมีค่าความตรง ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.76 จัดว่าอยู่ในเกณฑ์ดี และความเที่ยงจากการทดสอบซ้ำมีค่า intraclass correlation coefficient เท่ากับ 0.83 จัดอยู่ในเกณฑ์ดีเลิศ (12) ในส่วนที่ 2 คือ MA-VAS ซึ่งเป็น visual analog scale ตั้งแต่ 0-100 โดย 0 หมายถึง หยุดหรือลืมใช้ยาทุกวัน และไม่ตรงตามเวลา 100 หมายถึง ไม่เคยหยุดหรือลืมใช้ยาเลย และใช้ยาตามเวลาที่แพทย์สั่ง

สถานที่วิจัยและตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยนอกที่รักษาและรับยาในโรงพยาบาลศรีธัญญาซึ่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะโรคทางจิตเวช ระดับตติยภูมิ สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2561

เกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ตอบแบบสอบถามต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค depressive disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5) และตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) โดยได้รับการบันทึกรหัสโรคในหมวด F32.x, F33.x ในวันที่ทำแบบสอบถาม มีการใช้ยาจิตเวชชนิดที่สามารถใช้รักษาโรคที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย ผู้ป่วยต้องมีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปีบริบูรณ์ มีอาการสงบตามดุลยพินิจของบุคลากรทางการแพทย์ และสามารถทำแบบสอบถามให้แล้วเสร็จ เกณฑ์การคัดออก ผู้ป่วยที่มีภาวะการทำงานของสมองบกพร่องรุนแรงหรือการหยั่งรู้ตนเอง (insight) ไม่ดี มีอาการทางจิตเวชที่ส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม เป็นคนไร้ความสามารถ เสมือนไร้ความสามารถ หรือต้องมีผู้พิทักษ์ หรือไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยคาดว่า ค่าขนาดอิทธิพล (effect Size) ที่เหมาะสมอยู่ในระดับปานกลางคือ 0.5 (14) การศึกษา กำหนด $\alpha = 0.05$ และ Power $(1-\beta) = 0.80$ จากตาราง กำหนดขนาดตัวอย่าง (15) พบว่าขนาดตัวอย่าง คือ 130 คน

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการวิจัยแก่ผู้ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและออกตามข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้ยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัยลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากตัวอย่างในแผนกผู้ป่วยนอกระหว่างผู้ป่วยรอรับยา ผู้วิจัยจับเวลาทำแบบสอบถาม MTB-Thai และ MA-VAS กรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องการความช่วยเหลือในการทำแบบสอบถาม ผู้วิจัยช่วยอ่านแบบสอบถามให้ฟัง ถ้าไม่สะดวกในการทำเครื่องหมายลงในแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะช่วยกรอกข้อมูลให้เท่านั้น หลังจากผู้ป่วยทำแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้สัมภาษณ์จะประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยโดยสุ่มเลือกข้อคำถามจากแบบสอบถาม MTB-Thai ผู้ป่วยต้องเข้าใจข้อคำถามจึงจะถือว่าคำตอบของผู้ป่วยมีความน่าเชื่อถือ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม IBM SPSS statistics 22 (SPSS Inc., Bangkok, Thailand) โดยใช้สถิติ

เชิงพรรณนา เช่น ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือมัธยฐานและพิสัยควอไทล์ในการบรรยายข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การเปรียบเทียบความแตกต่างของความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันในปัจจัยระดับการศึกษา สิทธิการรักษา การจัดเตรียมยา จำนวนรายการยา อาการไม่พึงประสงค์ และทัศนคติต่อการควบคุมโรค ใช้สถิติ non-parametric ได้แก่ Mann-Whitney U test และ Kruskal Wallis test

