

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรม ต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วันรับ : 3 มิถุนายน 2569

วันแก้ไข : 5 สิงหาคม 2569

วันตอบรับ : 26 สิงหาคม 2569

ลลิตา อันอามาตย์, พย.ม.¹, ชนกชนม์ โคตรสมบัติ, พย.ม.²,

บวรภพ ปราบมะเริง, พย.ม.¹

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ กรมสุขภาพจิต จังหวัดนครราชสีมา¹
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
จังหวัดนครราชสีมา²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วิธีการ : การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดซ้ำ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน ซึ่งได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรม ดำเนินกิจกรรม 5 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที ติดต่อกัน 5 วัน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ซึ่งได้รับการดูแลทางจิตสังคมตามมาตรฐานประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมิน Beck Depression Inventory ฉบับภาษาไทย ที่ระยะก่อนการทดลอง และที่ระยะติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือน ทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มด้วย independent t-test และแบบจำลองเชิงเส้นผสมทั่วไป ตามลำดับ

ผล : ก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่มมีข้อมูลพื้นฐาน คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และคะแนนภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระยะติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือน ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีภาวะซึมเศร้ามาน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป : โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรมมีแนวโน้มช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงขึ้นและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลทางจิตสังคมตามมาตรฐาน

คำสำคัญ : การปรับความคิดและพฤติกรรม, การเสริมสร้างแรงจูงใจ, ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา, โรคซึมเศร้า

ติดต่อผู้พิมพ์ : ชนกชนม์ โคตรสมบัติ ; e-mail: chanokchon@knc.ac.th

Original article

Effects of a motivational enhancement and cognitive behavioral modification program on medication adherence among patients with major depressive disorder

Received : 3 June 2026

Revised : 5 August 2026

Accepted : 26 August 2026

Lalita Anarmat, M.N.S.¹, Chanokchon Khotsombat, M.N.S.²,Bawornpob Prabmareang, M.N.S.¹Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Department of Mental Health,
Nakhon Ratchasima Province, Thailand¹,Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,
Nakhon Ratchasima Province, Thailand²

Abstract

Objective: To evaluate the effects of motivational enhancement combined with cognitive behavioral modification on medication adherence among patients with major depressive disorder.

Methods: This quasi-experimental, two-group, repeated-measures study was conducted among 60 inpatients with major depressive disorder hospitalized in a psychiatric hospital. Participants were assigned to either an experimental group (n = 30), receiving a motivational enhancement and cognitive behavioral modification program delivered in five consecutive daily sessions (45 - 60 minutes per session), or a control group (n = 30), receiving standard psychosocial care. Medication adherence and depression severity, using the Beck Depression Inventory (BDI), were assessed at baseline and at one-month and three-month follow-up. Between- and within-group differences were analyzed using independent-samples t tests and generalized linear mixed models, respectively.

Results: At baseline, no significant differences of characteristics, medication adherence scores, or depression scores were observed between both groups. At both the 1-month and 3-month follow-up assessments, the experimental group demonstrated significantly greater medication adherence and significantly lower depressive symptom scores than those at baseline and those of the control group.

Conclusion: A motivational enhancement program combined with cognitive behavioral modification has potential in improving medication adherence and reducing depressive symptoms among patients with major depressive disorder, compared with standard psychosocial care.

Keywords: cognitive behavioral modification, major depressive disorder, medication adherence, motivational enhancement

Corresponding author: Chanokchon Khotsombat; e-mail: chanokchon@knc.ac.th

ความรู้เดิม : ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักกว่าครึ่งหนึ่งมีปัญหาความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งมักเกิดจากความไม่เชื่อเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาที่ไม่ถูกต้อง รวมถึงการขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง ปัจจุบันหลักฐานสนับสนุนแนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในบริบทโรงพยาบาลจิตเวชยังมีจำกัด

ความรู้ใหม่ : โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่บูรณาการแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT) ร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (MI) ดำเนินกิจกรรม 5 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที ติดต่อกัน 5 วัน มีแนวโน้มช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และลดภาวะซึมเศร้ามากกว่าการดูแลทางจิตสังคมตามมาตรฐานในหอผู้ป่วย

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นแนวทางในการปรับความคิดและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีปัญหาด้านความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

บทนำ

โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขที่พบในประชากรทั่วโลกประมาณ 280 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 3.80 ของประชากรโลก¹ ในประเทศไทยผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอัตราการเข้ารับบริการ 1.2 ล้านรายต่อปี² และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง³ โรคซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม เช่น ซึมเศร้า หดหู่ เบื่อหน่าย หลีกหนีสังคม มองตนเองและเหตุการณ์รอบตัวในแง่ลบ รู้สึกไร้ค่า และอาจรุนแรงถึงขั้นฆ่าตัวตาย⁴ นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยสูญเสียสมรรถภาพในการทำหน้าที่ การงาน การเรียน นำไปสู่การเกิดผลกระทบในวงกว้างต่อระบบเศรษฐกิจและสังคม

ยารักษาโรคซึมเศร้า (antidepressants) ช่วยลดอาการซึมเศร้าผ่านการปรับสมดุลของตัวรับและการดูดกลับของสารสื่อประสาท⁵ ทั้งนี้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยาอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ระดับยาในเลือดคงที่ในระดับที่หวังผลทางการรักษา และลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำของโรค โดยสถาบันแห่งชาติ

เพื่อความเป็นเลิศด้านสุขภาพและการดูแล (National institute for health and care excellence: NICE) แนะนำให้ผู้ป่วยใช้ยาต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือนเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ⁶ อย่างไรก็ตาม โรคซึมเศร้ามักส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและแรงจูงใจในการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น ความรู้สึกเบื่อหน่าย สิ้นหวัง ขาดพลังงาน และความคิดทางลบต่อตนเอง จึงมักพบปัญหาความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งเพิ่มโอกาสในการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า การศึกษาในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักกว่าครึ่งหนึ่งมีปัญหาความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยเฉพาะในช่วง 6 เดือนแรกของการรักษา^{3,7} นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยที่มีปัญหาความร่วมมือในการรักษาด้วยยากลายเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรื้อรัง⁸ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่า แม้ผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและการรักษาอย่างเพียงพอ แต่ผู้ป่วยบางส่วนยังมีความลังเลในการใช้ยาอย่างต่อเนื่องด้วยเหตุผลต่าง ๆ เช่น ความคิดว่ายาไม่ได้ช่วยทำให้หายจากโรคซึมเศร้า ความกลัวเรื่องการพึ่งพายา และความกังวลต่ออาการแพ้ยาและผลข้างเคียงของยา³ สะท้อนให้เห็นถึงการขาดแรงจูงใจและการมีการรับรู้ความเชื่อ และความคิดเชิงลบต่อการรักษาด้วยยา ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า^{7,9-11} ตลอดจนผลลัพธ์ของการรักษาที่ไม่ดี¹²

