

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ
ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2557
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

Mr. Pisit Rungrojwatanasiri



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric
Nursing
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2014
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า
โดย	นายพิสิฐ รุ่งโรจน์วัฒนศิริ
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	อาจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิริ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(อาจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิ์สาร)

พิสิฐ รุ่งโรจน์วัฒนศิริ : ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า (THE EFFECT OF GROUP SOCIAL SUPPORT PROGRAM ON MEDICATION ADHERENCE OF ELDERLY PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.รังสิมันต์ สุทรไชยา, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: อ. ดร.รัชนิกร อุปเสน, 174 หน้า.

การวิจัยแบบทดลองนี้มี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์แห่งหนึ่ง จำนวน 40 คน ได้รับการจับคู่ตามระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับการศึกษา แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมฯ จากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ของ House (1981) ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้านได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และ4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร ร่วมกับใช้กระบวนการดำเนินกลุ่มของ Marram (1978) เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบทดสอบสภาพสมองเบื่องต้นฉบับภาษาไทย 3) แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานยา และ 4) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 9.83$)
2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 7.55$)

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2557 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

5477308936 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: ELDERLY / DEPRESSION / GROUP SOCIAL SUPPORT / MEDICATION ADHERENCE

PISIT RUNGROJWATANASIRI: THE EFFECT OF GROUP SOCIAL SUPPORT PROGRAM ON MEDICATION ADHERENCE OF ELDERLY PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER. ADVISOR: ASST. PROF. RANGSIMAN SOONTHORNCHAIYA, Ph.D., CO-ADVISOR: RACHANEEKORN UPASEN, Ph.D., 174 pp.

The purpose of the experimental research was to examine medication adherence of elderly patients with major depressive disorder who received group social support program. Forty samples, aged 60 year olds and older, were elderly patients who were diagnosed with depressive disorder at the outpatient department, a psychiatric institute. The samples were matched pair and randomly assigned into the experimental and the control group, 20 in each group. The researcher developed the social support program derived from the concept of social support (House, 1981). This program consisted of four components: 1) Emotional Support, 2) Appraisal Support, 3) Information Support, and 4) Instrumental Support, combined with the group process by Marram (1978). The research instruments were: 1) Demographic questionnaire, 2) MMSE–Thai version 2002, 3) Medication Adherence Rating Scale, and 4) The Social Support Questionnaire. The descriptive statistics and t-test were used for data analysis.

Major findings were as follows:

1. The medication adherence score of elderly patients with major depressive disorder after receiving group social support program was statistically significant higher than those before ($t = 9.83, p < .05$).

2. The medication adherence score of elderly patients with major depressive disorder who received group social support program was statistically significant higher than those who received the regular nursing activities ($t = 7.55, p < .05$).

Field of Study: Mental Health and
Psychiatric Nursing

Academic Year: 2014

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างสูงจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา และ อาจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน อาจารย์ที่ปรึกษา งานวิจัยที่กรุณาให้คำแนะนำปรึกษา ตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ อย่างดียิ่ง ผู้วิจัยตระหนักถึง ความตั้งใจจริงและความทุ่มเทของอาจารย์และขอกราบขอบพระคุณ เป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุวัชชัย ประธานสอบ วิทยานิพนธ์ครั้งนี้ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิสาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้ ข้อคิดคำแนะนำที่เป็นประโยชน์และมีคุณค่ายิ่ง

กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่ นายแพทย์พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ, นางเพชร คันธสายบัว, นางอุจน์จิตร คุณารักษ์, นางสาวสุภาวดี ธรรมะรักขิต, และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โสภิต แสงอ่อน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะ ทำให้ วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้เกิดความ สมบูรณ์

