

ผลของการบริหารเภสัชกรรมแบบมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

พิมผกา สันธิ, พรรณทิพา ศักดิ์ทอง

ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาและความรุนแรงของอาการซึมเศร้าระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบริหารเภสัชกรรมแบบมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (การบริหารเภสัชกรรมฯ) และกลุ่มที่ได้รับการบริการตามมาตรฐาน **วิธีการ:** เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุมในผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้าในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา การบริหารเภสัชกรรมแบบมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางประกอบด้วย การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อค้นหาความต้องการด้านยาของผู้ป่วย การวางแผนการใช้ยาร่วมกับผู้ป่วย และการให้ความรู้เรื่องโรคและยา การศึกษาประเมินความร่วมมือในการใช้ยาและความรุนแรงของอาการซึมเศร้า 2 ครั้ง โดยมีระยะเวลาห่างกัน 1 เดือน **ผลการวิจัย:** ผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 206 ราย อยู่ในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 103 ราย เมื่อจำแนกตามประวัติการใช้ยาพบว่า ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มเริ่มรักษา 82 ราย และกลุ่มรักษาต่อเนื่อง 124 ราย กลุ่มที่ได้รับการบริหารเภสัชกรรมฯ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (22.54 ± 2.21 และ 21.29 ± 2.97 ตามลำดับ, $P=0.001$) และมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับต่าง ๆ แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.009$) โดยในกลุ่มศึกษามีผู้ให้ความร่วมมือในการใช้ยาระดับสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.2 เป็นร้อยละ 44.7 ในขณะที่กลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22.2 เป็นร้อยละ 26.7 ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาต่ำพบว่า กลุ่มที่ได้รับการบริหารเภสัชกรรมฯ มีคะแนนความรุนแรงของอาการซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (13.32 ± 4.50 และ 15.75 ± 5.31 ตามลำดับ, $P=0.032$) **สรุป:** การบริหารเภสัชกรรมแบบมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางสามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ และในผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาต่ำสามารถลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าได้มากกว่าการบริการตามมาตรฐาน

คำสำคัญ: โรคซึมเศร้า การบริหารเภสัชกรรม ความร่วมมือในการใช้ยา

รับต้นฉบับ: 22 พ.ย. 2567, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 18 ธ.ค. 2567, รับลงตีพิมพ์: 23 ธ.ค. 2567

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

Effects of Patient-Centered Pharmaceutical Care on Medication Adherence in Patients with Major Depressive Disorder

Pimpaka Sunthi, Phantipa Sakthong

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

Abstract

Objective: To determine medication adherence and severity of depression in patients with major depressive disorder between those receiving patient-centered pharmaceutical care and those receiving usual care. **Methods:** This study was a randomized controlled trial in outpatients with major depressive disorder at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. Patient-centered pharmaceutical care involved patient interview to identify drug related needs, medication planning with patient and education on the disease and drugs. The assessment of medication adherence and severity of depressive symptoms were performed twice one month apart. **Results:** Two hundred and six participants were divided into the study and control groups with 103 patients in each. Participants were stratified by treatment history into 82 newly treated cases and 124 ongoing therapy cases. The pharmaceutical care group had a significantly higher mean of medication adherence compared to that of control group (22.54 ± 2.21 and 21.29 ± 2.97 , respectively, $P=0.001$). The proportions of patients at various levels of medication adherence in the study group significantly differed from those in the control groups ($P=0.009$). Proportion of patients with high medication adherence in the study group increased from 20.2% to 44.7%, while that in the control group increased from 22.2% to 26.7%. Among patients with low medication adherence, the pharmaceutical care group showed significantly lower depression severity scores compared to the control group (13.32 ± 4.50 , 15.75 ± 5.31 , respectively, $P=0.032$). **Conclusion:** Patient-centered pharmaceutical care improved medication adherence in patients with major depressive disorder. Among patients with low medication adherence, this intervention was more effective in reducing depression severity compared to standard care.

Keywords: major depressive disorder, pharmaceutical care, medication adherence

บทนำ

โรคซึมเศร้า เป็นโรคความผิดปกติทางอารมณ์ที่พบได้บ่อย เมื่อเกิดขึ้นแล้วสามารถกลับเป็นซ้ำได้อีกและอาจมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน โรคซึมเศร้าจึงจัดเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ (1) องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 3.8 ของประชากรโลกหรือประมาณ 280 ล้านคน (2) รายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2562 ระบุว่า โรคซึมเศร้าจัดเป็นสาเหตุอันดับ 4 ของการสูญเสียปีสุขภาวะในเพศหญิง (3) นอกจากนี้โรคซึมเศร่ายังนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องรักษาและป้องกันไม่ให้เกิดโรคซึมเศร้าซ้ำอีก

การรักษาโรคซึมเศร้าจะใช้การรักษาด้วยยาต้านเศร้าเป็นหลัก (1, 4) การรักษาแบ่งเป็น 3 ระยะ (1, 4) ได้แก่ 1) การรักษาระยะเฉียบพลัน มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยกลับสู่ภาวะสงบของโรคและสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้ปกติ ใช้ระยะเวลาประมาณ 6 – 12 สัปดาห์ 2) การรักษาระยะต่อเนื่อง มีเป้าหมายในการป้องกันการกำเริบของโรค (relapse) โดยจะใช้ยาในขนาดเดิมต่ออีกประมาณ 4 – 9 เดือน และ 3) การป้องกันระยะยาว มีเป้าหมายป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (recurrence) ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงควรได้รับยาเพื่อป้องกันในระยะยาว

ในการรักษาและป้องกันโรคซึมเศรานั้น ผู้ป่วยต้องรับประทานยาเป็นระยะเวลานาน แต่กลับพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหยุดรับประทานยาก่อนครบตามแผนการรักษา โดยพบว่ามีผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 หยุดรับประทานยาภายใน 6 เดือนแรกหลังจากเริ่มรับยาด้านเศร้า (5) การศึกษาในประเทศไทยพบว่า ในช่วง 6 เดือนแรก ร้อยละ 77 ของผู้ป่วยไม่มีความร่วมมือในการใช้ยา (6) โดยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ 1) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ 2) ด้านผู้ให้บริการและระบบบริการสาธารณสุข 3) ด้านความเจ็บป่วย 4) ด้านยา และ 5) ด้านตัวผู้ป่วยเอง (7-10)

จากปัญหาการขาดความร่วมมือในการใช้ยานี้ จึงได้มีการพัฒนาการบริบาลด้านยาแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าการศึกษาส่วนใหญ่ของต่างประเทศเป็นการให้การบริบาลด้านยาโดยเภสัชกร (การบริบาลเภสัชกรรม) (10-22) และในประเทศไทยพบการศึกษาบริบาลด้านยาโดยพยาบาลวิชาชีพ (23) และโดยเภสัชกร (24) จากการศึกษาที่กล่าวมาทั้งหมดในข้างต้น พบว่าการบริบาลด้านยามี

