

ศึกษาการมาติดตามการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในหน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช

อุษา วรรณฉวี*, พย.บ.

เกษราภรณ์ ภัคศิริจิตร*, พย.บ.

อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์**, พย.บ., ค.ม.(จิตวิทยาการศึกษา), พย.ด.

* พยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมาติดตามการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าของหน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ที่มีการนัดมาติดตามการรักษาในระยะเฉียบพลันของโรค คือ 4 สัปดาห์แรกของการรักษา เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 200 คน โดยเป็นผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาต่อเนื่องจำนวน 100 คน และผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาอย่างไม่ต่อเนื่องจำนวน 100 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - เดือนกรกฎาคม 2550 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และการทดสอบไคสแควร์

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มาติดตามการรักษาไม่ต่อเนื่อง ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ไม่มารับการติดตามการรักษาตั้งแต่การนัดครั้งแรก โดยให้สาเหตุของการไม่มาติดตามการรักษา คือผู้ป่วยคิดว่าตนเองไม่ได้ป่วย รองลงมาคือไม่มีค่ายา ค่ารถ ค่ายาแพ่ง ติดภารกิจการเรียนและการทำงาน และไม่มีคนพามารับการรักษา ไม่มีบุคคลที่คอยกระตุ้นเตือนให้ไปพบแพทย์ และไม่สามารถจัดยากินเองได้ ในกลุ่มตัวอย่างที่มาติดตามการรักษาต่อเนื่องให้สาเหตุของการมาติดตามการรักษาว่า อายากหาย รองลงมาคือ กินยาแล้วรู้สึกดี เจ้าหน้าที่ให้คำอธิบายและคำแนะนำเกี่ยวกับโรคดี และมาตามแพทย์สั่ง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมาติดตามการรักษา พบว่า อายุ รายได้ สถานการณ์การเงิน และสวัสดิการการรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการมาติดตามการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยทางด้านเพศ วุฒิการศึกษา สถานภาพสมรส และอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมาติดตามการรักษา

จากผลการวิจัย ควรมีการส่งเสริมด้านความรู้ และความเข้าใจในเรื่องโรคซึมเศร้าและการมารับการรักษา รวมถึงบุคคลากรในทีมการรักษาควรมีการจัดบริการที่ประทับใจ ให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการมาพบแพทย์ ตั้งแต่ครั้งแรก เพื่อส่งเสริมให้เกิดการมาติดตามการรักษา และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการกับอุปสรรคในการมารับการรักษาแต่ละครั้ง เช่น อากาศไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการกินยา การเดินทาง ค่าใช้จ่ายและสิทธิในการรักษาพยาบาล

คำสำคัญ : ความร่วมมือในการรักษา การมาติดตามการรักษา ผู้ป่วยนอก โรคซึมเศร้า

The Follow-up Treatment of Major Depressive Disorder Patients

Usa Vannachavee*, B.N.S.

Katesaraphon Pugdeejit* , B.N.S.

Ajchalaphon Seehirunyawong** , B.S.(Maternal Child), M.Ed.(Educational Psychology), D.N.S.

*Registered Nurse , Nursing Department, Siriraj Hospital.

**Assoc.Prof. Faculty of Nursing, Mahidol University

Abstract:

This study was a survey research. The purposes of the present research were to study the follow-up behavior and to examine factors relating to the follow-up treatment of major depressive disorder patients. The study samplings were the out-patients with confirmed diagnosis of the acute phase's major depressive disorder of the Division of Psychiatry, Siriraj Hospital who received follow-up appointments. 200 specific samplings were selected: 100 people were patients coming for follow-up treatments every time and 100 people were patients who discontinued the follow-up treatments. The data were collected by telephone interviews between February and July of 2007 and the statistics used in the study were frequency analysis, percentage and Chi-square test.

The study found that most of patients who discontinued the follow-up treatments within the first four weeks were the patients who had no-treatment follow-up since the first appointment. The reasons for receiving follow-up treatments were recovery, feeling good when take pills, officers explained and gave good advice about the symptom and following medical appointment, respectively. In contrast, patients discontinued the follow-up treatments because they thought they were not sick, they did not have drugs and traveling expense, the drugs were expensive, having study class and work, nobody took them to the hospital, nobody warned and motivated to see the doctor and having problem to set their pills, respectively. In terms of factors relating to the follow-up treatment of major depressive disorder patients, the study found that the population qualifications which were age, income, financial situation and health welfare correlated with the decision to receiving or not receiving follow-up treatments at the 0.05 level of significance whereas the gender, educational background, marital status and career did not correlate with the decision to receiving or not receiving follow-up treatments.

Moreover, the study found that patients who discontinued the follow-up treatments lacked of knowledge or misunderstood about the major depressive disorder and the treatment. Therefore, nurses should provide necessary information to patients and their families and encourage the perception relating to belief pattern that major depressive disorder can be cured by appropriate treatment and the 4 to 6 months continuing to take pills. Nurse and officers in the treatment team should also have service mind and create the patients' satisfaction when seeing the doctor for the first time in order to improve the treatment follow-up, and assist patients to solve the problem about coming for the follow-up treatment each time, for example, traveling problem, expense problem and right for medical expense.

