

# ผลของการจัดตั้งคลินิกจิตดีต่อความร่วมมือในการใช้ยา ของผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลแม่ทะจังหวัดลำปาง

จิรพร เมธิชติเศรษฐี ก.บ.\*

## บทคัดย่อ

**ความเป็นมา :** โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาทางจิตเวชที่สำคัญและพบได้บ่อยทั้งในต่างประเทศและในประเทศ การไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยเป็นปัญหาหนึ่งซึ่งส่งผลต่อการรักษาโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลแม่ทะ มีการดูแลผู้ป่วยนอกในคลินิกโรคซึมเศร้า แต่ยังไม่พบผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยาโรคซึมเศร้ามากถึงร้อยละ 40 ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการของโรค และมีผลกระทบต่อการครบคร้วตามมา จึงเห็นความสำคัญของการปรับกระบวนการให้คำปรึกษาในคลินิกเดิม อันนำมาสู่การจัดตั้งคลินิกที่ให้ชื่อว่าคลินิกจิตดี

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาผลของการจัดตั้งคลินิกจิตดีต่อความร่วมมือในการใช้ยาด้านเศร้าและผลลัพธ์ของการรักษาโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

**วิธีการศึกษา :** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ Pre – Post Intervention กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลแม่ทะ ระหว่าง ธันวาคม 2564 – พฤษภาคม 2565 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสมมติใจเข้าร่วมการศึกษา จำนวน 156 คน จากผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้าทั้งหมด 309 คน กลุ่มตัวอย่างรับการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาโดยใช้แบบตรวจวัดการรับประทานยา Visual analog scale (VAS) ร่วมกับการนับยา (Pill count) และมีการประเมินอาการของโรคซึมเศร้า ใช้แบบ 9 คำถาม (9Q) เป็นข้อมูลก่อนเข้ารับบริการคลินิกจิตดี และได้รับการประเมินอีกครั้งเมื่อครบระยะเวลา 6 สัปดาห์ เป็นข้อมูลผลของการจัดตั้งคลินิกจิตดี ซึ่งมีกิจกรรมที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1. กิจกรรมการให้รับาลทางเภสัชกรรมตามแบบแนะนำ 2. การประเมินความถูกต้องและความร่วมมือในการใช้ยา 3. การค้นหาปัญหาในการใช้ยาและแนวทางแก้ไข 4. การติดตามผลความร่วมมือและอาการไม่พึงประสงค์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติโดยใช้ Paired -sample t-test กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่  $p\text{-value} < 0.05$

**ผลการศึกษา :** พบว่า หลังจากเข้ารับบริการจากคลินิกจิตดี ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยา และผลลัพธ์การรักษาโรคซึมเศร้า ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนเฉลี่ยในการรับประทานยาก่อนและหลังเข้าคลินิกโดยใช้ VAS เท่ากับ  $55.19 \pm 26.11$  และ  $99.87 \pm 1.13$  คะแนน ( $p < 0.001$ ) เมื่อประเมินโดยวิธีนับจำนวนเม็ดยาคงเหลือ เท่ากับ  $58.83 \pm 28.60$  และ  $99.95 \pm 0.45$  คะแนน ( $p < 0.001$ ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยอาการของโรคซึมเศร้าเท่ากับ  $8.21 \pm 2.18$  และ  $4.62 \pm 1.22$  คะแนน ( $p < 0.001$ ) ตามลำดับ

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** ผลของการจัดตั้งคลินิกจิตดี ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาด้านเศร้าดีขึ้น และมีผลลัพธ์ในการรักษาโรคซึมเศร้าดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่งานวิจัยมีกลุ่มเดียวไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบทำให้ไม่สามารถตัดอิทธิพลธรรมชาติได้ จึงควรมีการติดตามและประเมินผลซ้ำในระยะยาวเพื่อติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วย และควรมีการนำรูปแบบไปพัฒนาเป็นแนวทางการให้คำปรึกษาของเภสัชกร เพื่อสร้างความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รวมทั้งประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่มีปัญหาของผู้ป่วยในลักษณะเดียวกันต่อไป

**คำสำคัญ :** คลินิกจิตดี เภสัชกร ความร่วมมือในการใช้ยา โรคซึมเศร้า

\* กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง

Corresponding Author: Jiraporn Methechotiset E-mail: jiraporn.methe@gmail.com

Received: 29 September 2022 Revised: 15 January 2023 Accepted: 19 January 2023

## Impact of the JIT-D clinic implementation on medication adherence among Major Depressive disorder outpatients in Maetha Hospital Lampang Province

Jiraporn Methechotiset, Pharm.D.\*

### ABSTRACT

**BACKGROUND:** Depression is an important psychiatric problem that is common both abroad and within the country. The patient's non-compliance in taking medication is one of the problems affecting the treatment of depression. Maetha Hospital has an established outpatient care in its depression clinic, but determined that patients not adhering to their prescribed antidepressant medication are as high as 40%, resulting in patients that are unable to keep their symptoms in check and affecting their family as a consequence. Thusly, the importance of revamping the consultation processes of the original clinic became evident, this lead to the establishment of a pilot clinic called the JIT-D Clinic.

**OBJECTIVE:** To study the impact of the JIT-D Clinic implementation on medication adherence among major depressive disorder outpatients and outcomes of their depression treatment in Maetha Hospital Lampang Province.

**METHODS:** This study implemented a pre-post intervention research methodology. The sample group comprised outpatients diagnosed with depression and receiving their health services at Maetha Hospital during december 2021 – may 2022, who were selected as a volunteer sample group to participate in the study. 156 patients from a total of 309 outpatients diagnosed with depression were enrolled into the study. Before involvement with the JIT-D clinic, and a follow-up assessment at 6 weeks, the subjects were assessed the drug adherence using the medication adherence standard visual analog scale (VAS) and pill count, and a 9-question (9Q) for depression symptom assessment. The activity of JIT-D clinic comprised a total of 4 relevant methodological activities: 1. recommended pharmaceutical service activities. 2. assessment of accuracy and cooperation in drug-use 3. identifying problems in drug-use and discerning their solutions 4. follow-up on adherence and any adverse reactions. Data were analyzed using descriptive statistics and compare the statistical differences by using paired -sample t-test with a statistical significance level of  $p\text{-value} < 0.05$ .

**Impact of the JIT-D clinic implementation on medication adherence among major depressive disorder outpatients in Maetha Hospital Lampang province**

**RESULTS:** This study found that after receiving services from the JIT-D clinic, patients became cooperative in taking medication and treatment outcomes for depression significantly improved statistically. Whereby, the mean score of patient medication adherence using visual analog scale (VAS) before and after the pilot clinic implementation was  $55.19 \pm 26.11$  and  $99.87 \pm 1.13$  respectively ( $p < 0.001$ ). While, the mean score using pill counting method was  $58.83 \pm 28.60$  and  $99.95 \pm 0.45$  respectively ( $p < 0.001$ ). The mean score on treatment outcomes for depression was  $8.21 \pm 2.18$  and  $4.62 \pm 1.22$  respectively ( $p < 0.001$ ).

**CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS:** After participation in the JIT-D Clinic activities, the patients had a significant difference in cooperative behavior in medication adherence and improved outcomes in the treatment of depression. However, this study comprised only one study group and no comparison group; making it impossible to rule out interference from natural influences. Long-term follow-up and reassessment should be undertaken to monitor patient progress. As such, the model should be further developed as a counseling guideline for pharmacists to foster better cooperation in medication adherence in depressive patients, as well as find the feasibility in applying to other hospitals with similar patient problems.

**KEYWORDS:** JIT-D Clinic, pharmacist, medication adherence, major depressive disorder

\*Pharmaceutical Department and Consumer Protection, Sop Prap Hospital, Lampang Province, Thailand.

Corresponding Author: Jiraporn Methechotiset E-mail: jiraporn.methe@gmail.com

Received: 29 September 2022 Revised: 15 January 2023 Accepted: 19 January 2023

## ความเป็นมา

โรคซึมเศร้าเป็นภาวะที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ซึ่งเป็นปัญหาทางจิตเวชที่สำคัญและพบได้บ่อย โดยสามารถเกิดขึ้นได้ ทุกช่วงอายุทุกเชื้อชาติทั่วโลก รายงานขององค์การอนามัยโลก ชี้ให้เห็นว่าในปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วโลกมากกว่า 300 ล้านคน<sup>1</sup> สำหรับในประเทศไทยผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีมากเป็นอันดับ 3 ของโรคทางจิตเวช รองจากโรคจิตเภท และโรคจิตเภท ตามลำดับ โดยในปี พ.ศ. 2558 ถึง พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี<sup>2</sup> ปัจจุบัน พบว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากสารสื่อประสาทในสมอง ได้แก่ นอร์เอพิเนฟริน (norepinephrine) เซโรโทนิน (serotonin) และโดปามีน (dopamine) มีระดับต่ำจึงใช้การรักษาด้วยยาเพื่อปรับสารสื่อประสาทในสมองให้สมดุล ดังนั้น การรักษาด้วยยาจึงมีความสำคัญในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และเมื่อผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จะทำให้อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยลดลง<sup>3</sup>

ความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอัตราค่อนข้างสูง เห็นได้จากการศึกษาจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยาในต่างประเทศ พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่ร่วมมือในการรับประทานยามากถึง ร้อยละ 46.00 – 70.00<sup>4-7</sup> และการศึกษาในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยามากถึง ร้อยละ 77.00<sup>8</sup> และโรงพยาบาลแม่ทะพบความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 40.00<sup>9</sup> จะเห็นได้ว่าความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นปัญหาสำคัญที่พบได้ทั่วโลก และส่งผลกระทบต่อในหลายด้านที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยมีการกลับเป็นซ้ำของโรค โรคมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ ลดลง เช่น กระบวนการคิด การตัดสินใจและการดูแลตนเอง ซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการทำงานลดลง อาจนำไปสู่การเลิกจ้างงานเมื่อผู้ป่วยว่างงาน ก็อาจก่อให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากการกลับ

เป็นซ้ำของโรคที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวแล้วยังส่งผลกระทบถึงระดับประเทศชาติ โดยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคซึมเศร้าสูงขึ้น ดังเช่นที่สหราชอาณาจักร พบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคซึมเศร้าตั้งแต่ปี ค.ศ. 2005 - ค.ศ. 2010 เพิ่มขึ้นจาก 173.20 ล้านดอลลาร์ เป็น 210.50 ล้านดอลลาร์<sup>10</sup>

การศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยนอกในงานบริการเภสัชกรรมในช่วงมกราคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2564 จากการสุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 50 คน ที่มารับยาที่ห้องจ่ายยาโรงพยาบาลแม่ทะ พบว่า มีความไม่ร่วมมือในการใช้ยาสูงถึงร้อยละ 40.00 ซึ่งปัจจัยอันดับหนึ่งมาจากทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในด้านลบ โดยผู้ป่วยร้อยละ 60.00 คิดว่าโรคซึมเศร้าเป็นเรื่องน่าอาย คิดว่า เป็นโรคจิตไม่กล้ากินยาจึงไม่ให้ความร่วมมือ อันดับสองมาจากความเชื่อและความกังวลในการใช้ยา โดยผู้ป่วยร้อยละ 58.00 มีความกังวลอันตรายจากการใช้ยา อันดับสามมาจากความรุนแรงของโรค ร้อยละ 56.00 อันดับสี่มาจากผลข้างเคียงที่เกิดหลังเริ่มใช้ยา ร้อยละ 50.00 อันดับห้ามาจากการเคยเข้านอนโรงพยาบาล ร้อยละ 18.00<sup>9</sup> จึงเป็นที่มาในการจัดตั้งคลินิกจิตดี ซึ่งเป็นคลินิกให้บริการผู้ป่วยนอกสำหรับโรคซึมเศร้าโดยเน้นบทบาทของเภสัชกรในการจัดกระบวนการบริการและติดตาม เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง แนวคิดการจัดตั้งคลินิกจิตดีนี้ เป็นการนำการให้คำปรึกษาตามปกติ (routine) มาต่อยอด โดยการสร้างแนวทางให้คำปรึกษาโดยเภสัชกร ร่วมกับการจัดกระบวนการในคลินิก ได้แก่ การเพิ่มกิจกรรมสร้างทัศนคติและความเชื่อที่ถูกต้องผ่านการพูดคุยทำความเข้าใจกับผู้ป่วยแบบเจาะลึก ร่วมกับการใช้เครื่องมือประเมิน และการติดตามรายบุคคล อันคาดว่าจะส่งผลให้เพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการจัดตั้งคลินิกจิตดีต่อความร่วมมือในการใช้ยาด้านเศร้าและผลลัพธ์ของการรักษาโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

## วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) โดยใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest - Posttest Design)

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการโรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอมะทะ จังหวัดลำปาง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการโรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอมะทะ จังหวัดลำปาง ในช่วงธันวาคม 2564 ถึง พฤษภาคม 2565 คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ตัวแปร คือ ความร่วมมือในการใช้ยา กำหนดค่า alpha error 0.05 power 80% ได้ขนาดตัวอย่าง 156 ราย

## เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

1. อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป
2. ผู้ป่วยรายเก่าที่เคยผิมน้อยอย่างน้อย 1 ครั้ง ในการใช้ยาด้านเศร้า
3. ผู้ป่วยรายเก่าที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และให้สัมภาษณ์แก่ผู้ทำการวิจัยได้
4. ให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ สามารถให้บริการในช่วงที่ดำเนินการวิจัย

## เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประเภทผู้ป่วยในที่มารับบริการโรงพยาบาลแม่ทะ
2. อายุเกินกว่า 80 ปีขึ้นไป
3. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ต้องมีผู้ดูแลตลอดการรักษา

## ข้อยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัย

1. ขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัย
2. ขาดการติดต่อกับผู้วิจัย
3. มีภาวะโรคอื่น ๆ หรือ โรคแทรกซ้อนที่รุนแรง ต้องรับการรักษาเร่งด่วน