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรมการบำบัดที่ประยุกต์ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing: MI) และการบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy: CBT) มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนความคิดเชิงลบและเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวชหลากหลายกลุ่มโรค เช่น โรคติดสุรา โรคจิตเภท และโรคซึมเศร้า¹³⁻²⁰ สำหรับประเทศไทย มีการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเวชซึ่งบูรณาการแนวคิด MI ร่วมกับ CBT ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงขึ้น ทั้งในระยะหลังการทดลองและในระยะติดตามผล 1 เดือน¹⁹ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าหลักการสำคัญโดยทั่วไปของ MI และ CBT มุ่งเน้นการดึงแรงจูงใจภายในบุคคลเพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่การนำไป

ประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรคจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนเนื้อหา เทคนิค และจุดเน้นของการบำบัดให้สอดคล้องกับลักษณะเฉพาะของโรคและบริบทของผู้ป่วย ซึ่งมีความแตกต่างกันในหลายด้าน ทั้งอาการทางคลินิก ลักษณะการเจ็บป่วย ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา ความเชื่อและทัศนคติต่อการรักษา ตลอดจนข้อจำกัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีปัญหาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เปรียบเทียบกับการดูแลตามมาตรฐาน เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนาแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

วิธีการ

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดซ้ำ (two-group repeated-measures design) ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต เลขที่ DMH.IRB.CO.A 021/2567 ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (รหัสโรค ICD-10 F32.0 - F33.9) ที่เข้ารับการรักษากับผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างเดือนกันยายนถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) อายุระหว่าง 18 - 60 ปี 2) มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางไปจนถึงรุนแรงขึ้นไป จากแบบวัด Beck Depression Inventory (BDI) 17 - 63 คะแนน 3) มีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยา เช่น การหยุดใช้ยาเอง การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาไม่ตรงตามเวลา และการลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้รับการปรึกษาจากแพทย์หรือเภสัชกรโดยผู้วิจัย หรือบันทึกของแพทย์หรือพยาบาล ในเวชระเบียน และ 4) สามารถพูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีอาการแทรกซ้อนทางกายและจำเป็นต้องส่งรักษาโรงพยาบาลอื่น หรือ 2) มีอาการแทรกซ้อนทางจิตใจ หรือมีอาการซึมเศร้ากำเริบรุนแรง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่มอิสระ (independent samples t-test) กำหนดการทดสอบแบบสองทาง (two-tailed test) ค่าอำนาจในการวิเคราะห์ (power analysis) ที่ 0.8 ระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ .05 โดยเบื้องต้นได้อ้างอิงค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 1.51 จากการศึกษาลงของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของ Vannachavee และคณะ²¹ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 8 คน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากค่าขนาดอิทธิพลในการศึกษาดังกล่าวอยู่ในระดับสูงมาก ส่งผลให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้มีขนาดเล็ก ซึ่งอาจไม่เพียงพอที่จะเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร และอาจส่งผลต่อความเชื่อมั่นในการวิเคราะห์ทางสถิติ จึงปรับมาใช้เกณฑ์ขั้นต่ำของค่าขนาดอิทธิพลระดับสูงของ Cohen²² ที่กำหนดไว้ที่ 0.8 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 52 คน ทั้งนี้ เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการเก็บข้อมูล จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 15 ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้นจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

คัดเลือกผู้ป่วยที่จะเป็นกลุ่มทดลอง 1 หอ และกลุ่มควบคุม 1 หอ โดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืนจากจำนวนหอผู้ป่วยทุเลา (subacute) จำนวน 4 หอ จากนั้นคัดเลือกผู้ป่วยในแต่ละหอผู้ป่วยแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกจนครบจำนวนที่กำหนด

เครื่องมือดำเนินการทดลอง

โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรม ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิดต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งดำรงพล จันทร์สถ¹⁹ ได้พัฒนามาจากแนวคิดการสร้างแรงจูงใจของ Miller และ Rollnick¹⁵ ร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรมของ Beck และคณะ²³ โดยผู้วิจัยนำโปรแกรมดังกล่าวมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งมีประเด็นสำคัญที่ปรับเปลี่ยน 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านเนื้อหา มีการเปลี่ยนจากการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและยารักษาโรคจิต มาเป็นโรคซึมเศร้า สาเหตุอาการ และกลไกการออกฤทธิ์ของยารักษาโรคซึมเศร้า

รวมถึงผลข้างเคียงและการจัดการเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา 2) ด้านความคิดและเจตคติ เพิ่มการสำรวจและปรับความเชื่อทางความคิดที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการใช้ยาโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะ เช่น ความกังวลเรื่องการติดยา ความเชื่อว่าการใช้ยาแปลว่าตนเองอ่อนแอ 3) ด้านกิจกรรมการสร้างแรงจูงใจ ปรับสถานการณ์จำลองและประเด็นการสนทนาให้มุ่งเน้นที่การก้าวผ่านอารมณ์เศร้า และความสิ้นหวังที่เป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เพื่อให้ผู้ป่วยเล็งเห็นเป้าหมายชีวิตและคุณค่าของการรักษา

