

การศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ทัศนคติต่อความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า: การศึกษาภาคตัดขวางในโรงพยาบาลสงขลา

The Study of the Relationship between Knowledge, Attitude, and Medication Adherence in Major Depressive Disorder Patients: A Cross-Sectional Study at Songkhla Hospital

ลัดดาพร เทพสวน, พ.บ.

Laddaporn Tepsuan, M.D.

Abstract

Objective: This study aims to assess the level of knowledge and attitudes towards depression, as well as medication adherence among patients, and to investigate the relationship between knowledge, attitudes, and medication adherence in patients with depression at Songkhla Hospital.

Methods: A cross-sectional study was conducted with a sample of 382 patients diagnosed with depression who were receiving treatment at the Psychiatry Clinic, Songkhla Hospital. Data collection tools included a personal information questionnaire, a knowledge and attitude questionnaire toward depression, a Medication Adherence Scale (MAST), the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), and additional questionnaires regarding stigma and the doctor-patient relationship. Data were analyzed using Epi-Data software with descriptive statistics and multiple logistic regression and Mann-Whitney U test to examine relationships between variables.

Results: A total of 382 patients participated in the

study, with an average age of 39 years (range 25–52 years), 83.5% of whom were female and 16% were male. Analysis revealed that factors significantly related to depression included age (p -value<0.001), occupation (p -value=0.008), family relationship perception (p -value<0.001), and stigma (p -value=0.003). Unemployed individuals were 5.93 times more likely to experience depression compared to students (95% CI=1.90, 18.51), and those with poor family relationships were 6.92 times more likely to have depression compared to those with good family relationships (95% CI=2.89, 16.58). The study also showed that patients with positive knowledge and attitudes towards depression were more likely to adhere to their medication, though no statistically significant relationship was found (p -value=0.183 and 0.590, respectively). Additionally, 95.5% of patients were consistent in taking their medication, and 80.6% had a good relationship with their doctor.

Conclusion: The study found that knowledge and attitudes towards depression were associated with self-care and medication adherence, but no statistically significant relationship was found with depression severity and treatment cooperation. Patients with positive knowledge and attitudes towards depression tended to be more consistent in taking their medication and emphasized self-care. However, statistically significant factors associated with depression included age, occupation, family relationship perception, and stigma, with unemployed individuals and those with poor family relationships being at higher risk for depression.

วันที่รับ (received) 12 มกราคม 2568

วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 18 มิถุนายน 2568

วันที่ตอบรับ (accepted) 25 มิถุนายน 2568

Published online ahead of print 21 กรกฎาคม 2568

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา
Department of Psychiatric, Songkhla Hospital, Songkhla

Corresponding Author: ลัดดาพร เทพสวน

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา

Email: kpsy251914@gmail.com

doi: <https://doi.org/10.14456/r3medphj.2025.20>

Keywords: Knowledge, attitudes, depression, antidepressant adherence

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความรู้และทัศนคติต่อโรคซึมเศร้า รวมถึงความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วย และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลสงขลา

วิธีการศึกษา: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 382 ราย ที่มารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสงขลา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้และทัศนคติต่อโรคซึมเศร้า แบบวัดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (MAST) แบบประเมินโรคซึมเศร้า PHQ-9 และแบบสอบถามอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการติดตามและความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ข้อมูลถูกวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม Epi-Data โดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ โดยใช้ Multiple Logistic Regression และ Mann-Whitney U test

ผลการศึกษา: ผู้ป่วย 382 ราย ที่เข้าร่วมการศึกษา มีอายุเฉลี่ย 39 ปี (ช่วงอายุ 25-52 ปี) โดยเป็นผู้หญิง 83.5% และผู้ชาย 16% ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุ (p -value<0.001), อาชีพ (p -value=0.008), ความสัมพันธ์ในครอบครัว (p -value<0.001), และการถูกตีตรา (p -value=0.003) โดยผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มนักเรียน/นักศึกษา 5.93 เท่า (95%CI=1.90, 18.51) และผู้ที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดีมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดี 6.92 เท่า (95%CI=2.89, 16.58) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้และทัศนคติในแง่บวกต่อโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติที่มีนัยสำคัญ (p -value=0.183 และ 0.590 ตามลำดับ) นอกจากนี้ ผลการศึกษาพบว่า 95.5% ของผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และ 80.6% มีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

สรุป: การศึกษาพบว่า ความรู้และทัศนคติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการดูแลตัวเองและความสม่ำเสมอในการรับประทานยา แต่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติที่มีนัยสำคัญกับภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยที่มีความรู้และทัศนคติในแง่บวกเกี่ยวกับโรคซึมเศร้ามักมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและให้ความสำคัญในการดูแลตัวเอง อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ

ภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุ อาชีพ การรับรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว และระดับการถูกตีตรา โดยผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพและผู้ที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดีมีแนวโน้มที่จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าสูงกว่า

