

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการใช้ยา
ตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า*

THE EFFECT OF GROUP SOCIAL SUPPORT PROGRAM
ON MEDICATION ADHERENCE OF ELDERLY PATIENTS
WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

พิสิฐ รุ่งโรจน์วัฒนศิริ, พย.ป. (Pisit Rungrojwatanasiri, BNS., R.N)**

รังสิมันต์ สุนทรไชยา, พย.ด. (Rangsiman Soonthornchaiya, Ph.D., R.N)***

รัชนีกร อุปเสน, พย.ด. (Ratchaneekorn Upasen, Ph.D., R.N)****

Abstract

Objective: The purpose of this quasi experimental research was to examine medication adherence of elderly patients with depression age over 60-year-old who received group social support.

Methods: The sample included forty elderly patients who were diagnosed with depressive disorder at the outpatient department. The samples were matched pair and randomly assigned into the experimental and the control group, 20 in each group. Social support program developed based on the concept of social support postulated by House (1981) which have 4 components: 1) Emotional Support, 2) Appraisal Support, 3) Information Support, and 4) Instrumental Support using the group process of Marram (1978). The research instruments were 1) Demographic questionnaire, 2) MMSE-

Thai 2002, 3) Medication Adherence Rating Scale and 4) Social Support Assessment. The descriptive statistics and t-test were used for data analysis.

Results: Major findings were as follows:

1. The medication adherence score of elderly patients with depression after receiving group social support was significantly higher than before receiving the program. ($p < .05$)

2. The medication adherence score of elderly patients with depression who received group social support was significantly higher than those who received the regular nursing care. ($p < .05$)

Keywords: Elderly patient, Major depressive disorder, Medication adherence, Social support

*วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**พยาบาลวิชาชีพ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

***Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, E-mail: rangsiman.s@chula.ac.th

**** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอายุ 60 ปีขึ้นไป แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 40 คน ได้รับการจับคู่แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน ผู้วิจัยพัฒนาเนื้อหาการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) โดยมีองค์ประกอบ 4 ด้านได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากรในการพัฒนาเนื้อหา/สาระของแต่ละกิจกรรมและกระบวนการดำเนินกลุ่มของ Marram (1978) เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย 3) แบบประเมินพฤติกรรมารับประทานยาและ 4) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติที่

ผลการศึกษา: ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. หลังการทดลองพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ผู้ป่วยสูงอายุ โรคซึมเศร้า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การสนับสนุนทางสังคม

ความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าปี พ.ศ. 2563 โรคจิตเวชโดยเฉพาะโรคซึมเศร้า (Unipolar major depression) จะมีอัตราการเจ็บป่วยมากเป็นอันดับที่ 2 รองจากโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน (Ischemic heart disease) และคาดว่าจะมีคนที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตมากถึงร้อยละ 10 ของประชากรโลก (World Health Organization, 2002) ในปี ค.ศ. 2000 ได้มีการศึกษาถึงภาระโรค (Global burden of disease) ในผู้ป่วยซึมเศร้าพบว่าสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) 4.4% หรือ 65 ล้านปี (Chisholam et al., 2004) และจากการสำรวจของ The National Institutes of Mental Health Epidemiologic Catchment Area (ECA) และ The National Comorbidity Surveys (NCS) พบว่าผู้สูงอายุมีอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 8–20 (Licinio & Wong, 2005)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามักมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา คิดเป็นร้อยละ 40 ถึง 75 (Pampallona et al., 2005) และจากการศึกษาพบว่าการรักษาด้วยยาต้านเศร้าภายใน 1 เดือนแรกพบว่าผู้สูงอายุดังกล่าว มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาร้อยละ 20 ถึงร้อยละ 80 (Katon et al., 1995) จากการทบทวนปัญหาในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยสูงอายุติดตามการรักษาไม่ครบ 6 เดือน ร้อยละ 54.7 โดยขาดการรักษาตั้งแต่ครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 17 จึงมีผลให้ยังมีอาการซึมเศร้า

