

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการมีโรค ร่วมกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ประภาพร ชิมรัมย์ พย.ม.*

อติรัตน์ วัฒนไพลิน กศ.ค.**

ประกายอุทัยไตร พย.ค.**

นพพร ว่องสิริมาศ Ph.D.**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมและการมีโรคร่วม กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยใช้แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock (1974) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า และมีโรคเรื้อรังทางกายร่วมด้วย เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์และโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวน 85 ราย เครื่องมือในการวิจัยได้แก่แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า แบบสอบถามเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมแบบสอบถามจำนวนโรคทางกาย แบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 71.8 มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 74.1 สถานภาพสมรสหม้าย ร้อยละ 57.6 การศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 68.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.28, p = 0.01$; $r_s = 0.22, p = 0.04$) ตามลำดับ แต่การมีโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.09, p = 0.42$)

ข้อเสนอแนะ พยาบาลควรจัดกิจกรรมบำบัดเพื่อส่งเสริมความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการบำบัดรักษาที่ถูกต้อง รวมทั้งส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ในการดูแลสนับสนุนพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา

คำสำคัญ: ความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม การมีโรคร่วมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา

Corresponding author: ผู้ช่วยศาสตราจารย์อติรัตน์ วัฒนไพลิน, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: atirat.wat@mahidol.ac.th

*นิสิตปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Correlation between Beliefs about Depression, Social Support, Medical Co-Morbidity and Drug Adherence Behavior in Elderly with Major Depressive Disorder

*Praphaphon Suemram, M.N.S.**

*Atirat Wattanapailin, Ed.D.***

*Prapa Yuttatri, D.N.S.***

*Nopporn Vongsirimas, Ph.D.***

Abstract

The present study aimed at investigating the relationships between beliefs about depression, social support, and medical co-morbidity and drug adherence behavior in elderly persons with major depressive disorder. The Health Belief Model of Rosenstock (1974) was employed as the conceptual framework of the study. The study sample consisted of 85 people over 60 years old with major depressive disorders who were treated with antidepressants and who also had a medical co-morbidity. The instruments used in the data collection consisted of a questionnaire regarding depression, a social support questionnaire, a medical co-morbidity questionnaire, and a drug adherence behavior questionnaire. Data was analyzed by means of descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient.

The study findings revealed that 71.18 % of the subjects were female, 74.1% ranged in age from 60 to 69 years old, 57.6% were widowed, and 68.2% completed elementary education. Considering the relationships among study variables, it was found that beliefs about depression and social support were related to drug adherence behavior in elderly persons with major depressive disorders with statistical significance of $r_s = 0.28, p = 0.01$; $r_s = 0.22, p = 0.04$, respectively. However, medical co-morbidity was associated with drug adherence behavior in elderly persons with major depressive disorders with no statistical significance of $r_s = 0.09, p = 0.42$.

Based on the findings, it was recommended that nurses should conduct therapy to promote accurate and appropriate beliefs about depression and its treatment. Moreover, nurses should encourage family participation in supporting drug adherence behavior of the patients.

Key words : belief about depression, social support, medical co-morbidity, drug adherence behavior

Corresponding Author: Assistant Professor Atirat Wattanapailin, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: atirat.wat@mahidol.ac.th

*Student of Master of Nursing Science (Mental Health and Psychiatric Nursing), Faculty of Nursing, Mahidol University. **Faculty of Nursing, Mahidol University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันพบว่าประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องโดยมีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศในปี พ.ศ. 2537 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.4 ร้อยละ 10.7 ร้อยละ 12.2 และร้อยละ 14.9 ของประชากรทั้งประเทศ ในปี พ.ศ. 2545 พ.ศ. 2550 พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2557 ตามลำดับ ในจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดเป็นชายร้อยละ 45.1 และหญิงร้อยละ 54.9 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดหลายด้าน ได้แก่ การเกษียณอายุการทำงาน มีความเสื่อมทางด้านร่างกายความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ลดลงมีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังความรู้สึกไม่สุขสบาย ต้องพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้นสูญเสียคู่สมรสหรือเพื่อนอยู่ตามลำพัง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ทำให้ผู้สูงอายุมีความเครียด และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (นริสawangศ์พนารักษ์, และ สายสมร เฉลยภักดี, 2557; คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2557)

การศึกษาความชุกในการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในปี 2010 ของ Ferrari, et al. (2013) พบความชุกของโรคซึมเศร้าในช่วงอายุ 65-74 ปี ร้อยละ 4.7 ช่วงอายุ 75-84 ปี ร้อยละ 5.1 และ อายุ 85 ปีขึ้นไป ร้อยละ 5.2 สำหรับในประเทศไทย ธรรมนูญร่อกองสุขและคณะ (2551) ได้สำรวจความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทยทุกภาคของประเทศไทย พบว่าความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60-69 ปี อยู่ที่ร้อยละ 3.3 อายุ 70-79 ปี ร้อยละ 3.9 และอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 5 และจากการสรุปสถานการณ์สุขภาพจิตคนไทยในปี พ.ศ. 2551 พบว่าประชากรสูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเสี่ยงที่จะมีปัญหา

สุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ (อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รงค์, ปราโมทย์ ประสาทกุล, และปัญญา ชูเลิศ, 2553) ทั้งนี้จังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดที่มีประชากรมากเป็นอันดับ 2 ของประเทศ และมีข้อมูลสถิติจำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนครินทร์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าในปี พ.ศ. 2554 จำนวน 619 คน ปี พ.ศ. 2555 จำนวน 679 คน ปี พ.ศ. 2556 จำนวน 685 คน และปี พ.ศ. 2557 จำนวน 771 คน และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้น (ศูนย์พัฒนาระบบงานโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์, 2557)

โรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุนอกจากจะมีอัตราความชุกที่ค่อนข้างสูงแล้ว ยังตรวจวินิจฉัยได้ยากเนื่องจากโรคซึมเศร้าที่พบในวัยสูงอายุนั้นมีอาการแสดงไม่ชัดเจนไม่แสดงอาการซึมเศร้าตรงๆ และผู้สูงอายุมักไม่พูดบ่นถึงอาการซึมเศร้าของตนเอง ทำให้การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุผิดพลาดหรือมีการวินิจฉัยที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า อาจมีการแสดงออกทางอารมณ์น้อยลงจนถึงไม่มีอารมณ์ในการทำสิ่งใดๆ เลย มีอาการเจ็บป่วยทางกายเพิ่มขึ้น นอนไม่หลับ มีอาการอยู่ไม่นิ่งหรือซ้าลง รวมไปถึงอาการกังวลใจ คิดถึงความตาย สมาธิลดลง ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าอาจมีความคิดฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายในที่สุด ทั้งที่เป็นโรคที่รักษาให้หายเป็นปกติได้หากผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม (Baldwin, 2010)

สาเหตุโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการด้วยกัน ได้แก่ 1) ปัจจัยทางชีววิทยา เช่น การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง การรับประทานยาบางชนิด การป่วยด้วยโรคทางสมอง พันธุกรรม เพศซึ่งพบได้ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2) ปัจจัยทางจิตใจสังคม

วัฒนธรรม เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การเปลี่ยนแปลงบทบาทและสถานภาพทางสังคม การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การถูกกระทำรุนแรง การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการประสพภัยพิบัติ (Baldwin, 2010) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุทั้งสิ้นการดูแลรักษาผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าแบ่งได้เป็นการบำบัดทางชีวภาพ ได้แก่ การรับประทานยาต้านเศร้าหรือการรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้สูงอายุที่มีอาการรุนแรงและการบำบัดทางจิตสังคม (Baldwin, 2010)

การรับประทานยาต้านเศร้าอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความสำคัญในการรักษาอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการเปลี่ยนแปลงของสารชีวเคมีในสมอง ได้แก่ ซีโรโทนิน นอร์เอพิเนฟริน และโดพามีน ซึ่งยาต้านเศร้าออกฤทธิ์ในการปรับความสมดุลของชีวเคมีในสมองเหล่านี้ (Abdel-Rahman, 2012) จากการศึกษาพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ได้แก่ 1) ปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ คือ ทักษะคิดและความเชื่อของผู้ป่วยต่อโรคซึมเศร้า การรับรู้ประสิทธิภาพของการรักษา ความต้องการประเภทการรักษา ความเชื่อทางศาสนาและจิตวิญญาณ ปทัสถานทางสังคม ความเห็นพ้องของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรักษา การถูกตีตรา (stigma) จากการเจ็บป่วย 2) ปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ค่อนข้างยาก คือ อาการวิตกกังวลที่เกิดร่วมกับอาการซึมเศร้า การใช้สารเสพติด ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาหลายชนิด ค่าใช้จ่ายในการรักษา การสนับสนุนทางสังคม 3) ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ เพศและเชื้อชาติ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาของผู้สูงอายุ (Zivin & Kales, 2008)

ความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า มีการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า ลักษณะความเชื่อที่ต่อต้านการรับประทานยาต้านเศร้าได้แก่ การกลัวการติดยา และไม่เชื่อว่าโรคซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากทางชีวภาพ (Givens et al., 2006) นอกจากนี้การศึกษาของ Maidment, Livingston, & Katona (2002) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนพบว่าความไม่ร่วมมือในการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า การไม่มีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาต้านเศร้า ความไม่สบายที่ได้รับจากอาการข้างเคียงจากยา ความเชื่อที่ว่ารับประทานยาต้านเศร้ามีความจำเป็นน้อย นอกจากนี้เรื่องความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าแล้ว การสนับสนุนทางสังคมก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ ผู้สูงอายุอาจถูกทอดทิ้งหรือขาดการสนับสนุนทางสังคมที่จำเป็น โดยเฉพาะเมื่อต้องเป็นผู้ดูแลคู่สมรสหรือเป็นหม้าย การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อระดับความซึมเศร้าและเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการจัดการความเครียดของบุคคล (Zivin & Kales, 2008) การมีโรคร่วมเป็นอีกปัจจัยหนึ่ง ที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา เนื่องจากการมีโรคร่วมทำให้การรักษาที่มีความซับซ้อนมากขึ้น อาจมีผลให้การบริหารจัดการยาขาดประสิทธิภาพ และในผู้สูงอายุที่ป่วยหลายๆโรค อาจตัดสินใจว่ารับประทานยาต้านเศร้ามีความจำเป็นน้อยกว่าการรับประทานยารักษาโรคทางกายซึ่งมีความสำคัญและจำเป็นมากกว่า (Zivin & Kales, 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาข้างต้น พบว่ายังไม่มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มี

ผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสังคมไทย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมและการมีโรคร่วมเพื่อทำความเข้าใจและวางแผนการส่งเสริมและพัฒนาปัจจัยที่สนับสนุนพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมและการมีโรคร่วมกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock (1974) ในการอธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเศร้าอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเศร้าตามแผนการรักษา ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

ความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าเป็นตัวแปรที่แสดงถึงการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการกระทำพฤติกรรม มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการเจ็บป่วยหรือหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เมื่อผู้สูงอายุรับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาที่รุนแรง ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในครอบครัวและความสัมพันธ์ทางสังคม และ

รับรู้ถึงประโยชน์ของการรับประทานยาต้านเศร้ามากกว่าผลลบหรืออุปสรรคของการรับประทานยาต้านเศร้าก็จะส่งผลให้มีพฤติกรรมมารับประทานยาต้านเศร้าอย่างต่อเนื่อง แต่ถ้าผู้สูงอายุรับรู้และเชื่อว่าการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเป็นเรื่องน่าอาย ยาต้านเศร้าที่รับประทานอาจทำให้ติดยาหรือทำให้เกิดอาการข้างเคียง ยารักษาโรคซึมเศร้ามีราคาแพง และตนเองมีความเจ็บป่วยอย่างอื่นที่สำคัญกว่าก็จะรับรู้ว่าเป็นอุปสรรค ทำให้ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงการรับประทานยาต้านเศร้าที่แพทย์สั่ง ดังนั้นความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการรักษาของผู้สูงอายุจึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับประทานยาต้านเศร้าตามแผนการรักษา (Lynch, Moore, Moss-Morris, & Kendrick, 2011; Warden et al., 2009)

การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรปัจจัยร่วมที่สนับสนุนต่อการรับรู้ของบุคคลและการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานยาต้านเศร้า ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมมารับประทานยาต้านเศร้าอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสหรือบุตรหลานช่วยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ารู้สึกได้รับความรัก การยอมรับ และรู้สึกมีคุณค่า ช่วยให้คำแนะนำและโน้มน้าวให้ผู้สูงอายุยอมรับความเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า สร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาต้านเศร้า ลดและแก้ไขอุปสรรคที่มีต่อการรับประทานยาต้านเศร้า และช่วยจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุรับประทานยาต้านเศร้าอย่างต่อเนื่อง เช่น จัดยาให้ทำเครื่องหมายเตือนความจำในการรับประทานยา (Mishra, Gioia, Childress, Barnet, & Webster, 2011)