ผลการวิจัย

อาสาสมัครผู้ตอบแบบสอบถามมีจำนวนทั้งสิ้น 138 คน มีอาสาสมัครตอบแบบสอบถามด้วยตนเองจำนวน 79 คน และผู้วิจัยสัมภาษณ์จำนวน 59 คน จากผู้มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกจากทั้งหมด 191 คน มีอาสาสมัคร 30 คนไม่สมัครใจให้ข้อมูล และไม่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า 15 คน เนื่องจากตอบแบบสอบถามไม่ครบและไม่เคยใช้ยาจิตเวชในการรักษา และมี 8 คนตอบแบบสอบถามแต่ไม่ได้ลงนามยินยอม

ข้อมูลด้านสังคมประชากรแสดงในตารางที่ 1 อาสาสมัครร้อยละ 57.2 ทำแบบสอบถามด้วยตนเอง ตัวอย่างร้อยละ 38.4 อาศัยอยู่ภายในเขตเทศบาลและอีกร้อยละ 38.4 อาศัยในกรุงเทพมหานคร อาสาสมัครอายุระหว่าง 19-67 ปี (ค่ากลางของข้อมูลเท่ากับ 36 ปี) เพศกำเนิดหญิง (ร้อยละ 61.6) ส่วนมากจบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 49.3) มัธยมศึกษา (ร้อยละ 31.2) และประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ร้อยละ 10.9) อาสาสมัครร้อยละ 74.6 ใช้สิทธิชำระเงินเอง และร้อยละ 79.0 ไม่มีผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือด้านยา

ในด้านคลินิกอาสาสมัครร้อยละ 54.3 ได้รับคำวินิจฉัยด้วยรหัส F32.x ภาวะซึมเศร้า ไม่มีโรคประจำตัวหรือโรคร่วมชนิดอื่น ส่วนมากยังอยู่ในช่วงการรักษาไม่ถึง 12 เดือน จำนวนเม็ดยาที่ต้องรับประทานต่อวันมีตั้งแต่รับประทานครั้งละครั้งเม็ดจนถึง 12 เม็ด มีรายการยาจำนวน 1-8 รายการ อาสาสมัครรายงานว่า ช่วงที่ตอบแบบสอบถามไม่ได้รับผลข้างเคียงจากยา (ร้อยละ 58.0) ส่วนด้านอื่น ๆ อาสาสมัครสองในสามรายงานว่า ปัจจุบันอาสาสมัครคิดว่า สามารถควบคุมโรคได้ในระดับปานกลางถึงดี ถ้าเลือกได้อยากใช้วิธีการรักษาที่ไม่ใช่ยาแผนปัจจุบัน และตลอดการรักษาที่ผ่านมาไม่เคยได้รับผลข้างเคียงจากยา

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร

ตัวแปร (จำนวนคน)		จำนวนคน (ร้อยละ)
วิธีเก็บข้อมูล (n=138)	แบบรายงานตนเอง	79 (57.2)
	แบบสัมภาษณ์	59 (42.8)
ที่อยู่ปัจจุบัน (n=138)	นนทบุรี	53 (38.4)
	กรุงเทพมหานคร	53 (38.4)
	ปริมณฑล	12 (8.7)
	อื่น ๆ	20 (14.5)
อายุ (n=138)	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 ปี	69 (50)
	มากกว่า 36 ปี	69 (50)
เพศกำเนิด (n=138)	ชาย	53 (38.4)
	หญิง	85 (61.6)
ระดับการศึกษา (n=138)	ประถมศึกษา	12 (8.7)
	มัธยมศึกษาและประกาศนียบัตรวิชาชีพ	43 (31.2)
	ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงและอนุมัติบัตร ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	15 (10.9)
		68 (49.3)
สิทธิการรักษา (n=138)	ชำระเงินเอง	103 (74.6)
	เบิกได้	20 (14.5)
	หลักประกันสุขภาพ	11 (8.0)
	ประกันสังคมและอื่น ๆ	4 (2.9)
การจัดเตรียมยา ก่อนใช้ (n=138)	มีผู้ดูแล	29 (21.0)
	ไม่มีผู้ดูแลหรือจัดการเรื่องยาด้วยตนเอง	109 (79.0)
คำวินิจฉัยหลัก (n=138)	F32.x ภาวะซึมเศร้า	75 (54.3)
	F33.x โรคซึมเศร้าซ้ำ	63 (45.7)
คำวินิจฉัยรอง (n=14 คน)	F4x โรคประสาท ความผิดปกติที่สัมพันธ์กับความเครียด และโรคโซมาโตฟอร์ม	6 (4.2)
	F1x ความผิดปกติและอาการทางจิตที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท	4 (2.8)
	G4x ความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวและเกิดขึ้นเป็นพัก ๆ	3 (2.1)
จำนวนรายการยาที่ ใช้ต่อวัน (เฉพาะยา จิตเวช) (n=137)	1 รายการ	16 (11.7)
	2 รายการ	44 (32.1)
	3 รายการ	33 (24.1)
	4 รายการ	27 (19.7)
	5 รายการขึ้นไป	18 (12.4)
อาการไม่พึง ประสงค์จากยา (ADR) (n=128)	ไม่มีรายงาน ADR	80 (58.0)
	มีรายงาน ADR	58 (42.0)
ทัศนคติต่อโรค ซึมเศร้า (n=138)	ไม่ดี	4 (2.9)
	พอใช้	8 (5.8)
	ปานกลาง	53 (38.4)
	ดี	52 (37.7)
	ดีมาก	21 (15.2)