รูปแบบกิจกรรมที่หลากหลาย ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก การทบทวนประวัติการใช้ยา การให้ความรู้เรื่องโรคและยาแก่ผู้ป่วย การให้เอกสารหรือใช้สื่อวิดีโอให้ข้อมูล การติดตามการใช้ยาและอาการไม่พึงประสงค์ และการติดตามทางโทรศัพท์ สถานที่ให้การบริบาลแบ่ง ได้ 3 กลุ่ม คือ ร้านขายยา สถานพยาบาลปฐมภูมิ และโรงพยาบาล วิธีการติดตามความร่วมมือในการใช้ยาส่วนใหญ่ใช้แบบสอบถาม โดยมีระยะเวลาติดตามตั้งแต่ 6 สัปดาห์จนถึง 12 เดือน การศึกษาผลของการบริบาลเภสัชกรรมในร้านขายยาและสถานพยาบาลปฐมภูมิต่อความร่วมมือในการใช้ยาพบการศึกษาที่การบริบาลเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาได้ (12-15,17) และการศึกษาที่ไม่พบความแตกต่างกับกลุ่มควบคุม (10-11,18-19) การศึกษาการบริบาลเภสัชกรรมและการบริบาลด้านยาโดยพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั้งหมด 4 การศึกษา (20,22-24) พบว่า กลุ่มที่ได้รับการบริบาลมีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรักษาและป้องกันโรคซึมเศร้าใช้ยาต้านเศร้าเป็นหลัก และปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการใช้นั้นมีหลายปัจจัย ซึ่งปัจจัยที่เกิดจากผู้ให้บริการ ยา หรือความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและยาต้านเศร้าเป็นปัจจัยที่สามารถแก้ไขหรือพัฒนาให้ดีขึ้นได้ (23,24) การบริบาลด้านยาที่มีรูปแบบกิจกรรมสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมด้วยสามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาให้แก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ (12-15, 17, 20, 22-24) นอกจากนี้ในการศึกษาของอุษา วรณฉวี และคณะ (23) ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาโดยผสมผสานแนวคิด motivational interviewing และ cognitive therapy ซึ่งให้การบริบาลโดยพยาบาลวิชาชีพ มีความร่วมมือในการใช้ยาดีกว่ากลุ่มควบคุมและมีความรุนแรงของอาการซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เนื่องจากยังไม่เคยมีการศึกษาผลของการบริบาลเภสัชกรรมในรูปแบบการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมาก่อน ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการใช้วิธีการนี้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชาวไทย โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อให้ทราบถึงทัศนคติในการใช้ยาและเพื่อค้นหาความต้องการด้านยาของผู้ป่วยซึ่งอาจสัมพันธ์กับปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย และมุ่งเน้นการวางแผนใช้ยาร่วมกับผู้ป่วย การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบผลของ

วิธีการข้างต้นต่อความร่วมมือในการใช้ยา และความรุนแรงของอาการซึมเศร้าเมื่อเทียบกับการบริการตามมาตรฐาน

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial) การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เลขที่หนังสือรับรอง SD.IRB.APPROVAL 014/2565 วันที่รับรอง 24 มิถุนายน 2565

กลุ่มตัวอย่าง

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาคือเป็นผู้ป่วยนอก ที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาระหว่างวันที่ 27 มิถุนายน ถึง 12 ธันวาคม 2566 การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (28) เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาผลของการบริหารเภสัชกรรมต่อความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้แบบสอบถาม MTB-Thai (Medication taking behavior in Thai) (26) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามามาก่อน จึงอ้างอิงข้อมูลจากงานวิจัยของทศพร แสงทองโอโณทัย (29) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคเรื้อรังที่ได้รับการบริหารเภสัชกรรมทั้งหมด 259 ราย มีคะแนน MTB-Thai เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.6 ± 1.2 คะแนน และกลุ่มควบคุมทั้งหมด 255 ราย มีคะแนนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.0 ± 0.8 คะแนน กำหนดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 ไว้ที่ 0.05 และอำนาจการทดสอบที่ 0.80 การคำนวณได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำกลุ่มละ 54 ราย ผู้วิจัยประมาณการว่ามีอาสาสมัครร้อยละ 20 สูญหายระหว่างการวิจัย โดยอ้างอิงจากการศึกษาของอุษาวรรณณี (23) ดังนั้นจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างเป็น กลุ่มละ 68 ราย รวมทั้งหมดอย่างน้อย 136 ราย

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5) (1, 25) จากจิตแพทย์ของสถาบันฯ โดยบันทึกรหัสโรคตาม ICD-10 ในหมวด F32.x (depressive episode) และ F33.x (recurrent depressive episode) 3) รับประทานยาต้านเศร้ามาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ 4) จัดยารับประทานด้วยตนเอง 5) เป็นคนไทย สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้ และ 6) วันนัดครั้งถัดไปอยู่ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ – 5 สัปดาห์

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อยู่ระหว่างการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยวิธีอื่นร่วมด้วย เช่น จิตบำบัด การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นต้น 2) ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่ามีโรคร่วมทางจิตเวชอื่น ๆ ได้แก่ โรคอารมณ์สองขั้ว มีอาการทางจิต หรือติดสารเสพติด 3) มีภาวะรู้คิดบกพร่อง (cognitive impairment) โดยมีคะแนนที่ได้จากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย Thai Mental State Examination (TMSE) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน 4) มีโรคเรื้อรังทางกายอื่น ๆ ที่อาการยังไม่สงบ และ 5) ไม่สามารถติดตามทางโทรศัพท์ได้ ส่วนเกณฑ์การให้ยุติของกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อาสาสมัครมีอาการของโรคซึมเศร้ามารุนแรงขึ้น จนเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน และ 2) อาสาสมัครได้รับการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยการทำจิตบำบัด

อาสาสมัครที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าร่วมการวิจัยจะถูกจัดสรรแบบแบ่งชั้น (stratified randomization) เป็น 2 ชั้น ภูมิ ตามประวัติการใช้ยาด้านเศร้า ชั้นภูมิที่ 1 คือ กลุ่มเริ่มรักษา (newly treated) หมายถึง ผู้ที่ได้รับการส่งยาด้านเศร้ามาน้อย 2 สัปดาห์ แต่ไม่เกิน 3 เดือน ณ วันที่ผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งหมายความว่าได้ถึง 1) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าและได้รับการส่งยาด้านเศร้าเป็นครั้งแรกในชีวิต (first diagnosis) หรือ 2) ผู้ที่เคยได้รับยาด้านเศร้าในการรักษาโรคซึมเศร้ามามาก่อน และหยุดรับประทานยาด้านเศร้าไปด้วยเหตุผลใดก็ตาม และต่อมาเกิดอาการกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำจนต้องกลับมาพบแพทย์ และได้รับการส่งยาด้านเศร้าใหม่อีกครั้ง ส่วนชั้นภูมิที่ 2 คือ กลุ่มรักษาต่อเนื่อง (ongoing therapy) หมายถึง ผู้ที่ได้รับการส่งยาด้านเศร้ามาน้อย 3 เดือน ก่อนเริ่มโครงการวิจัย

ตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิจะถูกจัดสรรออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับการบริหารเภสัชกรรมแบบมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และกลุ่มที่ได้รับการบริการตามมาตรฐานด้วยวิธีการ block of two randomization

การแทรกแซง

กลุ่มศึกษาได้รับการแทรกแซงซึ่งคือการบริหารเภสัชกรรมตามหลักการปฏิบัติที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยมีกิจกรรมที่ดำเนินการโดยเภสัชกรผู้วิจัยชื่อแรก (รูปที่ 1)

การบริหารเภสัชกรรมครั้งที่ 1 เป็นการพูดคุยกับผู้ป่วยต่อหน้า ใช้เวลาประมาณ 30 – 45 นาที เพื่อ

1. ประเมินความต้องการด้านยาของผู้ป่วยดำเนินการ ดังนี้ 1.1 สัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐาน พฤติกรรม



รูปที่ 1. ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บข้อมูล

สุขภาพ ประวัติความเจ็บป่วย และประวัติการใช้ยา 1.2 สอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาด้านเศร้า ประกอบด้วย ความคาดหวังจากการใช้ยา ประสิทธิภาพใช้ยาด้านเศร้าที่ผ่านมาทั้งด้านประสิทธิผลของยาและอาการไม่พึงประสงค์ ประวัติการหยุดรับประทานยาและสาเหตุการหยุดรับประทานยา 1.3 เก็บข้อมูลด้วยแบบทดสอบ MTB-Thai และแบบทดสอบ 9Q โดยผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง 1.4 ติดตามผลการตรวจร่างกายและผลการ

ตรวจทางห้องปฏิบัติการ 1.5 ทบทวนรายการยาทั้งยาสำหรับรักษาโรคซึมเศร้า ยารักษาโรคทางกาย ยาที่ซื้อจากร้านขายยา และอาหารเสริมที่ใช้อยู่ปัจจุบัน ประสานรายการยาและตรวจสอบรายการยาที่จำเป็นและไม่จำเป็นต้องได้รับ และ 1.6 สรุปความต้องการด้านยาของผู้ป่วย

2. สร้างแผนการใช้ยา โดยในกรณีที่พบปัญหาจากการใช้ยา ผู้วิจัยจะแนะนำแนวทางแก้ไขให้แก่ผู้ป่วย หากเป็นปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ผู้วิจัยจะปรึกษาแพทย์

ผู้รักษาเพื่อหาทางแก้ไข ร่วมกันกำหนดเป้าหมายการใช้ยา โดยเน้นให้อาสาสมัครมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ วางแผน ตามที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามได้จริง