Key Words: Adherence, Follow-up Treatment, Out-patients, Major Depressive Disorder

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) เป็นกลุ่มความผิดปกติของโรคทางอารมณ์ ที่พบได้บ่อยทางจิตเวช มีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงสมดุลของสารเคมี ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทในสมองที่มีผลต่ออารมณ์ซึมเศร้าของคน โดยเฉพาะสารซีโรโทนิน นอร์เอปิเนฟรินและโดปามีน แต่ยังไม่สามารถระบุชัดได้ว่ามีสาเหตุมาจากอะไรที่ทำให้ระดับของสารเหล่านี้เปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความผิดปกติที่เด่นชัดในด้านอารมณ์ที่มีอาการซึมเศร้า ร่วมกับอาการสำคัญอย่างอื่น เช่น ความรู้สึกเบื่อ หหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่าและมีความคิดอยากทำร้ายตนเอง โรคซึมเศร้าพบได้บ่อย ในประชากรทุกเพศ ทุกวัย ทุกอาชีพ และทุกเชื้อชาติ ประมาณกันว่าคนทั่วไป 1 ใน 10 คน หรือถึงร้อยละ 20 มีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้า ธนาคารโลกร่วมกับมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดได้ทำการวิจัยและคาดการณ์ว่า ในปี 2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกอันดับที่ 2 รองลงมาจากโรคหัวใจขาดเลือด เนื่องจากปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมจะส่งผลให้ประชากรป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น ประชากรไทยป่วยเป็นโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 5 หรือกว่า 3 ล้านคน ยังไม่รวมถึงคนที่ไม่รู้ตัวเองว่าป่วยโรคซึมเศร้า สถานการณ์โรคซึมเศร้าจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ถูกเฝ้าจับตามองเป็นอันดับ 4 (กรมสุขภาพจิต, 2550) เพราะโรคซึมเศร้าจะทำให้การดำรงชีวิตของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงผลกระทบจากโรคซึมเศร้าที่มีต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่น้อยไปกว่าโรคทางร่างกาย ที่สำคัญอื่นๆ เนื่องจากความสามารถในการปฏิบัติภารกิจต่างๆ ของผู้ป่วยบกพร่องลงจากเดิม หรืออาจทำงานไม่ได้เลย ก่อให้เกิดภาวะและปัญหาแก่ครอบครัว ทั้งด้านเศรษฐกิจ จิตใจ และสังคม นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายได้ ในประเทศไทยพบว่า สาเหตุหลักของการฆ่า

ตัวตายมาจากโรคซึมเศร้า ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2550) เปิดเผยว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายร้อยละ 60 ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า โดยคนที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีความรู้สึกนึกคิดในด้านลบต่อตนเอง สังคม และอนาคต เมื่อประสบกับความผิดหวังหรือปัญหาในชีวิต ไม่ว่าจะเป็นเรื่องครอบครัว ความรัก หรือการศึกษา ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกสิ้นหวังชีวิตไร้คุณค่า และนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตายได้ง่ายกว่าคนปกติถึง 3 เท่า

แนวทางในการรักษาโรคซึมเศร้าคือ การค้นพบและรับการรักษาเร็วจะสามารถลดหรือยับยั้งผลเสียที่จะตามมาได้ โดยเฉพาะการลดอาการซึมเศร้าได้เร็วจะช่วยหยุดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสมองที่จะเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรได้ การกินยาเป็นการรักษาหลักของโรคซึมเศร้า ยาที่ใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีฤทธิ์ยับยั้ง การดูดซึมสารสื่อประสาทกลับเข้าเซลล์ จึงทำให้มีปริมาณสารสื่อประสาทเพิ่มขึ้นหรือสมดุลขึ้น ภายหลังรับประทานยาผู้ป่วยจะรู้สึกสบายใจและมีอาการดีขึ้นภายใน 2-3 สัปดาห์ (มาโนช หล่อตระกูล, 2545) จึงพบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะหยุดรับประทานยาและไม่มารับการรักษาต่อ เนื่องจากเห็นว่าตนเองมีอาการดีขึ้น แต่เนื่องจากยาต้องใช้ระยะเวลาหนึ่งในการออกฤทธิ์ ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องรับประทานยาต่อไป แม้ว่าจะรู้สึกดีขึ้นแล้ว หากหยุดรับประทานยาเร็วเกินไปอาจกลับมามีอาการซึมเศร้าได้อีก โดยองค์การอนามัยโลกแนะนำว่าผู้ป่วยควรรับประทานยาต่อไปนาน 6 เดือนเพื่อป้องกันอาการซึมเศร้ากำเริบ ซึ่งจากการศึกษาของ Helen Killaspy et. al. (2000) พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่มาติดตามการรักษาจะมีโอกาสเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มที่มาติดตามการรักษาต่อเนื่อง อาจกล่าวได้ว่า ปัญหาที่พบในการรักษาโรคซึมเศร้า คือ โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่รักษาหายได้ แต่ต้องใช้เวลานานหลายเดือนหรือเป็นปีในการรักษา มักทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา หรือมารับการรักษาไม่

ต่อเนื่อง และผู้ป่วยมักยุติการรักษาด้วยตนเอง ก่อนที่แพทย์จะได้ค่อยๆปรับขนาดยา และยุติการใช้ยาในที่สุด