กราบขอบพระคุณ แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ แผนกผู้ป่วยนอก คณะกรรมการด้าน การวิจัยของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่อนุญาตให้ศึกษากลุ่มตัวอย่าง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	10
บทที่ 1 บทนำ	12
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	12
คำถามการวิจัย	16
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	16
แนวเหตุผลและสมมติฐาน	16
สมมุติฐานการวิจัย	20
ขอบเขตการวิจัย.....	20
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	20
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	22
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	23
1. โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ.....	24
1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ.....	24
1.2 สาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ.....	25
1.3 อาการของโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ.....	28
1.4 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ.....	28
1.5 การรักษาโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ	30
1.6 การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นซึมเศร้า	32

2. แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม	37
2.1 ความหมายการสนับสนุนทางสังคม	37
2.2 ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม	38
2.3 แหล่งสนับสนุนทางสังคม	39
2.4 องค์ประกอบการสนับสนุนทางสังคม	39
2.5 กลุ่มสนับสนุนทางสังคม	41
2.6 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม	43
2.7 บทบาทของพยาบาลในการสนับสนุนทางสังคม	43
2.8 การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	44
3. แนวคิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	44
3.1 ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	45
3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	46
3.3 รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	50
3.4 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	52
3.5 บทบาทของพยาบาลในส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	54
4. โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม	56
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	61
6. กรอบแนวคิดการวิจัย	64
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	66
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	67
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	68
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	68
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	73

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	74
การดำเนินการวิจัย	84
การกำกับกับการทดลอง	96
การวิเคราะห์ข้อมูล	100
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	101
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	107
สรุปผลการวิจัย	111
อภิปรายผลการวิจัย	112
ข้อเสนอแนะ	119
รายการอ้างอิง	121
ภาคผนวก	135
ภาคผนวก ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	136
ภาคผนวก ข ตัวอย่างหนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ หนังสือรับรองพิจารณาจริยธรรม เอกสาร ชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย	138
ภาคผนวก ค การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ตารางคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลปกติ และ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุ โรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลปกติก่อนและหลังการ ทดลอง	147
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	151
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	174

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	คุณลักษณะ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลปกติเป็นรายคู่(Matched-pair).....	70
ตารางที่ 2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่ม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา.....	71
ตารางที่ 3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า จำแนกตามกลุ่มอาชีพ โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลและระยะเวลาการเจ็บป่วย	72
ตารางที่ 4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า จำแนกตามกลุ่มรายได้เฉลี่ยของต่อเดือนและความเพียงพอของรายได้	73
ตารางที่ 5	กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ณ กลุ่มงานผู้ป่วยนอกจิตเวชของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา.....	86
ตารางที่ 6	คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม (n = 20)	97
ตารางที่ 7	จำนวนคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม (คะแนนเต็ม 10 คะแนน).....	102
ตารางที่ 8	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม.....	104
ตารางที่ 9	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มกับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลปกติ ระยะก่อนการทดลอง.....	105

- ตารางที่ 10** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม กับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลปกติ ระยะเวลาหลังการทดลอง..... 106
- ตารางที่ 11** คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลปกติ (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)..... 149
- ตารางที่ 12** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลปกติก่อนและหลังการทดลอง..... 150