3. เกสซ์กรส่งมอบยาพร้อมให้คำแนะนำ และให้ความรู้เรื่องโรคและยาจากชุดความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า โดยพิจารณาจากรายการยาและความเหมาะสมของผู้ป่วยในแต่ละราย หัวข้อที่ให้ความรู้ได้แก่ สาเหตุและพยาธิสภาพ การดำเนินของโรค อาการที่ควรสังเกตตนเอง แนวทางการรักษา ยา ผลข้างเคียง การจัดการเมื่อเกิดผลข้างเคียงเบื้องต้น และการจัดการเมื่อลืมรับประทานยา

การบริหารเภสัชกรรมครั้งที่ 2 เป็นการติดตามทางโทรศัพท์ ใช้เวลาประมาณ 10 – 15 นาที หลังจากรับบริหารเภสัชกรรม ครั้งที่ 1 ผ่านไป 1 สัปดาห์ โดยติดตามปัญหาจากการปฏิบัติตามแผนการใช้ยาที่ได้กำหนดร่วมกัน โดยเน้นความร่วมมือในการใช้ยา และอาการไม่พึงประสงค์ของยา แต่ไม่มีการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในการวิจัย

การบริหารเภสัชกรรมครั้งที่ 3 เป็นการพูดคุยกับผู้ป่วยต่อหน้าที่โรงพยาบาล ใช้เวลาประมาณ 15 – 20 นาที เพื่อ

1. ติดตามประเมินผลลัพธ์ของแผนการใช้ยาที่ได้กำหนดร่วมกัน และประเมินความต้องการด้านยาในครั้งใหม่ของผู้ป่วย โดยสัมภาษณ์เกี่ยวกับผลของการปฏิบัติตามแผนการใช้ยาที่ได้กำหนดร่วมกัน ความร่วมมือในการใช้ยา และอาการไม่พึงประสงค์ และการเปลี่ยนแปลงของทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยา ประสานรายการยาเดิม และรายการยาที่ได้รับในครั้งนี้ เพื่อสรุปความต้องการด้านยาของผู้ป่วย

2. สร้างแผนการบริหารผู้ป่วยโดยเป็นการร่วมมือกับผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายการใช้ยา และเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ พร้อมทั้งส่งมอบยาและให้คำแนะนำ

ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลการบริหารเภสัชกรรมในแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นเฉพาะ โดยบันทึกการประเมินผลความต้องการด้านยาของผู้ป่วยและแผนการใช้ยาที่กำหนดร่วมกันระหว่างเภสัชกรและผู้ป่วย ในการติดตามผลการปฏิบัติตามแผนการใช้ยานั้น ดำเนินการโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในแต่ละครั้ง มุ่งเน้นการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาและการเกิดผลข้างเคียง นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้บันทึกข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย ปัญหาและอุปสรรคในการใช้ยา ประสิทธิภาพการเกิดผลข้างเคียง ตลอดจนวิธีการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น ทั้งนี้ เพื่อ

นำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ในการปรับแผนการใช้ยาให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

การบริการตามมาตรฐาน

กลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามมาตรฐานของงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยเภสัชกรส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วยพร้อมให้คำแนะนำเกี่ยวกับ ชื่อยา วิธีการรับประทานยา และอาการไม่พึงประสงค์เบื้องต้น ซึ่งใช้เวลาประมาณ 3 – 5 นาที (รูปที่ 1)

เครื่องมือ

แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสำหรับคนไทย (MTB-Thai) โดย ศ. ญ. ดร.พรณทิพา สักดิ์ทอง และคณะ (26) ถูกใช้ประเมินความร่วมมือในการใช้ยา แบบสอบถามนี้มีค่าความไวร้อยละ 76 และค่าความเที่ยง Cronbach's alpha เท่ากับ 0.76 แบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 6 ข้อที่ประเมินพฤติกรรมรับประทานยาในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ละข้อคำถามมี 4 ตัวเลือกที่มีคะแนนตั้งแต่ 1 – 4 คะแนน คะแนนรวมทั้ง 6 ข้อ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 21, 22-23 และ 24 หมายถึง มีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับต่ำ ปานกลาง และ สูง ตามลำดับ

แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ฉบับภาษาไทยกลางโดยธรรณิษฐ์ กองสุข และคณะ (27) ถูกใช้ประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า แบบประเมิน 9Q มีค่าความไวร้อยละ 85 และค่าความจำเพาะร้อยละ 72 แบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อให้ผู้ตอบนึกย้อนอาการที่ผ่านมาใน 2 สัปดาห์ คำถามมี 4 ตัวเลือก คือ ไม่มีอาการเลย (0 คะแนน) เป็น 1-7 วัน (1 คะแนน) เป็นมากกว่า 7 วัน (2 คะแนน) และเป็นทุกวัน (3 คะแนน) คะแนนรวมสูงสุด คือ 27 คะแนน คะแนนน้อยกว่า 7, 7 - 12, 13 – 18 และมากกว่าหรือเท่ากับ 19 หมายถึง ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า มีอาการเล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรง ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลแบบ per protocol เนื่องจากผู้วิจัยไม่สามารถเก็บข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาและความรุนแรงของอาการซึมเศร้าหลังการแทรกแซงจากผู้ป่วยที่ออกจากการวิจัยได้ การเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มทั้งข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ความร่วมมือในการใช้ยา และความรุนแรงของอาการซึมเศร้าใช้สถิติ independent t-test ในกรณีที่เป็นตัวแปรเชิงปริมาณ และใช้

สถิติ chi-square test ในกรณีที่เป็นตัวแปรเชิงคุณภาพ การเปรียบเทียบข้อมูลผลลัพธ์ภายในกลุ่มก่อนและหลังให้การแทรกแซงจะใช้ สถิติ paired t-test ในกรณีที่เป็นตัวแปรเชิงปริมาณ และใช้สถิติ marginal homogeneity test กรณีที่เป็นตัวแปรเชิงคุณภาพ โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม IBM SPSS Statistics version 28.0

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 206 ราย หลังจากติดตามและประเมินผลผู้ป่วยจนครบ 2 ครั้ง พบว่า ในกลุ่มการบริหารเภสัชกรรมฯ มีผู้ป่วยออกจากการวิจัย 9 ราย และในกลุ่มการบริการตามมาตรฐานมีผู้ป่วยออกจากการวิจัย 13 ราย ข้อมูลที่นำไปวิเคราะห์มาจากผู้ป่วยทั้งหมด 184 ราย อยู่ในกลุ่มศึกษา 94 ราย และกลุ่มควบคุม 90 ราย (รูปที่ 2)