ต่อเนื่องร้อยละ 11.3 และพบอาการข้างเคียงของการใช้ยาต้านเศร้าร้อยละ 33.3 เช่น อาการปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก เป็นต้น (สุทธิพร เชนฉนวนสิน, 2005) และพบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ได้แก่ การไม่มาตามนัดพบแพทย์ การไม่รับประทานยาตามที่แพทย์แนะนำ มีการหยุดยาเอง เพิ่มหรือลดยาเอง จากงานวิจัยของ Bosworth et al., (2008) ที่ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาเป็นไปตามเกณฑ์การรักษา ในระยะเวลา 12 เดือน พบว่ามีผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าเกือบร้อยละ 28 มีพฤติกรรมการใช้ยาต้านเศร้าไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง (Haringsma et al., 2006) และมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น ทำให้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงสุดอยู่ที่ 40-75 รายต่อ 100,000 คน เมื่อเทียบกับอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรทั้งหมด 115 คน ต่อ 100,000 คน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2552)

ปัจจัยสำคัญของการมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า คือการขาดการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะการขาดการสนับสนุนด้านทรัพยากร และการขาดการสนับสนุนด้านการประเมินค่า กล่าวคือผู้ป่วยไม่ได้รับความใส่ใจจากญาติในการสนับสนุนด้านต่างๆ และส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการใช้ยาเป็นไปตามเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าสูงอายุ (Voilset al., 2005) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Zivin and Kales (2008) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการใช้ยาต้านเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่คู่สมรสเสียชีวิต หรือไม่มีญาติให้การสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นส่วนสำคัญจะมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมของ Higgins & Regan (2004) และ Banning (2009) ที่ศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในเรื่องของโปรแกรมที่ใช้ในการเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้สูงอายุ พบว่าการศึกษาล้วนส่วนใหญ่เรื่องการมุ่งเน้นที่การจัดการในการปรับความคิดและสุขภาพจิตศึกษา (Banning, 2009; Higgins & Regan, 2004) แต่อย่างไรก็ตามยังไม่สามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาการอีกทั้งยังขาดกรอบแนวคิดที่มาใช้ในโปรแกรม ซึ่งแสดงถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับความคิดและสุขภาพจิตศึกษา ยังเป็นที่ไม่แน่ชัด จึงเป็นช่องว่างของความรู้ในการพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และถ้าปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์รักษายังคงอยู่จะทำให้ผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง (Haringsma et al., 2006) จนอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด (Licinio & Wong, 2005) ดังนั้นการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจึงมุ่งที่การป้องกันการฆ่าตัวตายด้วยการปรับความคิดของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า อีกทั้งยังเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคม

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (medication adherence) หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาต้านเศร้าที่ถูกต้องตามแผนการรักษา ได้แก่ การรับประทานยาต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง ไม่หยุดเพิ่มหรือลดจำนวนยาด้วยตนเองมารับการรักษาต่อเนื่องตามคำแนะนำ โดยปัจจัย 2 ด้าน คือ **ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย** ได้แก่ 1. อายุ เพศ สถานภาพสมรส และสถานภาพทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการรับประทานยา โดยเพศหญิงจะมี

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าเพศชาย (Sirey, Weinberger, Greenfield, & Bruce, 2001; Zivin & Kales, 2008) 2. ลักษณะความเจ็บป่วย ที่เรื้อรังจะมีสัมพันธ์ความพฤติกรรมกรับประทานยา การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายท้อแท้กับการรักษา (Haynes et al., 2008) 3. การรับรู้ ทักษะคิด ความคิดและความเชื่อ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและพฤติกรรมกรในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า นั้นพบว่าทัศนคติต่อการรักษาด้วยยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า (Jansen, 2010) 4. ความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคและการรักษาด้วยยา จากการศึกษาของ Demyttenaere (2008) ที่พบว่าร้อยละ 55 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหยุดรับประทานเมื่ออาการดีขึ้นแล้ว (Demyttenaere et al., 2008) 5. การสนับสนุนทางสังคมจากการศึกษาของ Voils et al. (2005) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์และค่าใช้จ่ายในการรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และการที่ครอบครัวไม่ให้ความสนใจการรักษาโรคซึมเศร้า ไม่สนับสนุนทางด้านทรัพย์และด้านอารมณ์ จะทำให้พฤติกรรมกรการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา **ปัจจัยด้านการรักษา** ประกอบด้วย 1. ปัจจัยด้านผู้รักษา (provider-related factors) พบว่าร้อยละ 92 ของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มาติดตามการรักษาครบ 3 เดือนแรกของการรักษานั้นให้เหตุผลว่ายอมรับและพึงพอใจกับการรักษาและเวลาที่แพทย์ใช้ในการให้คำแนะนำ 2. ปัจจัยด้านแผนการรักษา (medication-related factors) พบว่าผลอันไม่พึงประสงค์จากการ