ตารางที่ 2. คะแนนของแบบสอบถาม MTB-Thai (n=138)

มิติของแบบสอบถาม	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย (SD)	มัธยฐาน (พิสัยระหว่างควอร์ไทล์)
มิติลิ้มรสชาติโดยไม่ได้ตั้งใจ	1-4	3.32 (0.75)	3.50 (1.00)
มิติการหยุดใช้ยา/ปรับขนาดยาเอง/ลิ้มรสชาติโดยตั้งใจ	1-4	3.73 (0.52)	4.00 (0.25)
MA-VAS	30-100	87.38 (14.05)	90.00 (20.00)

ความร่วมมือในการใช้ยา

คะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถาม MTB-Thai แสดงในตารางที่ 2 มิติการลิ้มรสชาติ/ลิ้มรสชาติโดยไม่ได้ตั้งใจมีคะแนนเฉลี่ย คือ 3.32 ± 0.75 มิติการหยุดใช้ยา/ปรับขนาดยาเอง/ลิ้มรสชาติโดยตั้งใจมีคะแนนเฉลี่ย คือ 3.73 ± 0.52 ส่วน MA-VAS มีคะแนนเฉลี่ย คือ 90.00 ± 20.00 ผู้ป่วยใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 2.07 ± 1.09 นาที

การใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test และ Shapiro-Wilk W test ร่วมกับการดู histogram และ Q-Q plot พบว่า MTB-Thai และ MA-VAS มีการกระจายตัวแบบไม่ปกติ จึงเลือกใช้สถิติ non-parametric ได้แก่ Mann-Whitney U test และ Kruskal Wallis test ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยากับผู้ป่วยที่มีลักษณะต่าง ๆ กันดังแสดงในตารางที่ 3

ในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบปัจจัยที่มีผลต่อคะแนน MTB-Thai ส่วนมาตรวัด MA-VAS พบว่า ในกลุ่มผู้ที่รายงานว่าได้รับผลข้างเคียงจากการใช้ยามีความร่วมมือในการใช้ยาดำกว่าผู้ที่ไม่ได้รับผลข้างเคียงจากยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

การอภิปรายผล

คะแนนของ MTB-Thai และ MA-VAS ในผู้ป่วยนอกจิตเวชไม่แตกต่างกันตามลักษณะของผู้ป่วยที่ศึกษา ซึ่งอาจเกิดจากขนาดตัวอย่างที่เล็ก หรือ effect size ของสิ่งที่วัดมีขนาดเล็กกว่าที่ผู้วิจัยกำหนดในการคำนวณขนาดตัวอย่าง ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 ปีและกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 36 ปี มีความร่วมมือในการใช้ยาไม่แตกต่างกันสอดคล้องกับงานวิจัยของ Serna และคณะ (16) แต่ไม่สอดคล้องกับข้อสรุปที่พบว่า เมื่ออายุมากขึ้น ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้น (17-19) งานวิจัยในอดีตบางงานพบว่า ตัวแปรอายุไม่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา เพราะความแปรปรวนของความร่วมมือในการใช้ยาแต่ละ