## นิยามศัพท์

คลินิกจิตดี หมายถึง คลินิกที่ให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรตามแบบแนะนำให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรในคลินิกจิตดี ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายเก่า ที่มีปัญหาความ

ร่วมมือในการใช้ยาหรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อความร่วมมือในการใช้ยาด้านเศร้า เป็นคลินิกที่จัดตั้งขึ้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดความร่วมมือในการใช้ยา ให้บริการทุกวันจันทร์ ถึง วันศุกร์ ในเวลาราชการ เวลา 08.30 น. - 16.30 น. เว้น วันเสาร์ - อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ โดยในคลินิกจิตดีมีกิจกรรมการทำงาน คือ 1) ประเมินผู้ป่วยโดยแบบตรวจวัดการรับประทานยา โดยใช้ Visual analog scale (VAS) และใช้การนับยา (Pill count) 2) แบบประเมินอาการของโรคซึมเศร้า 3) ให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า 4) ให้ความรู้เรื่องยาด้านเศร้า 5) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับยา 6) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยซึ่งคลินิกจิตดีนี้มีการทำกิจกรรม ทั้งหมด 4 ครั้ง โดยผู้วิจัยจะพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล จำนวน 3 ครั้ง และติดตามเยี่ยมผ่านทางโทรศัพท์ จำนวน 1 ครั้ง รวมเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์

ความร่วมมือในการใช้ยา หมายถึง พฤติกรรมในการรับประทานยาที่สอดคล้องตามคำแนะนำที่ได้รับจากผู้ให้บริการทางสุขภาพ ใน การศึกษานี้ วัดโดยแบบตรวจวัดการรับประทานยา โดยใช้ Visual analog scale (VAS) การนับยา (Pill count)

ผลลัพธ์ของการรักษาโรคซึมเศร้า หมายถึง คะแนนประเมินอาการของโรคซึมเศร้า โดยใช้แบบ 9 คำถาม (9Q) ประเมินในวันแรกที่เข้าร่วมงานวิจัย และสัปดาห์ที่ 6 ภายหลังเสร็จสิ้นกระบวนการในคลินิกจิตดีโดยเภสัชกรในคลินิกจิตดี

ผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้า หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ และแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าและมาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง

ปัญหาที่ สัมพันธ์กับการใช้ยา (DRUG RELATED PROBLEMS; DRPs) หมายถึง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ให้เกิดขึ้นกับ ผู้ป่วย โดยเป็นผลเนื่องจากการรักษาด้วยยาและเป็น เหตุการณ์ทั้งที่เกิดขึ้นจริงหรือมีโอกาสเกิดขึ้น ซึ่งจะเป็น ปัญหาที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงหรือรบกวนผลการรักษาที่ ต้องการ

## เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษานี้ใช้แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบบันทึกการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลแม่ทะ แบบบันทึก Visual analog scale (VAS)<sup>11</sup> แบบประเมินอาการของโรคซึมเศร้า<sup>12</sup> และได้ศึกษาดำรง/งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถามตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบบันทึกการบริหารทางเภสัชกรรม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สิทธิการรักษา อาชีพ สถานภาพ รายได้ ระดับการศึกษา ปัญหาการอ่านหนังสือ ปัญหาการได้ยิน ประวัติการเข้านอนในโรงพยาบาล สัญญาณชีพ ประวัติแพ้ยา แพ้อาหาร การวินิจฉัยโรค ยาต้านเศร้าที่ได้รับ ตรวจสภาพจิต การประเมินปัญหาที่สัมพันธ์กับการใช้ยา (DRUG RELATED PROBLEMS; DRPs) ความสามารถเดินทางมาโรงพยาบาล การนัดครั้งต่อไป โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยในฐานะข้อมูลในโปรแกรม HOSXP โดยใช้คำถามแบบเติมคำลงในช่องว่างระบุคำตอบที่ต้องการและแบบตรวจสอบรายการ (Check list)

**ส่วนที่ 2** แบบบันทึกความร่วมมือในการรับประทานยาและผลลัพธ์การรักษาโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย 3 ตอน

ตอนที่ 1 แบบตรวจวัดการรับประทานยา โดยใช้มาตรวัดความร่วมมือในการรับประทานยา (Visual analog scale :VAS) เป็นสเกล 0 ถึง 10 โดยการแปลผลคะแนนตามคะแนนที่ผู้ป่วยระบุจากน้อยไปมาก ได้แก่ 0 หมายถึง ความร่วมมือในการรับประทานยาหลัก คือยาต้านเศร้า ไม่ดี 10 หมายถึง ความร่วมมือในการรับประทานยาหลัก คือยาต้านเศร้า ดีเยี่ยม โดยทุก 1 แต้ม คิดเป็นคะแนน ร้อยละ 10.00 ตัวอย่างเช่น ถ้าผู้ป่วยให้คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของตนเอง (VAS) เป็น 6 คะแนนที่ได้คิดเป็นร้อยละ 60.00

ตอนที่ 2 แบบบันทึกการนับเม็ดยา ประกอบด้วย จำนวนยาที่ให้ครั้งก่อน จำนวนยาที่เหลือ จำนวนยาที่รับประทานต่อวัน จำนวนวันที่ให้รับประทาน โดยผู้วิจัยใช้วิธีการนับเม็ดยา (pill count)

และบันทึกลงในตาราง จากนั้นมาคำนวณหาความร่วมมือในการรับประทานด้วยวิธีการนับเม็ดยา (% adherence) จากสูตรการคำนวณ

$$\% \text{ adherence} = \frac{\text{จำนวนยาที่ให้ไปครั้งก่อน} - \text{จำนวนยาที่เหลือ}}{\text{จำนวนยาที่รับประทานต่อวัน} \times \text{จำนวนวันที่ให้ยาไปรับประทาน}} \times 100$$

ตอนที่ 3 แบบประเมินอาการของโรคซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าซึ่ง 9 คำถาม (9Q) มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบมาตรฐานประมาณค่า (Rating Scale) โดยให้ความคิดเห็นได้ 4 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ไม่มีเลย = 0 คะแนน เป็นมา 1-7 วัน = 1 คะแนน เป็นบ่อย > 7 วัน = 2 คะแนน เป็นทุกวัน = 3 คะแนน (คะแนนเต็ม 27 คะแนน) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนรวมและแปลผล ดังนี้

<7 คะแนน แปลผล ไม่มีภาวะซึมเศร้า  
7 - 12 คะแนน แปลผล มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย  
13 - 18 คะแนน แปลผล มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง  
≥ 19 คะแนน แปลผล มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

ทั้งนี้ในส่วนที่ 2 ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินครั้งแรกในวันแรกที่เข้าร่วมงานวิจัย และครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 6 ภายหลังเสร็จสิ้นกระบวนการในคลินิกจิต

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความเที่ยงตรงเนื้อหา (content validity index) ของแบบสอบถามโดยการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน (เภสัชกรด้านบริหารเภสัชกรรม จำนวน 1 ท่าน เภสัชกรด้านจิตเวช จำนวน 1 ท่าน เภสัชกรด้านระบาดวิทยา จำนวน 1 ท่าน) และทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลเมืองปาน จำนวน 30 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.96