การดำเนินโปรแกรมเป็นรูปแบบกลุ่ม กลุ่มละ 8 - 10 คน ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ 2) การค้นหาความคิด ความเชื่อ หรือสิ่งที่ลังเลใจเกี่ยวกับการรักษา 3) การปรับโครงสร้างความคิด ความเชื่อ ให้ถูกต้องและเหมาะสม 4) การปรับพฤติกรรมด้านการใช้ยาด้วยตนเองอย่างถูกต้อง การฝึกจัดการับประทานเอง และ 5) การให้การปรึกษาผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยมีการจัดกิจกรรมครั้งที่ 1 ถึง 5 ต่อเนื่องกัน ในวันจันทร์ถึงวันศุกร์เวลา 9.30 - 10.30 น. รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ครั้งที่	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ	เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย ช่วยให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ	พูดคุยเกี่ยวกับเรื่องทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย และเกิดความคุ้นเคยไว้วางใจ แนะนำตัว บอกถึงหลักการบำบัด วิธีการ ประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรม
ครั้งที่ 2 การค้นหาความคิด ความเชื่อ หรือสิ่งที่ลังเลใจเกี่ยวกับการรักษา	เพื่อค้นหาสิ่งที่ผู้ป่วยกังวลหรือลังเลใจเกี่ยวกับการใช้ยา สำรวจความคิด ความเชื่อ การรับรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การรักษา โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยซ้ำ ความรุนแรง ผลกระทบ อุปสรรค และประโยชน์ในการดูแลตนเอง	ใช้เทคนิคการถามโดยใช้คำถามปลายเปิด และใช้ทักษะการฟังอย่างใส่ใจ ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อค้นหาสิ่งที่ผู้ป่วยกังวลใจ หรือลังเลใจเกี่ยวกับการใช้ยา ประเมินความเข้าใจและความรู้ของผู้ป่วย
ครั้งที่ 3 การปรับโครงสร้างความคิด ความเชื่อ ให้ถูกต้องและเหมาะสม	เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถระบุความคิดอัตโนมัติเชิงลบที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและการรักษา ตรวจสอบความบิดเบือนทางความคิด และปรับเปลี่ยนเป็นความคิดที่สมเหตุสมผลและเอื้อต่อการดูแลตนเอง	เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและความสัมพันธ์ระหว่างการเจ็บป่วยกับการรักษาด้วยยา จากนั้นให้ผู้ผู้ป่วยสำรวจความคิดอัตโนมัติเกี่ยวกับโรคหรือเมื่อนึกถึงการใช้ยา เช่น “ถ้ากินยาแล้วจะต้องพึ่งพายาตลอดไป” หรือ “กินยาไปก็ไม่ช่วยให้อาการดีขึ้น” หรือ “ถ้ากินยาจิตเวชแสดงว่าตนเองเป็นคนบ้า” จากนั้นส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยร่วมตรวจสอบหลักฐานที่สนับสนุนและไม่สนับสนุนความคิดดังกล่าว โดยถามว่า “มีหลักฐานอะไรสนับสนุน/คัดค้านความคิดนี้บ้าง” และการปรับโครงสร้างความคิด (cognitive restructuring) จากนั้นจึงพูดคุยและใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อพัฒนาแนวคิดใหม่ที่เหมาะสมผลและสอดคล้องกับข้อเท็จจริง พร้อมเชื่อมโยงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมในการดูแลตนเองและการใช้ยา
ครั้งที่ 4 การฝึกทักษะการใช้ยาด้วยตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง	เพื่อฝึกทักษะการใช้ยาด้วยตนเองอย่างถูกต้อง ทั้งชนิด ขนาด เวลา และวิธีการ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง	พูดคุยเกี่ยวกับทัศนคติ ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา อาการข้างเคียงของยา และการแก้ปัญหาเบื้องต้นจากผลข้างเคียงของยาตามประสบการณ์เดิมของผู้ป่วย และให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับผลการรักษาและอาการข้างเคียงของยา และการแก้ไขอาการข้างเคียงของยา ที่ผู้ป่วยใช้ตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยการนำยาที่ผู้ป่วยใช้จริงในปัจจุบันเป็นตัวแทน สอนและฝึกการสาธิตการจัดยา และให้ผู้ผู้ป่วยจัดการับประทานเอง โดยแยกยาของผู้ป่วยออกจากตู้ยาของหอผู้ป่วย นำยาใส่ตลับยา ให้ผู้ป่วยทดลองฝึกจนผู้ป่วยมั่นใจว่าจัดยาได้ถูกต้อง
ครั้งที่ 5 การให้การปรึกษาผู้ดูแลและผู้ป่วย	เพื่อให้ผู้ดูแลมีทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา และอาการข้างเคียงของยา และการแก้ไขอาการเบื้องต้น ช่วยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยให้ใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง	ให้ความรู้ในส่วนที่ผู้ดูแลเข้าใจไม่ถูกต้อง หรือขาดความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การรักษา อาการข้างเคียงของยา และการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น และขอความร่วมมือให้ตรวจสอบการใช้ยาของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน หากผู้ป่วยรับประทานยาได้อย่างถูกต้องควรให้คำชมทันที และทำบันทึกการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อนำมาวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค ร่วมกันในช่วงที่มีกรณีติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอก

โปรแกรมได้รับการตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้แก่ 1) จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 2) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระบบผู้ป่วยในมากกว่า 10 ปี และมีส่วนสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาล รวมถึงได้รับการอบรมเทคนิคการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา และการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และ 3) อาจารย์พยาบาลผู้สอนการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิตที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพัฒนาเครื่องมือวิธีการวิจัยทางจิตเวช และการประยุกต์ใช้แนวคิดการบำบัดแบบ MI และ CBT ซึ่งหลังจากการปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ โปรแกรมมีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 1 และเมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของกรมสุขภาพจิตแล้ว ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 คน เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ของการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรม พบว่า สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจเนื้อหาและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบถ้วน

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส ยารักษาโรคซึมเศร้าที่ได้รับ อาการข้างเคียงจากยารักษาโรคซึมเศร้าในปัจจุบัน ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช และผู้ที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วยหรือบุคคลสำคัญสำหรับผู้ป่วย โดยอาการข้างเคียงจากยาประเมินจากการรับรู้และการรายงานอาการของผู้ป่วย และจำแนกระดับความรุนแรงตามเกณฑ์การติดตามเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยาของโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนินทร์ ดังนี้ ระดับน้อย หมายถึง มีอาการเพียงเล็กน้อย ไม่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น อ่อนเพลีย ท้องผูก ระดับปานกลาง หมายถึง มีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันแต่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เช่น ง่วงซึม หน้ามืด และระดับรุนแรง หมายถึง มีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมากจนไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ หรือต้องได้รับ

การประเภ็นหรือการดูแลจากบุคลากรทางสุขภาพเพิ่มเติม เช่น มีไข้ กล้ามเนื้อกระตุก สับสน หรือหัวใจเต้นเร็ว

2. แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา พัฒนาโดย พรทิพย์ วชิรติลล และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ²⁴ และได้รับการปรับปรุงโดยรัชณี อุทัยพันธ์ และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์²⁵ ตามแนวคิดของ Farragher²⁶ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน โดยคำถามข้อที่ 1 - 8 เป็นการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา และข้อคำถามที่ 9 - 16 เป็นการประเมินความสามารถในการสังเกตและจัดการอาการข้างเคียงของยา แบ่งออกเป็นข้อความทางบวก 9 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ 1 ไม่เคย 2 นาน ๆ ครั้ง 3 บ่อยครั้ง และ 4 เป็นประจำ สำหรับข้อความทางลบ 7 ข้อ ใช้มาตราส่วนกลับค่า คะแนนรวม 16 - 64 คะแนน การแปลผล ดังนี้ < 21 คะแนน มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำ 21 - 42 คะแนน มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับปานกลาง และ > 42 คะแนน มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับสูง แบบประเมินได้รับการตรวจสอบความสอดคล้องภายในในขั้นการทดลองใช้โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ทั้งหมดเท่ากับ .82