คำสำคัญ: ความรู้, ทัศนคติ, โรคซึมเศร้า, ยาแก้โรคซึมเศร้า

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสุขภาพจิต ซึ่งเกิดขึ้นได้กับทุกเพศทุกวัย เป็นความเจ็บป่วยที่มักเรื้อรังและเกิดซ้ำ ทำให้เกิดความทุกข์อย่างรุนแรง¹ จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2562 ระบุว่ามีการเสียชีวิตที่เฉียดกับความทุกข์จากการป่วยดังกล่าวกว่า 300 ล้านคนทั่วโลก รวมถึงผู้ป่วยในประเทศไทยประมาณ 1.5 ล้านคน² นอกจากนี้โรคซึมเศร่ายังเป็นโรคที่แพร่หลายมากเป็นอันดับสองในบรรดาความผิดปกติทางจิตทั้งหมดทั่วโลก³ ซึ่ง นพ.อภิชาติ จริยาวิลาส จิตแพทย์และโฆษกกรมสุขภาพจิต ให้ข้อมูลว่าองค์การอนามัยโลกได้ประเมินตัวเลขของผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าอยู่ที่ 5.4% ของบุคคลทั่วไป ซึ่งหมายถึงว่าคนทั่วไป 100 คน ต้องมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 5 คน และมีบางประเทศมากถึง 10% และเกิดทัศนคติเชิงลบในระดับสูงในหมู่ประชากรทั่วไปที่มีต่อผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าถึง 62% ของทัศนคติเชิงลบ นอกจากนี้ 67% ของประชากรทั่วไปเชื่อว่าคนที่เป็นโรคซึมเศร้าเป็นอันตราย และ 20.2% ไม่มีความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า⁴ จากการมีทัศนคติเชิงลบหรือการตีตรา ผู้ที่มีอาการป่วยทางจิตจึงประสบกับการถูกปฏิเสธ การเลือกปฏิบัติ และความทุกข์ใจ ความนับถือตนเองและความพึงพอใจลดลง ทำให้มีโอกาสฆ่าตัวตายสูงกว่าคนปกติหลายเท่า ทำให้มีเหตุการณ์ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าฆ่าตัวตายบ่อย ๆ แต่หากผู้ป่วยรู้ตัวกำลังป่วยด้วยโรคซึมเศร้า มีความรู้ ทัศนคติเชิงบวกต่อโรคซึมเศร้า และได้รับการรักษาโดยเร็วก็จะสามารถลดความเสี่ยงเรื่องของการฆ่าตัวตาย และมีโอกาสหายขาดจากโรคนี้ได้ การรักษาโรคซึมเศร้าที่มีสาเหตุจากการพร่องของสารสื่อประสาทเซโรโทนิน (Serotonin) สารสื่อประสาทนอร์เอพิเนฟริน (Norepinephrine) และสารสื่อประสาทโดพามีน (Dopamine)⁵ การรักษาทางเภสัชวิทยาจึงมีความจำเป็นและมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้า^{6,7} จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอัตราการไม่รับประทานยาสูง ประมาณ 60-70%⁸ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาไม่ปฏิบัติตามแผน คือ ทัศนคติเชิงลบต่อโรค⁹ จากการศึกษาพบว่าประชาชนมีความรู้ต่ำ และมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วยทางจิต ประเทศที่ไม่ใช่ประเทศตะวันตกมักจะมองความเจ็บป่วยทางจิตในแง่ลบมากกว่าประเทศทางตะวันตก ในประเทศไทย พ.ศ. 2563 ได้มีการศึกษาพบว่าประชากรทั่วไปจากแต่ละภูมิภาคมีความแตกต่างในด้านเนื้อหาของทัศนคติและการตีตราต่อโรคซึมเศร้า และระดับการตีตรา

สูงสุดอยู่ที่ภาคตะวันตก ซึ่งทัศนคติเชิงลบและการตีตราในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับเพศชาย อายุน้อยกว่า รวมถึงไม่มีประสบการณ์กับผู้ป่วยโรคจิต และระดับการศึกษาที่สูงขึ้น^{9,10}

ดังที่ได้กล่าวไว้ก่อนหน้านี้ มุมมองเชิงลบต่อความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่ใช้ยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า⁴ ดังนั้นต้องให้การสนับสนุนรวมถึงการศึกษาด้านจิตเวช การให้ความรู้ที่ดี การส่งเสริมทัศนคติเชิงบวก การบรรเทาความรู้สึกอับอายของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง การเสริมสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของ การส่งเสริมกลยุทธ์การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ตลอดจนการเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมสำหรับความทุกข์ทางจิตใจจึงเป็นสิ่งที่มีความประโยชน์¹¹

เมื่อเป็นโรคซึมเศร้าในระดับที่สูงขึ้น ทัศนคติเชิงลบของผู้ป่วยต่อความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่ใช้ยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ความสัมพันธ์กับเพศชาย อายุที่มากขึ้น ระดับการศึกษาต่ำกว่า และอยู่คนเดียว ข้อมูลในผู้สูงอายุแสดงให้เห็นว่าโรคซึมเศร้าทำให้เกิดความรู้สึก ถูกตีตรา (Stigma) ในระดับสูงต่อการเข้าถึงและไม่เข้ารับการรักษา ด้านสุขภาพจิต การศึกษาจากประเทศมาเลเซียแสดงให้เห็นว่า 30% ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเชื่อว่าควรรับประทานยาเม็ดมากกว่าที่กำหนดในวันที่ กลุ่มตัวอย่างรู้สึกหดหู่มากขึ้น ในขณะที่ 60% ของกลุ่มตัวอย่าง เชื่อว่าสามารถรับประทานยาเม็ดน้อยลงในวันที่รู้สึกดีกว่า ในขณะที่เดียวกัน 52% รู้สึกว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพเท่านั้น¹²

ยาด้านอาการซึมเศร้ามีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้า แต่การไม่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการหายแบบยั่งยืนและการฟื้นฟูการทำงาน การไม่ปฏิบัติตามการรักษาอาจเกิดจากการลืม สะเพร่า หุดยาเมื่ออาการแย่ลง หรือหุดยาเมื่ออาการดีขึ้น การศึกษาล่าสุดพบว่า 42% ของผู้ป่วยหยุดการรักษาด้วยยากล่อมประสาทในช่วง 30 วันแรก และ 72% หยุดยาภายใน 90 วัน นอกจากนี้ยังมีการไม่ปฏิบัติตามบางส่วนใน 75% ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า¹³ ดังนั้นความรู้และทัศนคติที่ดีต่อโรคซึมเศร้าอาจมีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อการรับประทานยาด้านอาการซึมเศร้า อีกทั้งการหายจากโรคซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและลดภาระของครอบครัว

ความแตกต่างในด้านทัศนคติและการถูกตีตราต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของประชากรไทยทั่วไปในแต่ละภูมิภาคมีความแตกต่างกัน โดยประชากรส่วนใหญ่ของประเทศไทยนับถือศาสนาพุทธ แต่หลายจังหวัดในภาคใต้กลับนับถือศาสนาอิสลามเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นความเชื่อของชาวใต้จึงอาจแตกต่างไปจากชาวไทยภาคอื่นๆ สำหรับความรู้ทัศนคติ ไม่มีการศึกษาในภาคใต้เนื่องจากขาดข้อมูล

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในเรื่องนี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความรู้และทัศนคติในกลุ่ม

ตัวอย่างของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และความสม่ำเสมอในการรักษา โดยมุ่งหวังที่จะนำผลงานวิจัยมาเป็นแนวทางในการปรับและสร้างการดูแลให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมและความเชื่อในพื้นที่ภาคใต้ โดยคำนึงถึงความแตกต่างด้านอายุ เพศ การไม่มีประสบการณ์หรือความคุ้นเคยกับผู้ป่วยโรคจิตเวช และระดับการศึกษาของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยนี้เป็นวิจัยแบบแผนภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล และให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายในคลินิกผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสงขลา โดยการศึกษาได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสงขลา ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ SKH IRB 2023-MD-IN3-1004

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งใช้รหัส ICD-10 F32.0-F32.9, ICD-10 F33.0-F 33.9 (ยกเว้น F323 และ F333) ที่คลินิกผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช โรงพยาบาลสงขลา อายุ 20-60 ปี สามารถเข้าใจและใช้ภาษาไทยได้ มีความสามารถในการอ่านและกรอกแบบสอบถาม มีความเต็มใจที่จะกรอกแบบสอบถามทั้งหมด และยกเว้นสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต (Psychosis) หรือมีอาการป่วยโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย และยังมีการใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง ขาดความสามารถในการตอบแบบสอบถามทั้งหมด และไม่ประสงค์จะเข้าร่วมหรือตัดสินใจถอนตัวจากการศึกษา ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ใช้สูตรของคอแครน (Cochran) ระดับความเชื่อมั่น 95% และความคลาดเคลื่อน 0.05 ไม่ทราบจำนวนประชากร แต่ทราบว่าจำนวนมากและต้องการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยจำนวน 467 ราย สูตรดังนี้

$$n = \frac{z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

$Z_{\alpha/2}$ = เป็นค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นหรือระดับนัยสำคัญ

- ถ้าระดับความเชื่อมั่น 95% หรือระดับนัยสำคัญ 0.05 มีค่า $Z_{\alpha/2} = 1.96$

- ถ้าระดับความเชื่อมั่น 99% หรือระดับนัยสำคัญ 0.05 มีค่า $Z_{\alpha/2} = 2.58$

d = ระดับความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างที่ยอมให้เกิดขึ้นได้

P = สัดส่วนของการมีความรู้เรื่องโรคน้อย, ทัศนคติด้านลบต่อ

โรคซึมเศร้า, การกินยาไม่สม่ำเสมอ, ความรู้สึกถูกตีตรา

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้และทัศนคติต่อภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทย โดยแบบสอบถามนี้มีโครงสร้างที่ได้ประยุกต์มาจากแบบสอบถามฉบับภาษาอังกฤษ และได้มีการอ้างอิงจากวรรณกรรมก่อนหน้าที่มีค่าอัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha value of questionnaire) เท่ากับ 0.715 โดยมีผู้เชี่ยวชาญ 5 คน จากสาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์เป็นผู้ตรวจสอบ แบบวัดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของคนไทย แบบสอบถาม Patient Health Questionnaire-9¹⁴ ประเมินโรคซึมเศร้าแบบสอบถามเกี่ยวกับการถูกตีตรา(The stigma questionnaire) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) = 0.79¹⁵ แบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) = 0.7-0.94 16 คะแนน รวมตั้งแต่ 36 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยดี 18-35 คะแนน หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยปานกลาง และ 17 คะแนน หรือต่ำกว่า หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยไม่ดี¹⁷ และมาตรวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบหลายมิติของไทย (The Revised Thai Multidimensional Scale of Perceived Social Support (rMSPSS)) ซึ่งใช้วัดขอบเขตที่บุคคลรู้สึกได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญ โดยเป็นเครื่องมือ 12 คำถาม มีการให้คะแนน 7 ระดับ (ตั้งแต่ 1-7) ระดับการให้คะแนน 1 คือ เห็นด้วยน้อย และ 7 คือ เห็นด้วยมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 12-84 คะแนน สามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ระดับย่อยอื่นๆ ที่สำคัญ (ข้อ 1,2,5 และ 10) ระดับย่อยของครอบครัว (ข้อ 3,4,8 และ 11) และระดับย่อยของเพื่อน (ข้อ 6,7,9,12) ค่าเฉลี่ยของแต่ละระดับย่อยตั้งแต่ 1 ถึง 2.9 ถือว่าสนับสนุนต่ำ คะแนน 3 ถึง 5 ถือว่าสนับสนุนปานกลาง คะแนนจาก 5.1 ถึง 7 ถือเป็นการสนับสนุนที่สูง โดยมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.91 สำหรับกลุ่มนักเรียน และ 0.87 สำหรับกลุ่มผู้ป่วย¹⁸

การวิเคราะห์ข้อมูล: วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้วิธีสถิติเชิงพรรณนา ผลลัพธ์แสดงเป็นความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ความรู้และทัศนคติต่อโรคซึมเศร้าใช้สถิติ Mann-Whitney U test, การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของกลุ่มตัวอย่าง กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วย (Bivariate analysis หรือ Univariate analysis) ใช้สถิติ Logistic Regression Analysis