ช่วงวัยที่ไม่เหมือนกัน Krivoy และคณะ (20) พบการลดลงของกราฟระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาและอายุในช่วงอายุ 20-50 ปี แต่กราฟกลับมาพุ่งขึ้นในช่วงหลังจากอายุ 50 ปีขึ้นไป

การศึกษานี้พบว่า เพศกำเนิดไม่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า (17, 19) ในการศึกษา ความร่วมมือในการใช้ยาไม่ต่างกัน ในผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า (18) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Lim และคณะ (21) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาที่สูงสามารถเข้าใจโรค วิธีการรักษาโรค และผลข้างเคียงจากยามากกว่า ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้ทำให้เข้าใจเหตุผลของการใช้ยาและมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีกว่า เหมือนในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรู้ทางด้านสุขภาพซึ่งมีความร่วมมือในการใช้ยาที่มากกว่า (22) กลุ่มที่ใช้สิทธิชำระค่าบริการสุขภาพเองมีความร่วมมือในการใช้ยาไม่ต่างจากสิทธิที่ไม่ต้องชำระเงินเอง ซึ่งตรงข้ามกับที่ผู้วิจัยคาดการณ์ไว้ เพราะการที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีส่วนร่วมจ่ายเงินน้อยกว่าในการรักษาสัมพันธ์กับการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาที่เพิ่มขึ้น (23) ผู้วิจัยคาดว่า ผลที่เกิดขึ้นอาจมาจากการที่ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มตอบสนองต่อยาที่แพทย์ให้ หรือในกลุ่มที่ต้องชำระเงินเองไม่ได้มีปัญหาในการชำระค่ายา ทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาไม่แตกต่างกัน

ผู้ที่มีผู้ดูแลช่วยเหลือและผู้จัดการใช้ยาด้วยตัวเองมีความร่วมมือในการใช้ยาไม่แตกต่างกัน ซึ่งตรงข้ามกับผลจากการวิจัยของ Bosworth (24) ที่พบว่า ผู้ที่ต้องพึ่งพาตัวเองมีความร่วมมือในการใช้ยาในช่วง 12 เดือนต่ำกว่า แต่ผลของตัวแปรนี้ต่อความร่วมมือในการใช้ยายังไม่ชัดเจนในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในแต่ละระยะของโรค โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการของโรคคงที่แล้ว (11) จำนวนรายการยาไม่ทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวชแตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้า (16) ซึ่งสาเหตุอาจมา

ตารางที่ 3. การเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ

ตัวแปร	จำนวน (คน)	มิติลิ้มใช้ยาโดยไม่ตั้งใจ		มิติการหยุดใช้ยา/ปรับขนาดยาเอง/ลิ้มใช้ยาโดยตั้งใจ		MA-VAS	
		ค่าเฉลี่ย (SD)	P ¹	ค่าเฉลี่ย (SD)	P ¹	ค่าเฉลี่ย (SD)	P ¹
อายุ							
≤ 36 ปี	69	3.21±0.78	0.06	3.68±0.57	0.430	87.49±13.35	
มากกว่า 36 ปี	69	3.43±0.70		3.79±0.47		87.28±14.82	0.655
เพศกำเนิด							
หญิง	85	3.288±0.73	0.314	3.75±0.50	0.981	86.98±15.06	0.982
ชาย	53	3.378±0.78		3.71±0.57		88.04±12.36	
ระดับการศึกษา							
ต่ำกว่าม. ปลาย/ปวช.	55	3.36±0.80	0.310	3.59±0.67	0.061	87.47±13.67	0.883
ตั้งแต่ม. ปลาย/ปวช.	83	3.30±0.71		3.83±0.41		87.33±14.38	
สิทธิการรักษา							
ชำระเงิน	103	3.27±0.80	0.276	3.69±0.57	0.193	86.97±14.00	0.396
ไม่ต้องชำระเงิน	35	3.49±0.55		3.85±0.36		88.60±14.32	
การจัดเตรียมยา							
มีผู้ดูแล	29	3.36±0.72	0.804	3.80±0.46	0.265	89.72±9.18	0.608
จัดการด้วยตนเอง	109	3.31±0.76		3.72±0.54		86.76±15.01	
จำนวนรายการยา							
≤ 2 รายการ	60	3.28±0.64	0.156	3.72±0.53	0.862	86.58±15.13	0.573
> 2 รายการ	78	3.35±0.82		3.74±0.53		88.00±13.23	
อาการไม่พึงประสงค์จากยา (ADR)							
ไม่มีรายงาน ADR	80	3.38±0.69	0.562	3.79±0.46	0.087	89.40±12.96	0.045
มีรายงาน ADR	58	3.25±0.82		3.66±0.60		84.60±15.10	
ทัศนคติต่อการควบคุมโรค							
ตั้งแต่พอใช้ลงมา	12	3.25±0.72	0.657	3.77±0.29	0.086	81.50±17.31	0.109
ปานกลาง	53	3.19±0.91		3.63±0.61		85.26±15.55	
ดี	52	3.39±0.63		3.86±0.35		88.90±12.50	
ดีมาก	21	3.52±0.51		3.68±0.70		92.33±9.79	