ความร่วมมือในการรักษา เป็นพฤติกรรมที่ได้รับความสนใจศึกษากันมานานจากนักจิตวิทยาและนักพฤติกรรมศาสตร์ เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ความร่วมมือในการรักษาในภาษาอังกฤษโดยใช้คำว่า "compliance" ซึ่งมีความหมายทางการแพทย์ หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลทำตามที่ถูกกล่าวถึงในคำแนะนำ ซึ่งนักวิชาการหลายท่านเห็นว่าเป็นคำที่มีความหมายทางลบหรือหมายถึงการบีบบังคับ การสั่งให้กระทำเหมือนผู้รับใช้เหมือนขาดความรู้สึก และพลังอำนาจที่จะทำการตัดสินใจด้วยตนเอง จึงมักใช้คำว่า "adherence" แทนซึ่งมีความหมายในทางบวก หมายถึง การที่บุคคลมีความยินดีและเต็มใจในการปฏิบัติตามพฤติกรรมตามที่บุคลากรแนะนำ (Dracup. A. & Meleis. I., 1982) จากการศึกษาที่ผ่านมา ความร่วมมือของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การออกฤทธิ์ของยาต้องใช้ระยะเวลาประมาณ 2-3 สัปดาห์จึงจะเห็นผลรักษาภาวะซึมเศร้า และเมื่ออาการดีขึ้นการรักษาโดยการกินยาต่อเนื่องอย่างน้อยอีก 6 เดือนจะเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ (APA, 2000) และการมาติดตามการรักษา เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การมาตรวจตามนัดทุกครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้า มีการพูดคุยซักถามปัญหา และรับฟังคำแนะนำจากแพทย์พยาบาล รวมทั้งมีการพิจารณาปรับขนาดยาให้เหมาะสมกับอาการ ระยะเวลาในการนัดมาติดตามการรักษาจึงแตกต่างกันไปในแต่ละราย โดยทั่วไปในครั้งแรกของการรักษาแพทย์จะนัดติดตามการรักษาประมาณทุก 1-2 สัปดาห์ จนกระทั่งอาการดีขึ้นจึงจะนัดมาห่างขึ้น การมาติดตามการรักษาหรือการมารับยาตามนัด ถือเป็นเทคนิคหนึ่งที่สามารถใช้ตรวจสอบว่าผู้ป่วย

ให้ความร่วมมือในการใช้ยาหรือไม่ เพราะผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องยอมคาดได้ว่าเขายอมรับในวิธีการรักษา และน่าจะให้ความร่วมมือในการกินยาในทางตรงข้ามผู้ที่ติดตามการรักษาไม่ต่อเนื่องย่อมมีแนวโน้มที่จะให้ความร่วมมือน้อยไปด้วย (ภาวดี การเร็ว , 2541)

การศึกษาความร่วมมือของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ผ่านมาในอดีต พบว่าร้อยละ 44 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ร่วมมือในการกินยารักษาอย่างต่อเนื่องนั้นพบมากในช่วง 1-3 เดือนแรกของการรักษา(Nemeroff B, 2003) และการศึกษาของ Pampallona et al. (2002) พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) มารับการรักษาไม่ครบตามระยะเวลาที่กำหนด 6 เดือน และผลของการไม่มาติดตามการรักษา หรือมารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง คือ การมีอาการกำเริบรุนแรง เกิดการกลับเป็นซ้ำ เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล สาเหตุสำคัญของความไม่ร่วมมือในการรักษา พบจากรายงานการศึกษาความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คือ ผู้ป่วยที่ไม่กินยา มีสาเหตุจาก อาการดีขึ้นแล้ว ร้อยละ 55 ร้อยละ 23 มีสาเหตุมาจากอาการผลข้างเคียงจากยา กลัวติดยา และคิดว่าอาการจะดีได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 10 และ 9 ตามลำดับ (Demyttenaere, 2001) นอกจากนี้สาเหตุดังกล่าวแล้ว ยังพบว่ามีปัจจัยอีกหลายประการที่เกี่ยวข้องกับการให้ความร่วมมือในการรักษา ของผู้ป่วยซึมเศร้า ได้แก่ ปัจจัยด้านการรักษา กล่าวคือ การสร้างสัมพันธภาพ และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ปัจจัยในตัวผู้ป่วย เช่น การรับรู้และทัศนคติในเรื่องโรคและการกินยา (Katon, 1995)

ในประเทศไทยการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา นั้นได้รับความสนใจมากในการศึกษากับโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหอบหืด สำหรับโรคทางจิตเวชมีการศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ การศึกษาความสม่ำเสมอใน

การมารับยาของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท โรงพยาบาลสวนปรุง พบว่า ขนาดของปัญหาความไม่สม่ำเสมอในการมารับยาของกลุ่มตัวอย่าง สูงถึงร้อยละ 50 และปัจจัยที่มีผลและมีความสัมพันธ์ต่อความไม่สม่ำเสมอ ได้แก่ รายได้ ระดับความรุนแรงของอาการทางจิต และการปฏิบัติตัวของญาติต่อกลุ่มตัวอย่าง (ภาวดี การเร็ว, 2541) ในขณะที่การศึกษาของสาธุพร พุฒขาว (2541) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ความรู้ ทักษะจิต ความพึงพอใจ ไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทได้ และความพึงพอใจต่อบริการไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท แต่หากยังไม่พบว่ามี การศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือต่อการรักษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งจากสถิติของหน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช (เดือน เม.ย.2546-ธ.ค. 2547) พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มโรคซึมเศร้าในหน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ไม่มาติดตามการรักษาถึงร้อยละ 61 และเป็นการไม่มาติดตามการรักษาในระยะเฉียบพลันของโรค คือ 4 สัปดาห์แรกของการรักษามากถึงร้อยละ 37.5

ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการมาติดตามการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในหน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช โดยเฉพาะการมารับการรักษาในช่วง 4 สัปดาห์แรกของการรักษา ที่มีการขาดการรักษามากที่สุด การศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมาและไม่มาติดตามการรักษานี้ เพื่อที่จะนำไปใช้ในการแก้ปัญหา หรือส่งเสริมการมาติดตามการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ลดผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าที่เกิดจากการไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการมาติดตามการรักษาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมาติดตามการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ที่ศึกษาการมาติดตามการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในหน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีสัมภาษณ์ผู้ป่วยย้อนหลังถึงสาเหตุของการมาและไม่มาติดตามการรักษาทางโทรศัพท์

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยนี้

1. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในเรื่องการมาติดตามการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. เพื่อเป็นแนวทางปรับปรุงการให้บริการให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์แล้วว่าเป็นโรคซึมเศร้า Major Depressive Disorder (F32-33) ตามการออกรหัสโรค ICD-10

การมาติดตามการรักษา หมายถึง การที่ผู้ป่วยมารับการรักษาตามแพทย์นัดอาจมาก่อนหรือหลังวันนัดไม่เกิน 1 สัปดาห์ การมาติดตามการรักษาแบ่งเป็น

1. การมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องคือ มารับการรักษาตามแพทย์นัดอาจมาก่อนหรือหลังวันนัดไม่เกิน 1 สัปดาห์ ในระยะ 4 สัปดาห์แรกของการรักษา
2. การมาติดตามการรักษาไม่ต่อเนื่องคือ ไม่มารับการรักษาตามแพทย์นัดหรือหลังวันนัดเกิน 1 สัปดาห์ ในระยะ 4 สัปดาห์แรกของการรักษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยนอกหน่วยตรวจโรคจิตเวชฯ โรงพยาบาลศิริราช ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ที่มีการนัดมาติดตามการรักษาด้วยหน่วยตรวจโรคจิตเวชฯโรงพยาบาลศิริราช และสิ้นสุดการรักษาในระยะเฉียบพลัน 4 สัปดาห์แล้ว

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยการกำหนดขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยคาดว่า มีผู้ป่วยที่มาและไม่มาติดตามการรักษาเนื่องจากปัจจัยต่างๆ กลุ่มละร้อยละ 50 โดยมีความคลาดเคลื่อนได้ร้อยละ 10 ผู้วิจัยยอมรับ type1 error ร้อยละ 5 (สองทิศทาง)

$$\begin{aligned} n &= Z^2 pq / d^2 \\ &= 1.96^2 * 0.5 * 0.5 / 0.1^2 = 96 \text{ คน} \end{aligned}$$

ดังนั้นจึงกำหนดจำนวนผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 100 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกประชากร (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยใหม่ หน่วยตรวจโรคจิตเวชฯ โรงพยาบาลศิริราชที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า
2. ผู้ป่วยมีการนัดมาติดตามการรักษาและสิ้นสุดการรักษา ในระยะเฉียบพลัน 4 สัปดาห์แล้ว
3. ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและอนุญาตให้ผู้วิจัยสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์

เกณฑ์การคัดออกประชากร (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการทางจิตร่วม
2. ผู้ป่วยที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
3. ผู้ป่วยที่ติดตามทางโทรศัพท์ที่ไม่ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย

ส่วนที่ 1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานการณ์การเงินและสวัสดิการการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 2. แบบสัมภาษณ์คำถามปลายเปิด สาเหตุของการมาหรือไม่มาติดตามการรักษา โดยทำเอกสารแบบสัมภาษณ์ เพื่อให้ผู้วิจัยใช้ในการบันทึกคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. สัมภาษณ์ชื่อผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โดยมีแพทย์เป็นผู้บันทึกวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) และออกรหัสโรค F 32-33 ตาม ICD 10 ในแฟ้มประวัติการรักษา ตั้งแต่ครั้งแรกของการมารักษา

2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลแนะนำโครงการวิจัย พร้อมทั้งขอความยินยอมเข้าร่วมและขอสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนที่ 1 ซึ่งเป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ตั้งแต่ครั้งแรกที่ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษา

3. เมื่อครบ 4 สัปดาห์ภายหลังจากผู้ป่วยมารับการตรวจรักษา ผู้วิจัยติดตามข้อมูลการมาติดตามการรักษาของผู้ป่วย จากข้อมูลการรักษาในเวชระเบียนผู้ป่วย และวันนัดหมายจากระบบนัดหมายในคอมพิวเตอร์

4. ผู้วิจัยติดต่อผู้ป่วยทางโทรศัพท์ตามเบอร์โทรศัพท์ที่ผู้ป่วยได้ให้ไว้ โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลโครงการวิจัยและขอความยินยอมในการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ (เอกสารแนบบทสนทนาทางโทรศัพท์) สัมภาษณ์ 1 ครั้งใช้เวลาประมาณ 10 นาที (โดยถามถึง

สาเหตุของการมาหรือไม่มา ติดตามการรักษา) โดยใช้
ช่วงเวลา 8.00-16.00 น วันจันทร์ – ศุกร์ ในการติดต่อ
กับผู้ป่วย

ในกรณีที่ผู้ป่วยหรือไม่สะดวกในการสัมภาษณ์
ขณะนั้น ผู้วิจัยจะขออนุญาตและทำการติดต่อกลับไปใหม่
ไม่เกิน 3 ครั้ง เมื่อครบ 3 ครั้งไม่สามารถสัมภาษณ์
ผู้ป่วยได้ให้ตัดออกจากการวิจัย ในกรณีที่ผู้ป่วยปฏิเสธ
การสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะไม่โทรไปซ้ำอีก ในกรณีที่
สัมภาษณ์แล้วผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด หรืออึดอัดลำบาก
ใจ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายและใช้เทคนิคการ
ให้การปรึกษาและให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ โดยผู้วิจัย
เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-เดือนกรกฎาคม 2550