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยอธิบายข้อมูล วัตถุประสงค์ วิธีการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบ แล้วพิจารณาลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย

2. ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 4 ครั้ง โดยผู้วิจัยจะพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล จำนวน 3 ครั้ง และติดตามเยี่ยมผ่านทางโทรศัพท์ จำนวน 1 ครั้ง รวมเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ (ตารางที่ 1)

## ตารางที่ 1 การปฏิบัติกิจกรรมตามกระบวนการในคลินิกจิตต

| ช่วงเวลา                     | กิจกรรม                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ครั้งที่ 1<br>(สัปดาห์ที่ 1) | <p>การให้บริบาลทางเภสัชกรรมตามแบบแนะนำ ในวันแรกที่เข้าร่วมการวิจัย ใช้เวลา 30 นาที กิจกรรมประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 การสร้างสัมพันธภาพ ทำความเข้าใจกับผู้ป่วย และเก็บข้อมูลตามแบบบันทึกการบริบาลทางเภสัชกรรม</li> <li>1.2 การประเมินกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง (Pre-test) ใช้เครื่องมือ ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"> <li>1) แบบตรวจวัดการรับประทานยา โดยใช้ Visual analog scale (VAS) และใช้การนับยา (Pill count)</li> <li>2) แบบประเมินอาการของโรคซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)</li> </ol> </li> <li>1.3 การให้ความรู้เรื่องโรค และรายละเอียดของยาต้านเศร้า วิธีรับประทานยาที่ถูกต้องและการส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อยาต้านเศร้า</li> <li>1.4 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยซักถามข้อสงสัยและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                  |
| ครั้งที่ 2<br>(สัปดาห์ที่ 3) | <p>ประเมินความถูกต้องและความร่วมมือในการใช้ยา ใช้เวลาประมาณ 30 นาที กิจกรรมประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 การพูดคุยติดตามความถูกต้องในการใช้ยาและปัญหาอุปสรรคในการรับประทานยา</li> <li>2.2 ทบทวนความรู้เรื่องโรคและยาของกลุ่มตัวอย่าง โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้เล่าประสบการณ์ และวิธีการปฏิบัติตัวในการรับประทานยา หากยังมีข้อสงสัยหรือข้อซักถาม ผู้วิจัยจะให้ความรู้หรือเพิ่มเติมในส่วนที่กลุ่มตัวอย่างขาดหายไป และในส่วนที่กลุ่มตัวอย่างต้องการจะเรียนรู้ การให้คำปรึกษาเพิ่มเติมตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง</li> <li>2.3 ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง โดยการสอบถามวิธีการปฏิบัติตัวในการรับประทานยา ในระยะเวลา 3 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยการใช้แบบตรวจวัดการรับประทานยา ซึ่งประกอบด้วย Visual analog scale (VAS) และ การนับยา (Pill count) เพื่อตรวจวัดการรับประทานยาและประเมินความรุนแรงของโรค รวมถึงประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา</li> <li>2.4 การให้แรงเสริมโดยการชื่นชมและให้กำลังใจ</li> <li>2.5 การนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป</li> </ol> |
| ครั้งที่ 3<br>(สัปดาห์ที่ 4) | <p>ค้นหาปัญหาในการใช้ยาเพิ่มเติมและแนวทางแก้ไข ใช้เวลาประมาณ 10 - 20 นาที</p> <p>การติดตามเยี่ยมผ่านทางโทรศัพท์ 1 ครั้ง ๆ ละประมาณ 10 - 20 นาที ตามวันและเวลาที่ได้นัดหมายกับกลุ่มตัวอย่าง โดยการสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่พบเพิ่มเติมในการรับประทานยา ด้วยคำถามปลายเปิด เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ และกล้าซักถามข้อสงสัย ซึ่งผู้วิจัยจะให้คำปรึกษาเพิ่มเติมตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งให้กำลังใจ</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| ครั้งที่ 4<br>(สัปดาห์ที่ 6) | <p>ติดตามผลความร่วมมือและอาการไม่พึงประสงค์ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 การติดตามความต่อเนื่องในการรับประทานยา ประเมินจากการสอบถามพูดคุย</li> <li>4.2 การประเมินกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลอง (Post-test) ใช้เครื่องมือประกอบด้วย การใช้แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง โดยการย้อนถามเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวในการรับประทานยา ในระยะเวลา 6 สัปดาห์ที่ผ่านมา ร่วมกับทำการทดสอบหลังการทดลองอีกครั้งโดยใช้แบบตรวจวัดการรับประทานยา ประกอบด้วย Visual analog scale (VAS) และ ใช้การนับยา (Pill count) และแบบประเมินอาการของโรคซึมเศร้าซึ่งเป็นเครื่องมือชุดเดียวกันกับก่อนทดลอง</li> <li>4.3 การตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูล และนำข้อมูลไปวิเคราะห์</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

## การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม ก่อนการทดลองในวันแรกของสัปดาห์ที่ 1 และหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 6 ใช้สถิติเชิงอนุมาน คือ Paired samples t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## การพิจารณาด้านจริยธรรม

### การวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลลำปาง โดยได้รับการอนุมัติจริยธรรมโครงการวิจัยเลขที่ 145/64 และการนำข้อมูลผู้ป่วยมาศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ทำการปกปิดข้อมูลผู้ป่วยให้เป็นความลับ และผู้ป่วยสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาตามความสมัครใจ

## ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลจากแบบบันทึกการรับทราบทางเภสัชกรรมในคลินิกจิตตพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 126 ราย (ร้อยละ 80.77) และมีอายุ 61 ปีขึ้นไป 78 ราย (ร้อยละ 50.00) สิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า 124 ราย (ร้อยละ 79.49) อาชีพส่วนใหญ่ว่างงาน 50 ราย (ร้อยละ 32.05) มีรายได้เพียงพอ 95 ราย (ร้อยละ 60.90) และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส 111 ราย (ร้อยละ 71.15) การศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษาพบ 110 ราย (ร้อยละ 70.51) ไม่ได้มีปัญหาการอ่านหนังสือ 144 ราย (ร้อยละ 92.31) ไม่ได้มีปัญหาการได้ยิน 142 ราย (ร้อยละ 91.03) ไม่เคยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล 132 ราย (ร้อยละ 84.62) ส่วนใหญ่ปฏิเสธการแพทย์ 140 ราย (ร้อยละ 89.74) ปฏิเสธการสูบบุหรี่ 153 ราย (ร้อยละ 98.08) ปฏิเสธการดื่มสุรา 147 ราย (ร้อยละ 94.23) การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่เป็น F32.9-ภาวะซึมเศร้าไม่ระบุรายละเอียด 111 ราย (ร้อยละ 71.15) ปฏิเสธการมีประวัติสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 96.15) (ตารางที่ 2)