3. แบบประเมิน Beck Depression Inventory (BDI) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย Beck²⁷ และแปลเป็นภาษาไทยโดยโสธรณี ไหราสุทธิ์ และศิริพงษ์ โพธิ์ศักดิ์²⁸ ประกอบด้วยข้อคำถามประเมินอาการซึมเศร้าจำนวน 21 ข้อ แบ่งเป็นอาการทางจิตใจ 15 ข้อ และอาการทางกาย 6 ข้อ คำตอบแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ 0 ไม่เคย 1 บางครั้ง 2 บ่อยครั้ง และ 3 เป็นประจำ คะแนนรวม 0 - 63 คะแนน การแปลผล ดังนี้ 0 - 10 คะแนน อยู่ในเกณฑ์ปกติ 11 - 16 คะแนน อารมณ์แปรปรวนไปเล็กน้อย 17 - 20 คะแนน เข้าข่ายมีอาการซึมเศร้าทางคลินิก 21 - 30 คะแนน มีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลาง 31 - 40 คะแนน มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง และ 41 - 63 คะแนน มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรงมาก การตรวจสอบความสอดคล้องภายในในขั้นการทดลองใช้พบว่า แบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งหมดเท่ากับ .83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย โดยเปิดโอกาสให้ซักถาม

รายละเอียดอย่างอิสระและให้เวลาตัดสินใจอย่างเพียงพอ จากนั้น ผู้ร่วมวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลที่ไม่ได้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยดังกล่าวและไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นผู้ดำเนินการขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการจากผู้ป่วยและญาติสายตรง ด้วยการลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมในกรณีที่ญาติสายตรงไม่สามารถเดินทางมารับฟังคำชี้แจงและลงนามด้วยตนเองได้ คณะผู้วิจัยได้จัดส่งเอกสารชี้แจงข้อมูลการวิจัยให้ญาติศึกษาล่วงหน้าทางไปรษณีย์ จากนั้นผู้วิจัยได้โทรศัพท์เพื่อชี้แจงรายละเอียดเพิ่มเติมและเปิดโอกาสให้ซักถามอย่างอิสระ เมื่อญาติรับทราบและเข้าใจข้อมูลดีแล้ว ผู้ร่วมวิจัยจึงดำเนินการขอความยินยอมด้วยวาจาทางโทรศัพท์ โดยมีพยานที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมรับฟังและลงนามรับรองกระบวนการยินยอม ทั้งนี้ญาติสายตรงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมฉบับจริงอีกครั้งในวันที่เดินทางมาเยี่ยมหรือรับผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และแบบประเมิน BDI จากนั้นกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา กลุ่มละ 8 - 10 คน ดำเนินกิจกรรมโดยผู้วิจัยหลัก ซึ่งผ่านการอบรมการบำบัด MI และ CBT และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 20 ปี ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลทางจิตสังคมตามมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งมุ่งเน้นการอภิปรายกลุ่มย่อย การฝึกสะท้อนความคิด การสื่อสาร และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม และการมอบหมายเป็นการบ้าน ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่ม 5 ครั้ง กลุ่มละ 8 - 10 คน ได้แก่ 1) ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ 2) การจัดการกับอารมณ์ 3) การคิดบวก 4) เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และ 5) กลุ่มชุมชนบำบัด ซึ่งครอบคลุมการแลกเปลี่ยนแหล่งสนับสนุนและแหล่งประโยชน์ในชุมชนของตนเอง แนวทางการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชน และแนวทางการพัฒนาการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างเหมาะสม แต่ละกิจกรรมใช้เวลา 45 - 60 นาที ดำเนินกิจกรรมวันละ 1 ครั้ง 5 วันติดต่อกัน โดยพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย

ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยได้ทำการติดตามพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและภาวะซึมเศร้าที่ระยะ 1 เดือนและ 3 เดือน นับจากวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้วันที่ผู้ป่วยมีนัดตรวจติดตามอาการกับแพทย์แผนกผู้ป่วยนอก โดยกลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินด้วยตนเองระหว่างรอพบแพทย์ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ให้การบำบัดด้วยโปรแกรมในกลุ่มควบคุมหลังการติดตามครบ 3 เดือนในรูปแบบกิจกรรมรายบุคคล ตามความสมัครใจและความประสงค์ของผู้เข้าร่วมแต่ละคน ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการจำหน่ายกลับบ้านตามแผนการรักษาของแพทย์ภายใน 3 - 7 วัน จึงมีระยะเวลาติดตามผลใกล้เคียงกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยนำเสนอข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Fisher's exact test ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ independent t-test และทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและภาวะซึมเศร้าระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติแบบจำลองเชิงเส้นผสมทั่วไป (generalized linear mixed model: GLMM) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สำหรับการทดสอบคุณสมบัติเบื้องต้น (assumptions) ก่อนการวิเคราะห์ด้วยสถิติอิงพารามิเตอร์ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบการแจกแจง (distribution) ของคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและคะแนนภาวะซึมเศร้าโดยพิจารณาจาก Shapiro-Wilk test ในระยะก่อนการทดลองซึ่งพบว่ามีค่า $p < .05$ แต่เมื่อผู้วิจัยได้ประเมินเพิ่มเติมจากค่าความเบ้และความโด่ง (skewness and kurtosis) พบว่ามีค่าอยู่ในช่วง -1.96 ถึง +1.96 และ histogram พบว่าการแจกแจงของข้อมูลยังคงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้สำหรับสถิติอิงพารามิเตอร์ ผู้วิจัยจึงได้ใช้สถิติ GLMM โดยกำหนดการแจกแจงแบบปกติ (normal distribution) และฟังก์ชันเชื่อมโยงแบบเอกลักษณ์ (identity link function)