4. เมื่อเก็บข้อมูลได้ครบ 100 คนทั้ง 2 กลุ่ม
ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ใช้โปรแกรม
สำเร็จรูป SPSS (Statistic Package for the Social
Science) โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
นำเสนอข้อมูลด้วยตารางแจกแจงความถี่ แสดงจำนวน
และอัตราร้อยละ
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการมาติดตาม
การรักษา กับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยสถิติ
ไคสแควร์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็น
เพศหญิงมีอายุระหว่าง 45-59 ปี อายุเฉลี่ย 47 ปี
(SD=14) อายุน้อยที่สุด 18 ปี อายุมากที่สุด 79 ปี ส่วน
ใหญ่ จบการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มี
สถานภาพสมรส มีอาชีพแม่บ้านและรับจ้างใกล้เคียงกัน
มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทมากที่สุด รายได้เฉลี่ย
18,367 บาท รายได้น้อยที่สุดคือไม่มีรายได้ รายได้มาก
ที่สุด คือ 200,000 บาท ด้านสถานการณ์การเงิน ส่วน

ใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอใช้จ่าย และไม่มีสิทธิสวัสดิการ
รักษาพยาบาล

1. การมาติดตามการรักษาของผู้ป่วยโรค ซึมเศร้า

กลุ่มตัวอย่างที่มาติดตามการรักษาไม่ต่อเนื่อง
ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ไม่มารับการรักษาตามแพทย์นัด
ตั้งแต่การนัดตรวจรักษาครั้งแรกร้อยละ 64.0 และเป็น
ผู้ป่วยที่มารับการรักษาเป็นบางครั้ง ร้อยละ 36.0

2. สาเหตุของการมาและไม่มาติดตามการ รักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

จากข้อมูลในตารางที่ 1 เมื่อศึกษาสาเหตุของการ
มาติดตามการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มที่มาติดตามการ
รักษาทุกครั้ง พบว่าสาเหตุสำคัญที่สุดที่ผู้ป่วยมาติดตาม
การรักษาทุกครั้งคืออยากหาย ร้อยละ 75.0 รองลงมา
คือกินยาแล้วรู้สึกดี ร้อยละ 70.0 เจ้าหน้าที่ให้คำอธิบาย
และคำแนะนำเกี่ยวกับโรคดี ร้อยละ 47.0 มาตาม
แพทย์สั่ง ร้อยละ 39.0 ญาติอยากให้มาตรวจ ส่งเสริม
พามาตรวจ ร้อยละ 28.0 พยาบาลแนะนำไว้ ร้อยละ
13.0 เจ้าหน้าที่ใจดี สบายใจเมื่อมาโรงพยาบาล ร้อยละ
12.0 และญาติบังคับให้มา ร้อยละ 6.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 สาเหตุของการมาติดตามการรักษาของผู้ป่วย กลุ่มที่มาติดตามการรักษาทุกครั้ง

สาเหตุของการมาติดตามการรักษา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	จำนวน	ร้อยละ (n=100)
1. อยากหาย	75	75.0
2. กินยาแล้วดี	70	70.0
3. เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำดี	47	47.0
4. มาตามหมอสั่ง	39	39.0
5. ญาติพามาตรวจ	28	28.0
6. พยาบาลแนะนำไว้	13	13.0
7. เจ้าหน้าที่ใจดี	12	12.0
8. ญาติบังคับให้มาตรวจ	6	6.0

จากข้อมูลในตารางที่ 2 สาเหตุของการไม่มาติดตามการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มที่มาติดตามการรักษาไม่ครบทุกครั้ง พบว่าสาเหตุสำคัญที่สุดคือ คิดว่าตนเองไม่ได้ป่วย ไม่ได้เป็นอะไร ร้อยละ 39.0 รองลงมาคือไม่มีค่ายา ค่ารถ ค่ายาแพง ร้อยละ 37.0 ติดตามกิจ (เรียน/งาน) ร้อยละ 25.0 ไม่มีคนพามา ไม่มีบุคคลที่คอยกระตุ้นเตือนให้ไปพบแพทย์ ไม่สามารถจัดยากินเองได้ ร้อยละ 22.0 มีอาการไม่พึงประสงค์จากการกินยา(คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงมาก) เท่ากับสาเหตุที่คิดว่าตนเองหายแล้วคือร้อยละ 19.0 ญาติและบุคคลในครอบครัวไม่เห็นด้วยกับการรักษา ร้อยละ 16.0 บ้านไกลมารับการรักษาไม่สะดวก ร้อยละ 12.0 ลืม ไม่ทราบว่าจะต้องมาติดตามการรักษา ร้อยละ 9.0 เสียเวลาในการมารับบริการ รอคิวนาน นัดถี่เกินไป ร้อยละ 6 ไม่อยากรับประทานยากลับติดยา ร้อยละ 5.0 ไม่