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่า ปี พ.ศ. 2563 โรคจิตเวชโดยเฉพาะโรคซึมเศร้า (Unipolar major depression) จะมีอัตราการเจ็บป่วยมากเป็นอันดับที่ 2 รองจากโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน (Ischemic heart disease) และคาดว่าจะมีคนที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตมากถึงร้อยละ 10 ของประชากรโลก (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2556) โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบต่อทั้งสุขภาพครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ เกิดได้ทุกเพศทุกวัย เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีผลกระทบต่อความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม และสุขภาพ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) และจากการสำรวจของ The National Institutes of Mental Health Epidemiologic Catchment Area (ECA) และ The National Comorbidity Surveys (NCS) พบว่าผู้สูงอายุมีอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 8 – 20 (Licinio & Wong, 2005) และจากการศึกษาของ The Dutch Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) พบว่าช่วงอายุที่เกิดโรคซึมเศร้ามากที่สุด คือประชากรที่มีอายุระหว่าง 55-85 ปี เป็นช่วงอายุที่เกิดโรคซึมเศร้ามากที่สุด สำหรับประเทศไทยพบว่าโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาที่สำคัญเช่นเดียวกัน ดังจะเห็นได้จากการศึกษาความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย ซึ่งทำการสำรวจระดับชาติ ปี 2556 โดยกรมสุขภาพจิตร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา ได้จัดอันดับอัตราป่วยทางจิตต่อแสนประชากรและประมาณการว่าประชากรไทยที่เป็นผู้สูงอายุจะป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ถึง 345.08 ราย (กรมสุขภาพจิต, 2556) และ พบเป็นอันดับ 2 รองจากโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2552) และศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุ พบว่าความชุกชนิดจุดเวลาของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุที่ได้จากการศึกษานี้เป็นร้อยละ 5.9 โดยในเพศชายมีค่าความชุกร้อยละ 7.0 ในเพศหญิงมีค่าความชุกร้อยละ 5.2 (เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และอุมาพร อุดมทรัพย์ากุล, 2554) และจากสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปเข้ามาใช้บริการที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจาก ปี พ.ศ. 2554 ถึง ปีพ.ศ. 2556 มีจำนวน 979, 981 และ 1,041 รายตามลำดับ (ฝ่ายแผนงานและสารสนเทศสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2556)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีภาวะซึมเศร้ารุนแรงขึ้นพบว่า มีสาเหตุในแต่ละด้านดังนี้ 1) ด้านชีววิทยา เช่น การขาดสารซีโรโทนิน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2552) ซึ่งเป็นสารเคมีในสมองที่สำคัญที่สุดที่ทำให้มีอาการดี กระปรี้กระเปร่า แต่เมื่อร่างกายขาดสาร

ซีโรโทนิน ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล อารมณ์โกรธ ซึมเศร้า เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เมื่อรู้สึกพักผ่อนไม่เพียงพอจึงทำให้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลียได้ (บุญยกภพ สิทธิพรอนันต์, 2550) ด้านจิตวิทยา เช่น ขาดการควบคุมอารมณ์และขาดการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีการรับรู้ต่อตนเอง (self-concept) ด้านลบ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ลดลง (บุญยกภพ สิทธิพรอนันต์, 2550) ด้านสังคม ได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดในการดำรงชีวิต การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก คู่ชีวิต ปัญหาเศรษฐกิจ การขาดการสนับสนุนทางสังคม (Blazer, 2005) และการสูญเสียบทบาทหน้าที่ หากยอมรับและปรับตัวไม่ได้ทำให้เกิดปัญหาซึมเศร้าตามมา (บุญศรี นุเกตุ, 2550) และต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น (สายัณห์ สวัสดิ์ศรี, 2548) รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อย โดยเฉพาะกับบุคคลในครอบครัว เกิดการแยกตัวจากสังคม ส่งผลให้เกิดซึมเศร้าได้ (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2552) การรักษาภาวะซึมเศร้าสูงอายุของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าซึ่งจะทำให้เกิดความสมดุลของสารสื่อประสาท สามารถควบคุมอารมณ์เศร้าและอาการของโรคได้ สามารถรับรู้ตนเองได้ทำให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติแต่หากผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาหรือมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาจะนำไปสู่การกำเริบของภาวะซึมเศร้ามากขึ้น