เนื่องจากตัวแปรตามเป็นข้อมูลเชิงปริมาณต่อเนื่องแบบจำลองประกอบด้วยอิทธิพลคงที่ (fixed effects) ได้แก่ กลุ่ม (group) ช่วงเวลา (time) และปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและช่วงเวลา (group $\times$ time) และกำหนดโครงสร้างความแปรปรวนร่วมของค่าคลาดเคลื่อนระหว่างการวัดซ้ำแบบไม่มีโครงสร้าง (unstructured covariance structure) แยกตามกลุ่ม เพื่อรองรับความแปรปรวนที่แตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลาและแต่ละกลุ่ม ประมาณค่าพารามิเตอร์ด้วยวิธี restricted maximum likelihood (REML) ทดสอบอิทธิพลหลักของกลุ่ม ช่วงเวลา และอิทธิพลปฏิสัมพันธ์ด้วย Wald chi-square test และรายงานค่าสัมประสิทธิ์ (β) ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (standard error: SE) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval: CI) ของอิทธิพลปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและช่วงเวลา เมื่อพบนัยสำคัญทางสถิติของช่วงเวลาหรือปฏิสัมพันธ์ ผู้วิจัยทำการเปรียบเทียบรายคู่ (pairwise comparisons) ระหว่างช่วงเวลาภายในแต่ละกลุ่ม โดยใช้ค่าเฉลี่ยที่ประมาณได้จากแบบจำลอง (estimated marginal means) และปรับแก้ระดับนัยสำคัญด้วยวิธี Bonferroni

ผล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.0 มีอายุเฉลี่ย 31.48 ปี (SD = 13.82) ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 35.0 ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 30.0 รายได้ของครอบครัวเพียงพอร้อยละ 83.3 สถานภาพโสดร้อยละ 66.7 ระยะเวลาที่เจ็บป่วย 2 ปี ร้อยละ 63.3 การนอนโรงพยาบาลครั้งนี้เป็นครั้งที่ 2 ร้อยละ 80.0 ผู้ดูแลหลักเป็นบิดาหรือมารดาร้อยละ 55.0 ยารักษาโรคซึมเศร้าที่ได้รับ คือ sertraline อย่างเดียว ร้อยละ 41.7 และมีอาการข้างเคียงจากยาระดับน้อยร้อยละ 53.3 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ในระยะก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 3

การวิเคราะห์สถิติ GLMM พบว่า คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยามีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันตามช่วงเวลาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยพบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในระยะติดตามผล 1 เดือน ($\beta = 4.03$, SE = 0.44, 95% CI = 3.17 - 4.90, $p < .001$) และ 3 เดือน ($\beta = 17.73$, SE = 0.64, 95% CI = 16.48 - 18.99, $p < .001$) ส่วนคะแนนภาวะซึมเศร้ามักมีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันตามช่วงเวลาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเช่นกัน โดยพบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในระยะติดตามผล 1 เดือน ($\beta = -6.83$, SE = 0.76, 95% CI = -8.33 ถึง -5.33, $p < .001$) และ 3 เดือน ($\beta = -9.77$, SE = 1.09, 95% CI = -11.89 ถึง -7.64, $p < .001$) รายละเอียดดังตารางที่ 4

เมื่อพิจารณาผลการเปรียบเทียบรายคู่ของค่าเฉลี่ยประมาณการระหว่างช่วงเวลาด้วยวิธี Bonferroni ในแต่ละกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระยะติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือนสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตัวระหว่างระยะติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือน ในขณะที่กลุ่มควบคุม แม้ว่าคะแนนในระยะติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือนจะสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างระยะ 1 เดือนและ 3 เดือน กลับพบว่าคะแนนในระยะ 3 เดือนลดลงจากระยะ 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับคะแนนภาวะซึมเศร้า พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือนลดลงจากระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างระยะ 1 เดือนและ 3 เดือน พบว่าคะแนนในระยะ 3 เดือนเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากระยะ 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ในกลุ่มควบคุม แม้ว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือน จะลดลงจากระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างระยะ 1 เดือนและ 3 เดือนกลับพบว่าคะแนนในระยะ 3 เดือนเพิ่มขึ้นจากระยะ 1 เดือนอย่างมี

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 60)

	ทั้งหมด (n = 60)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ							1.000
ชาย	21	35.0	11	36.7	10	33.3	
หญิง	39	65.0	19	63.3	20	66.7	
อายุ (ปี)							.934
18 - 25	30	50.0	15	50.0	15	50.0	
26 - 40	13	21.7	7	23.3	6	20.0	
41 - 60	17	28.3	8	26.7	9	30.0	
	mean = 31.48, SD = 13.82		mean = 31.13, SD = 13.10		mean = 31.83, SD = 14.73		
สถานภาพสมรส							.707
โสด	40	66.7	21	70.0	19	63.3	
คู่	15	25.0	6	20.0	9	30.0	
หม้าย/หย่า/แยก	5	8.3	3	10.0	2	6.7	
ระดับการศึกษา							.321
ประถมศึกษา	14	23.3	6	20.0	8	26.7	
มัธยมศึกษาต้น	11	18.3	7	23.3	4	13.3	
มัธยมศึกษาปลาย	21	35.0	8	26.7	13	43.3	
อนุปริญญา/ปวส.	2	3.4	2	6.7	0	0.0	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	12	20.0	7	23.3	5	16.7	
อาชีพ							.553
รับจ้าง	18	30.0	9	30.0	9	30.0	
เกษตรกร	7	11.7	2	6.7	5	16.7	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	6.6	3	10.0	1	3.3	
อื่น ๆ	31	51.7	16	53.3	15	50.0	
รายได้ของครอบครัว							.731
เพียงพอ	50	83.3	24	80.0	26	86.7	
ไม่เพียงพอ	10	16.7	6	20.0	4	13.3	
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย							.124
1 ปี	6	10.0	1	3.3	5	16.7	
2 ปี	38	63.3	20	66.7	18	60.0	
3 ปี	9	15.0	6	20.0	3	10.0	
≥ 4 ปี	7	11.7	3	10.0	4	13.3	
	mean = 2.32, SD = .89		mean = 2.43, SD = .90		mean = 2.20, SD = .89		
รับไว้ในรพ.ครั้งที่							.189
ครั้งที่ 2	48	80.0	21	70.0	27	90.0	
ครั้งที่ 3	7	11.7	5	16.7	2	6.7	
ครั้งที่ 4	5	8.3	4	13.3	1	3.3	
ผู้ดูแลหลัก							.079
บิดาหรือมารดา	33	55.0	19	63.3	14	46.7	
พี่หรือน้อง	10	16.7	8	26.7	2	6.7	
สามีหรือภรรยา	9	15.0	0	0.0	9	30.0	
บุตร	2	3.3	1	3.3	1	3.3	
อื่น ๆ	6	10.0	2	6.7	4	13.3	
ยาโรคซึมเศร้าที่ได้รับ							.291
amitriptyline และ sertraline	2	3.3	1	3.3	1	3.3	
amitriptyline และ fluoxetine	4	6.7	3	10.0	1	3.3	
sertraline	25	41.7	10	33.3	15	50.0	