ประทับใจแพทย์ พยาบาล ร้อยละ 3.0 และกลัวคนรู้ว่าป่วยเป็นโรคทางจิตเวชร้อยละ 1

เมื่อศึกษาสาเหตุของการไม่มาติดตามการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มที่มารักษาเป็นบางครั้งและไม่ได้มาตั้งแต่การนัดครั้งแรก พบว่า สาเหตุสำคัญที่สุดคือ คิดว่าตนเองไม่ได้ป่วย ไม่ได้เป็นอะไร ร้อยละ 46.9 รองลงมาคือไม่มีค่ายา ค่ารถ ค่ายาแพง ร้อยละ 34.4 มีอาการไม่พึงประสงค์จากการกินยา(คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงมาก) ร้อยละ 25.0 และติดตามกิจ (เรียน/งาน) ไม่มีคนพามา ไม่มีบุคคลที่คอยกระตุ้นเตือนให้ไปพบแพทย์ ไม่สามารถจัดยากินเองได้ ร้อยละ 23.4 ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มที่มารักษาเป็นบางครั้งมีสาเหตุจากไม่มีค่ายา ค่ารถ ค่ายาแพงร้อยละ 41.7 รองลงมาคิดว่าตนเองหายดีแล้ว ร้อยละ 33.3 ติดตามกิจ (เรียน/งาน) ร้อยละ 27.8 และคิดว่าตนเองไม่ได้ป่วย ร้อยละ 25.0

ตารางที่ 2 สาเหตุของการไม่มาติดตามการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มที่มาติดตามการรักษาไม่ครบทุกครั้ง

สาเหตุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	มาเป็นบางครั้ง (n=36)		ไม่ได้มาตั้งแต่นัดครั้งแรก (n=64)		รวม (n=100)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คิดว่าตนเองไม่ได้ป่วย ไม่ได้เป็นอะไร	9	25.0	30	46.9	39	39.0
ไม่มีค่ายา ค่ารถ ค่ายาแพง	15	41.7	22	34.4	37	37.0
ติดตามกิจ (เรียน / งาน)	10	27.8	15	23.4	25	25.0
ไม่มีคนพามา ไม่มีบุคคลกระตุ้นเตือนให้ไปพบแพทย์ ฯ	7	19.4	15	23.4	22	22.0
มีอาการไม่พึงประสงค์จากการกินยา	3	8.3	16	25.0	19	19.0
คิดว่าตนเองหายแล้ว	12	33.3	7	10.9	19	19.0
ญาติ / ครอบครัวไม่เห็นด้วยกับการรักษา	4	11.1	12	18.8	16	16.0
บ้านไกลมารับการรักษาไม่สะดวก	3	8.3	9	14.1	12	12.0
ไม่ทราบว่าต้องมาติดตามการรักษา ลืม	5	13.9	4	6.3	9	9.0
เสียเวลาในการมารับบริการ รอคิวนาน นัดถี่เกินไป	4	11.1	2	3.1	6	6.0
ไม่ยอมรับประทานยากลับติดยา	2	5.6	3	4.7	5	5.0
ไม่ประทับใจแพทย์ พยาบาล	0	0.0	3	4.7	3	3.0
กลัวคนรู้ว่าป่วยเป็นโรคทางจิตเวช	0	0.0	1	1.6	1	1.0

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมาติดตามการรักษา

จากข้อมูลในตารางที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมารมาและไม่มาติดตามการรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนของผู้มาติดตามการรักษาทุกครั้งมากที่สุด (ร้อยละ 63.4) รองลงมา กลุ่มอายุ 45-59 ปี และกลุ่มอายุต่ำกว่า 25 ปี (ร้อยละ 54.5 และ 46.2) ในขณะที่กลุ่มอายุ 25-44 ปี มีสัดส่วนของ

ผู้ไม่มาติดตามการรักษามากที่สุด (ร้อยละ 62.3) ความแตกต่างดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ด้านรายได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 20,000 บาทขึ้นไป มีสัดส่วนของผู้มาติดตามการรักษาทุกครั้งมากที่สุด (ร้อยละ 62.5) รองลงมา กลุ่มที่มีรายได้ 10,000-19,999 บาท และรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 50.0 และ 38.8) โดยความแตกต่างดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมารมาและไม่มาติดตามการรักษา (n = 200)

ลักษณะทั่วไปของประชากร	การมาตรวจตามนัด		X ²	p-value	
	มาทุกครั้ง	มาบางครั้ง/ ไม่มา			
อายุ	ต่ำกว่า 25 ปี	46.2% (n=6)	53.8% (n=7)	7.85	0.05*
	25-44 ปี	37.7% (n=26)	62.3% (n=43)		
	45-59 ปี	54.5% (n=42)	45.5% (n=35)		
	60 ปีขึ้นไป	63.4% (n=26)	36.6% (n=15)		
รายได้	น้อยกว่า 10,000	38.8% (n=31)	61.3% (n=49)	8.55	0.01**
	10,000-19,999	50.0% (n=24)	50.0% (n=24)		
	20,000 ขึ้นไป	62.5% (n=45)	37.5% (n=27)		
สถานการณ์การเงิน	ไม่เพียงพอ	28.8% (n=21)	71.2% (n=52)	25.76	0.00**
	เพียงพอไม่เหลือเก็บ	52.9% (n=36)	47.1% (n=32)		
	เพียงพอเหลือเก็บ	72.9% (n=43)	27.1% (n=16)		
สวัสดิการการรักษา	ไม่มี	41.2% (n=42)	58.8% (n=60)	11.31	0.01**
	บัตรทอง	72.7% (n=16)	27.3% (n=6)		
	ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	59.4% (n=38)	40.6% (n=26)		
	ประกันสังคม	33.3% (n=4)	66.7% (n=8)		