รับประทานยาเช่นอาการมึนงง ง่วงนอนในช่วงกลางวัน มีผลต่อพฤติกรรมในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า (Zivin & Kales, 2008)

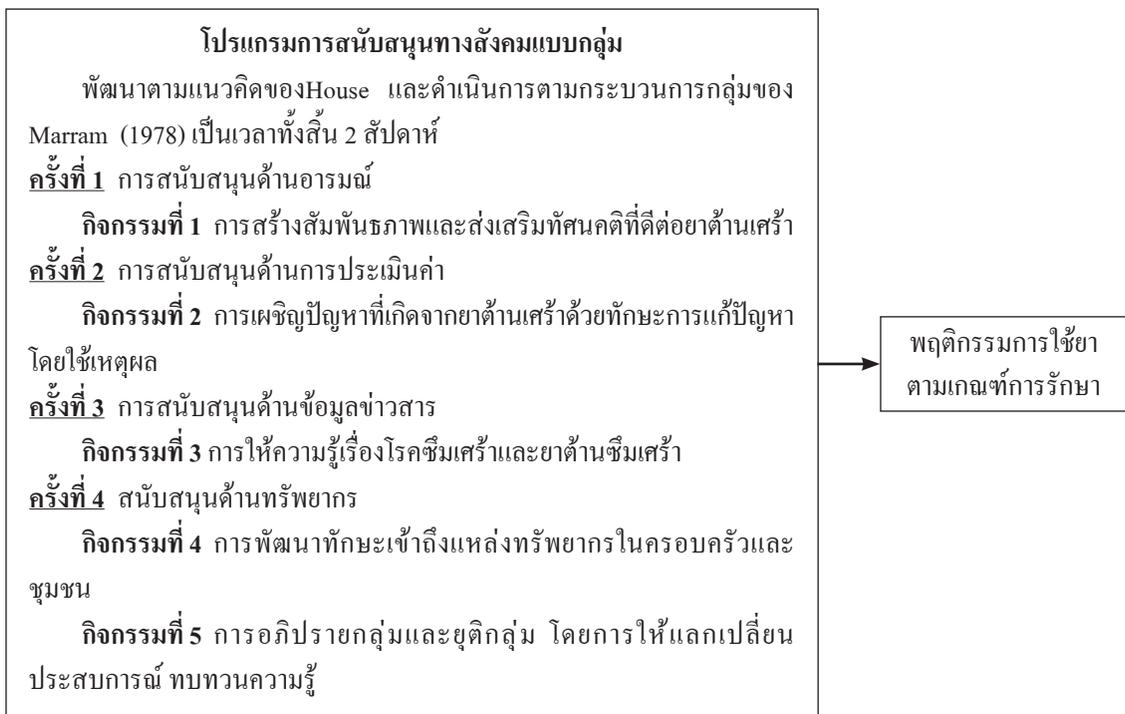
การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) กล่าวถึงการเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้านได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional Support) 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) (House, 1981) ซึ่งตรงกับปัจจัยของพฤติกรรมกรการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ดังนั้นการเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมโดยการให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามีส่วนร่วมจึงช่วยเพิ่มปัจจัยดังกล่าว (Bosworth et al., 2008) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chong, Aslani & Chen (2011) ที่ศึกษาบทบาทงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรการใช้ยาด้านเศร้า พบว่าการมุ่งเน้นการสนับสนุนทางสังคมมีความสำเร็จถึงร้อยละ 40 (Chong et al, 2011) (Chong, Aslani & Chen, 2011)