การมีโรคร่วมเป็นตัวแปรปัจจัยร่วมทำให้ผู้สูงอายุต้องรับประทานยาจำนวนมากขึ้น อาจก่อให้เกิดความยุ่งยากในการรับประทานยา หรือลืมรับ

ประทานยาซึ่งจะเป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมมารับประทานยาต้านเศร้าไม่ต่อเนื่องการศึกษาของ Gellad, Grenard, & McGlynn (2009) พบว่าจำนวนครั้งของการรับประทานยาในแต่ละวันและความซับซ้อนในการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งสอดคล้อง Tsai et al. (2012) ที่พบว่าปัจจัยด้านความจำ จำนวนยาและจำนวนครั้งในการรับประทานยาในแต่ละวัน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยทางกายและต้องรับประทานยาเพื่อการรักษาจำนวนหลายชนิดรวมทั้งยาต้านเศร้า อาจหลงลืมการรับประทานยา จำรายละเอียดของการรับประทานยาไม่ได้ มีความผิดพลาดในการรับประทานยา (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

วิธีดำเนินการวิจัย:

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการจากแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์และกลุ่มงานจิตเวชงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามการออกรหัสโรค ICD-10

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะเดียวกับกลุ่มประชากร และมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการออกรหัสโรคตาม ICD-10 คือ กลุ่มโรค

F32.0-F32.9 ได้แก่ F32.0 อาการซึมเศร้าเล็กน้อย F32.1 อาการซึมเศร้าปานกลาง F32.8 อาการซึมเศร้าแฝงที่เกิดครั้งเดียว F32.9 อาการซึมเศร้าไม่ระบุรายละเอียดหรือไม่มีรายละเอียดระบุไว้ NOS 2) ผู้ป่วยทราบว่าตนเองได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 3) ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าอย่างน้อย 3 เดือน 4) เป็นผู้ที่สามารถเข้าใจภาษาไทยสื่อสารโดยใช้ภาษาพูดได้ 5) เป็นผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ที่ได้รับการรักษาด้วยยา 6) มีการนัดมาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ และกลุ่มงานจิตเวชงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยมีเกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ภายหลังได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการซึมเศร้ารุนแรงและพยายามฆ่าตัวตาย 2) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ภายหลังมีอาการทางจิตร่วมด้วย 3) ผู้ป่วยมีประวัติการได้รับบาดเจ็บหรือผ่าตัดทางสมองที่ทำให้สูญเสียความจำหรือมีประวัติเป็นโรคสมองเสื่อม 4) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิต

ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากค่าขนาดอิทธิพล estimated effect size และเนื่องจากในการศึกษานี้ยังไม่พบงานวิจัยที่มีลักษณะในทำนองเดียวกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของ effect size เท่ากับปานกลาง (medium) = 0.30 และกำหนดให้มีอำนาจในการวิเคราะห์ทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ระดับอำนาจในการวิเคราะห์ 0.80 โดยการเปิดตาราง Cohen (1977) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัย

มทิดลเมื่อวันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2556 เลขที่ IRB-NS 2013/154.0401 ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกรินทร์ เมื่อวันที่ 3 เมษายน พ.ศ. 2556 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเมื่อวันที่ 20 มิถุนายน พ.ศ. 2556

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล เกี่ยวกับเพศอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา แหล่งรายได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาประกอบด้วย

1) แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม Depression Beliefs Inventory Questionnaire ของ Edlund et al. (2008) จำนวน 17 ข้อ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือในผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนจากนั้นวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยค่า Cronbach's Alpha ได้ = 0.101 ซึ่งเป็นค่าความเชื่อมั่นที่ต่ำมาก ผู้วิจัยจึงตัดข้อคำถามที่มีค่า collected inter-item correlation ต่ำมาก ออกจำนวน 7 ข้อ คงเหลือข้อคำถาม 10 ข้อ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้ค่า Cronbach's Alpha = 0.581

2) แบบสอบถามเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม(The Medical outcomes Study Social

Support Survey) สร้างขึ้นและพัฒนาโดย Sherbourne และ Stewart (1991) จำนวน 20 ข้อ แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back Translation โดยมาลาตีรุ่งเรืองศิริพันธ์ (Rungruangsiripan, 2011) ได้ตัดออกจำนวน 4 ข้อ เหลือจำนวน 16 ข้อ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือในผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยค่า Cronbach's Alpha ได้ = 0.957 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้ค่า Cronbach's Alpha = 0.951