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Medication adherence) หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในการใช้ยาที่ถูกต้องตามแผนการรักษา ได้แก่ การรับประทานยาต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง ไม่หยุด เพิ่มหรือลดจำนวนยาด้วยตนเองมารับการรักษาต่อเนื่องตามคำแนะนำ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามักมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นตามเกณฑ์การรักษา ร้อยละ 40 ถึง 75 (Pampallona, et al, 2002) และจากการศึกษาพบว่าการรักษาด้วยยาต้านเศร้าภายใน 1 เดือนแรกพบพฤติกรรมการใช้ยาไม่ตามเกณฑ์การรักษาร้อยละ 20 ถึงร้อยละ 80 (Katon, 1992) จากการทบทวนปัญหาในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าติดตามการรักษาไม่ครบ 6 เดือน ร้อยละ 54.7 โดยขาดการรักษาตั้งแต่ครั้งแรกร้อยละ 17 จึงมีผลให้ยังมีอาการซึมเศร้าต่อเนื่องร้อยละ 11.3 และพบอาการข้างเคียงของการใช้ยาด้านเศร้าร้อยละ 33.3 เช่น อาการปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก เป็นต้น (สุทธิพร เจณวาสิน, 2551) และพบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามักมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา ได้แก่ การไม่มาตามนัดพบแพทย์ การไม่รับประทานยาตามที่แพทย์แนะนำ มีการหยุดยาเอง เพิ่มหรือลดยาเองจากงานวิจัยของ Bosworth et al, (2008) ที่ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาเป็นไปตามเกณฑ์การรักษาในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ที่รัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา ในระยะเวลา 12 เดือน พบว่ามีผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าเกือบร้อยละ 28 ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า รายงานมีการพฤติกรรมการใช้ยาด้านเศร้ามักไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง (Haringma et al., 2006)

จากการทบทวนปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา พบว่าเกิดจากปัจจัย 2 ด้านที่สำคัญ คือ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยและปัจจัยด้านการรักษา โดยปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ 1. อายุ เพศ สถานภาพสมรส และสถานภาพทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการรับประทานยา พบว่าเพศหญิงจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าเพศชาย (Zivin & Kales, 2008; Sirey et al., 2001) 2. ลักษณะความเจ็บป่วยที่เรื้อรังจะมีสัมพันธ์ความพฤติกรรมรับประทานยา การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้กับการรักษา (Haynes et al, 2008) 3. การรับรู้ ทักษะคิด ความคิดและความเชื่อ การศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะคิดและพฤติกรรมในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า นั้นพบว่า ทักษะคิดต่อการรักษาด้วยยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า (Jansen, 2010) 4. ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรคและการรักษาด้วยยา ระดับการศึกษา จากการศึกษาก่อนของ Demyttenaere (2008) พบว่าร้อยละ 55 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหยุดรับประทานเมื่ออาการดีขึ้นแล้ว 5.การสนับสนุนทางสังคมจากการศึกษาของ Voils, Steffens, Flint, & Bosworth (2005) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์และค่าใช้จ่ายในการรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และการที่ครอบครัวไม่ให้ความสนใจการรักษาโรคซึมเศร้า ไม่สนับสนุนทางด้านทรัพย์ และด้านอารมณ์ จะทำให้พฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาส่วน ปัจจัยด้านการรักษา ประกอบด้วย 1.ปัจจัยด้านผู้รักษา (Provider-related factors) ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมผู้รักษา เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร พบว่าร้อยละ 92 ของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มาติดตามการรักษาครบ 3 เดือนแรกของการรักษานั้นให้เหตุผลว่า ยอมรับและพึงพอใจกับการรักษาและเวลาที่แพทย์ใช้ในการให้คำแนะนำ 2.ปัจจัยด้านแผนการรักษา (Medication-related factors) พบว่าผลอันไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยา เช่น อาการมีนงง ง่วงนอนในช่วงกลางวัน มีผลต่อพฤติกรรมในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า (Zivin, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ Voils, Steffens, Flint, & Bosworth (2005) ที่ศึกษา พบว่าการขาดการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะ การขาดการสนับสนุนด้านทรัพยากร และการขาดการสนับสนุนด้านการประเมินค่า กล่าวคือผู้ป่วยไม่ได้รับความใส่ใจจากญาติในการสนับสนุนด้านต่างๆ ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า สอดคล้องกับงานวิจัยของ Zivin & Kales (2008) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการใช้ยาด้านเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่คู่สมรส เสียชีวิต หรือไม่มีญาติให้การสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมกรรมการบำบัดรักษาผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าของ Higgins & Regan (2004) และ Banning (2009) ที่ศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในเรื่องของโปรแกรมที่ใช้ในการเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้สูงอายุ พบว่าการศึกษาส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นที่การปรับความคิดและการให้สุขภาพจิตศึกษา ซึ่งไม่ได้จัดกระทำกับปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า จึงเป็นช่องว่างของความรู้ในการพยาบาลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และถ้าปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา ยังคงอยู่จะทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ขาดการรักษา จนส่งผลให้ผู้ป่วยมีโรคซึมเศร้าเรื้อรังและมีความรุนแรงมากขึ้น (Haringma et al., 2006) ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีโรคซึมเศร้ารุนแรงอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด (Licinio & Wong, 2005) ดังนั้นการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจึงควรมุ่งที่การสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า อันนำไปสู่การมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้นเพื่อลดความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ซึ่งจะช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายได้

การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) เป็นการเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคม 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 องค์ประกอบนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ารับรู้และได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวอย่างครอบคลุมทุกด้าน (Bosworth, et al. 2008) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chong (2011) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาต้านเศร้า พบว่า การมุ่งเน้นการสนับสนุนทางสังคมมีความสำเร็จถึงร้อยละ 40 ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงสนใจที่จะนำกลุ่มการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิด House (1981) มาใช้ร่วมกับกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) ประกอบด้วย 5 กิจกรรม โดยในแต่ละกิจกรรมจะช่วยจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ได้แก่ การรับรู้ ทศนคติ ความคิด ความเชื่อ ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรคและการรักษาด้วยยา และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยในการส่งเสริมพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และเนื่องจากกระบวนการของกลุ่มการสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดนี้สอดคล้องกับบทบาทสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง คือบทบาทในการเป็นผู้เชี่ยวชาญในการพยาบาลโดยตรง (Direct care) ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า เพื่อให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้น

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสูงขึ้นหรือไม่
2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามักมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นตามเกณฑ์การรักษา คือ การขาดการสนับสนุนทางสังคม ในด้านต่างๆ ได้แก่ การขาดการสนับสนุนด้านอารมณ์ เช่น ญาติไม่มีเวลาในการพูดคุย เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษา Voils, Steffens, Flint, & Bosworth (2005) พบว่า การมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวน้อยจะทำให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา การขาดการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น ผู้ป่วยเข้าใจผิดว่าที่ตนเองรับประทานเป็นยานอนหลับทั้งหมด เมื่อนอนหลับได้ก็จะหยุดรับประทานเอง สอดคล้องกับการศึกษา Sirey et al. (2013) ที่พบว่าร้อยละ 72 ของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามักมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการกินยา คือ จะเลือกกินเฉพาะในวันที่ตนมีอาการซึมเศร้ามากๆ เท่านั้น การขาดการสนับสนุนด้านทรัพยากร เช่น ค่าใช้จ่ายการเดินทางไปรับยา เป็นต้น และการขาดการสนับสนุนด้านการประเมินค่า เช่น การประเมินสถานการณ์ที่เกิดจากอาการข้างเคียงจากยาต้านเศร้า เป็นต้น กล่าวคือผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าไม่ได้รับความใส่ใจจากครอบครัวในการสนับสนุนด้านต่างๆ (Voils, Steffens, Flint, & Bosworth, 2005) สอดคล้องกับการศึกษา Zivin & Kales (2008) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้วยยาต้านเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า พบว่าการที่ผู้ดูแลสนใจการให้ข้อมูล และให้การสนับสนุนในด้านของทรัพยากร ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามักมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้น จึงจำเป็นต้องค้นหาแนวทางการบำบัดที่จะสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยพบว่าสาเหตุของปัญหามักมีความสอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981)