2. ความร่วมมือในการรับประทานยาและผลลัพธ์จากการรักษา เมื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานยาก่อนและหลังการเข้าร่วมในคลินิกจิตต โดยใช้แบบให้คะแนนตัวเองในการรับประทานยาของผู้ป่วย (VAS) และการนับเม็ดยา (Pill count) พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ,  $p < 0.001$ ) โดยผู้ป่วยให้คะแนนตัวเองในการรับประทานยา (VAS) ก่อนเข้าคลินิกจิตต เฉลี่ย  $55.19 \pm 26.11$  คะแนน น้อยกว่าหลังการเข้าร่วมคลินิกจิตต เฉลี่ย  $99.87 \pm 1.13$  คะแนน และคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือการใช้ยาโดยวิธีนับจำนวนเม็ดยาคงเหลือ (Pill count) ก่อนเข้าคลินิกจิตต มีคะแนนเฉลี่ย  $58.83 \pm 28.60$  คะแนน น้อยกว่าหลังเข้าคลินิกจิตต มีคะแนนเฉลี่ย  $99.95 \pm 0.45$  คะแนน (ตารางที่ 3)

การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) พบว่าหลังเข้าคลินิกจิตต ผู้ป่วยไม่มีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ

97.44 ในขณะที่ก่อนเข้าร่วมคลินิกจิตตไม่มีผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนภาวะซึมเศร้ารระดับน้อย ก่อนเข้าคลินิกจิตตพบร้อยละ 92.31 และไม่พบผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงหลังเข้าร่วมในคลินิกจิตต (ตารางที่ 4) เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การรักษาโรคซึมเศร้า พบว่า ก่อนและหลังเข้าคลินิกจิตตคะแนนประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดยคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าคลินิกจิตตเท่ากับ  $8.21 \pm 2.18$  คะแนน สูงกว่าหลังเข้าร่วมคลินิกจิตตซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย  $4.62 \pm 1.22$  คะแนน (ตารางที่ 5)

## ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (n = 156)

| ข้อมูลทั่วไป                               | กลุ่มตัวอย่าง     | ร้อยละ |
|--------------------------------------------|-------------------|--------|
| <b>เพศ</b>                                 |                   |        |
| ชาย                                        | 30                | 19.23  |
| หญิง                                       | 126               | 80.77  |
| <b>อายุ (ปี) mean <math>\pm</math> S.D</b> | $57.73 \pm 14.05$ |        |
| 0 - 40 ปี                                  | 21                | 13.46  |
| 41 - 60 ปี                                 | 57                | 36.54  |
| 61 ปีขึ้นไป                                | 78                | 50.00  |
| <b>สิทธิการรักษา</b>                       |                   |        |
| ประกันสุขภาพถ้วนหน้า                       | 124               | 79.49  |
| ข้าราชการกรมบัญชีกลาง                      | 19                | 12.18  |
| ประกันสังคม                                | 7                 | 4.49   |
| ข้าราชการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น          | 6                 | 3.84   |
| <b>อาชีพ</b>                               |                   |        |
| ว่างงาน                                    | 50                | 32.05  |
| เกษตรกร                                    | 49                | 31.41  |
| รับจ้าง                                    | 22                | 14.10  |
| แม่บ้าน                                    | 13                | 8.33   |
| ค้าขาย                                     | 12                | 7.69   |
| ข้าราชการ                                  | 6                 | 3.85   |
| นักศึกษา                                   | 2                 | 1.28   |
| พนักงานบริษัท                              | 1                 | 0.64   |
| ธุรกิจส่วนตัว                              | 1                 | 0.64   |
| <b>รายได้</b>                              |                   |        |
| เพียงพอ                                    | 95                | 60.90  |
| ไม่เพียงพอ                                 | 61                | 39.10  |
| <b>สถานภาพสมรส</b>                         |                   |        |
| สมรส                                       | 111               | 71.15  |
| หม้าย                                      | 23                | 14.74  |
| โสด                                        | 21                | 13.46  |
| หย่าร้าง                                   | 1                 | 0.64   |

ตารางที่ 2 (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไป                            | กลุ่มตัวอย่าง | ร้อยละ |
|-----------------------------------------|---------------|--------|
| <b>ระดับการศึกษา</b>                    |               |        |
| ประถมศึกษา                              | 110           | 70.51  |
| มัธยมศึกษา                              | 20            | 12.82  |
| ปริญญาตรี                               | 11            | 7.05   |
| ไม่ได้ศึกษา                             | 6             | 3.85   |
| ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)      | 6             | 3.85   |
| ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)             | 3             | 1.92   |
| <b>การอ่านหนังสือ</b>                   |               |        |
| ไม่ได้มีปัญหาการอ่านหนังสือ             | 144           | 92.31  |
| มีปัญหาการอ่านหนังสือ                   | 12            | 7.69   |
| <b>การได้ยิน</b>                        |               |        |
| ไม่ได้มีปัญหาการได้ยิน                  | 142           | 91.03  |
| มีปัญหาการได้ยิน                        | 14            | 8.97   |
| <b>การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล</b>    |               |        |
| ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล        | 132           | 84.62  |
| เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 1 ครั้ง | 20            | 12.82  |
| เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 2 ครั้ง | 3             | 1.92   |
| เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 3 ครั้ง | 1             | 0.64   |
| <b>การแพทย์</b>                         |               |        |
| ปฏิเสธการแพทย์                          | 140           | 89.74  |
| แพทย์                                   | 16            | 10.26  |

ตารางที่ 2 (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไป                                 | กลุ่มตัวอย่าง | ร้อยละ |
|----------------------------------------------|---------------|--------|
| <b>การสูบบุหรี่</b>                          |               |        |
| ปฏิเสธการสูบบุหรี่                           | 153           | 98.08  |
| สูบบุหรี่                                    | 3             | 1.92   |
| <b>การดื่มสุรา</b>                           |               |        |
| ปฏิเสธการดื่มสุรา                            | 147           | 94.23  |
| ดื่มสุรา                                     | 9             | 5.77   |
| <b>การวินิจฉัยโรค</b>                        |               |        |
| F32.0-ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย                   | 12            | 7.69   |
| F32.10-ภาวะซึมเศร้าปานกลาง                   | 19            | 12.18  |
| โดยไม่มีอาการวิตกกังวล                       |               |        |
| F32.11-ภาวะซึมเศร้าปานกลาง                   | 6             | 3.85   |
| โดยมีอาการวิตกกังวล                          |               |        |
| F32.2-ภาวะซึมเศร้ารุนแรงโดย                  | 4             | 2.56   |
| ไม่มีอาการโรคจิต                             |               |        |
| F32.3-ภาวะซึมเศร้ารุนแรงโดย                  | 2             | 1.28   |
| ไม่มีอาการโรคจิต                             |               |        |
| F32.8-ภาวะซึมเศร้าแบบอื่น                    | 2             | 1.28   |
| F32.9-ภาวะซึมเศร้าไม่ระบุ                    | 111           | 71.15  |
| <b>รายละเอียด</b>                            |               |        |
| <b>ประวัติโรคซึมเศร้าของสมาชิกในครอบครัว</b> |               |        |
| ปฏิเสธการมีประวัติครอบครัว                   | 150           | 96.15  |
| มีประวัติครอบครัว                            | 6             | 3.85   |