1: Mann-Whitney U test หรือ Kruskal Wallis test

จากการจัดหมวดหมู่โรคในปัจจุบันที่ยังไม่ตรงกับอาการที่แพทย์ต้องการวินิจฉัย และผู้ป่วยบางรายมีอาการทางจิตเวชมากกว่าหนึ่งโรค ทำให้ต้องได้รับยาหลายรายการเพิ่มขึ้น จึงจะสามารถรักษาอาการของโรคได้อย่างครอบคลุม นอกจากนี้ ยาในการรักษาโรคทางจิตเวทยังสามารถใช้ได้กับหลายโรค (25-27) ผู้ป่วยที่มีจำนวนรายการยามากกว่า จึงอาจมีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่า เพราะสามารถควบคุมโรคได้ดีกว่าผู้ที่ไม่มีอาการ

ไม่พึงประสงค์จากยาในการศึกษาครั้งนี้มีความร่วมมือในการใช้ยาที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเป็นไปตามที่ผู้วิจัยคาดการณ์ และสอดคล้องกับงานวิจัยเชิงคุณภาพ (28, 29) อาการไม่พึงประสงค์จากยาเป็นอุปสรรคที่สำคัญของการให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (29, 30) คนที่ไม่เคยได้รับผลข้างเคียงจากยาและตอบสนองต่อยาทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ายามีประสิทธิภาพและลดความเคลือบแคลงใจต่อการใช้ยา แม้จะเกิดความคิดในการหยุด

ยา แต่ผู้ป่วยก็ไม่กล้าหยุดยาด้วยตัวเอง เพราะกลัวจะควบคุมโรคไม่ได้ (28)

ทัศนคติของผู้ป่วยต่อการควบคุมโรคไม่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee และคณะที่พบว่า การที่ผู้ป่วยตระหนักรู้ต่อตัวโรคมมากขึ้นไม่ทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น งานวิจัยนี้ยังพบว่าการมีผู้คอยช่วยเหลือไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งสอดคล้องกับสิ่งที่ผู้วิจัยพบในการศึกษาคั้งนี้ การศึกษาดังกล่าวอธิบายว่า การมีผู้คอยช่วยเหลือมีความสำคัญต่อการจัดการกับภาวะซึมเศร้า แต่ไม่ได้ส่งผลมาถึงความร่วมมือในการใช้ยา นอกจากนี้การศึกษาดังกล่าวยังแสดงให้เห็นว่า การวัดความร่วมมือในการใช้ยาโดยผ่านมุมมองของผู้เชี่ยวชาญมีข้อจำกัด เพราะไม่ค่อยสัมพันธ์กับผลที่วัดโดยใช้วิธีนัยยะและวิธีให้ผู้ป่วยรายงานตัวเอง (11)