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 382 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 319 คน คิดเป็นร้อยละ 83.5 เพศชายจำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 16 มีอายุระหว่าง 25-52 ปี มีอายุเฉลี่ย 39 ปี สถานภาพโสด (ร้อยละ 43.7) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 35.9) ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 21.7) มีรายได้ต่อเดือน 7,245-20,000 บาท เฉลี่ย 10,000 บาท มีความสัมพันธ์ในครอบครัวดีและอบอุ่น (ร้อยละ 57.6) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย (ร้อยละ 61) ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด (ร้อยละ 88.2) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 1-6 ปี เฉลี่ย 2 ปี จำนวนครั้งที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ 1 ครั้ง (ร้อยละ 22.5) และไม่มีประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 80.6) ส่วนผู้มีประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ 1 ครั้ง (ร้อยละ 7.9) ไม่เคยได้รับผลข้างเคียงจากยา 282 ราย (ร้อยละ 73.8) เคยได้รับผลข้างเคียงจากยา 82 ราย (ร้อยละ 21.5)

แบบประเมินโรคซึมเศร้า (Patient Health Questionnaire: PHQ-9) ฉบับภาษาไทย เป็นแบบสอบถามการให้คะแนนตนเองเพื่อประเมินโรคซึมเศร้าประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ ประเมินระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าที่เป็นอยู่ ถ้ามีคะแนน PHQ-9 ≥ 9 ข้อขึ้นไปถือว่าเป็นโรคซึมเศร้ารุนแรง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่า PHQ-9 score >9 จำนวน 245 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.1 ส่วนที่มีค่า PHQ-9 score < 9 มีจำนวน 134 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.1 ดังตารางที่ 3 ผู้ป่วยที่มีค่า PHQ-9 score < 9 คือผู้ป่วยไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้ารุนแรงน้อยมาก และได้รับการรักษาด้วยยา 2 กลุ่ม คือ กินยากกลุ่ม TCAs 30 ราย (ร้อยละ 7.9) กินยากกลุ่ม SSRIs 75 ราย (ร้อยละ 19.6) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N=382)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	61 (16.0)
หญิง	319 (83.5)
ไม่ตอบ	2 (0.5)
อายุ (ปี) : median (IQR)	39.0 (25.0-52.0)
สถานะภาพ	
โสด	167 (43.7)
สมรส	135 (35.3)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N=382)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
หม้าย/หย่า/แยก/ร้าง	73 (19.1)
ศาสนา	
พุทธ	260 (68.1)
อิสลาม	79 (20.7)
คริสต์/อื่นๆ	43 (11.3)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	84 (22.0)
มัธยมศึกษา	106 (27.7)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	137 (35.9)
อาชีพ	
รับจ้าง	77 (20.2)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	83 (21.7)
นักเรียน/นักศึกษา	55 (14.4)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	79 (20.7)
รายได้ต่อเดือน (บาท): median (IQR)	10000 (7245-20000)
การรับรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ ในครอบครัว	
ดีและอบอุ่น	220 (57.6)
ไม่ดีและมีความขัดแย้ง	69 (18.1)
โรคประจำตัวทางกาย	
ไม่มี	233 (61.0)
มี	114 (29.8)
ประวัติการใช้สารเสพติด	
ไม่มี	337 (88.2)
มี	33 (8.6)

Patient Health Questionnaire: PHQ-9

PHQ-9 score	จำนวน (ร้อยละ)
<9	134 (35.1)
>9	245 (64.1)

ตารางที่ 2 ความรู้และทัศนคติต่อภาวะซึมเศร้า (N=382)

ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า	จำนวน (ร้อยละ)		
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
พันธุกรรมเป็นหนึ่งในปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า	125 (33.4)	137 (36.6)	112 (29.9)
ความไม่สมดุลของสารเคมีในสมองเป็นหนึ่งในสาเหตุของโรคซึมเศร้า	284 (76.5)	19 (5.1)	68 (18.3)
การขาดการสนับสนุนทางสังคมมีส่วนทำให้เกิดโรคซึมเศร้า	241 (65.1)	58 (15.7)	71 (19.2)
ปัญหาความสัมพันธ์เป็นหนึ่งในสาเหตุที่ส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้า	327 (88.4)	16 (4.3)	27 (7.3)
การดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ส่งผลทำให้เกิดโรคซึมเศร้า	149 (40.1)	94 (25.3)	129 (34.7)
บาดแผลในใจในวัยเด็กหรือความทรงจำที่เลวร้ายในอดีตอาจนำไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้า	313 (83.7)	26 (7)	35 (9.4)
ปัญหาทางการเงินมีส่วนทำให้เกิดโรคซึมเศร้า	284 (75.5)	36 (9.6)	56 (14.9)

ชนิดของยาต้านเศร้าที่ผู้ป่วยได้รับ (N=382)

ชนิดของยาต้านเศร้า	จำนวน (ร้อยละ)
กินยากลุ่ม TCAs ร้อยละคิดจากคนที่ได้รับยากลุ่ม TCAs 30 ราย	30 (7.85)
กินยากลุ่ม SSRIs ร้อยละคิดจากคนที่ได้รับยากลุ่ม SSRIs 248 ราย	248 (64.92)
กลุ่มอื่นๆ ร้อยละคิดจากคนที่ได้รับยากลุ่มอื่นๆ 104 ราย	104 (27.23)

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ถูกต้องต่อโรคซึมเศร้า จากการตอบแบบสอบถามเน้นการประเมินการรับรู้ต่อสาเหตุของโรคซึมเศร้าเป็นหลัก การให้คะแนน คือ ข้อ 1-6 ตอบเห็นด้วย และข้อ 7-9 ตอบไม่เห็นด้วย โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ตอบเห็นด้วยในข้อ 1-6 ร้อยละ 33.41- 88.4 และตอบไม่เห็นด้วยในข้อ 7-9 ร้อยละ 9.6-60.3 สรุปภาพรวมแล้วผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ที่ถูกต้องต่อโรคซึมเศร้าคิดเฉลี่ยร้อยละ 55.95

กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเชิงบวกต่อโรคซึมเศร้า จากการตอบแบบสอบถามในส่วนนี้ให้คะแนนในคำตอบ คือไม่เห็นด้วยทุกข้อ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างตอบได้ถูกต้องคือไม่เห็นด้วย 4 หัวข้อ คิดเป็นร้อยละ 61.5-84.2 แต่ยังมีทัศนคติเชิงลบในหัวข้อบุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้าเป็นคนที่คาดเดาไม่ได้และอาจเกิดอันตรายได้ ซึ่งตอบเห็นด้วยถึง ร้อยละ 42.5, บุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีอารมณ์เสีย เห็นด้วยถึงร้อยละ 54.9, บุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้าเศร้ามีความเมตตา กรุณา เห็นด้วยถึงร้อยละ 47.7 ซึ่งเป็นคำตอบที่ไม่ถูก การให้คะแนนคือตอบไม่เห็นด้วยทุกข้อแต่เมื่อนำมาวิเคราะห์แล้วกลุ่มตัวอย่างตอบได้ถูกต้องมีทัศนคติเชิงบวกเฉลี่ยร้อยละ 52.8 เมื่อนำข้อมูลทางสถิติมาหาค่าความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test จะเห็นได้ว่าคะแนนความรู้และคะแนนทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.183 และ 0.590 ตามลำดับ) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความรู้และทัศนคติต่อภาวะซึมเศร้า (N=382) (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า	จำนวน (ร้อยละ)		
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
โรคซึมเศร้าเกิดจากเหตุผลเหนือธรรมชาติและจิตวิญญาณ	82 (22)	173 (46.5)	117 (31.5)
การทำไสยศาสตร์ใส่คนๆ หนึ่งอาจส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้าได้	37 (10.1)	220 (60.3)	108 (29.6)
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า			
บุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้าจัดเป็นคนบ้า	19 (5.1)	314 (84.2)	40 (10.7)
บุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้าจัดเป็นคนอันตราย	34 (9.1)	275 (73.5)	65 (17.4)
บุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้าไม่นับเป็นมิตร	19 (5.2)	309 (84.2)	39 (10.6)
บุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้าเป็นคนที่คาดเดาไม่ได้และอาจเกิดอันตรายได้	158 (42.5)	120 (32.3)	94 (25.3)
บุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีอารมณ์เสีย	207 (54.9)	80 (21.2)	90 (23.9)
บุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้าเศร้ามีความเมตตา กรุณา	176 (47.7)	47 (12.7)	146 (39.6)
บุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้ามีความคิดที่ก่อความวุ่น/แสบ ดังนั้นจึงควรหลีกเลี่ยง	78 (20.9)	230 (61.5)	66 (17.6)
ความรู้และทัศนคติ กับภาวะซึมเศร้า (N=382)			
คะแนนรวม	จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	PHQ-9 < 9 (N=134)	PHQ-9 > 9 (N=245)	
Good knowledge : (min-max)	0-8	0-9	0.18
median (IQR)	5 (4, 6)	5 (4, 6)	
Positive attitude : (min-max)	0-7	0-7	0.59
median (IQR)	4 (3, 5)	4 (3, 5)	

IQR: interquartile range; p-value โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

จากตารางที่ 2 คะแนนความรู้และคะแนนทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.183 และ 0.590 ตามลำดับ)

การสร้างสัมพันธภาพที่ดี ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย (PDRQ-9) มีความสัมพันธ์ที่ดีถึง 308 ราย (ร้อยละ 80.6) ปานกลาง 68 ราย (ร้อยละ 17.8) มีการสื่อสารที่ดีจากบุคลากรทางสุขภาพ และจากการสร้างความไว้วางใจของบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีต่อบุคลากรทางสุขภาพและเกิดความมั่นใจในตัวบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ดีเกี่ยวกับโรค และพร้อมที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษา และเกิดความตระหนักถึงผลดีของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง อันนำไปสู่ความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจำนวน 365 ราย (ร้อยละ 95.5) มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (MAST)

การตีตราหรือตราบาปจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อสังคมมีทัศนคติในทางลบต่อบุคคลอย่างสม่ำเสมอ และรุนแรง เมื่อบุคคลรับรู้ต่อการถูกตีตราจะทำให้เกิดความตึงเครียด (Tension) รู้สึกว่าตนไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม บุคคลต้องดิ้นรนต่อสู้กับทัศนคติที่ไม่ดีและลดคุณค่าของตนเองลง ลดความสามารถในการปรับตัว

ต่อความเจ็บป่วย ไม่เปิดเผยความเจ็บป่วยของตนทำให้ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลเสียต่อการหายและการฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่หากได้รับการสนับสนุนและทัศนคติเชิงบวกจากสังคม ร่วมกับผู้ป่วยได้รับการพัฒนาความสามารถในการจัดการกับตราบาปที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ทางลบของสังคมอย่างเหมาะสมและปฏิบัติตนได้สอดคล้องกับลักษณะการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคน ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมายโดยผ่านกระบวนการคิดตัดสินใจด้วยตนเองภายใต้ข้อมูลที่ถูกต้อง จากผลวิจัยพบการถูกตีตราของผู้ป่วยในระดับน้อย ร้อยละ 67 และไม่มีเลย ร้อยละ 22.3 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยังมีการรับรู้ทัศนคติเชิงลบจากสังคม แต่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ร้อยละ 66 จากเพื่อน ร้อยละ 50.8 และอื่นๆ ร้อยละ 59.2 ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพัฒนาความสามารถในการจัดการกับตราบาปที่เกิดขึ้นในเชิงลบ

ตารางที่ 3 การถูกตีตราของผู้ป่วยและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบหลายมิติของไทย (rMSPSS) (N=382)