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการกินยา ก่อนและหลังการรับบริการคลินิกจิตดี (n = 156)

| การประเมิน                    | ก่อนการทดลอง |       | หลังการทดลอง |      | t      | p-value  |
|-------------------------------|--------------|-------|--------------|------|--------|----------|
|                               | X            | SD    | X            | SD   |        |          |
| ใช้ Visual analog scale (VAS) | 55.19        | 26.11 | 99.87        | 1.13 | -21.33 | p< 0.001 |
| ใช้ Pill count (การนับเม็ดยา) | 58.83        | 28.60 | 99.95        | 0.44 | -17.95 | p< 0.001 |

ตารางที่ 4 ผลการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยก่อนและหลังการรับบริการคลินิกจิตดี (n = 156)

| การประเมินภาวะซึมเศร้า                     | ก่อนการทดลอง |        | หลังการทดลอง |        |
|--------------------------------------------|--------------|--------|--------------|--------|
|                                            | ความถี่      | ร้อยละ | ความถี่      | ร้อยละ |
| คะแนน <7 (ไม่มีภาวะซึมเศร้า)               | 0            | 0      | 152          | 97.44  |
| คะแนน 7 - 12 (มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย)     | 144          | 92.31  | 4            | 2.56   |
| คะแนน 13 - 18 (มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง) | 12           | 7.69   | 0            | 0      |
| คะแนน ≥ 19 (มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง)     | 0            | 0      | 0            | 0      |

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของผลลัพธ์ในการรักษาโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยก่อนและหลังการรับบริการคลินิกจิตดี (n = 156)

| ตัวแปร                          | ก่อนเข้าร่วมคลินิกจิตดี |      | หลังเข้าร่วมคลินิกจิตดี |      | t     | p-value |
|---------------------------------|-------------------------|------|-------------------------|------|-------|---------|
|                                 | X                       | SD   | X                       | SD   |       |         |
| ผลลัพธ์การรักษาโรคซึมเศร้า (9Q) | 8.21                    | 2.18 | 4.62                    | 1.22 | 27.05 | < 0.001 |

## สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้สรุปได้ว่า การจัดตั้งคลินิกจิตดีส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเศร้าดีขึ้น และมีผลลัพธ์ในการรักษาโรคซึมเศร้าดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยคะแนนเฉลี่ยในการรับประทานยาก่อนและหลังเข้าคลินิกโดยใช้ VAS เท่ากับ  $55.19 \pm 26.11$  และ  $99.87 \pm 1.13$  คะแนน ( $p < 0.001$ ) เมื่อประเมินโดยวิธีนับจำนวนเม็ดยากงเหลือ เท่ากับ  $58.83 \pm 28.60$  และ  $99.95 \pm 0.45$  คะแนน ( $p < 0.001$ ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยอาการของโรคซึมเศร้าเท่ากับ  $8.21 \pm 2.18$  และ  $4.62 \pm 1.22$  คะแนน ( $p < 0.001$ ) ตามลำดับ

จากผลการศึกษาที่พบว่า ผลการจัดตั้งคลินิกจิตดีทำให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยสูงขึ้น เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยโดยผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยของการใช้ Visual analog scale (VAS) และการใช้ Pill count (การนับเม็ดยา) สูงขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.001 (ตารางที่ 3) ดังนั้น จึงยอมรับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหลังเข้าร่วมในคลินิกจิตดีสูงกว่าก่อนเข้าคลินิก ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของในปี 2556 ซึ่งพบว่า กลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษามีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีขึ้น หรือมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น<sup>13</sup> สามารถอธิบายได้ว่าการจัดตั้งคลินิกจิตดีมีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษา เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้เกิดการยอมรับและสามารถจัดการกับอาการที่กำเริบหรือรุนแรงได้ รวมถึงการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อลดความตึงเครียดและการเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพจิต อันจะส่งผลให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยผู้ศึกษามีกระบวนการดำเนินงานในคลินิกประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 4 ขั้นตอน คือ 1. กิจกรรมการให้บริบาลทางเภสัชกรรมเป็นการให้คำปรึกษา แนะนำและให้ความรู้ในเรื่องการใช้ยาแก่ผู้ป่วยซึ่งจะทำเป็นรายบุคคล 2. การประเมินความถูกต้องและความร่วมมือในการใช้ยา 3. การค้นหาปัญหาในการใช้ยาและแนวทางแก้ไข และการเสริมแรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขและบุคคลใกล้ชิด 4. การติดตามผลความร่วมมือและ

อาการไม่พึงประสงค์ ซึ่งจากการสังเกตก่อนการเข้าร่วมคลินิกจิตดี พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ไม่เข้าใจสิ่งที่บุคลากรสาธารณสุขอธิบายมักไม่กล้าซักถามเพิ่มเติม เมื่อผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมที่ดำเนินการในคลินิกจิตดีตลอดช่วงระยะ 6 สัปดาห์เภสัชกรผู้ดูแลคลินิกจิตดีได้มีการพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติได้ทบทวนประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย ประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ประเมินผลจากห้องปฏิบัติการ ประเมินวิธีการใช้ยาของผู้ป่วยในปัจจุบันว่าเหมาะสมหรือไม่ ทำให้ทราบปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า (Drug related problems, DRPs) ให้คำปรึกษาทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อแก้ไขหรือป้องกันปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า ในคลินิกจิตดีนี้เภสัชกรได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า สาเหตุ อาการ การรักษาและผลที่เกิดจากยารักษา รวมทั้งอาการข้างเคียงจากยา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ สามารถป้องกันและวางแผนการแก้ไขร่วมกับเภสัชกรเกี่ยวกับการใช้ยาในเบื้องต้นได้ซึ่งจากการประเมินความรู้ในครั้งที่ 1 และระหว่างที่ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคซึมเศร้า ได้ทำการเชื่อมโยงกับอาการที่เกิดขึ้นจริงกับตัวผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและการรักษามากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยบอกกับผู้วิจัยว่า “โรคนี้ยังรักษาได้แต่ต้องกินยาจนหมด” และในการติดตามผลลัพธ์ทางการรักษาร่วมกับการให้กำลังใจและเสริมแรงผู้ป่วยโดยการให้โทรศัพท์และทางไลน์แอปพลิเคชันจากการประเมินพบว่าผู้ป่วยหลายคนให้ข้อมูลผ่านคำพูดดังนี้ “ที่ผ่านมาเหมือนไม่มีใครสนใจ รู้สึกโดดเดี่ยวที่ได้พูดคุยกับหมอ (เภสัชกรในคลินิก) ทำให้มีกำลังใจในการดูแลตัวเองต่อไป” “เมื่อก่อนคิดว่าถ้าหาย แล้วไม่ต้องกินยา จริงๆ ต้องกินต่อเธอ พี่รู้แหละ” “ชื่อคลินิกจิตดี ทำให้จิตใจดีขึ้น ไม่ใช่ชื่อคลินิกจิตเวชซึ่งทำให้รู้สึกว่าเราเหมือนเป็นคนบ้า” “รู้สึกโชคดีที่ได้เข้าร่วมในคลินิกนี้ มีคนเข้าใจเรามากขึ้น ไม่โดดเดี่ยว” กิจกรรมเหล่านี้ส่งผลต่อความรู้และความรู้สึกของผู้ป่วย ทำให้คะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมในคลินิกจิตดีสะท้อนให้เห็น ถึงความร่วมมือและการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ป่วยซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษา ถือเป็นสิ่งสำคัญพื้นฐานในการรักษา