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 60) (ต่อ)

	ทั้งหมด (n = 60)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ยารักษาโรคซึมเศร้าที่ได้รับ (ต่อ)							
sertraline และ fluoxetine	2	3.3	2	6.7	0	0.0	
sertraline และอื่น ๆ	3	5.0	3	10.0	0	0.0	
fluoxetine	21	35.0	10	33.3	11	36.7	
fluoxetine และอื่น ๆ	3	5.0	1	3.3	2	6.7	
อาการข้างเคียงจากยา*							
ระดับน้อย	32	53.3	15	50.0	17	56.7	.796
ระดับปานกลาง	28	46.7	15	50.0	13	43.3	

* เป็นอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคซึมเศร้า (antidepressant) เท่านั้น โดยอาการระดับน้อย หมายถึง มีอาการเพียงเล็กน้อย ไม่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ระดับปานกลาง หมายถึง มีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน แต่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ independent t-test

	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		Difference		t	p-value
	mean	SD	Mean	SD	mean	SE		
พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา								
ก่อนการทดลอง	35.97	1.50	35.83	0.83	0.14	0.31	0.43	.672
ระยะติดตามผล 1 เดือน	63.77	0.50	59.60	1.52	4.17	0.29	14.23	< .001
ระยะติดตามผล 3 เดือน	63.67	0.80	45.80	2.82	17.87	0.54	33.37	< .001
ภาวะซึมเศร้า								
ก่อนการทดลอง	26.97	3.37	27.40	3.08	-0.43	0.83	-0.52	.605
ระยะติดตามผล 1 เดือน	2.03	0.56	9.30	0.84	-7.27	0.18	-39.62	< .001
ระยะติดตามผล 3 เดือน	2.87	0.57	13.07	3.99	-10.20	0.74	-13.56	< .001

SE = standard error

ตารางที่ 4 ผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและช่วงเวลา (group x time) ต่อคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และคะแนนภาวะซึมเศร้าจากการวิเคราะห์แบบจำลองเชิงเส้นผสมทั่วไป (N = 60)

Interaction	β	SE	95% CI	p-value
พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา				
กลุ่ม x 1 เดือน	4.03	0.44	3.17, 4.90	< .001
กลุ่ม x 3 เดือน	17.73	0.64	16.48, 18.99	< .001
ภาวะซึมเศร้า				
กลุ่ม x 1 เดือน	-6.83	0.76	-8.33, -5.33	< .001
กลุ่ม x 3 เดือน	-9.77	1.09	-11.89, -7.64	< .001

นัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงระหว่างระยะ 1 เดือนและ 3 เดือน พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มทดลอง รายละเอียดดังตารางที่ 5

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่มทดลองในระยะติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือนสูงกว่าก่อนการทดลอง และ

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและภาวะซึมเศร้ารายคู่ระหว่างช่วงเวลาด้วยวิธี Bonferroni

group	time	difference		p-value
		Mean	SE	
พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา				
กลุ่มทดลอง (n = 30)	ก่อนการทดลอง - 1 เดือน	-27.80	0.32	< .001
	ก่อนการทดลอง - 3 เดือน	-27.70	0.31	< .001
	1 เดือน - 3 เดือน	0.10	0.18	1.000
กลุ่มควบคุม (n = 30)	ก่อนการทดลอง - 1 เดือน	-23.77	0.31	< .001
	ก่อนการทดลอง - 3 เดือน	-9.97	0.56	< .001
	1 เดือน - 3 เดือน	13.80	0.33	< .001
ภาวะซึมเศร้า				
กลุ่มทดลอง (n = 30)	ก่อนการทดลอง - 1 เดือน	24.93	0.59	< .001
	ก่อนการทดลอง - 3 เดือน	24.10	0.60	< .001
	1 เดือน - 3 เดือน	-0.83	0.07	< .001
กลุ่มควบคุม (n = 30)	ก่อนการทดลอง - 1 เดือน	18.10	0.49	< .001
	ก่อนการทดลอง - 3 เดือน	14.33	0.91	< .001
	1 เดือน - 3 เดือน	-3.77	0.72	< .001

หมายเหตุ : Mean differences were estimated from the GLMM (estimated marginal means); p-values were adjusted using the Bonferroni method. SE = standard error.

สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยในระยะเดียวกันของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มทดลองมีแนวโน้มของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ต่อเนื่องยาวนานกว่า ในขณะที่กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลทางจิตสังคมตามมาตรฐาน แม้จะช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ในระยะสั้น แต่มีแนวโน้มไม่เพียงพอที่จะรักษาระดับพฤติกรรมให้อยู่ในระดับสูงในระยะยาวได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโปรแกรมในการศึกษาครั้งนี้ได้บูรณาการกรอบแนวคิดและเทคนิคสำคัญของ MI ซึ่งเชื่อว่าผู้ที่มีความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะมีความพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนเองร่วมกับ CBT ที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ และการรับรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา โดยโปรแกรมเริ่มจากกิจกรรมที่ 1 และ 2 ที่มุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย ด้วยบรรยากาศที่เอื้อต่อการสร้างความร่วมมือและการเปิดเผยถึงอุปสรรคและความลังเลใจต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เช่น ความรู้เรื่องโรคที่ไม่ถูกต้อง จำนวนชนิดของยา และอาการข้างเคียงจากการใช้ยา^{11,29} สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า สัมพันธภาพที่ดีกับบุคลากรสุขภาพมีแนวโน้มช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยามากขึ้น⁷ การทบทวนอุปสรรคในอดีตผ่านกระบวนการสะท้อนความคิดตามแนวคิด CBT ยังอาจช่วยให้ผู้ป่วย

เกิดการตระหนักรู้ถึงความขัดแย้งระหว่างเป้าหมายชีวิตที่ต้องการพ้นหายจากโรคซึมเศร้ากับพฤติกรรมที่ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่มีอยู่ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนมุมมองจากการโทษตนเองหรือรู้สึกผิดเป็นแรงจูงใจภายในที่ต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อบรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาวะที่ดีของตนเอง โดยไม่รู้สึกลัวถูกบังคับ