ระดับการถูกตีตรา	จำนวน (ร้อยละ)
ไม่มี	85 (22.3)
มีน้อย	256 (67.0)
มีปานกลาง	36 (9.4)
มีสูง	3 (0.8)
ไม่ตอบ	2 (0.5)

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบหลายมิติของไทย (rMSPSS) (N=382)	จำนวน (ร้อยละ)			
ระดับย่อย	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	ไม่ตอบ
ครอบครัว	23 (6.0)	103 (27.0)	252 (66.0)	4 (1.0)
เพื่อน	38 (9.9)	146 (38.2)	194 (50.8)	4 (1.0)
อื่นๆ	27 (7.1)	125 (32.7)	226 (59.2)	4 (1.0)

จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ อาชีพ การรับรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว และระดับการถูกตีตรา (p -value <0.001, 0.008, <0.001, และ 0.003 ตามลำดับ) (ตารางที่ 4) จากการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า หากอายุเพิ่มขึ้น โอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้าลดลง (95%CI=0.94,0.98) และผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มนักเรียน/นักศึกษา 5.93 เท่า (95%CI=1.90,18.51) ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่มีโอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดีและอบอุ่น 6.92 เท่า (95%CI=2.89,16.58) และผู้ป่วยที่มีการถูกตีตราในระดับน้อย และระดับปานกลาง-สูงโอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีการถูกตีตรา 2.72 เท่า (95%CI=1.48,4.97) และ 3.37 เท่า (95%CI=1.11,10.18) ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของกลุ่มตัวอย่าง กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย (Bivariate analysis หรือ Univariate analysis)

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง	คะแนน PHQ-9 (ร้อยละ)		Chi-square
	<9 (n=134)	>9 (n=245)	p-value
เพศ			0.009
ชาย	31 (23.3)	30 (12.3)	
หญิง	102 (76.7)	214 (87.7)	
อายุ(ปี) : median (IQR)	48 (33,58)	34 (23,46)	<0.001 ^a
สถานะภาพ			0.004
โสด	44 (33.3)	123 (51.2)	
สมรส	58 (43.9)	76 (31.7)	
หม้าย/หย่า/แยก/ร้าง	30 (22.7)	41 (17.1)	
ศาสนา			0.964
พุทธ	92 (68.7)	165 (67.3)	
อิสลาม	27 (20.1)	52 (21.2)	
คริสต์/อื่นๆ	15 (11.2)	28 (11.4)	
ระดับการศึกษา			0.424
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	34 (25.6)	49 (20.1)	
มัธยมศึกษา	31 (23.3)	74 (30.3)	
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	18 (13.5)	34 (13.9)	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	50 (37.6)	87 (35.7)	
อาชีพ			0.002
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/พนักงานบริษัทเอกชน	26 (19.4)	31 (12.7)	
รับจ้าง	25 (18.7)	51 (20.8)	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	31 (23.1)	51 (20.8)	
เกษตรกรรม/อื่นๆ	19 (14.2)	12 (4.9)	
นักเรียน/นักศึกษา	14 (10.4)	41 (16.7)	

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของกลุ่มตัวอย่าง กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย (Bivariate analysis หรือ Univariate analysis) (ต่อ)

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง	คะแนน PHQ-9 (ร้อยละ)		Chi-square <i>p</i> -value
	<9 (n=134)	>9 (n=245)	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	19 (14.2)	59 (24.1)	
การรับรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว			
ดีและอบอุ่น	112 (84.8)	107 (44.8)	<0.001
ไม่ดีและมีความขัดแย้ง	7 (5.3)	61 (25.5)	
เฉยๆ/อื่นๆ	13 (9.8)	71 (29.7)	
โรคประจำตัวทางกาย			
ไม่มี	71 (53)	160 (65.3)	0.057
มี	47 (35.1)	66 (26.9)	
ไม่ตอบ	16 (11.9)	19 (7.8)	
ประวัติการใช้สารเสพติด			
ไม่มี	120 (93)	214 (89.9)	0.422
มี	9 (7)	24 (10.1)	
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา			
สม่ำเสมอ	132 (99.2)	230 (96.6)	0.166b
ไม่สม่ำเสมอ	1 (0.8)	8 (3.4)	
ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย			
ไม่ดี-ปานกลาง	18 (13.5)	54 (22.1)	0.058
ดี	115 (86.5)	190 (77.9)	
ระดับการถูกตีตรา			
ไม่มี	46 (34.6)	36 (14.8)	<0.001
มีน้อย	81 (60.9)	175 (71.7)	
มีปานกลาง-สูง	6 (4.5)	33 (13.5)	
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม			
ครอบครัว			<0.001
ต่ำ	5 (3.8)	18 (7.4)	
ปานกลาง	22 (16.7)	81 (33.2)	
สูง	105 (79.5)	145 (59.4)	<0.001
เพื่อน			
ต่ำ	10 (7.6)	28 (11.5)	
ปานกลาง	36 (27.3)	110 (45.1)	<0.001
สูง	86 (65.2)	106 (43.4)	

หมายเหตุ: a=*p*-value จาก Mann-Whitney U test, b=*p*-value จาก Fisher's exact test

ตารางที่ 4 แสดงผลวิเคราะห์ Bivariate analysis หรือ Univariate analysis จากนั้น เลือกตัวแปรที่มีค่า *p*-value <0.2 เข้าร่วมในการวิเคราะห์หลายตัวแปร (Multivariate analysis) โดยใช้สถิติ Logistic Regression Analysis

วิจารณ์

ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและทัศนคติที่มีต่อโรคซึมเศร้าจากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ถูกต้องต่อโรคซึมเศร้า และมีทัศนคติเชิงบวกต่อโรคซึมเศร้า เมื่อนำข้อมูลทางสถิติมาหาค่าความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test จะเห็นได้ว่า คะแนนความรู้และคะแนนทัศนคติ มีความ

สัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*-value =0.183 และ 0.590 ตามลำดับ) นั่นคือ เมื่อมีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น จะทำให้มีทัศนคติเชิงบวกต่อโรคซึมเศร้านั้น ซึ่งเป็นความรู้สึในด้านอาการ และด้านสังคม มีความเข้าใจ ความเชื่อต่อการเจ็บป่วยทางจิตใจ และแนวทางในการรักษา ซึ่งชักนำไป ผู้ป่วยตระหนักถึงภาวะการเจ็บป่วย การจัดการกับ

ความเจ็บป่วย และป้องกันสาเหตุก่อนที่จะเกิดการเจ็บป่วยขึ้น อาจจะเป็นตัวแปรสำคัญที่ชักนำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา อย่างเหมาะสม ปฏิบัติตนตามแบบแผนการรักษา สอดคล้องกับ แนวคิดและทฤษฎีความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรม (KAP) ทฤษฎีนี้ เป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับตัวแปร 3 ตัวแปร คือ ความรู้ (Knowledge) ทศนคติ (Attitude) และการยอมรับปฏิบัติ (Practice) เป็นแนวคิดที่อธิบายเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการให้ ความรู้ผู้รับสาร เพื่อเปลี่ยนแปลงทัศนคติอันนำไปสู่พฤติกรรม หรือการปฏิบัติในที่สุด ซึ่งมีหลักการว่า การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ขึ้นอยู่ กับความรู้ ถ้ามีความรู้ ความเข้าใจดี ทัศนคติก็จะเปลี่ยนแปลง และเมื่อทัศนคติเปลี่ยนแปลงแล้ว ก็จะมีการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าที่ ถูกต้องก็จะส่งผลให้มีทัศนคติในเชิงบวก ตระหนักและให้ความสำคัญ เห็นใจ แนะนำ ช่วยเหลือ และการอยู่ร่วมกันได้ในสังคม

ทัศนคติด้านลบของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แม้จะมีความรู้เกี่ยวกับ โรคในด้านอาการของโรคแต่ยังเข้าใจว่าเป็นบุคคลที่ไม่สามารถ คาดเดาอาการเจ็บป่วยได้ และอาจเกิดอันตรายได้ อารมณ์เสีย ได้ง่าย ซึ่งเป็นทัศนคติในแง่ลบของความรู้สึกเป็นตราบาป ส่วนบุคคลของผู้ป่วย (Personal stigma) คือ ความคิดหรือ ความเชื่อต่อโรคซึมเศร้าของบุคคลนั้นๆ เป็นความรู้สึก ความเชื่อ ส่วนบุคคลที่มีต่อสังคมทำให้เกิดทัศนคติในแง่ลบต่อความรู้สึก ของตัวเอง โดยมีปัจจัยเกี่ยวข้องได้แก่ เพศหญิง อายุ น้อย ระดับ การศึกษาที่น้อย พบว่า ประชากรเพศหญิงร้อยละ 87.7 (p -value= 0.009) และอายุน้อย มีแนวโน้มที่จะมีความเข้าใจ ตัวโรคในด้านบวกมากกว่า โดยความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้านั้น สัมพันธ์กับความเชื่อที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการรักษาด้วยการใช้ยา เท่านั้น¹¹ ซึ่งผลการวิจัยตรงกับงานวิจัยก่อนหน้านี้คือ เมื่อผู้ป่วย มีความรู้เกี่ยวกับโรคมามากขึ้น มีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับการ รักษาก็จะให้ความร่วมมือในการรักษาและการรับประทานยา จากงานวิจัยเห็นได้ชัดว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้และ ทัศนคติต่อโรคซึมเศร้าที่ดีและถูกต้อง ส่งผลให้มีความ สม่่าเสมอในการรับประทานยาและการรักษา

มีความตั้งใจในการปฏิบัติตัว การดูแลตัวเองให้ความร่วมมือ ตามคำแนะนำของแพทย์และผู้ดูแล มุมมองเชิงลบต่อความรู้ เรื่องโรคซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่ใช้ยาในผู้ป่วย โรคซึมเศร้า⁴ ดังนั้นการให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า จึงมีความสำคัญต้องให้การสนับสนุนการให้ความรู้ที่ดี การส่งเสริมทัศนคติเชิงบวก การบรรเทาความรู้สึกอับอายของ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้านรุนแรง การเสริมสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของ การส่งเสริมกลยุทธ์การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ตลอดจน การเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมเพื่อบรรเทาความทุกข์ทางจิตใจ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่มิประโยชน์¹⁰ ต่อการเผชิญกับความรู้สึก เป็นตราบาป การศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทัศนคติ

ต่อโรคซึมเศร้าในทางบวก ส่วนทัศนคติแง่ลบของความรู้สึกเป็น ตราบาปส่วนบุคคลของผู้ป่วย (Personal stigma) จากการ ถูกตีตราจากสังคมอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 67 รองลงมาคือ ไม่มีเลย ร้อยละ 22.3 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการ สนับสนุนทางสังคม ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวร้อยละ 66 รองลงมาคือเพื่อนร้อยละ 50.8 (p -value= <0.001) ทำให้ การเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาปของผู้ป่วยมีการพัฒนา พฤติกรรมการจัดการกับตราบาปส่วนบุคคลได้ ส่งเสริมให้ผู้ป่วย โรคซึมเศร้ามี่ทัศนคติเชิงบวกกับการรักษา มีความสม่่าเสมอใน การรับประทานยา พบร้อยละ 96.6 (p -value=0.166) จากงาน วิจัยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมอีกด้านหนึ่งคือการสร้าง สัมพันธภาพที่ดีของผู้ป่วยและแพทย์ซึ่งพบว่าร้อยละ 77.9 (p -value=0.058) มีสัมพันธภาพที่ดี และการสร้างสัมพันธภาพ ที่ดีเริ่มจากการสื่อสารที่ดีจากบุคลากรทางสุขภาพ และสร้างความ ไว้วางใจของผู้ป่วยต่อบุคลากรทางสุขภาพ ให้เกิดความมั่นใจ ในตัวบุคลากรทางสุขภาพ พร้อมทั้งจะปฏิบัติตามแผนการรักษา อันนำไปสู่ความสม่่าเสมอในการรับประทานยา (MAST) ซึ่งมีความ สำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ดีเกี่ยวกับโรคและ เกิดความตระหนักถึงผลดีของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อบุคลากรรอบข้างโดยแสดงออกทาง พฤติกรรมที่ดีต่อผู้อื่นและตัวเองด้วยความตั้งใจและมีทัศนคติ ที่ดีต่อโรคซึมเศร้าและความร่วมมือในการรับประทานยา