การศึกษานี้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลเฉพาะทางเพียงแห่งเดียว ทำให้ข้อมูลมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ไม่มีปัญหาด้านการเงิน การศึกษานี้ไม่มีการเก็บข้อมูลระยะของการรักษาโรคซึมเศร้า การรับรู้ตราประทับตนเอง (self-stigma) อัตลักษณ์ทางเพศ (gender identity) รวมไปถึงการสัมภาษณ์เพื่อประเมินอาการของผู้ตอบคำถาม ปัจจุบันเหล่านี้เป็นข้อจำกัดจากเก็บข้อมูลของผู้วิจัยซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่กระทบกับความร่วมมือในการใช้ยา การศึกษานี้มีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์หลายคนที่ทำให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามแต่ปฏิเสธเซ็นชื่อลงในใบยินยอม และบางคนตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนทำให้ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ ซึ่งส่งผลให้ขนาดตัวอย่างลดลง ทำให้ไม่เห็นความแตกต่างในปัจจุบันที่สนใจ นอกจากนี้ข้อจำกัดของเครื่องมือวัดความร่วมมือในการใช้ยาแบบรายงานตัวเองคือ ผู้ตอบแบบสอบถามอาจให้คะแนนตัวเองสูงกว่าความเป็นจริง การศึกษาต่อไปจึงควรเก็บข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาด้วยวิธีการหลายวิธีที่มีการตรวจสอบการใช้งานมาแล้วในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อนำมาหาความสอดคล้องกันระหว่างเครื่องมือ

สรุปผล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความร่วมมือในการใช้ยาที่วัดจากแบบสอบถามประเภทรายงานตัวเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคือ อาการไม่พึงประสงค์จากยา ในปัจจุบันยังไม่มีเครื่องมือภาษาไทยที่เป็น

มาตรฐานในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลจาก MA-VAS จึงเป็นหนึ่งในทางเลือกให้ผู้ให้การบริหารทางเภสัชกรรมนำมาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลด้านยา ควบคู่กับการประเมินการใช้ยาด้วยวิธีอื่น เพื่อช่วยให้ผู้ให้การบริหารทางเภสัชกรรมแนะนำและป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นในด้านความร่วมมือในการใช้ยาได้

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้ไม่ได้รับการสนับสนุนการวิจัย การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือจากผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องทุกรายที่มีส่วนผลักดันให้ผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลได้อย่างราบรื่น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: Global health estimates [online] 2017. [cited Oct 13, 2019]. Available from: www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/
2. Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chutha W, Tanaree A, Kwansanit P, Assanangkornchai S, et al. Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai national mental health survey 2013. Nonthaburi: Beyond Publishing; 2016.
3. Department of Mental Health. Report on number of patients receiving psychiatric cares in the national level in budget year 2018 [online] 2018. [cited Oct 13, 2019]. Available from: dmh.go.th/report/datacenter/hdc/reds.asp.
4. Keller MB, Hirschfeld RM, Demyttenaere K, Baldwin DS. Optimizing outcomes in depression: Focus on antidepressant compliance. Int Clin Psychopharmacol 2002; 17: 265-71.
5. Choorat N. The study of causes and ways to prevent a recurrence of schizophrenic patients in the community of Pi-leng district health care promoting hospitals which experiencing unrest situation in the southern provinces of Thailand. The Princess of

Naradhiwas University Journal of Humanities and Social Sciences 2016; 3: 24-36.