ด้านสถานการณ์การเงิน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บมีสัดส่วนของผู้มาติดตามการรักษาทุกครั้งมากที่สุด (ร้อยละ 72.9) รองลงมา กลุ่มที่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่มี เหลือเก็บและกลุ่มที่มีรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 52.9 และ 28.8) ความแตกต่างดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้านสวัสดิการการรักษาพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสิทธิ 30 บาทมีสัดส่วนของผู้มาติดตามการรักษาทุกครั้งมากที่สุด (ร้อยละ 72.7) รองลงมา กลุ่มที่มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการและกลุ่มที่ไม่มีสิทธิการรักษา (ร้อยละ 59.4 และ 41.2) ในขณะที่กลุ่มที่มีสิทธิประกันสังคมมีสัดส่วนของผู้ไม่มาติดตามการรักษามากที่สุด (ร้อยละ 66.7) โดยความแตกต่างดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม ด้านอื่นๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสและอาชีพแตกต่างกันมีสัดส่วนของผู้มาติดตามการรักษาทุกครั้งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

ปัญหาการไม่มาติดตามการรักษา นั้นพบมากในผู้ป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายขาด โรคเรื้อรัง โรคที่หายช้าที่ต้องรับประทานยาเป็นเวลาหลาย ๆ เดือนหรือเป็นปี โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า มักทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา หรือมารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยใน เวชปฏิบัติ และอาจกล่าวได้ว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้การรักษาไม่ประสบผลสำเร็จ ทั้งๆ ที่แพทย์ได้ให้การรักษาอย่างเต็มที่ ในประเทศไทย แม้ว่าจะยังมีผู้ศึกษาไม่มากนักถึงผลของการไม่มาติดตามการรักษาของผู้ป่วย ในแง่ของความสูญเสียทางเศรษฐกิจ จากการที่โรคหายช้า โรคกลับเป็นซ้ำ โรคเกิดการดื้อยา ฯลฯ อันเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยไม่มารับการรักษาต่อเนื่อง แต่ก็น่าจะเชื่อได้ว่าในแต่ละปี ประเทศชาติมีความสูญเสียเป็นจำนวนไม่น้อย ทั้งจาก

การที่ต้องใช้ยาหรือการรักษาที่ยุ่ยากมากขึ้น ผู้ป่วยเสียโอกาสในการกลับไปเรียนหรือทำงานไม่ได้จากการที่โรคไม่หายหรือทุเลา เมื่อนำผลการศึกษาคั้งนี้ไปเปรียบเทียบย้อนหลังไปถึงผลการศึกษาในอดีต พบว่าปัญหาความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยทางด้านจิตเวช ยังเป็นปัญหาใหญ่ที่ต้องตระหนักและหาแนวทางแก้ไขที่เหมาะสม การศึกษาคั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่มาติดตามการรักษาตั้งแต่ 4 สัปดาห์แรกของการรักษา สูงถึงร้อยละ 64 โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่มาติดตามการรักษา ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจ เรื่องโรคซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยยังขาดความรู้ หรือมีความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการมารับการรักษา โดยผู้ป่วยให้เหตุผลของการไม่มาติดตามการรักษา เพราะคิดว่าตนเองไม่ได้เป็นอะไร คิดว่าตนหายดีแล้ว ไม่อยากกินยากลับวิตติยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Demyttenaere (2001) ที่พบว่า ความไม่ร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีสาเหตุจาก อาการดีขึ้นแล้ว และคิดว่าอาการจะดีได้ด้วยตนเอง จึงหยุดการรักษาก่อนเวลาอันควร ซึ่งในการศึกษาของ Nemeroff B, (2003) กล่าวไว้ว่า การที่ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคและการกินยา มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา

ผลการศึกษาเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า พยาบาลจำเป็นต้องมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องว่าโรคซึมเศร้าสามารถรักษาหายได้ การมาติดตามการรักษา และการกินยาต่อเนื่องนาน 6 เดือนตามคำแนะนำของแพทย์มีประโยชน์ในการรักษา ทำให้ฟื้นหายจากอาการของโรคซึมเศร้า สามารถปฏิบัติภารกิจต่างๆ ได้ดังเดิม และที่สำคัญเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ใหม่ของโรค

ปัจจัยด้านอุปสรรคในการมารับรักษาเป็นอีกปัจจัยหนึ่ง ที่เกี่ยวข้องกับการไม่มาติดตามการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ

Centorino (2001) และ Killaspy and et al. (2000) ที่พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องส่วนใหญ่มีสถานภาพทางสังคมไม่ดี ขาดสวัสดิการจากรัฐ และมีอุปสรรคในการเดินทางมาโรงพยาบาล มีผลข้างเคียงจากการรับประทานยา และมีสัมพันธภาพไม่ดีต่อผู้รักษา ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยไม่มาติดตามการรักษาเนื่องมาจากผู้ป่วยมีปัญหาด้านการเดินทางและค่าใช้จ่าย บ้านไกลมารับการรักษาไม่สะดวก เสียเวลาในการมารับบริการที่โรงพยาบาลเช่น รอคิวนาน และการนัดที่ถี่เกินไป ตลอดจนมีอุปสรรคที่มาจาก การติดภารกิจงานและการเรียน ทำให้ไม่สามารถมาติดตามการรักษาได้ หากแผนการรักษามีความยืดหยุ่นหรือเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีทางเลือกหลากหลายเช่น สามารถเลือกได้ว่า จะติดตามการรักษาที่โรงพยาบาล ใกล้บ้าน สามารถเลือกรักษาที่สถานบริการที่มีสิทธิสวัสดิการการรักษาอยู่ เช่น สิทธิบัตรประกันสุขภาพ (30 บาท) สิทธิประกันสังคม หรือสามารถติดต่อเลื่อนนัดหมายได้หากติดภารกิจงาน การเรียน มีทางเลือกในการมารับบริการนอกเวลาราชการ ข้อมูลเหล่านี้เป็นสิ่งที่พยาบาลหรือทีมการรักษาต้องให้ผู้ป่วยไว้เป็นทางเลือกหากผู้ป่วยรายนั้นๆ มีอุปสรรคไม่สามารถที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ให้ไว้ได้