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง บริการการพยาบาลซึ่งพยาบาลวิชาชีพดำเนินการแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมารับการรักษา ณ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาประกอบด้วย การสอบถามข้อมูล การเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว การให้คำแนะนำรายบุคคลเกี่ยวกับ การส่งต่อ บริการ อาการข้างเคียงจากการใช้ยา และบริการการรับยาเดิม

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชจึงสนใจที่จะนำกลุ่มการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิด House (1981) มาใช้ในการเพิ่มปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมจากผู้ดูแลของผู้ป่วย ชีเมสรี่าสูงอายุ เพื่อช่วยในการส่งเสริมพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และเนื่องจาก

กระบวนการของกลุ่มสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดนี้สอดคล้องกับบทบาทสุขภาพจิตและจิตเวช ขั้นสูง คือ บทบาทในการเป็นผู้เชี่ยวชาญในการพยาบาลโดยตรงเรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรค ชีเมสรี่าให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคชีเมสรี่ากลุ่มหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงกว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคชีเมสรี่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองโดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม

ประชากร

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตเวชอเมริกัน และมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต ในเขตกรุงเทพและปริมณฑล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช และมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ที่มารับบริการในงานผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพะยาเกณฑ์การคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างคือ ไม่มีภาวะสมองเสื่อมโดยประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ได้ 23 คะแนนขึ้นไป ไม่มีปัญหาสุขภาพกายหรือการได้ยิน และมีผู้ดูแล อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด ส่วนเกณฑ์คัดออก คือ มีปัญหาสุขภาพทางกายหรืออาการทางจิตที่เป็นอุปสรรคและถอนตัวจากการวิจัย

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามหลักการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ โดยนำการศึกษาของ Jansen (2010) มาร่วมกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 90% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ขนาดอิทธิพล 0.7 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 14 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มละ 20 คน รวมเป็น 40 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทำโดย

ประสานกับพยาบาลวิชาชีพที่แผนกผู้ป่วยนอกให้คัดเลือกผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 54 คน หลังจากนั้นทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คู่ตามลักษณะที่คล้ายกัน ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย (Haynes et al., 2008) และระดับการศึกษา (Sirey, 2013; Yeh, Sung, Yorker, Sun, & Kuo, 2008) หลังจากนั้นผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่โดยการจับสลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยประยุกต์จากโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของสุณีย์ แสงดาว (2554) โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (social support) ของ House (1981) ในการพัฒนาเนื้อหาและสาระของแต่ละกิจกรรม และใช้กระบวนการดำเนินกลุ่มของ Marram (1978) โปรแกรมนี้แบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะสร้างสัมพันธ์ภาพ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะสิ้นสุดกิจกรรม ในการดำเนินแต่ละกิจกรรมในโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมจำนวน 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 2 สัปดาห์แบ่งเป็นขั้นตอนที่ 4 ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) ประกอบด้วย กิจกรรม 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและระบายความรู้สึกที่มีต่อโรคซึมเศร้าและการรักษา, ขั้นตอนที่ 2 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 2 การเผชิญปัญหาที่เกิดจากยาต้านเศร้า, ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support) ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 3

การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและยาต้านเศร้า และขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะเข้าถึงแหล่งทรัพยากรใน ครอบครัวและชุมชน กิจกรรมที่ 5 การอภิปราย กลุ่มและยุติกกลุ่มโดยให้ผู้ดูแล 1 คน มาร่วมทุก กิจกรรมสร้างขึ้นได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่านซึ่งมีความเห็นตรงกัน 4 ใน 5 ท่าน โดยปรับแก้กิจกรรมให้มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษารายได้ ศาสนา อาชีพ สถานภาพสมรส การมีผู้ดูแล สภาพทางเศรษฐกิจ ประวัติโรคประจำตัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาของ Medication Adherence Rating Scale หรือ MARS ซึ่งสร้างขึ้นโดย Thompson, Kulkarni, & Sergejew (2000) แปลไทย ธนียา วงศ์รุ่งเรือง (2556) มีข้อคำถาม 10 ข้อ โดยให้เลือกตอบว่าใช่ หรือ ไม่ใช่ ถ้าคะแนนรวม > 6 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาเป็นไปตามเกณฑ์การรักษา แต่ถ้าคะแนนรวม ≤ 6 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (cronbach alpha coefficient) การวิจัยครั้งนี้ได้ค่าความเที่ยงของ

เครื่องมือเท่ากับ .8-3 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (Polit & Hunger, 1999)

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่

3.1 แบบการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของจิราพร รักการ (2549) ใช้แนวคิดของ House (1980) เพื่อใช้วัดการเผชิญการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับเนื้อหาที่ใช้ในการจัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าโดยข้อคำถามครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ ดังนี้ การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนทาง การสนับสนุนการยอมรับและเห็นคุณค่า การสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร การวิจัยครั้งนี้ความเที่ยงของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .81 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (Polit & Hunger, 1999) โดยภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าต้องมีคะแนนเฉลี่ยรวมของการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางขึ้นไป

4. เครื่องมือในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

4.1 แบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002 พัฒนาขึ้นโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) มีค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .93

การดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยเตรียมโดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม

การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคม และเป็นผู้สังเกตการณ์และฝึกประสบการณ์การให้คำปรึกษา รายบุคคลและรายกลุ่ม ตามแนวทางการสนับสนุนทางสังคมและการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภายใต้การนิเทศของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN)

2. ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยประเมินประเมินพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุก่อนการทดลอง (pre-test) และจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยในกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและโทรศัพท์ติดตามเพื่อขอความร่วมมือในการประเมินพฤติกรรมกรรมการรับประทานยา (post-test)

3. กลุ่มทดลองให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มดำเนินกิจกรรม 2 ครั้งต่อสัปดาห์ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ให้การบำบัดด้วยโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มทุกครั้ง วัดผลหลังสิ้นสุดการบำบัดด้วยโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ในครั้งที่ 5 ซึ่งผู้วิจัยกำกับการทดลองทันทีโดยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทาง ทั้งนี้เนื่องจากข้อคำถามในแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้านในกิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรม ในโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทุกรายโดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการบอกถึงวัตถุประสงค์ระยะเวลาที่ใช้และตอบคำถามจนเข้าใจ กลุ่มตัวอย่างบอกยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัยจะลงรายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หากมีข้อสงสัยสอบถามผู้วิจัยได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนเพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่รับมีความสมบูรณ์ครบถ้วนและน่าเชื่อถือ แล้วนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบระดับพฤติกรรมกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ในแต่ละกลุ่มโดยใช้สถิติ Paired-test

3. เปรียบเทียบระดับพฤติกรรมกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent-test

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

คือ 1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงกว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .05 และ 2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1-3

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม (n = 40)

| พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา | \bar{X} | S.D. | ระดับ | df | t | p-value |
|--|-----------|------|-------------------------|----|------|---------|
| ก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม | 5.25 | 0.96 | ไม่เป็นตามเกณฑ์การรักษา | 19 | 9.83 | .00 |
| หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม | 7.20 | 0.61 | ตามเกณฑ์การรักษา | | | |

จากตารางที่ 1 พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มอยู่ในระดับไม่ตามเกณฑ์การรักษา ($\bar{X} = 5.25$) ส่วนหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มอยู่ในระดับตามเกณฑ์การรักษา ($\bar{X} = 7.20$) และพบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยา

ตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสูงขึ้น

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

| เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา | คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยา | | | | | |
|---|-----------------------------|------|-------------------------|-------|----|---------|
| | \bar{X} | S.D. | ระดับ | df | t | p-value |
| กลุ่มทดลอง (n=20) | | | | | | |
| ก่อนการทดลอง | 5.25 | 0.96 | ไม่เป็นตามเกณฑ์การรักษา | -9.83 | 19 | .00 |
| หลังการทดลอง | 7.20 | 0.61 | ตามเกณฑ์การรักษา | | | |
| กลุ่มควบคุม (n=20) | | | | | | |
| ก่อนการทดลอง | 5.35 | 0.74 | ไม่เป็นตามเกณฑ์การรักษา | -1.45 | 19 | .163 |
| หลังการทดลอง | 5.55 | 0.75 | ไม่เป็นตามเกณฑ์การรักษา | | | |

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย สูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม คิดเป็น 5.25 และ 7.20 ตามลำดับ และคะแนนเฉลี่ย

ของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ในกลุ่มควบคุมก่อน และหลังได้รับการพยาบาลตามปกติเท่ากับ 5.35 และ 5.55 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุ โรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง กับกลุ่มควบคุมก่อนและหลัง การพยาบาลตามปกติ

| คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา | คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยา | | | | | |
|---|-----------------------------|------|-------------------------|----|--------|---------|
| | \bar{X} | S.D. | ระดับ | df | t | p-value |
| ก่อนการทดลอง (n=20) | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 5.25 | .966 | ไม่เป็นตามเกณฑ์การรักษา | 38 | -0.366 | .716 |
| กลุ่มควบคุม | 5.35 | .745 | ไม่เป็นตามเกณฑ์การรักษา | | | |
| หลังการทดลอง (n=20) | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 7.20 | .615 | ตามเกณฑ์การรักษา | 38 | 7.550 | .00 |
| กลุ่มควบคุม | 5.55 | .759 | ไม่เป็นตามเกณฑ์การรักษา | | | |

จากตารางที่ 3 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุ โรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนที่กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบ กลุ่มและกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาล ตามปกติพบว่ามีคะแนนแตกต่างกันโดยคะแนน เฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการ สนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มของกลุ่มทดลอง

สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า โปรแกรม การสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสามารถเพิ่ม พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าหลัง การทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง เนื่องจาก โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มมีส่วน ช่วยผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง ดัง กิจกรรมที่ได้ดำเนินการดังนี้ 1) กิจกรรม การสร้าง สัมพันธภาพและระบายความรู้สึกที่มีต่อโรค

ซึมเศร้าและการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ได้รับการแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่าให้ความรักความไว้วางใจ ทำให้ผู้ป่วยมีการสร้างปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวมากขึ้นและทำให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สอดคล้องกับงานศึกษาของ Voils et al. (2005) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวน้อย จะทำให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา 2) กิจกรรม การเผชิญปัญหาที่เกิดจากยาต้านเศร้า ที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ในกลุ่มทดลองได้รับการพัฒนา ทักษะเผชิญปัญหาที่เกิดจากยาต้านเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประเมินความสามารถของตนเองในการจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการรับประทานยาต้านเศร้า ลดอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรับประทานยา ทำให้พฤติกรรมการใช้ยาเป็นไปตามเกณฑ์การรักษา (Nemeroff, 2003) 3) กิจกรรม การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและยาต้านเศร้า ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับข้อมูลที่เป็นเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การดำเนินโรค และแนวทางการดูแลรักษาโรคซึมเศร้า ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น มีผลให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Yeh Sung, Sun, & Kuo (2008) พบว่า ความรู้ความเข้าใจในความสำคัญของการรับประทานยา ต่อเนื่องเป็นปัจจัยที่สำคัญในการทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรค 4) กิจกรรมการพัฒนาทักษะเข้าถึงแหล่งทรัพยากร