เมื่อใดที่เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและทีมผู้รักษา สิ่งที่เกิดขึ้นนี้จะนำไปสู่ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำและการรักษาต่อไป<sup>14</sup> สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การที่ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคดีขึ้น มีการยอมรับในยาที่ตนเองเลือกสูงขึ้นและมีความรู้ด้านสุขภาพจิตศึกษาเพิ่มมากขึ้นด้วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น<sup>15</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า ความรู้ ความเข้าใจในความสำคัญของการรับประทานยาต่อเนื่อง เป็นปัจจัยที่สำคัญในการทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย<sup>16</sup> ในขณะที่มีการศึกษาที่พบว่า ความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วย มีเหตุปัจจัยหลายอย่างซึ่งหนึ่งในเหตุปัจจัยสำคัญ คือ การไม่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคและการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยาไม่เหมาะสม<sup>17</sup> ทั้งนี้ กลวิธีหนึ่งที่ประสบผลสำเร็จในการติดตามผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่องได้แก่ การติดตามทางโทรศัพท์ (Telephone visit)<sup>18</sup> ซึ่งในขั้นการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์นี้ ผู้วิจัยมีการเสริมแรงด้วยการพูดให้กำลังใจ ชมเชย หากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมได้ครบถ้วนถูกต้อง ในกรณีที่ผู้ป่วยพบปัญหาของผู้ป่วย เช่น การนับจำนวนเม็ดยาและการลงบันทึกการรับประทานยายังไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจะให้คำปรึกษาชี้แนะเป็นรายบุคคลเพื่อความเหมาะสมและแก้ไขปัญหาตรงจุดสำหรับการประเมินผลผู้วิจัยจะใช้วิธีนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือจริงเปรียบเทียบกับจำนวนเม็ดยาที่ใช้ไป โดยใช้ข้อมูลจากสมุดบันทึกการรับประทานยาของผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้นั้นจะมีความสอดคล้องกับการนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือทำให้ทราบถึงความร่วมมือในการรับประทานยาได้ ดังนั้น การแก้ไขปัญหาควรมุ่งเน้นไปที่การสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่ควรมีทักษะการสื่อสารที่ดีพูดคุยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยให้เกิดความไว้วางใจ กล้าที่จะซักถามเมื่อเกิดความสงสัยและควรมีการประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยทุกครั้ง โดยให้ผู้ป่วยอธิบายกลับตามความเข้าใจของตนเอง เพื่อประเมินแก้ไขปัญหา รวมทั้งมีการติดตามให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและเคร่งครัด

นอกจากนี้ เมื่อทำการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) พบว่า หลังเข้า

คลินิกจิตดี ผู้ป่วยไม่มีภาวะซึมเศร้าถึง ร้อยละ 97.44 ในขณะที่ก่อนเข้าร่วมคลินิกจิตดีไม่มีผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ก่อนเข้าคลินิกจิตดีพบ ร้อยละ 92.31 และไม่พบผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงหลังเข้าร่วมในคลินิกจิตดี (ตารางที่ 4) นั่นหมายความว่า การออกฤทธิ์ของยาควบคุมอาการซึมเศร้าทำงานได้ดี ซึ่งในทางทฤษฎีระบุว่าการออกฤทธิ์ของยาได้ดีนั้นต้องรับประทานยาถูกต้องทั้งขนาดวิธีใช้และมีความต่อเนื่อง<sup>19</sup> ผลการใช้กระบวนการ 4 ขั้นตอนในคลินิกจิตดี พบว่า ค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์ในการรักษาโรคซึมเศร้า (9Q) ก่อนและหลังมีความแตกต่างกัน โดยคะแนนเฉลี่ยจากการประเมิน 9Q พบว่า หลังเข้าคลินิกจิตดีเท่ากับ  $4.62 \pm 1.22$  คะแนน ต่ำกว่าก่อนเข้าคลินิก ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย  $8.21 \pm 2.18$  คะแนน (ตารางที่ 5) แสดงว่า ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ในการรักษาโรคซึมเศร้าดีขึ้นกว่าก่อนเข้าคลินิก สิ่งสำคัญ คือ การที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาด้านเศร้ามอย่างต่อเนื่องและครบตามที่แพทย์สั่ง ทั้งนี้ ข้อมูลจากการติดตามเยี่ยมพบว่า ผู้ป่วยบางคนจะใช้วิธีจดข้อความแจ้งเตือนการกินยา บางคนก็จะมีผู้ดูแลซึ่งได้รับมอบหมายจากทางคลินิกให้ช่วยย้ำเตือนและกระตุ้นเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วย ซึ่งจะเป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องจนเกิดเป็นความเคยชิน กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้ง 156 คน ที่เข้าร่วมในคลินิกจิตดีจะมีกระบวนการให้คำปรึกษา (counselling) จากเภสัชกรมีการสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และความเสี่ยงจากการขาดยาหรือการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ความรู้เบื้องต้นในเรื่องกลไกการออกฤทธิ์ของยาว่าการรักษาด้วยยาจะมีฤทธิ์ในการเพิ่ม serotonin หรือ ช่วยเพิ่มสารความสุขในสมอง แต่ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องเพราะต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาด้วยยาจึงจะเกิดผลในด้านการรักษา ร่วมกับมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างเภสัชกรกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นระยะ ๆ มีการติดตามกระตุ้นเตือนและให้คำปรึกษาโดยจากเภสัชกรในคลินิกจิตดี

ทั้งทางโทรศัพท์และการเยี่ยมรายบุคคล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีกำลังใจ เกิดความมั่นใจในผลของการรับประทานยา ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและกินยาได้อย่างเคร่งครัดและต่อเนื่องทำให้ผลของยาต้านเศร้าออกฤทธิ์ได้สม่ำเสมอตลอดทั้งสัปดาห์ ภายในระยะเวลาใน 1 - 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยรู้สึกได้ว่ากินได้นอนได้มากขึ้นอีก 2 สัปดาห์ต่อมา มีอารมณ์สุข คลายความเครียดและการควบคุมอารมณ์ดีขึ้นมาก ซึ่งพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยนี้มีส่วนช่วยให้เกิดผลลัพธ์ของการดูแลที่ดีขึ้นในระยะยาวด้วย<sup>20</sup>

จากการศึกษานี้ ชี้ให้เห็นว่าการดำเนินการโดยใช้กระบวนการครบ 4 ขั้นตอน ในคลินิกจิตตปัญญาที่จัดตั้งขึ้นนี้ สามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาต้านเศร้าของผู้ป่วยและเพิ่มผลลัพธ์ในการรักษาโรคซึมเศร้าได้