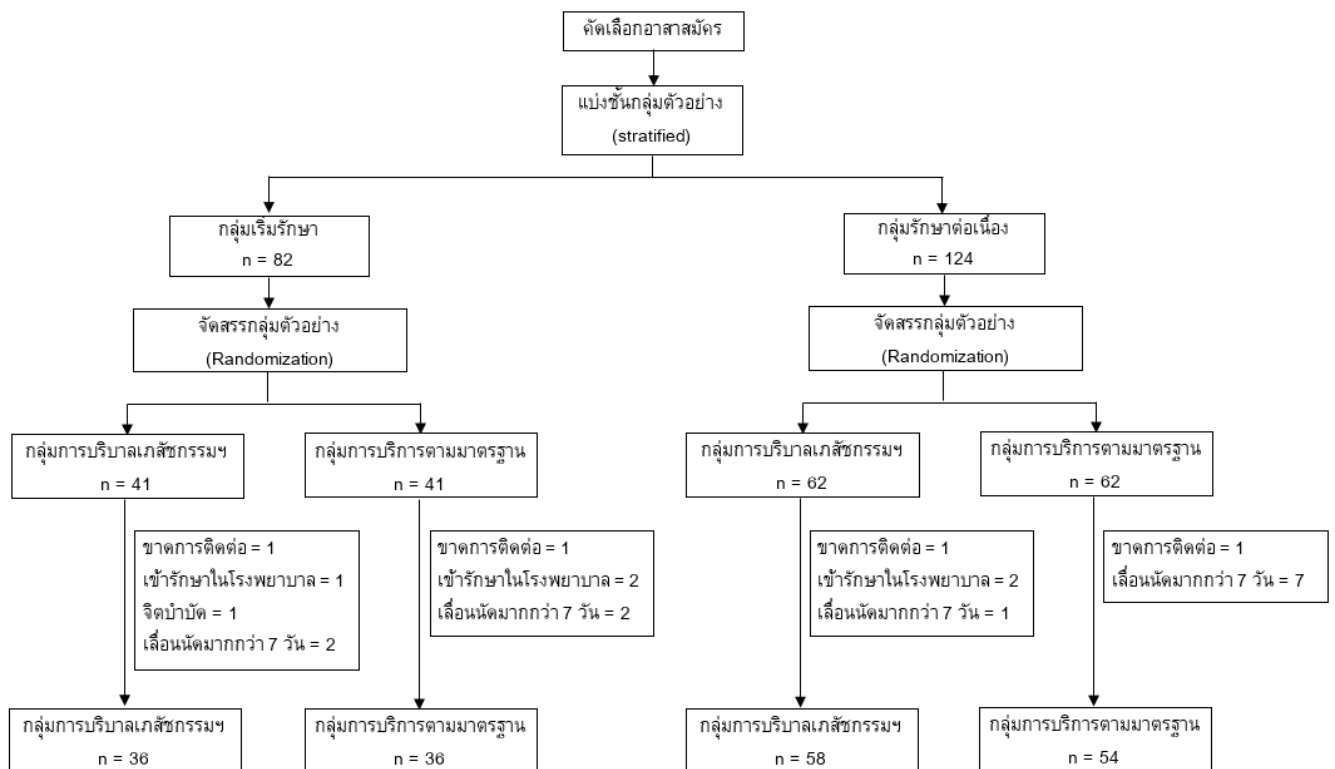
ผู้ป่วย 184 ราย จัดอยู่ในกลุ่มเริ่มรักษา 72 ราย และกลุ่มรักษาต่อเนื่อง 112 ราย อายุเฉลี่ย 30.80 ± 9.84 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 77.7 ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้ามานานน้อยกว่า 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 80.4 มีระดับ

ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าตั้งแต่มีอาการเล็กน้อย ปานกลาง ไปจนถึงรุนแรง ร้อยละ 23.4, 31.5 และ 36.4 ตามลำดับ ได้รับยาต้านเศร้า 1 ตัวร้อยละ 90.8 เป็นยาต้านเศร้ากลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRIs) ร้อยละ 85.3 และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของข้อมูลพื้นฐานของทั้ง 2 กลุ่ม (ตารางที่ 1)

ผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา

ก่อนการวิจัยค่าเฉลี่ยของความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.562$) การบริหารเภสัชกรรมแบบมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางส่งผลเชิงบวกต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยหลังการแทรกแซง กลุ่มศึกษามีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (22.54 ± 2.21 และ 21.29 ± 2.97 ตามลำดับ, $P=0.001$) และมีขนาดอิทธิพลใกล้เคียงกับระดับปานกลาง (effect size = 0.42)

กลุ่มที่ได้รับการบริหารเภสัชกรรมฯ มีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีคะแนนเพิ่มสูงขึ้น 1.36 ± 2.79 คะแนน ($P<0.001$) ในขณะที่กลุ่มบริการตามมาตรฐานมีคะแนนความร่วมมือใน



รูปที่ 2. รูปแบบการจัดสรรกลุ่มตัวอย่างและจำนวนอาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัย

ตารางที่ 1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วมการวิจัย (n=184)

ตัวแปร	กลุ่มการบริโภคเภสัชกรรม (n = 94)		กลุ่มการบริการตาม มาตรฐาน (n = 90)		P
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
กลุ่มเริ่มรักษา	36	38.3	36	40.0	-
กลุ่มรักษาต่อเนื่อง	58	61.7	54	60.0	-
อายุ ปี (ค่าเฉลี่ย±SD)	30.59 ± 10.35		31.02 ± 9.33		0.764 ^a
เพศ: หญิง	77	81.9	66	73.3	0.162 ^b
สถานภาพสมรส					
โสด	72	76.6	65	72.2	0.832 ^b
สมรส	18	19.1	22	24.5	
หม้าย/หย่า	4	4.3	3	3.3	
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่าปริญญาตรี	34	36.2	40	44.4	0.278 ^b
ปริญญาตรี	52	55.3	45	50.0	
สูงกว่าปริญญาตรี	8	8.5	5	5.6	
อาชีพ					
ว่างงาน	16	17.0	15	16.7	0.878 ^b
แม่บ้าน/เกษียณอายุ	5	5.3	5	5.6	
นักเรียน/นักศึกษา	14	14.9	13	14.4	
ข้าราชการ	5	5.3	2	2.2	
พนักงานเอกชน/รับจ้าง	46	48.9	44	48.9	
เจ้าของธุรกิจ	8	8.6	11	12.2	
สถานภาพทางการเงิน					
มีเงินเหลือ	7	7.5	7	7.7	0.843 ^b
พอใช้	41	43.6	42	46.7	
พอใช้ แต่มีหนี้สิน	35	37.2	34	37.8	
ไม่พอใช้ และมีหนี้สิน	11	11.7	7	7.8	
สิทธิการรักษาพยาบาล					
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	6	6.4	8	8.9	0.670 ^b
ประกันสังคม	13	13.8	12	13.3	
เบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง	5	5.3	2	2.2	
ชำระเงินเอง	70	74.5	68	75.6	
พฤติกรรมสุขภาพ					
ดื่มกาแฟ	60	63.8	65	72.2	0.223 ^b
ดื่มแอลกอฮอล์	31	33.3	34	37.8	0.574 ^b
สูบบุหรี่	16	17.0	17	18.9	0.462 ^b
มีโรคร่วมทางกาย	16	17.0	15	16.7	0.949 ^b
จำนวนเม็ดยาที่ต้องรับประทานต่อวันของยา รักษาโรคร่วมทางกาย (เม็ด) (ค่าเฉลี่ย±SD)	2.25 ± 1.48		3.33 ± 3.46		0.277 ^a

ตารางที่ 1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วมการวิจัย (n=184) (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มการบำบัดเภสัชกรรม		กลุ่มการบริการตาม		P
	(n = 94)		มาตรฐาน (n = 90)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
จำนวนปีที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า					
น้อยกว่า 2 ปี	77	81.9	71	78.9	0.871 ^b
2 – 5 ปี	11	11.7	12	13.3	
มากกว่า 5 ปี	6	6.4	7	7.8	
ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (9Q)					
ไม่มีอาการ (<7 คะแนน)	8	8.5	8	9.0	0.958 ^b
เล็กน้อย (7 – 12 คะแนน)	21	22.3	22	24.4	
ปานกลาง (13 – 18 คะแนน)	29	30.9	29	32.2	
รุนแรง (≥19 คะแนน)	36	38.3	31	34.4	
จำนวนกลุ่มยาด้านเศร้าที่ได้รับ: 1 กลุ่ม ¹	84	89.40	83	92.20	0.503 ^a
กลุ่มยาด้านเศร้าที่ได้รับ ²					
SSRIs	81	86.2	76	84.5	0.706 ^b
TCAs	2	2.1	3	3.3	
SNRIs	4	4.3	5	5.6	
NaSSAs	7	7.4	4	4.4	
อื่น ๆ	-	-	2	2.2	
จำนวนเม็ดยาที่ต้องรับประทานต่อวัน เพื่อรักษาโรคซึมเศร้า ³ (เม็ด) (ค่าเฉลี่ย±SD)	4.01 ± 2.49		4.15 ± 2.95		0.730 ^a

^aindependent t-test

^bchi-square test

1: คิดเฉพาะยาต้านเศร้าที่มีขนาดยาสำหรับรักษาโรคซึมเศร้า (30) กรณียาต้านเศร้าที่ใช้ขนาดต่ำเพื่อช่วยบรรเทาอาการนอนไม่หลับไม่ถูกจัดเป็นยาต้านเศร้าในการวิจัยนี้

2: SSRIs: selective serotonin reuptake inhibitors, TCAs: tricyclic antidepressants, SNRIs: serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors, NaSSAs: noradrenergic and specific serotonergic antidepressants, อื่น ๆ ได้แก่ trazodone, vortioxetine