6. Hatch A, Docherty JP, Carpenter D, et al. Expert consensus survey on medication adherence in psychiatric patients and use of a digital medicine system. *J Clin Psychiatry* 2017; 78: 803-12.
7. Lindstrom E, Lewander T, Malm U, et al. Patient-rated versus clinician-rated side effects of drug treatment in schizophrenia. Clinical validation of a self-rating version of the uku side effect rating scale (uku-sers-pat). *Nord J Psychiatry*. 2001; 55(Suppl 44): 5-69.
8. Sabate E. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
9. Cipolle RJ, Strand L, Morley P. Pharmaceutical care practice. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 2012.
10. Srimongkon P, Aslani P, Chen TF. A systematic review of measures of medication adherence in consumers with unipolar depression. *Res Social Adm Pharm* 2019; 15: 3-22.
11. Lee MS, Lee HY, Kang SG, Yang J, Ahn H, Rhee M, et al. Variables influencing antidepressant medication adherence for treating outpatients with depressive disorders. *J Affect Disord*. 2010; 123: 216-21.
12. Sakthong P, Sonsa-Ardjit N, Sukarnjanaset P, Munpan W, Suksanga P, et al. Development and psychometric testing of the medication taking behavior tool in Thai patients. *Int J Clin Pharm*. 2016; 38: 438-45.
13. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens* 2008; 10: 348-54.
14. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: L Erlbaum Associates; 1988.
15. Fayers PM, Machin D. Quality of life: The assessment, analysis, and reporting of patient-reported outcomes. 3rd ed. Chichester: Wiley Blackwell; 2016.
16. Serna MC, Real J, Cruz I, Galván L, Martín E. Monitoring patients on chronic treatment with antidepressants between 2003 and 2011: Analysis of factors associated with compliance. *BMC Public Health*. 2015; 15: 1184.
17. Muzina DJ, Malone DA, Bhandari I, Lulic R, Baudisch R, Keene M. Rate of non-adherence prior to upward dose titration in previously stable antidepressant users. *J Affect Disord* 2011; 130: 46-52.
18. Sedlackova Z, Kamaradova D, Prasko J, Látalová K, Ocisková M, Ocisková M, et al. Treatment adherence and self-stigma in patients with depressive disorder in remission - a cross-sectional study. *Neuro Endocrinol Lett* 2015; 36: 171-77.
19. Kamaradova D, Latalova K, Prasko J, Kubinek R, Vrbova K, Mainerova B, et al. Connection between self-stigma, adherence to treatment, and discontinuation of medication. *Patient Prefer Adherence*. 2016; 10: 1289-98.
20. Krivoy A, Balicer RD, Feldman B, Hoshen M, Zalsman G, Weizman A, et al. The impact of age and gender on adherence to antidepressants: A 4-year population-based cohort study. *Psychopharmacology (Berl)*. 2015; 232: 3385-90.
21. Lim L, Goh J, Chan YH, Poon SH. Attitudes toward utility, effects and side effects of treatment for anxiety and depression. *Australas Psychiatry* 2016; 24: 556-60.
22. Lor M, Koleček TA, Bakken S, Yoon S, Navarra AD. Association between health literacy and medication adherence among hispanics with hypertension. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2019; 6: 517-24.
23. Briesacher BA, Andrade SE, Fouayzi H, Chan KA. Medication adherence and use of generic drug therapies. *Am J Manag Care*. 2009; 15: 450-6.
24. Bosworth HB, Voils CI, Potter GG, Steffens DC. The effects of antidepressant medication adherence as

- well as psychosocial and clinical factors on depression outcome among older adults. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 23: 129-34.
25. Koda- Kimble MA, Alldredge BK. *Applied therapeutics: The clinical use of drugs*. 10th ed: Baltimore: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
 26. Brunton LL, Goodman LS. *Goodman and Gilman's manual of pharmacology and therapeutics*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2014.
 27. DiPiro JT, Talbert RL, Yee GC, Matzke GR, Wells BG, Posey LM. *Pharmacotherapy: A pathophysiologic approach*. 10th ed. New York: McGraw-Hill; 2017.
 28. Buus N, Johannessen H, Stage KB. Explanatory models of depression and treatment adherence to antidepressant medication: A qualitative interview study. *Int J Nurs Stud*. 2012; 49: 1220-9.
 29. Ho SC, Jacob SA, Tangiisuran B. Barriers and facilitators of adherence to antidepressants among outpatients with major depressive disorder: A qualitative study. *Plos One*. 2017; 12: e0179290.
 30. Vannachavee U, Seeherunwong A, Yuttatri P, Chulakadabba S. The effect of a drug adherence enhancement program on the drug adherence behaviors of patients with major depressive disorder in Thailand: A randomized clinical trial. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016; 30: 322-8.