สรุป

ในการศึกษานี้ เป็นการศึกษาความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับ โรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสงขลา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือใน การรับประทานยาอย่างสม่่าเสมอ ผู้ป่วยโรคซึมเศร่ารับรู้ว่าตนเอง เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค รับรู้ความ จำเป็น ประสิทธิภาพ และสิ่งที่เป็อุปสรรคในการรักษาด้วยยา มีแนวโน้มมีความร่วมมือในการรับประทานยาสูง สอดคล้อง กับการศึกษา ที่ผ่านมาที่พบว่า การรับรู้ถึงความจำเป็นในการ รับประทานยาอย่างต่อเนื่องจะทำให้อาการซึมเศร้าที่เป็น อยู่ดีขึ้น¹⁹ การรับรู้ถึงประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาโดย การรับประทานยาตามแผนการรักษา จะทำให้อาการซึมเศร้า ดีขึ้น ทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งการศึกษา ครั้งนี้ ผู้ป่วยมีความรู้และทัศนคติในเชิงบวกต่อโรคซึมเศร่าส่งผล ให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการรักษาและให้ความร่วมมือในการ รับประทานยาอย่างสม่่าเสมอในผู้ป่วยโรคซึมเศร่าอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ และนำข้อมูลวิจัยนี้ทำการศึกษาต่อในเรื่องผลของ การรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร่าที่รับประทานยาสม่่าเสมอว่า ผู้ป่วยหลังทานยาอาการดีขึ้นหรือไม่ คะแนนประเมินโรคซึมเศร่า (Patient Health Questionnaire: PHQ-9) ลดลงหรือไม่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
โรงพยาบาลสงขลา ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัย รวมทั้ง
เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บ
ข้อมูล ทำให้การวิจัยนี้สำเร็จได้ดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. Mckeever A, Agius M, Mohr P. A review of the epidemiology of major depressive disorder of its consequences for society and the individual. *Psychiatria Danubina*. 2017;29(3):222-31
2. World Health Organization. Creating awareness on prevention and control of depression [Internet]. Geneva: World Health Organization; [cited 2021 Nov 30]. Available from: <https://www.who.int/thailand/activities/creating-awareness-on-prevention-and-control-of-depression>
3. Dattani S, Ritchie H, Roser M. Mental Health. Our World Data [Internet]. 2021 Aug 20 [cited 2021 Nov 30]; Available from: <https://ourworldindata.org/mental-health>
4. Qassim S, Boura F, Al-hariri Y. Public knowledge and attitude toward depression and schizophrenia: finding from quantitative study in UAE. *Asian J Pharm Clin Res*. 2018;11(7):402.
5. Robert B, Marcia v, Pedro R. editors. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. 12th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
6. Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, Tourjman SV, Bhat V, Blier P, et al. Canadian network for mood and anxiety treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 3. pharmacological treatments. *Can J Psychiatry*. 2016;61(9):540–60.
7. Marasine NR, Sankhi S. Factors associated with antidepressant medication non-adherence. *Turk J Pharm Sci*. 2021;18(2):242–9.
8. Ho SC, Chong HY, Chaiyakunapruk N, Tangiisuran B, Jacob SA. Clinical and economic impact of non-adherence to antidepressants in major depressive disorder: a systematic review. *J Affect Disord*. 2016; 193:1–10.
9. Tangjitboonsanga N, Charnsil C. Attitude toward depression in Thai Population. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2020(65):75–88.
10. Pianchob S, Sangon S, Sitthimongkol Y, Williams RA, Orathai P. A causal model of psychological distress of Thai family caregivers of people with major depressive disorder. *Pac Rim Int J Nurs Res*. 2014;18(3):173–86.
11. 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.
12. Jacob SA, Hassali MAA, Ab Rahman AF. Attitudes and beliefs of patients with chronic depression toward antidepressants and depression. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015;11:1339–47.
13. Bambauer KZ, Adams AS, Zhang F, Minkoff N, Grande A, Weisblatt R, et al. Physician alerts to increase antidepressant adherence: fax or fiction? *Arch Intern Med*. 2006;166(5):498.
14. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*. 2008;8(1):46.
15. Suchitra W, Pompat H, Chanudda N. Factors related to perceived stigma among patients with schizophrenia. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*. 2014;9(3):98–104.
16. Arafat SMY. Psychometric validation of the Bangla Version of the Patient-Doctor Relationship Questionnaire. *Psychiatry J*. 2016;2016:1–4.
17. Alomran AM, Almubarak DA, Alrashed BA, Khan AS. Psychological insulin resistance among type 2 diabetic patients attending primary healthcare centers, Al-Ahsa, Saudi Arabia. *J Fam Community Med*. 2020;27(3):192–9.
18. Wongpakaran N, Wongpakaran T. A revised Thai Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support. *Span J Psychol*. 2012 Nov;15(3):1503–9.
19. Suemram P, Wattanapailin A, Yuttatit P, Vongsirimas N. Correlation between beliefs about depression, social support, medical co-morbidity and drug adherence behavior in elderly with major depressive disorder. *The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*. 2016;22(1):108–20. (in Thai)