3: คิดรวมทุกตัวที่ได้รับเพื่อรักษาโรคซึมเศร้า

การใช้ยาไม่แตกต่างจากครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เพิ่มขึ้น 0.36 ± 2.62 , $P=0.201$)

ก่อนการวิจัยสัดส่วนของตัวอย่างที่มีระดับความร่วมมือในการใช้ยาต่ำ ปานกลาง และสูงในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.583$) หลังการแทรกแซงพบว่า สัดส่วนดังกล่าวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.009$) โดยในกลุ่มศึกษามีสัดส่วนของผู้ให้ความร่วมมือในการใช้ยาระดับสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.2 เป็นร้อยละ 44.7 ในขณะที่

กลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22.2 เป็นร้อยละ 26.7 (ตารางที่ 2)

เมื่อวิเคราะห์กลุ่มย่อยที่แยกตามประวัติการใช้ยาด้านเศร้า (ตารางที่ 3) พบว่า หลังการแทรกแซง ทั้งกลุ่มเริ่มรักษาและกลุ่มรักษาต่อเนื่องที่ได้รับการบำบัดเภสัชกรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการใช้ยามากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$ และ $P=0.048$) โดยในกลุ่มเริ่มการรักษามีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.66 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มรักษาต่อเนื่องที่มี

ตารางที่ 2. ผลของการบริหารเภสัชกรรมแบบมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

ตัวแปรที่ศึกษา	ผลการประเมินครั้งแรก		P	ผลการประเมินครั้งหลัง		P	effect size ^e	ความแตกต่างระหว่างเวลาภายในกลุ่ม			
	กลุ่มศึกษา (n=94)	กลุ่มควบคุม (n=90)		กลุ่มศึกษา (n=94)	กลุ่มควบคุม (n=90)			กลุ่มศึกษา (n=94)	P	กลุ่มควบคุม (n=90)	P
ความร่วมมือในการใช้ยา (ค่าเฉลี่ย±SD)	21.18 ± 2.97	20.93 ± 2.80	0.562 ^a	22.54 ± 2.21	21.29 ± 2.97	0.001 ^a	0.42	1.36± 2.79	<0.001 ^c	0.36± 2.62	0.201 ^c
ระดับความร่วมมือในการใช้ยา, จำนวน (ร้อยละ)			0.583 ^b			0.009 ^b	-	-	<0.001 ^d	-	0.170 ^d
ต่ำ (≤21 คะแนน)	40 (42.6)	43 (47.8)		20 (21.3)	38 (42.4)						
ปานกลาง (22-23 คะแนน)	35 (37.2)	27 (30.0)		32 (34.0)	28 (31.1)						
สูง (24 คะแนน)	19 (20.2)	20 (22.2)		42 (44.7)	24 (26.7)						

^aindependent t-test, ^bchi-square test, ^cpaired t-test, ^dmarginal homogeneity test

^eeffect size = (คะแนนการประเมินครั้งหลังของกลุ่มศึกษา – คะแนนการประเมินครั้งหลังของกลุ่มควบคุม) / SD ของกลุ่มควบคุม

ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.34 นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาสัดส่วนของผู้ที่มีความร่วมมือในการใช้ยาแต่ละระดับ พบว่า หลังการแทรกแซงกลุ่มเริ่มรักษาที่ได้รับการบริการเภสัชกรรมฯ มีสัดส่วนของผู้ที่มีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับสูงและปานกลางมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.013) ในขณะที่กลุ่มรักษาต่อเนื่องที่ได้รับการบริการเภสัชกรรมฯ มีสัดส่วนของผู้ที่มีความร่วมมือในการใช้ยาในแต่ละระดับ ไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการบริการตามมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.157) (ตารางที่ 3)

ผลต่อความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

ค่าเฉลี่ยของความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในช่วงก่อน (P=0.291) และหลังการแทรกแซง (P=0.629) อย่างไรก็ตาม ทั้งกลุ่มที่ได้รับการบริการเภสัชกรรมฯ และกลุ่มที่ได้รับการ

บริการตามมาตรฐานมีคะแนนความรุนแรงของอาการซึมเศร้าลดลงจากครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในกลุ่มศึกษามีคะแนนลดลง 2.86 ± 4.76 (P<0.001) และในกลุ่มควบคุมลดลง 2.33 ± 4.86 (P<0.001) การวิเคราะห์สัดส่วนของผู้ที่มีความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในระดับต่าง ๆ ระหว่างสองกลุ่มพบผลเช่นเดียวกัน คือ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในช่วงก่อนและหลังการแทรกแซง (P=0.629 และ 0.690 ตามลำดับ) (ตารางที่ 4) อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มในช่วงก่อนและหลังการแทรกแซงพบว่าทั้งสองกลุ่มมีสัดส่วนของผู้ที่มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001 ในทั้งสองกลุ่ม)

เมื่อแยกวิเคราะห์เฉพาะผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาระดับต่ำในช่วงก่อนเริ่มการวิจัย ทั้งหมด 78 ราย พบว่า ทั้งกลุ่มที่ได้รับการบริการเภสัชกรรมฯ และกลุ่มที่ได้รับการบริการตามมาตรฐาน มีคะแนนความรุนแรงของอาการซึมเศร้าลดลงจากครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หลังการแทรกแซง กลุ่มที่ได้รับการบริการเภสัชกรรมฯ มี

ตารางที่ 3. ผลของการบริหารเภสัชกรรมแบบมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจำแนกตามประวัติการใช้ยาด้านเศร้า

ตัวแปรที่ศึกษา	ผลการประเมินครั้งแรก		P	ผลการประเมินครั้งหลัง		P	effect size ^e	ความแตกต่างระหว่างเวลาภายในกลุ่ม			
	กลุ่มศึกษา	กลุ่มควบคุม		กลุ่มศึกษา	กลุ่มควบคุม			กลุ่มศึกษา	P	กลุ่มควบคุม	P
กลุ่มเริ่มรักษา (n=72)											
จำนวนผู้ป่วย	36	36		36	36			36		36	
ความร่วมมือในการใช้ยา (ค่าเฉลี่ย±SD)	21.83 ± 2.34	21.03 ± 3.01	0.209 ^a	23.06 ± 1.01	21.61±2.20	<0.001 ^a	0.66	1.22±1.93	<0.001 ^c	0.58±2.03	0.094 ^c
ระดับความร่วมมือในการใช้ยา, จำนวน (ร้อยละ)			0.299 ^b			0.013 ^b	-	-	0.002 ^d	-	0.808 ^d
ต่ำ (≤21 คะแนน)	12 (33.3)	17 (47.2)		3 (8.3)	15 (41.7)						
ปานกลาง (22-23 คะแนน)	15 (41.7)	9 (25.0)		17 (47.2)	12 (33.3)						
สูง (24 คะแนน)	9 (25.0)	10 (27.8)		16 (44.4)	9 (25.0)						
กลุ่มรักษาต่อเนื่อง (n=112)											
จำนวนผู้ป่วย	58	54		58	54			58		54	
ความร่วมมือในการใช้ยา (ค่าเฉลี่ย±SD)	20.78 ± 3.26	20.87± 2.68	0.868 ^a	22.22 ± 2.66	21.07±3.39	0.048 ^a	0.34	1.45 ± 3.22	0.001 ^c	0.20 ± 2.96	0.615 ^c
ระดับความร่วมมือในการใช้ยา, จำนวน (ร้อยละ)			0.982 ^b			0.157 ^b	-	-	<0.001 ^d	-	0.117 ^d
ต่ำ (≤21 คะแนน)	28 (48.3)	26 (48.1)		17 (29.3)	23 (42.6)						
ปานกลาง (22-23 คะแนน)	20 (34.5)	18 (33.3)		15 (25.9)	16 (29.6)						
สูง (24 คะแนน)	10 (17.2)	10 (18.5)		26 (44.8)	15 (27.8)						

^aindependent t-test, ^bchi-square test, ^cpaired t-test, ^dmarginal homogeneity test

^eeffect size = (คะแนนการประเมินครั้งหลังของกลุ่มศึกษา – คะแนนการประเมินครั้งหลังของกลุ่มควบคุม) / SD ของกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4. ผลของการบริหารเภสัชกรรมแบบมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางต่อความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