ในครอบครัวและชุมชน ทรัพยากรที่มีอยู่และที่ได้รับจากครอบครัวและชุมชน (Yeh et al., 2008), หลังจากได้ทำกิจกรรมนี้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า เข้าถึงแหล่งสนับสนุนด้านทรัพยากรได้มากขึ้น มีผลให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Voils, Steffens, Flint, & Bosworth (2005) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในด้านทรัพยากรน้อย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา จะทำให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา 5) กิจกรรมการอภิปรายกลุ่มและยุติกลุ่มนั้น ถือเป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าได้พูดคุยและแบ่งปันประสบการณ์ในการนำความรู้ทั้งหมดซึ่งได้รับจากโปรแกรมไปใช้จริงที่บ้านตลอดช่วงเวลาที่เข้าร่วมโปรแกรม ในครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Yeh et al. (2008) ที่พบว่า การช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม ด้วยการร่วมกันทบทวน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ และทักษะต่างๆ ถือเป็นวิธีการให้ความรู้ โดยใช้เทคนิคกระบวนการกลุ่มที่ช่วยยกระดับ ประคองด้านจิตใจให้แก่สมาชิก ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

2. คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งการที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมครบทั้งสี่ด้านตามแนวคิดของ House (1981) ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจนส่งผลให้มีพฤติกรรมการ

ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Chien & Norman, 2009) และสอดคล้องกับงานวิจัยของอุษา วรรณฉวี (2553) และของ Voils et al. (2005) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา จะทำให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Voils et al., 2005; อุษา วรรณฉวี, 2553) แต่สำหรับในกลุ่มควบคุมนั้น พบว่าในภาพรวมคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ตามเกณฑ์การรักษาเช่นเดิม ไม่พบการเปลี่ยนแปลงใดๆ สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ อาจมีรูปแบบไม่ชัดเจนในการให้คำแนะนำทำให้ได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ หรือไม่ครอบคลุม อีกประการหนึ่งผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าไม่ได้รับการบำบัดจากกิจกรรมส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการรักษาด้วยยาต้านเศร้า การประเมินค่าสถานการณ์ การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยาต้านเศร้า รวมทั้งกิจกรรมอื่นๆ เหมือนกับในกลุ่มทดลอง ทำให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการได้รับการดูแลตามปกติ

จากการออกแบบโปรแกรมให้มีทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองและมีการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนภายนอกที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการทดลองโดยจับคู่เรื่องระดับการศึกษาและระยะเวลาการเจ็บป่วย ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกันส่งผลให้ความแปรปรวนระหว่าง

กลุ่มไม่แตกต่างกัน นอกจากนั้นโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิและผ่านการศึกษานำร่อง และมีเครื่องมือกำกับการทดลอง ทำให้คุณภาพของโปรแกรมนี้มีความน่าเชื่อถือ สามารถควบคุมความตรงภายในได้อย่างแท้จริง รวมทั้งการออกแบบการทดลองให้มีกลุ่มควบคุม เป็นการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมที่ใช้ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนั้นผลของการทดลองนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มนี้สามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรทำการศึกษาการนำโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มไปใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในช่วงไว้อื่น เช่น ผู้ใหญ่ วัยรุ่น เป็นต้น โดยควรคำนึงถึงความเหมาะสมและศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละคน โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนภาษาให้เหมาะสมกับช่วงวัยของบุคคล

2. ควรทำการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาพร้อมกับปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- สมภพ เรื่องตระกูล. (2552). *จิตสังคมบำบัดในโรคทางจิตเวชและโรคทางกาย*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุทธิพร เจณณวาสิน. (2005). การศึกษาการใช้ยาด้านเศร้าของผู้ป่วยนอก ภาควิชาจิตเวช-