สำหรับกิจกรรมที่ 3 และ 4 มุ่งเน้นการปรับโครงสร้างความคิด (cognitive restructuring) และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการรักษาด้วยยา โดยใช้เทคนิคการตั้งคำถามแบบชวนคิดวิเคราะห์ และการพิสูจน์หลักฐาน เพื่อปรับความคิดของผู้ป่วยให้เป็นความจริงเชิงเหตุผล เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มทดลองมักมีความเชื่อที่ผิดและเจตคติเชิงลบต่อการใช้ยา ซึ่งเกิดจากความคิดอัตโนมัติเชิงลบ (automatic thoughts) เช่น “ถ้ากินยาแล้วจะต้องพึ่งพายาตลอดไป” “กินยาไปก็ไม่ช่วยให้อาการดีขึ้น” หรือ “ถ้ากินยาจิตเวชแสดงว่าตนเองเป็นคนบ้า” ซึ่งสะท้อนถึงความบิดเบือนทางความคิด (cognitive distortion) ต่อการรับรู้ประสิทธิภาพของยาและความจำเป็นในการรักษา ซึ่งการปรับความคิดดังกล่าวอาจส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเชิงบวก สำหรับการสอนสติการจิตยารับประทานเอง ซึ่งประยุกต์ใช้แนวทางการจัดการตนเอง (self-management) การแก้ไขปัญหา

(problem-solving) และการเสริมแรงทางบวก (positive reinforcement) อย่างเป็นระบบ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและคุ้นเคยกับเวลา ขนาด และรูปแบบการให้ยาของตนเอง และสามารถจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเบื้องต้น จึงอาจทำให้ผู้ป่วยใช้ยาได้ครบถ้วนและตรงเวลามากขึ้น ลดโอกาสการหยุดยาเองหรือการไม่ใช้ยาต่อเนื่อง ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Can และ Budak³⁰ ที่พบว่า การบำบัดด้วยวิธี CBT ที่เน้นการตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคและอาการ การระบุและปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ และความคิดที่บิดเบือน รวมถึงการพัฒนาทักษะการรับมือกับความก้าวร้าว ช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น และมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของสุมิศา กุมลา และคณะ³¹ ที่ทดสอบผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการฝึกทักษะการจัดการยา ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยามากขึ้น

นอกจากนี้ ในกิจกรรมที่ 5 ซึ่งเน้นการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมจากผู้ดูแลผู้ป่วย ครอบคลุมทั้งการสนับสนุนทางอารมณ์ความรู้สึก การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านการประเมิน และการสนับสนุนด้านเครื่องมือช่วยเหลือ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (social support theory) ของ House³² อาจช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา สามารถกำกับติดตามพฤติกรรมของผู้ป่วยให้เสริมแรงทางบวก ตลอดจนร่วมวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นพร้อมวิธีแก้ไข ซึ่งล้วนส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของพิสิฐ รุ่งโรจน์วัฒนศิริ และคณะ³³ ที่ได้ทดสอบผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุ โรคซึมเศร้า พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ทั้งนี้ คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในกลุ่มทดลองในระยะติดตามผล 3 เดือนที่ไม่แตกต่างจากระยะ 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสะท้อนให้เห็นถึงความคงอยู่ในระยะกลางของผลจากโปรแกรม ซึ่งอาจเป็นผล

มาจากการปรับเปลี่ยนโครงสร้างความคิด การลดความลังเล และการสร้างแรงจูงใจภายในบุคคล จนเกิดเป็นพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะยาหลักในกลุ่ม SSRIs ซึ่งการใช้ยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการลดอาการทางคลินิกและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า^{34,35}

สำหรับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองที่ลดลงอย่างรวดเร็วเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอาจเป็นผลรวมจากกิจกรรมของโปรแกรม ซึ่งช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีอำนาจในการควบคุมตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้^{36,37} นอกจากนี้ ผลดังกล่าวอาจเกิดร่วมกับการรักษาตามมาตรฐานที่ผู้ป่วยได้รับในหอผู้ป่วย ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่เฝ้าระวังโรคซึมเศร้าเริ่มออกฤทธิ์อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงระบบนัดติดตามอาการและให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่าย ทั้งนี้ พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองในระยะติดตามผลที่ 3 เดือนเพิ่มขึ้นจากที่ 1 เดือนเล็กน้อย แม้ว่าจะคงจัดอยู่ในเกณฑ์ปกติ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยต้องกลับไปเผชิญสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งเร้าเดิมในชีวิตประจำวัน ร่วมกับการจางหายของผลการทดลองเมื่อเวลาผ่านไป สะท้อนถึงความสำคัญของการติดตามภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนในการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรได้รับการพิจารณาเพื่อนำผลไปประยุกต์ใช้ เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดตามโปรแกรมโดยตรงจากผู้วิจัย ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ซึ่งลักษณะดังกล่าวอาจก่อให้เกิดอคติอันเนื่องมาจากความแตกต่างด้านความเชี่ยวชาญหรือการได้รับความใส่ใจเป็นพิเศษ (Hawthorne effect) นอกจากนี้ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองมีค่าค่อนข้างต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากความเป็นเอกภาพของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงเสริมทางบวกและการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกัน รวมถึงการติดตามผลหลังจบโปรแกรมอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีแนวโน้มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทิศทางเดียวกัน ในขณะที่เดียวกันการประเมินด้วยการรายงานตนเองอาจเกิดอคติจากการตอบตามความคาดหวังของสังคม (social desirability bias) การศึกษา

ครั้งต่อไปจึงควรพิจารณาประเมินผลลัพธ์ด้วยวิธีเชิงประจักษ์ร่วมด้วย เช่น การนับเม็ดยาที่เหลือ (pill count) หรือการตรวจสอบข้อมูลประวัติการรับยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความแม่นยำและความเชื่อมั่นของผลการศึกษา รวมถึงควรมีการติดตามในระยะยาวเพื่อประเมินการคงอยู่ของผลจากโปรแกรม

สรุป

โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มุ่งเน้นเสริมสร้างแรงจูงใจ การปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยยาร่วมกับการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดำเนินการแบบกลุ่ม กลุ่มละ 8 - 10 คน ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที ดำเนินการวันละ 1 ครั้ง 5 วันติดต่อกัน มีแนวโน้มช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามากกว่าการดูแลทางจิตสังคมตามมาตรฐานในหอผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ควรมีการประเมินผลลัพธ์ด้วยวิธีเชิงประจักษ์และติดตามผลในระยะยาว เพื่อยืนยันความแม่นยำ ความเชื่อมั่น และการคงอยู่ของผลจากโปรแกรม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคุณดำรงพล จันทร์สดี ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการนำโปรแกรมมาใช้ในการทำวิจัยในครั้งนี้

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

ลลิตา อันอามาตย์ : ออกแบบการวิจัย ดำเนินการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล เขียนและปรับปรุงบทความต้นฉบับ
ชนกชนม์ โคตรสมบัติ : เขียนและปรับปรุงบทความต้นฉบับ
บวรภพ ปราบมะเริง : เก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: Global health estimates [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2025 May 1]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/254610>
2. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. HDC Dashboard [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023 [cited 2024 Jan 20]. Available from: [https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/706b605192b49d385ba044350af9c46a?](https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/706b605192b49d385ba044350af9c46a?subcatalogId=ea11bc4bbf333b78e6f53a26f7ab6c89)

3. Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital. Annual report of Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital, fiscal year 2023 [Report]. Nakhon Ratchasima: Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital; 2023. (in Thai)
4. Uwajeh K, Egbuchulem KI, Afolabi OA. Major depressive disorder: cognitive, emotive and motivational consequences in adolescents. Ann Ib Postgrad Med. 2024;22(1):116-20.
5. Sheffler ZM, Reddy V, Pillarisetty LS. Antidepressants. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [cited 2024 May 1]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538174/>.
6. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Depression in adults: treatment and management [NICE Guideline NG222]. London: NICE; 2022 Jun 29. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>
7. Moonchai K, Sangon S, Nintachan P, Rungrungsiriparn M. Factors Associated with Adherence to Medication in Major Depressive Disorder Patients. Thai Red Cross Nursing Journal. 2020;13(1):240-60. (in Thai)
8. Sawatdi P, Vuthiarpa S, Soonthornchaiya R. The effect of a self-regulation program on medication adherence in patients with major depressive disorders. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024;25(2):47-54. (in Thai)
9. Ralukruedee R, Sakthong P. Factors Associated with Self-reported Medication Adherence in Depressive Outpatients. Thai Journal of Pharmacy Practice. 2021;13(4):963-72. (in Thai)
10. Tepsuan L. The study of the relationship between knowledge, attitude, and medication adherence in major depressive disorder patients: a cross-sectional study at Songkhla Hospital. Region 3 Medical and Public Health Journal. 2025;22(3):191-200. (in Thai)
11. Srichai A, Foofoeng T, Pacharapakornsin P. Factors Related with Medication Adherence in Patients with Depression. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2021;15(38):671-84. (in Thai)
12. Inwanna S, Duangchan C, Matthews AK. Effectiveness of interventions to promote medication adherence in schizophrenic populations in Thailand: a systematic review. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(5):2887. doi:10.3390/ijerph19052887.
13. Vasile C. CBT and medication in depression (Review). Exp Ther Med. 2020;20(4):3513-6. doi:10.3892/etm.2020.9014.

14. Bello O, Kearney K. Using Motivational interviewing to promote medication adherence in patients with major depressive disorder. *Arch Psychiatr Nurs.* 2025;59: 151968. doi:10.1016/j.apnu.2025.151968.
15. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people for change.* 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.
16. Zhou Y, Zhao D, Zhu X, Liu L, Meng M, Shao X, et al. Psychological interventions for the prevention of depression relapse: systematic review and network meta-analysis. *Transl Psychiatry.* 2023;13(1):300. doi:10.1038/s41398-023-02604-1.
17. Jayalath M. A review on the effectiveness of Cognitive Behavioural Therapy and Motivational Interviewing in treating depression. *RA Journal of Applied Research.* 2024;10(12):310-5. doi:10.47191/rajar/v10i12.02.
18. Schwenker R, Dietrich CE, Hirpa S, Nothacker M, Smedslund G, Frese T, et al. Motivational interviewing for substance use reduction. *Cochrane Database Syst Rev.* 2023;12(12):CD008063. doi:10.1002/14651858.CD008063.pub3.
19. Chansod D. Effects of motivational enhancement program combined with cognitive behavioral adjustment on medication adherence among schizophrenic patients [Unpublished report]. Nakhon Ratchasima: Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital; 2019. (in Thai)
20. Xu S, Liu B, Zhang Y. Effectiveness of mental therapy for poor medication adherence in depression: a review. *Trop J Pharm Res.* 2020;19(8):1785-92. doi:10.4314/tjpr.v19i8.30.
21. 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(3):322-8. doi:10.1016/j.apnu.2015.12.001.
22. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
23. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford Press; 1979.
24. Wachiradilok P, Rungreangkulkij S. Effectiveness of individual counseling program based on motivation interviewing and cognitive behavioral technique for treatment compliance in schizophrenia. *Journal of Mental Health of Thailand.* 2008;16(1):261-8. (in Thai)
25. Uthaiphan R, Dangdomyouth P. The effect of group motivational interviewing on medication compliance of schizophrenic patients in community. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health.* 2013;27(1): 136-48. (in Thai)
26. Farragher B. Treatment compliance in the mental health service. *Ir Med J.* 1999;92(6):392-4.
27. Beck AT. *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects.* New York: Hoeber Medical Division; 1967.
28. Holasuit S, Potisuk S. Thai Version of the Beck Depression Inventory (BDI). *Academic Psychiatry and Psychology Journal.* 1997;13(1):22-8.
29. Yokoya S, Maeno T, Sakamoto N, Goto R, Maeno T. A brief survey of public knowledge and stigma towards depression. *J Clin Med Res.* 2018;10(3):202-9. doi:10.14740/jocmr3282w.
30. Can SY, Budak FK. The effect of cognitive behavioural therapy-based psychoeducation on medication adherence and aggression in individuals diagnosed with schizophrenia: An experimental study. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2025;32(3):445-56. doi:10.1111/jpm.13127
31. Koomala S, Sangon S, Nintachan P. Effect of medication adherence promotion program in schizophrenic patients. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health.* 2020;34(2):132-52. (in Thai)
32. House JS. *Work stress and social support.* Reading (MA): Addison-Wesley; 1981.
33. Rungrojwatanasiri P, Soonthornchaiya R, Upasen R. The effect of group social support program on medication adherence of elderly patients with major depressive disorder. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health.* 2017;31(1):119-32. (in Thai)
34. Kishi T, Sakuma K, Hatano M, Okuya M, Matsuda Y, Kato M, et al. Relapse and its modifiers in major depressive disorder after antidepressant discontinuation: meta-analysis and meta-regression. *Mol Psychiatry.* 2023;28(3):974-6. doi:10.1038/s41380-022-01920-0.
35. Machmutow K, Meister R, Jansen A, Kriston L, Watzke B, Härter MC, et al. Comparative effectiveness of continuation and maintenance treatments for persistent depressive disorder in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;5(5):CD012855. doi:10.1002/14651858.CD012855.pub2.
36. Qayyum IA. Self-efficacy as predictor of self-control and self-loathing among adults with depression. *Pakistan Journal of Positive Psychology.* 2025;2(1):35-9.
37. Hongsakornpraser K. Effects of social support on elderly patients with depressive disorders. *Multidisciplinary Journal for Health.* 2022;4(2):15-26. (in Thai)