3) การมีโรคร่วม ผู้วิจัยใช้การบันทึกการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุว่าปัจจุบันมีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายที่แพทย์ให้การรักษาด้วยการรับประทานยาด้วยโรคอะไรบ้าง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามวิธีการใช้ยา (The Medication Adherence Report scale, MARS) สร้างขึ้นและพัฒนาโดย Horne (1996) แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back Translation โดยมาลาตีรุ่งเรืองศิริพันธ์ (Rungruangsiripan, 2011) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือในผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยค่า Cronbach's Alpha ได้ = 0.563 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวิธีการใช้ยาในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้ค่า Cronbach's Alpha = 0.575

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการได้ผ่านการพิจารณาและรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยมหิดล คณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบกับหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ และหัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ทราบ

ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ และจากพยาบาลกลุ่มงานจิตเวชงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เป็นผู้คัดเลือกผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติที่กำหนดไว้ตามเกณฑ์คัดเข้า หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าชี้แจงวัตถุประสงค์ขอความร่วมมือชี้แจงสิทธิของการเข้าร่วมการวิจัย และตอบข้อสงสัย โดยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสามารถตอบแบบสอบถามได้อย่างอิสระ ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามคนละประมาณ 30-45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้ความถี่ และ ร้อยละ
2. วิเคราะห์ตัวแปรเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา และพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม การมีโรคร่วมและพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาด้านเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.8) มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี (ร้อยละ 74.1) มีสถานภาพสมรสเป็นหม้าย (ร้อยละ 57.6) มีระดับการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 68.2) มีรายได้จากเบี้ยยังชีพ (ร้อยละ 76.5) และมีรายได้อยู่ระหว่าง 1,001 - 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 54.6) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวน 1 โรค (ร้อยละ 54.1) โดยโรคที่พบมากที่สุดได้แก่โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 55.3) รองลงมา คือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 31.8) และโรคไขมันในเส้นเลือด (ร้อยละ 24.7) ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าการสนับสนุนทางสังคมการมีโรคร่วม และพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาด้านเศร้าพบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า มีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า = 41.72 (S.D. = 5.47) คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคม = 63.31 (S.D. = 13.94) คะแนนเฉลี่ยการมีโรคร่วม = 1.74 (S.D. = 0.87) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาด้านเศร้า = 24.24 (S.D. = 1.79) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม การมีโรคร่วม และ พฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเศร้า (N= 85)

ตัวแปร	ช่วงคะแนนของแบบสอบถาม	ช่วงคะแนนที่ได้	\bar{X}	S.D.
ความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า	10 - 50	30 - 50	41.72	5.47
การสนับสนุนทางสังคม	15 - 75	19 - 75	63.31	13.94
การมีโรคร่วม	> 1	1 - 3	1.74	0.87
	5 - 25	13 - 25	24.24	1.79

ผลการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูล ความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม การมีโรคร่วม และพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเศร้า ผู้วิจัยได้ทดสอบการแจกแจงแบบปกติ (Normal Distribution) ของข้อมูลความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม การมีโรคร่วม และพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเศร้าโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Z ผลการทดสอบพบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ ผู้วิจัยจึงใช้สถิติ

Spearman Rank ในการทดสอบสมมุติฐานพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.276, p = 0.01, r_s = 0.221, p = 0.042$) และการมีโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.088, p = 0.421$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมและการมีโรคร่วมกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ตัวแปร	1	2	3	4
1. ความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า	1			
2. การสนับสนุนทางสังคม	.077	1		
3. การมีโรคทางกายร่วมด้วย	-.096	.036	1	
4. พฤติกรรมความร่วมมือ	.276*	.221*	.088	1

* p -value < .05

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้ากับพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าพบว่าความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.276, p = 0.01$) จึงอาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุที่รับรู้และเชื่อว่าโรคซึมเศร้าที่เป็นอยู่เป็นปัญหาที่รุนแรง การรับประทานยาต้านเศร้าจะช่วยให้อาการซึมเศร้าที่มีอยู่ลดลงหรือหายเป็นปกติ มีแนวโน้มที่จะรับประทานยาต้านเศร้าอย่างต่อเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าไปในทางบวก ($\bar{X} = 41.72, S.D. = 5.47$) (คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 10 ถึง 50 คะแนน) ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาต้านเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าของ Zivin & Kales (2008) ที่พบว่าความเชื่อของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การรับรู้ประสิทธิภาพของการรักษา การถูกมองในทางลบจากความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเศร้าอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุเช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Burnett-Zeigler, Kim, Chiang, Kavannagh, Zivin, Rockefeller, Sirey, & Kales (2014) ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านเศร้าน้อยและเชื่อว่าการรับประทานยาต้านเศร้ามีความสำคัญมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาต้านเศร้าอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้ากับการสนับสนุนทางสังคมพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทาง

บวกกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.221, p = 0.042$) จึงอาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเศร้าที่ต่อเนื่องจากการศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นไปในทางบวก ($\bar{X} = 63.31, S.D. = 13.94$) (คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 15 ถึง 75 คะแนน) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีญาติสนิทที่ดูแลจำนวน 1-5 คน คิดว่าตนเองมีคนที่จะรักและทำให้อารู้สึกว่าเป็นที่ต้องการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Voils, Steffens, Flint & Bosworth (2005) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจำนวน 85 คนพบว่า การมีความเชื่อที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเศร้าและสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของ Mishra, Gioia, Childress, Barnett, & Webster (2011) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกที่ได้รับความรัก ความเข้าใจ คำแนะนำและความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรมต่อความเจ็บป่วยเพิ่มแรงจูงใจหรือผลักดันให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพได้แก่การรับประทานยาตามแผนการรักษา

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้ากับการมีโรคร่วมพบว่าการมีโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.088, p = 0.421$) จึงอาจกล่าวได้ว่า การมีโรคร่วมเป็นตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึม

เศร้า จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การมีโรคร่วมยังอธิบายถึงความร่วมมือในการรับประทานยาได้ไม่สม่ำเสมอ โดยพบว่าผลงานวิจัยหลายชิ้นชี้ว่าอายุที่มากขึ้นของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาด้านเสริมมากขึ้น (Rivero-Santana, Perestelo-Perez, Perez-Ramos, Serrano-Aguilar, & De Las Cuevas, 2013; Tsai et al., 2012) อย่างไรก็ตาม พบว่าทิศทางและขนาดความสัมพันธ์ระหว่างความเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายและความร่วมมือในการรับประทานยาด้านเสริมในผู้สูงอายุยังมีความแตกต่างกันในการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา เช่น การศึกษาของ Kwint, Stolk, Faber, Gussekloo, & Bouvy (2013) พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามีความร่วมมือในการรับประทานยาหลายชนิดสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ซึ่งแตกต่างกับผลการวิจัยของ Stoehr et al. (2008) ที่พบว่าจำนวนยาที่ผู้สูงอายุรับประทานมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้รวบรวมข้อมูลจำนวนการมีโรคร่วมในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าโดยไม่ได้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคร่วมและผลของความเจ็บป่วยต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจมีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา

ข้อเสนอแนะ

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลควรส่งเสริมการจัดกิจกรรมบำบัดเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการรักษาที่ถูกต้อง ส่งเสริมให้ครอบครัวและญาติของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น

ด้านการวิจัย

1. ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าการมีโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาด้านเสริมในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้เป็นเพียงการระบุว่ามีโรคร่วมอะไร ในการศึกษาครั้งต่อไปควรระบุความรุนแรงของโรคร่วมและโรคซึมเศร้า เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความรุนแรงของภาวะโรคมีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยารักษา

2. การศึกษาครั้งต่อไปอาจระบุการเก็บข้อมูลในระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาที่ชัดเจน เช่น ในช่วง 3-6 เดือน 6-12 เดือน 1-2 ปี และมากกว่า 2 ปี ขึ้นไป ช่วงของการรักษาที่ยาวนานอาจก่อให้เกิดความเบื่อหน่าย ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยารักษาโรคต่างกัน

3. อาจเก็บข้อมูลในชุมชนแทนการเก็บข้อมูลในแผนกผู้ป่วยนอก เนื่องจากผู้ป่วยที่ยังคงติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ส่วนใหญ่ยังคงรับประทานยาตามแผนการรักษาเช่นการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ.(2557). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ชรฉินทร์ กองสุขและคณะ. (2551). *ความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทย:ผลจากการสำรวจระบาดวิทยาโรคทางจิตเวชในคนไทยการศึกษาระดับชาติ ปี 2551*. กรุงเทพฯ:กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- นริสา วงศ์พนารักษ์, และสายสมร เฉลยกิตติ. (2557). *ภาวะซึมเศร้า: ปัญหาสุขภาพจิต*

- สำคัญในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 24-31.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: งานบริการวิชาการคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศูนย์พัฒนาระบบงานโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนินทร์. (2557). *รายงานประจำปีโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ปี พ.ศ. 2557*. นครราชสีมา: โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *รายงานผลเบื้องต้นการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติพยากรณ์สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์, ปราโมทย์ ประสาทกุล, และ ปัญญา ชูเลิศ. (2553). *สถานการณ์สุขภาพจิตคนไทย: ภาพสะท้อนสังคม*. กรุงเทพฯ: จรัสสนิทวงศ์การพิมพ์.
- Abdel-Rahman, E. (2012). *Depression in the Elderly*. New York: Nova Science.
- Baldwin, R. C. (2010). *Depression in Later Life*. New York: Oxford University Press.
- Burnett-Zeigler, I., Kim, H. M., Chiang, C., Kavanagh, J., Zivin, K., Rockefeller, K., et al. (2014). The association between race and gender, treatment attitudes, and antidepressant treatment adherence. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(2), 169-177.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press.
- Edlund, M. J., Fortney, J. C., Reaves, C. M., Pyne, J. M., & Mittal, D. (2008). Beliefs About Depression and Depression Treatment Among Depressed Veterans. *Medical Care*, 46(6), 581-589.
- Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Patten, S. B., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). The Epidemiological Modelling of Major Depressive Disorder: Application for the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS ONE*, 8(7), 1-14.
- Gerlach, L. B., Kavanagh, J., Chiang, C., Kim, H., & Kales, H. C. (2013). With a little help from my friends?: The role of social support in adherence to antidepressant medication. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(3, Supplement), S70-S71.
- Givens, J. L., Datto, C. J., Ruckdeschel, K., Knott, K., Zubritsky, C., Oslin, D. W., et al. (2006). Older patients' aversion to antidepressants. A qualitative study. *Journal of General Internal Medicine*, 21(2), 146-151.
- Horne, R. (1996). *The Medication Adherence report Scale (MARS)*. University of Brighton.
- Kwint, H.-F., Stolk, G., Faber, A., Gussekloo, J., & Bouvy, M. L. (2013). Medication adherence and knowledge of older patients with and without multidose drug dispensing. *Age and Ageing*, 42(5), 620-626.
- Lynch, J., Moore, M., Moss-Morris, R., & Kendrick, T. (2011). Are patient beliefs important in determining adherence to treatment and

- outcome for depression? Development of the beliefs about depression questionnaire. *Journal of Affective Disorders*, 133(1-2), 29-41.
- Maidment, R., Livingston, G., & Katona, C. (2002). 'Just keep taking the tablets': adherence to antidepressant treatment in older people in primary care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(8), 752-757.
- Mishra, S. I., Gioia, D., Childress, S., Barnett, B., & Webster, R. L. (2011). Adherence to medication regimens among low-income patients with multiple comorbid chronic conditions. *Health and social work*, 36(4), 249-258.
- Rosenstock, I.M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-334.
- Rungruangsiripan, M., Sitthimongkol, Y., Maneesriwongul, W., Talley, S., & Vorapongsathorn, T. (2011). Mediating role of illness representation among social support, therapeutic alliance, experience of medication side effects, and medication adherence in persons with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(4), 269-283.
- Stoehr, G. P., Lu, S.-Y., Lavery, L., Bilt, J. V., Saxton, J. A., Chang, C.-C. H., et al. (2008). Factors associated with adherence to medication regimens in older primary care patients: The steel valley seniors survey. *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 6(5), 255-263.
- Tsai, K.-T., Chen, J.-H., Wen, C.-J., Kuo, H.-K., Lu, I. S., Chiu, L.-S., et al. (2012). Medication Adherence Among Geriatric Outpatients Prescribed Multiple Medications. *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 10(1), 61-68.
- 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.
- Warden, D., Rush, A. J., Carmody, T. J., Kashner, T. M., Biggs, M. M., Crismon, M. L., et al. (2009). Predictors of attrition during one year of depression treatment: a roadmap to personalized intervention. *Journal of Psychiatric Practice*, 15(2), 113-124.
- Zivin, K., & Kales, H. C. (2008). Adherence to depression treatment in older adults: a narrative review. *Drugs Aging*, 25(7), 559-571.