ตัวแปรที่ศึกษา	ผลการประเมินครั้งแรก			ผลการประเมินครั้งหลัง		P	effect size ^e	ความแตกต่างระหว่างเวลาภายในกลุ่ม			
	กลุ่มศึกษา (n=94)	กลุ่มควบคุม (n=90)	P	กลุ่มศึกษา (n=94)	กลุ่มควบคุม (n=90)			กลุ่มศึกษา (n=94)	P	กลุ่มควบคุม (n=90)	P
ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (ค่าเฉลี่ย±SD)	16.03 ± 6.32	15.07 ± 6.03	0.291 ^a	13.17 ± 5.85	12.73 ± 6.38	0.629 ^a	0.07	2.86±4.76	<0.001 ^c	2.33±4.86	<0.001 ^c
ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า,จำนวน (ร้อยละ)			0.958 ^b			0.690 ^b	-	-	<0.001 ^d	-	<0.001 ^d
ไม่มีอาการ (<7 คะแนน)	8 (8.5)	8 (8.5)		12 (12.8)	16 (17.8)						
เล็กน้อย (7-12 คะแนน)	21 (22.3)	21 (22.3)		32 (34.0)	30 (33.0)						
ปานกลาง (13-18 คะแนน)	29 (30.9)	29 (30.9)		32 (34.0)	25 (27.8)						
รุนแรง (≥19 คะแนน)	36 (38.3)	36 (38.3)		18 (19.1)	19 (21.1)						

^aindependent t-test, ^bchi-square test, ^cpaired t-test, ^dmarginal homogeneity test

^eeffect size = (คะแนนการประเมินครั้งหลังของกลุ่มศึกษา – คะแนนการประเมินครั้งหลังของกลุ่มควบคุม) / SD ของกลุ่มควบคุม

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.032) โดยกลุ่มศึกษามีคะแนน 13.32 ± 4.50 และกลุ่มควบคุมมีคะแนน 15.75 ± 5.31 (ตารางที่ 5)

เมื่อวิเคราะห์กลุ่มย่อยตามประวัติระยะเวลาการใช้ยาต้านเศร้าของผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาระดับต่ำ พบว่า ในกลุ่มเริ่มรักษา ทั้ง 29 ราย หลังการแทรกแซง กลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการซึมเศร้าน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 17.00 ± 5.39 เป็น 11.58 ± 4.01 (ค่าความแตกต่าง 5.42 ± 5.93, P=0.009) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนลดลงจาก 17.06 ± 4.22 เป็น 15.29 ± 5.41 แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าความแตกต่าง 1.77 ± 4.59, P=0.132) อย่างไรก็ตาม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมในช่วงหลังการ

แทรกแซง (P=0.054) การวิเคราะห์ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าพบผลการวิจัยในลักษณะเดียวกัน

ในกลุ่มรักษาต่อเนื่องทั้ง 49 ราย หลังการแทรกแซง ทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการซึมเศร้าน้อยลงจากก่อนวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มศึกษามีคะแนนลดลงจาก 17.58 ± 5.44 เป็น 14.12 ± 4.56 คะแนน (ค่าความแตกต่าง 3.46 ± 3.77, P<0.001) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนลดลงจาก 18.26 ± 5.75 เป็น 16.09 ± 5.33 คะแนน (ค่าความแตกต่าง 2.17 ± 4.71, P=0.037) (ตารางที่ 5) อย่างไรก็ตาม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมในช่วงหลังการแทรกแซง (P=0.37) การวิเคราะห์ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าพบผลการวิจัยในลักษณะเดียวกัน

ตารางที่ 5. ผลของการบริหารเภสัชกรรมแบบมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางต่อความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาก่อนการวิจัยอยู่ในระดับต่ำ (n=78)

ตัวแปรที่ศึกษา	ผลการประเมินครั้งแรก		P	ผลการประเมินครั้งหลัง		P	effect size ^e	ความแตกต่างระหว่างเวลาภายในกลุ่ม			
	กลุ่มศึกษา	กลุ่มควบคุม		กลุ่มศึกษา	กลุ่มควบคุม			กลุ่มศึกษา	P	กลุ่มควบคุม	P
ผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาต่ำ (n=78) (จำนวน)	38	40		38	40			38		40	
ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (ค่าเฉลี่ย±SD)	17.39 ± 5.36	17.75 ± 5.13	0.766 ^a	13.32 ± 4.50	15.75±5.31	0.032 ^a	0.46	4.08 ± 4.57	<0.001 ^c	2.00 ± 4.60	0.009 ^c
กลุ่มเริ่มรักษา (n=29), จำนวน	12	17		12	17			12		17	
ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (ค่าเฉลี่ย±SD)	17.00±5.39	17.06 ± 4.22	0.974 ^a	11.58 ± 4.01	15.29±5.41	0.054 ^a	0.69	5.42 ± 5.93	0.009 ^c	1.77 ± 4.59	0.132 ^c
ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า,จำนวน (ร้อยละ)			0.748 ^b			0.348 ^b	-	-	0.034 ^d	-	0.083 ^d
ไม่มีอาการ (<7 คะแนน)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	1 (5.9)						
เล็กน้อย (7-12 คะแนน)	3 (25.0)	3 (17.6)		6 (50.0)	5 (29.4)						
ปานกลาง (13-18 คะแนน)	5 (41.7)	6 (35.3)		5 (41.7)	5 (29.4)						
รุนแรง (≥19 คะแนน)	4 (33.3)	8 (47.1)		1 (8.3)	6 (35.3)						
กลุ่มรักษาต่อเนื่อง (n=49),จำนวน	26	23		26	23			26		23	
ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (ค่าเฉลี่ย±SD)	17.58±5.44	18.26 ± 5.75	0.671 ^a	14.12 ± 4.56	16.09±5.33	0.169 ^a	0.37	3.46 ± 3.77	<0.001 ^c	2.17 ± 4.71	0.037 ^c
ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า,จำนวน (ร้อยละ)			0.762 ^b			0.025 ^b	-	-	0.011 ^d	-	0.013 ^d
ไม่มีอาการ (<7 คะแนน)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)						
เล็กน้อย (7-12 คะแนน)	6 (23.1)	4 (17.4)		11 (42.3)	18 (78.3)						
ปานกลาง (13-18 คะแนน)	8 (30.8)	6 (26.1)		8 (30.8)	3 (13.0)						
รุนแรง (≥19 คะแนน)	12 (46.2)	13 (56.5)		7 (26.9)	2 (8.7)						

^aindependent t-test, ^bchi-square test, ^cpaired t-test, ^dmarginal homogeneity test

^eeffect size = (คะแนนการประเมินครั้งหลังของกลุ่มศึกษา – คะแนนการประเมินครั้งหลังของกลุ่มควบคุม) / SD ของกลุ่มควบคุม

การอภิปรายผล

จากการวิจัยพบว่า การบริหารเภสัชกรรมแบบมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (22.54 ± 2.21 และ 21.29 ± 2.97 ตามลำดับ, $P=0.001$) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอุษา วรรณณี และคณะ (23) ในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิเช่นเดียวกัน และมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงระดับปานกลาง รวมทั้งมีรูปแบบกิจกรรมการบริหารที่คล้ายคลึงกัน ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาที่เน้นการสร้างแรงจูงใจและปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อของผู้ป่วยผ่านการพบปะพูดคุยแบบรายบุคคล สามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ($P<0.05$) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของฐิตินันท์ ภูพานันท์และคณะ (24) ซึ่งให้การบริหารเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร่วมกับการให้ผู้ป่วยรับชมสื่อมัลติมีเดียซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า หลักการรักษา และการจัดการอาการข้างเคียงเบื้องต้น การศึกษาดังกล่าวประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้แบบสอบถาม MMAS (Morisky Medication Adherence Scale) หลังจากให้การบริบาล 1 เดือน พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบริหารเภสัชกรรม มีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$)

ผลของการบริหารเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ด้านความร่วมมือในการใช้ยาที่พบในการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาในอดีตที่ให้การบริหารเภสัชกรรม ที่มีการค้นหาปัญหาจากการใช้ยาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก พร้อมทั้งให้ความรู้เรื่องโรคและยา รวมทั้งติดตามอาการไม่พึงประสงค์ ซึ่งพบว่าสามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ (20, 22-23) ส่วนการศึกษาที่ให้ความรู้เรื่องโรคและยา และติดตามอาการไม่พึงประสงค์ ไม่พบความแตกต่างของความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม (18,19) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Al-Saffar และคณะ (20) ที่เปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับเอกสารข้อมูลความรู้เรื่องโรคและยาร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มที่ได้รับเอกสารความรู้เรื่องโรคและยาเพียงอย่างเดียว และกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการแทรกแซง 5 เดือน กลุ่มที่ได้รับการได้รับเอกสารข้อมูล

ความรู้เรื่องโรคและยาร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกมีสัดส่วนของผู้ที่มีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่ากลุ่มที่ได้รับเอกสารเพียงอย่างเดียว และกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.005$) โดยผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 55, 45 และ 24 ตามลำดับ

ทั้งนี้การบริหารเภสัชกรรมแบบมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการศึกษานี้มีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเชิงลึกถึงประสบการณ์ ทศนคติ ความคาดหวังจากการใช้ยา และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ทำให้ทราบถึงความต้องการด้านยาของผู้ป่วยได้ดีขึ้น เช่น ผู้ป่วยไม่ทราบถึงอาการที่ควรสังเกตติดตามด้วยตนเองเพื่อแจ้งให้แพทย์ทราบ ไม่ทราบระยะเวลาของแผนการรักษา ผู้ป่วยคาดหวังให้อาการดีขึ้นในทุกวันและไม่มีอาการซึมเศร้ามากหรือไม่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายอีก หรือผู้ป่วยบางรายยังมีความเชื่อว่าโรคซึมเศร้าเป็นความผิดปกติของจิตใจ ถ้าจิตใจเข้มแข็งผู้ป่วยก็สามารถหายได้โดยไม่จำเป็นต้องรับประทานยา ผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับผู้ป่วยรายนั้นโดยเฉพาะ นอกจากนี้การบริหารเภสัชกรรมแบบมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ยังเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนและกำหนดเป้าหมายในการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีส่วนร่วมและมีผลเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาได้

เมื่อวิเคราะห์แยกกลุ่มตามประวัติการใช้ยาด้านเศร้า คือ กลุ่มเริ่มรักษาและกลุ่มรับยาต่อเนื่อง พบว่าหลังการแทรกแซง กลุ่มเริ่มรักษาที่ได้รับการบริหารเภสัชกรรม มีสัดส่วนของผู้ที่มีความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับสูงและปานกลางมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Adler และคณะ (17) ที่พบว่า หลังให้การบริบาล มีเพียงผู้ป่วยกลุ่มเริ่มรักษาที่มีความร่วมมือในการใช้ยาแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.001$) ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยาด้านเศร้ามากกว่า 1 ปีมีความร่วมมือในการใช้ยาไม่ต่างกลุ่มควบคุม ($P=0.33$)

ทั้งนี้การที่พบผลลัพธ์ที่ชัดเจนในกลุ่มผู้ป่วยที่เริ่มการรักษาอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการใช้ยา การได้รับการบริหารเภสัชกรรมอย่างใกล้ชิดจึงทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดียิ่งขึ้น จึงส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญ ในกลุ่มรักษาต่อเนื่องพบว่า มีสัดส่วนของผู้ที่ได้รับยาด้านเศร้า 2 ชนิดร่วมกันสูงกว่ากลุ่มเริ่มการรักษา

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 14.3 และ 1.4 ตามลำดับ, $P=0.003$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยมีอาการของโรคซึมเศร้าที่รุนแรงและซับซ้อน จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาหลายชนิดและเป็นเวลานานขึ้น นอกจากนี้ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ป่วยคาดหวังให้อาการดีขึ้นทุกวัน แต่ประสบการณ์ของผู้ป่วยจากการใช้ยาพบว่ายังคงมีอาการซึมเศร้ามากและความคิดฆ่าตัวตายปรากฏอยู่ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคิดว่ายามีไม่ได้ผลและไม่เห็นความสำคัญของการรับประทานยาเท่าที่ควร ซึ่งปัจจัยด้านยา ความเชื่อ และทัศนคติเกี่ยวกับยาเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการที่ผู้ป่วยไม่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาของตน (7,8) จึงเป็นสาเหตุให้การแทรกแซงมีผลน้อยกว่าในกลุ่มที่รับการรักษาต่อเนื่อง

การแทรกแซงในการศึกษานี้ไม่มีผลลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าเมื่อเทียบกับวิธีการที่ใช้ตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Aljumah และคณะ (22) ซึ่งใช้การบริหารเภสัชกรรมโดยการทบทวนประวัติการใช้ยา ให้ความรู้เรื่องโรคและยา และติดตามอาการไม่พึงประสงค์ การศึกษาดังกล่าวติดตามผลความร่วมมือในการใช้ยาและความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ที่เวลา 3 และ 6 เดือน หลังจากเริ่มการรักษา พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบริหาร มีความร่วมมือในการใช้ยาดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความแตกต่างของความรุนแรงของอาการซึมเศร้าระหว่างกลุ่ม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยมีความร่วมมือในการรับประทานยาก่อนข้างดีตั้งแต่เริ่มการศึกษา

การวิจัยที่แยกวิเคราะห์เฉพาะผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับต่ำในช่วงก่อนเริ่มการวิจัย พบว่า หลังการแทรกแซงผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการบริหารเภสัชกรรมฯ มีคะแนนความรุนแรงของอาการซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Marques และคณะ (21) ที่ให้การบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เริ่มรักษา และติดตามผลหลังจากนั้น 3 เดือนพบว่า กลุ่มที่ได้รับการบริหารฯ มีคะแนนความซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.0275$)

การวิจัยนี้มีข้อจำกัดบางประการ ดังนี้ การศึกษาดูตามผลการบริหารเภสัชกรรมฯ ในระยะสั้น จึงไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารเภสัชกรรมในช่วงต้นของการรักษา จะยังเข้ารับการรักษาต่อเนื่องจน

ครบตามแผนการรักษาโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยหรือไม่ จึงควรมีการติดตามผลเพิ่มเติมในระยะยาว และควรมีการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวร่วมด้วย นอกจากนี้ ยังอาจมีผลจาก pre-test sensitization คือ การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาทั้งในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมก่อนเริ่มการวิจัย อาจส่งผลให้ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มตระหนักว่ากำลังถูกติดตามความร่วมมือในการใช้ยา จึงมีแนวโน้มที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งผลให้ความแตกต่างที่พบระหว่างกลุ่มทั้งในด้านความร่วมมือในการใช้ยาและความรุนแรงของโรคมีค่าน้อยกว่าความเป็นจริง อย่างไรก็ตามการศึกษาในระยะยาวอาจช่วยลดอิทธิพลอันนี้ และสะท้อนประสิทธิผลที่แท้จริงของการแทรกแซง

ประสิทธิผลของการแทรกแซงในการศึกษานี้ อาจเป็นผลมาจากระยะเวลาที่ใช้ในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเภสัชกรและผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาที่เพิ่มขึ้น ทั้งในแง่ของการให้คำแนะนำและการติดตามทางโทรศัพท์ ด้วยเหตุนี้หากกลุ่มควบคุมได้ใช้เวลาพูดคุยหรือติดต่อทางโทรศัพท์กับเภสัชกรเช่นเดียวกัน ผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมอาจมีขนาดน้อยกว่าที่พบในการศึกษานี้ ทั้งนี้การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยในระยะเวลาที่มากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการติดต่อทางโทรศัพท์หรือการพบปะโดยตรง ล้วนแสดงถึงความเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีขึ้น

การศึกษานี้วัดผลความร่วมมือในการใช้ยาและความรุนแรงของอาการซึมเศร้าด้วยการให้ผู้ป่วยประเมินตนเองผ่านแบบสอบถาม MTB-Thai และ 9Q โดยให้นักย้อนหลังในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา วิธีการดังกล่าวอาจก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ซึ่งอาจประสบปัญหาด้านความจำบกพร่อง แต่ผู้วิจัยได้พยายามควบคุมความคลาดเคลื่อนโดยการกำหนดเกณฑ์คัดออกสำหรับผู้ที่มิภาวะรู้คิดบกพร่องก่อนเริ่มการวิจัย และได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการให้ข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริงเพื่อประโยชน์ในการวิจัย ดังนั้นเพื่อเพิ่มความแม่นยำและความน่าเชื่อถือของผลการประเมิน การศึกษาในอนาคตควรพิจารณาใช้วิธีการประเมินผลที่หลากหลายมากขึ้น นอกเหนือจากการใช้แบบสอบถามที่อาศัยมุมมองของผู้ป่วยเพียงด้านเดียว สำหรับการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ควรพิจารณาเพิ่มวิธีการนับเม็ดยาหรือการวิเคราะห์ระดับยาในเลือด ส่วนการประเมินความรุนแรงของ