- ศาสตราจารย์ โรงพยาบาลศิริราช (A study of Antidepressant Prescription in Major Depressive Disorders). *สารศิริราช*, 57(8), 328-335.
- อุษา วรรณฉวี. (2553). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต่อพฤติกรรมการร่วมมือในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Banning, M. (2009). A review of interventions used to improve adherence to medication in older people. *International Journal of Nursing Studies*, 46(11), 1505-1515.
- Bosworth, H.B., Voils, C. I., Potter, G. G., & Steffens, D. C. (2008). The effects of antidepressant medication adherence as well as psychosocial and clinical factors on depression outcome among older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(2), 129-134. doi:10.1002/gps.1852
- Chien, W.T., & Norman, I. (2009). The effectiveness and active ingredients of mutual support groups for family caregivers of people with psychotic disorders: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46(12), 1604-1623.
- Chisholm, D., et al. 2004. Reducing the global burden of depression. *British Journal of Psychiatry*, 184, 393-403.
- Chong, W. W., Aslani, P., & Chen, T. F. (2011). Effectiveness of interventions to improve antidepressant medication adherence: a systematic review. *International Journal of Clinical Practice*, 65(9), 954-975. doi:10.1111/j.1742-1241.2011.02746.x
- Demyttenaere, K., Adelin, A., Patrick, M., Walther, D., Katrien de, B., & Michele, S. (2008). Six-month compliance with antidepressant medication in the treatment of major depressive disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 23(1), 36-42.
- Haringsma, R., Engels, G. I., Van der Leeden, R., & Spinhoven, P. (2006). Predictors of response to the 'Coping with Depression' course for older adults. A field study. *Aging & Mental Health*, 10(4), 424-434. doi:10.1080/13607860600637752
- Haynes, R. B., Ackloo, E., Sahota, N., McDonald, H. P., & Yao, X. (2008). Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 16(2). doi:10.1002/14651858.CD000011.pub3
- Higgins, N., & Regan, C. (2004). A systematic review of the effectiveness of interventions to help older people adhere to medication regimes. *Age Ageing*, 33(3), 224-229. doi:10.1093/ageing/afh072
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support* (Addison-Wesley series on occupational stress). Boston: Addison-Wesley Educational Publishers Inc.
- Jansen, K. S. E. (2010). *Adherence of elderly*

- patients to antidepressant treatment. Master thesis. LVR-Klinikum Düsseldorf, Department Gerontopsychiatry.
- Katon, W., Von Korff, M., Lin, E., Walker, E., Simon, G. E., Bush, T., Russo, J. (1995). Collaborative management to achieve treatment guidelines. Impact on depression in primary care. *Journal of the American Medical Association*, 273(13), 1026-1031.
- Licinio, J., & Wong, M. L. (2005). Depression, antidepressants and suicidality: a critical appraisal. *Nature Reviews Drug Discovery*, 4(2), 165-171.
- Marram, G. D. (1978). *The group approach in nursing practice* (2nd ed.). Saint Louis: Mosby.
- Nemeroff, C. B. (2003). Improving antidepressant adherence. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(18), 25-30.
- Pampallona, S., Bollini, P., Tibaldi, G., Kupelnick, B., & Munizza, C. (2002). Patient adherence in the treatment of depression. *British Journal of Psychiatry*, 180, 104-109.
- Polit, D. F., & Beck, T. B. (2004). *Nursing research: Principles and methods* (7ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Sirey, J. A., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S., Perlick, D. A., Friedman, S. J., & Meyers, B. S. (2001). Stigma as a barrier to recovery: Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatric Services*, 52(12), 1615-1620.
- Sirey, J. A., Weinberger, M. I., Greenfield, A., & Bruce, M. (2013). Medication Beliefs and Self-Reported Adherence Among Community-Dwelling Older Adults. *Clinical Therapeutics*, 35(2), 153-160.
- Thompson, K., Kulkarni, J., & Sergejew, A.A. (2000). Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophrenia Research*. 42(3),241-247.
- Voils, C. I., Steffens, D. C., Flint, E. P., & Bosworth, H. B. (2005). Social support and locus of control as predictors of adherence to antidepressant medication in an elderly population. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(2), 157-165.
- World Health Organization. (2002). *World Report on Violence and Health* : Geneva, Switzerland.
- Yeh, M. Y., Sung, S. C., Yorker, B. C., Sun, C. C., & Kuo, Y. L. (2008). Predictors of adherence to an antidepressant medication regimen among patients diagnosed with depression in Taiwan. *Issues mental health nursing journal*, 29(7), 701-717.
- Zivin, K., & Kales, H. C. (2008). Adherence to depression treatment in older adults: a narrative review. *drugs aging journal*, 25(7), 559-571.