## ข้อจำกัด

งานวิจัยดำเนินการในกลุ่มเดียวไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบทำให้ไม่สามารถตัดอิทธิพลธรรมชาติได้ จึงควรมีการติดตามและประเมินผลซ้ำในระยะยาวเพื่อติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วย

ช่วงที่ทำการศึกษาอยู่ในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด ทำให้การติดตามผู้ป่วยในบางช่วงทำไม่ได้เต็มรูปแบบ ซึ่งอาจจะทำให้ค่าประสิทธิผลของการสร้างความร่วมมือทำได้น้อยกว่าที่ควรจะเป็น

## ข้อเสนอแนะ

ควรมีการติดตามประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าเป็นระยะ ๆ เช่น 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน หากมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีความคงอยู่ของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้ามีความต่อเนื่องและได้รับการตอกย้ำโดยผู้ติดตามอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนรักษาได้หายขาดและทำให้เป้าหมายการดำเนินงานของคลินิกบรรลุผล คือ อัตราการฆ่าตัวตายลดลง ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายระยะยาวของประเทศ

ควรมีการขยายผลแนวคิดจากการจัดตั้งคลินิกจิตตปัญญาใช้โดยการเติมเต็มความรู้ในส่วนที่ขาด และมีการประเมินผลอย่างเป็นระบบ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนต่อไป

## การนำผลวิจัยไปใช้

กระบวนการที่ใช้ในคลินิกจิตตปัญญาที่มีประสิทธิภาพที่ดี ส่งผลให้ลดความรุนแรงของโรคซึมเศร้าและเกิดความรู้สึกที่ดีกับผู้รับบริการ จึงควรสนับสนุนให้มีการขยายผลในโรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ และยังเป็นการช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาลลำปาง และโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

ความเป็นไปได้ (feasibility) ในการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติจริงในการให้บริการโดยเภสัชกรนั้นสามารถนำไปใช้ได้มากเนื่องจากนโยบายการให้บริการเชิงรุกและการทำงานร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ ซึ่งเภสัชกรจะมีบทบาทในการให้ความรู้และคำปรึกษาในเรื่องการใช้ยา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากการใช้ยามากขึ้น โดยสามารถนำกระบวนการนี้ไปใช้ในคลินิก/ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เพื่อเป็นกลยุทธ์ในการสร้างความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างเคร่งครัดอันจะมีผลต่อการดำเนินของโรค แต่ทั้งนี้เภสัชกรควรศึกษาแนวคิดและวิธีการที่ใช้ในกระบวนการนี้ให้เข้าใจเสียก่อนเพื่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผศ.(พิเศษ) ดร.ภญ.รุ่งทิพ หมีนป่า โรงพยาบาลลำปาง ผศ.ดร.ภญ.ชิดชนก เรือนก้อน และผศ.ดร.ภญ.เรวดี เจนร่วมจิต คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อ.วลัยลักษณ์ ชันทาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง สำหรับการสนับสนุนและให้คำแนะนำในการทำวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ขอขอบคุณนายแพทย์กระสิน เขียวปิง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ทะ สำหรับการสนับสนุนและให้กำลังใจในการเก็บข้อมูลผู้ป่วย ท้ายสุดขอขอบคุณผู้ดูแลผู้ป่วยที่ร่วมให้ข้อมูลจนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จ

## REFERENCES

1. World Health Organization. Depression [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 8]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
2. Department of Mental Health, Ministry of public health. Annual report 2016 [Internet]. 2016 [cited 2022 Mar 8]. Available from: <http://www.dmh.go.th/report/datacenter/map/reds.asp>
3. 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): 240-20.
4. Al Jumah K, Hassali MA, Al Qhatani D, El Tahir K. Factors associated with adherence to medication among depressed patients from Saudi Arabia: a cross-sectional study. Neuropsychiatr Dis Treat. 2014;10:2031-7.
5. Alekhya P, Sriharsha M, Priya Darsini T, Reddy SK, Venkata Ramudu R, et al. Treatment and disease related factors affecting nonadherence among patients on long term therapy of antidepressants. J depress Anxiety 2015;4(2):175.
6. Sawada N, Uchida H, Suzuki T, Watanabe K, Kikuchi T, Handa T, et al. Persistence and compliance to antidepressant treatment in patients with depression: a chart review. BMC Psychiatry. 2009;9:38.
7. Yau WY, Chan MC, Wing YK, Lam HB, Lin W, Lam SP, et al. Noncontinuous use of antidepressant in adults with major depressive disorders - a retrospective cohort study. Brain Behav. 2014;4(3):390-7
8. 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
9. Pharmacy and Consumer Protection Unit. Medication Adherence in Patients with Depression Report. Performance of pharmacy department Mae Tha Hospital. Annual report 2021 summary meeting of Mae Tha District Public Health Coordinating Committee; October 2021; Mae Tha Hospital Lampang Province.
10. Greenberg PE, Fournier AA, Sisitsky T, Pike CT, Kessler RC. The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2005 and 2010). J Clin Psychiatry. 2015;76(2):155-62.
11. Pagare V, Shreif K, Thomas E, Jackson K, Buxton S, Rhule V, et al. Visual analogue scale [Internet]. United kingdom: Physiopedia. 2023 [cited 2023 June 8]. Available from: [https://www.physio-pedia.com/Visual\\_Analogue\\_Scale](https://www.physio-pedia.com/Visual_Analogue_Scale)
12. Department of Mental Health. Verbal screening/depression scale [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2014 [cited 5 Jan2021]. Available from: [https://vjlh.go.th/booking/upload\\_file2/2450661385f86a43f9e92d.pdf](https://vjlh.go.th/booking/upload_file2/2450661385f86a43f9e92d.pdf)
13. Thiensan T. The results of family counseling with providing mental health education program on drug behavior according to the treatment criteria of schizophrenic patients in the community [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2013.

14. Udomrat P. Psychoeducation in schizophrenia. In: Udomrat P, Wasikananon S, editors. Textbook of schizophrenia. Songkhla: Chanmuang Press; 2009. P. 271 - 9.
15. Hamann J, Langer B, Winkler V, Busch R, Cohen R, Leucht S, et al. Shared decision making for in-patients with schizophrenia. Acta Psychiatr Scand. 2006;114(4):265-73
16. Yeh MY, Sung SC, Yorker BC, Sun CC, Kuo YL. Predictors of adherence to an antidepressant medication regimen among patients diagnosed with depression in Taiwan. Issues Ment Health Nurs. 2008;29(7):701-17.
17. Kumar S, Sedgwick P. Non-compliance to psychotropic medication in eastern India: clients' perspective. Part II. Journal of Mental Health, 2001; 10(3):279-5.
18. Teerathong S, Prasartkaew N, Maneesrivongkool V. The effect of home visit program with telephone follow-up on health behaviors and health condition of patients with uncontrolled high blood pressure. Ramathibodi Nursing Journal, 2014;20(3):356 - 15.
19. Department of Mental Health. Depressive disorder management guidelines for general practitioners in primary and secondary hospitals. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2010.
20. Glick I, Stekoll AH, Hays S. The role of the family and improvement in treatment maintenance, adherence, and outcome for schizophrenia. J Clin Psychopharmacol. 2011;31(1):82-5.