ทุกครั้งที่ทำให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัว ไม่ว่าจะเป็นการกินยาหรือการมาตรวจตามนัด พยาบาลควรคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จะต้องสะท้อนความรู้สึกผู้ป่วยว่าสามารถปฏิบัติตามนั้นได้หรือไม่ หรือมีอุปสรรคอะไรบ้างที่ทางทีมรักษาสามารถช่วยจัดการให้ได้ เนื่องจากธรรมชาติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้ ไม่อยากทำอะไร การให้ข้อมูลและเสนอตัวที่จะช่วยเหลือของพยาบาล จึงเป็นการช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยจัดการกับอุปสรรคที่มีต่อแผนการรักษาได้เหมาะสม เกิดความร่วมมือในการรักษาและการมาติดตามการรักษาต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ายังขาดความรู้หรือมีความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้าและการมารับการรักษาที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้น พยาบาลควรนำไปเป็นแนวทางในการจัดรูปแบบการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้และความเข้าใจในเรื่องโรคและการรักษาที่ถูกต้อง ข้อมูล ในเรื่องระยะเวลาของการรักษา ระยะเวลาที่ต้องกินยานาน 6 เดือน และผลอันไม่พึงประสงค์จากการกินยา เป็นข้อมูลที่จำเป็นอย่างยิ่งต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยกลุ่มนี้

2. จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยส่วนหนึ่งขาดการสนับสนุนในการมารับการรักษาและการดูแลให้รับประทานยา เมื่อผู้ป่วยเผชิญกับผลอันไม่พึงประสงค์จากการกินยา มีอาการข้างเคียงต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยเลิกทานยาและไม่มารับการรักษาต่อ ดังนั้น ควรจัดให้มีระบบการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการในทันที เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับปัญหาได้เหมาะสม แทนที่จะตัดสินใจเลิกรับประทานยาหรือไม่มารับการรักษาต่อ

3. จากผลการศึกษา พยาบาลสามารถนำปัจจัยด้านคุณลักษณะของประชากร ไปใช้ในการ จำแนกผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มที่เสี่ยงต่อการไม่มาติดตามการรักษา เพื่อหารูปแบบของการติดตามที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการไม่มาติดตามการรักษาตั้งแต่ครั้งแรก ให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการกับอุปสรรคในการมารับรักษาแต่ละครั้ง เช่น ปัญหา การเดินทาง ค่าใช้จ่ายและสิทธิในการรักษาพยาบาล

4. จากผลการศึกษา พบว่า สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรสนับสนุนให้เกิดการมาติดตามการรักษา ดังนั้น พยาบาลและบุคลากรในทีมรักษาควรให้ความสำคัญกับการบริการที่ประทับใจให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการมาพบแพทย์ตั้งแต่ครั้ง

แรก เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมาติดตามการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และพัฒนารูปแบบในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการจูงใจในการมาติดตามการรักษาต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนทุนจากกองทุนสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี เพื่อพัฒนาการพยาบาลศิริราช ขอขอบคุณที่ปรึกษา งานวิจัย อาจารย์นพ.ธีรศักดิ์ สาตรา ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และคุณปิยนุช สายสุขอนันต์ ที่ให้คำแนะนำและช่วยเหลือในเรื่องของการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2550). *คู่มือโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

ภาวดี การเร็ว. (2541). *ความสม่ำเสมอในการมารับยาของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท โรงพยาบาลสวนปรุง*. การค้นคว้าแบบอิสระเสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มานิช หล่อตระกูล. (2545). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. กรุงเทพฯ: สวีชาญการพิมพ์.

สาธุพร พุฒขาว. (2541). *ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาตัวด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท*.

วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

American Psychiatric Association. (2000). *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder*. Washington, DC.

Centorrino F. (2001). Factors associated with noncompliance with psychiatric outpatient visits. *Psychiatric services*, 52 (3): 378-80.

Charles B. Nemeroff. (2003). Improving Antidepressant Adherence. *Journal Clinical Psychiatry*, 64(18): 25-30.

Demyttenaere. (2001). Compliance with antidepressants in a primary care setting: Beyond lack of efficacy and adverse events. *Clin Psychiatry*, 64(12):1415-20.

Kathleen A. Dracup., & Afaf I. Meleis. (1982). *Achieving Patient Compliance The Psychology of the medical practitioner's role*. United States of America: Pergamon Press Inc .

Killaspay H, Banerjee S, King M . & Lloyd M. (2000). Prospective controlled study of psychiatric out-patient non-attendance. *British journal of psychiatry*, 176:160-5.

Pampallona S., Bollini P., Tibaldi G., Kupelnick B. & Munizza C. (2002). Patient adherence in the treatment of depression. *British journal of psychiatry*, 180: 104-9.

Wayne J. Katon. (1995). A Multifaceted Intervention to Improve Treatment of Depression in Primary Care. *Arch Gen Psychiatry*, 53: 924-32.