อาการซึมเศร้า ควรพิจารณาใช้แบบประเมินที่ดำเนินการ
โดยบุคลากรทางการแพทย์ร่วมด้วย

สรุป

จากการวิจัยพบว่าการให้การบริบาลเภสัชกรรม
แบบมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งมีการค้นหาปัญหาการใช้ยา
โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การให้ความรู้เรื่องโรคและยา การ
ร่วมกันวางแผนการใช้ยากับผู้ป่วย และมีการติดตาม
แผนการใช้ยาและอาการไม่พึงประสงค์ สามารถเพิ่มความ
ร่วมมือในการใช้ยากับผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เริ่ม
รักษาโรคซึมเศร้าในช่วง 3 เดือนแรก นอกจากนี้ยังมีผลลด
ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการ
บริการตามมาตรฐานในผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยา
ต่ำ ดังนั้นอาจนำแนวทางการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วย
โรคซึมเศร้าไปประยุกต์ใช้ และการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีความ
ร่วมมือในการใช้ยาต่ำเพื่อเข้ารับการบริบาลฯ เพื่อให้เกิด
ประโยชน์สูงสุด และเหมาะสมกับบริบทปัจจุบันที่มีผู้ป่วย
โรคซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น โดยเภสัชกรผู้ให้การบริบาลควร
ได้รับการอบรมเรื่องโรคซึมเศร้าและยาต้านเศร้า การจัดการ
อาการข้างเคียงเบื้องต้น และเทคนิคการให้คำปรึกษาแก่
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนให้การบริบาลแก่ผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและ
ให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Ittasakul P, Hongsanguansri P. Depression. In: Lortrakul M, Sukanich P, editors. Psychiatry Ramathibodi. 4th edition. Bangkok: Department of Psychiatry. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University; 2015.p.167-89.
2. World Health Organization. Depression [online]. 2021. [cited Nov 18, 2024]. Available from: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression
3. International Health Policy Program. Disability-adjusted life year report. Nonthaburi: International Health Policy Program; 2019.

4. Sathienluckana T. Pharmacotherapy of depression in patients with chronic medical illness. Isan Journal of Pharmaceutical Sciences. 2017; 13: 1-13
5. Dell'Osso B, Albert U, Carra G, Pompili M, Nanni MG, Pasquini M, et al. How to improve adherence to antidepressant treatments in patients with major depression: a psychoeducational consensus checklist. Ann Gen Psychiatry. 2020; 19: 61.
6. Prukkanone B, Vos T, Burgess P, Chaiyakunapruk N, Bertram M. Adherence to antidepressant therapy for major depressive patients in a psychiatric hospital in Thailand. BMC Psychiatry. 2010; 10: 64.
7. Khalifeh AH, Hamdan-Mansour AM. Prevalence, barriers, and interventions related to medication adherence among patients with major depressive disorder: A scoping review. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2021; 59: 39-51.
8. Marasine NR, Sankhi S. Factors associated with antidepressant medication non-adherence. Turk J Pharm Sci. 2021; 18: 242-9.
9. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Sabate E, ed. Geneva: WHO Publications; 2003.
10. Rickles NM, Svarstad BL, Statz-Paynter JL, Taylor LV, Kobak KA. Pharmacist telemonitoring of antidepressant use: effects on pharmacist-patient collaboration. J Am Pharm Assoc. 2003; 45: 344-53.
11. Crockett J, Taylor S, Grabham A, Stanford P. Patient outcomes following an intervention involving community pharmacists in the management of depression. Aust J Rural Health. 2006; 14: 263-9.
12. Rubio-Valera M, March Pujol M, Fernandez A, Penarrubia-Maria MT, Trave P, Lopez Del Hoyo Y, et al. Evaluation of a pharmacist intervention on patients initiating pharmacological treatment for depression: a randomized controlled superiority trial. Eur Neuropsychopharmacol. 2013; 23: 1057-66.
13. Klang SH, Ben-Amnon Y, Cohen Y, Barak Y. Community pharmacists' support improves

- antidepressant adherence in the community. *Int Clin Psychopharmacol*. 2015; 30: 316-9.
14. Finley PR, Rens HR, Pont JT, Gess SL, Louie C, Bull SA, et al. Impact of a collaborative pharmacy practice model on the treatment of depression in primary care. *Am J Health Syst Pharm*. 2002; 59: 1518-26.
 15. Finley PR, Rens HR, Pont JT, Gess SL, Louie C, Bull SA, et al. Impact of a collaborative care model on depression in a primary care setting: a randomized controlled trial. *Pharmacotherapy*. 2003; 23: 1175-85.
 16. Brook OH, Van Hout HPJ, Nieuwenhuysen H, De Haan M. Effects of coaching by community pharmacists on psychological symptoms of antidepressant users; a randomised controlled trial. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2003; 13: 347-54.
 17. Adler DA, Bungay KM, Wilson IB, Pei Y, Supran S, Peckham E, et al. The impact of a pharmacist intervention on 6-month outcomes in depressed primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004; 26: 199-209.
 18. Capoccia KL, Boudreau DM, Blough DK, Ellsworth AJ, Clark DR, Stevens NG, et al. Randomized trial of pharmacist interventions to improve depression care and outcomes in primary care. *Am J Health Syst Pharm*. 2004; 61: 364-72.
 19. Brook OH, van Hout H, Stalman W, Nieuwenhuysen H, Bakker B, Heerdink E, et al. A pharmacy-based coaching program to improve adherence to antidepressant treatment among primary care patients. *Psychiatr Serv*. 2005; 56: 487-9.
 20. Al-Saffar N, Deshmukh AA, Carter P, Adib SM. Effect of information leaflets and counselling on antidepressant adherence: open randomised controlled trial in a psychiatric hospital in Kuwait. *Int J Pharm Pract*. 2005; 13: 123-31.
 21. Marques LA, Galduróz JCFF, Maria Rosana, Oliveira CCO, Beijo LA, Noto AR. Assessment of the effectiveness of pharmacotherapy follow-up in patients treated for depression. *J Manag Care Pharm*. 2013; 19: 218-27.
 22. Aljumah K, Hassali MA. Impact of pharmacist intervention on adherence and measurable patient outcomes among depressed patients: a randomised controlled study. *BMC Psychiatry*. 2015; 15: 219.
 23. 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.
 24. Kupapan T, Chusakul T, Kanjanasilp J, Sutthiruksa S. Increasing drug adherence by using multimedia and pharmaceutical care for patients with major depressive disorder. *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2016; 12: 33-43.
 25. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2003.
 26. Sakthong P, Sonsa-Ardjit N, Sukarnjanaset P, Munpan W, Suksanga P. Development and psychometric testing of the medication taking behavior tool in Thai patients. *Int J Clin Pharm*. 2016; 38: 438-45.
 27. Kongsuk T, Janthong S, Kenbubpha K, Sukhawaha S, Yingyuen R, Leejongpermpoon J, editors. The reliability and validity of the 9Questions for assessment of depressive symptom comparison with the Hamilton Rating Scale for depression. *Proceedings of 9th Annual International Mental Health Conference in Thailand*; 2010; Bangkok.
 28. Bernard R. Fundamentals of biostatistics. 5th ed. Duxbury: Thomson learning; 2000.
 29. Sangthonganotai T. Effect of pharmaceutical care on drug therapy-related quality of life in outpatients [master thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2016.

30. Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, Tourjman SV, Bhat V, Blier P, et al. Canadian network for mood and anxiety treatments (CANMAT) 2016 Clinical guidelines for the management of adults with major

depressive disorder: Section 3. Pharmacological Treatments. *Can J Psychiatry*. 2016; 61: 540-60

.

.