โดยองค์ประกอบ 4 ด้านได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support)

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดนี้มาประยุกต์และพัฒนาเป็นโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในบริบทของประเทศไทยซึ่งยังไม่ได้รับการพัฒนา โดยโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมอย่างมีส่วนร่วม ประกอบด้วย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1-2 กิจกรรม ให้ผู้ดูแล 1 คนมาร่วมทุกกิจกรรมโดยในแต่ละกิจกรรมจะดำเนินการตามกระบวนการกลุ่ม (group process) ของ Marram (1978) หมายถึงการที่บุคคลมากกว่า 2 คน มีปฏิสัมพันธ์กันในรูปแบบของการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ และ ข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นร่วมกัน ประกอบด้วย 3 ระยะเวลาคือ 1) ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ 2) ระยะเวลาดำเนินการ และ 3) ระยะเวลาสิ้นสุดกิจกรรม เป็นเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ซึ่งสาระสำคัญในการดำเนินการแต่ละครั้งคาดว่าจะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น ดังนี้

1) การสร้างสัมพันธภาพและระบายความรู้สึกที่มีต่อโรคซึมเศร้าและการรักษาเป็นกิจกรรมที่มุ่งให้เกิดการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ (Emotional Support) ตามแนวคิดของ House (1981) โดยผู้วิจัยให้สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการใช้ยาด้านเศร้า เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกภายในกลุ่มและสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง จะทำให้เกิดความร่วมมือ ความไว้วางใจและแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม อีกทั้งเป็นการระบายความรู้สึกจากการใช้ยาด้านซึมเศร้า จากนั้นข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของยาด้านเศร้าและอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรับประทานยาด้านเศร้า ในบางครั้งอาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้ ผู้วิจัยให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลยอมรับและเห็นประโยชน์ของการรับประทานยาด้านเศร้าเพื่อนำไปสู่ทัศนคติที่ดีต่อยาด้านเศร้าและให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ดีหลังจากรับประทานยาด้านเศร้าไปแล้วและพฤติกรรมการใช้ยาที่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา และให้ผู้ดูแลแสดง การยกย่อง ความห่วงใย ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ และการรับฟังจากผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าถือเป็นปฏิสัมพันธ์ที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุได้รับการประคับประคองจิตใจ (Supportive group) ส่งผลในการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ จากการที่ได้รับการยกย่องจากผู้ดูแลและสมาชิกในทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความเข้มแข็งในตนเอง และเกิดการสนับสนุนทางอารมณ์ ทำให้เพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Voils, et al. 2005)

2) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหาที่เกิดจากยาด้านเศร้า เป็นแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) ของ House (1981) โดยผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

สามารถรับรู้และประเมินค่าสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่เกิดจากการรักษาด้วยยาต้านเศร้า มีการเผชิญปัญหาที่เกิดจากยาต้านเศร้า อย่างมีประสิทธิภาพ โดยนำข้อมูลหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการจัดการกับปัญหาและฝึกทักษะในการแก้ปัญหาที่เกิดจากยาต้านเศร้า โดยใช้เหตุผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้สมาชิกแลกเปลี่ยนมุมมองของตนเองต่อเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นจากการรักษา โดยยาต้านเศร้า วิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดจากยาต้านเศร้า รวมถึงผลลัพธ์ในการใช้แต่ละวิธีที่จัดการ ผู้วิจัยสอบถามสมาชิกและสรุปประเด็นถึงการประเมินค่าสถานการณ์นั้นว่ามีผลอย่างไรต่อตนเอง และผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้และการประเมินสถานการณ์ขึ้นต้นว่าไม่มีผลกับตนเอง ได้รับประโยชน์หรือเป็นปัญหาที่เกิดจากยาต้านเศร้า ซึ่งมี 3 แบบ คือ เป็นอันตรายหรือสูญเสีย เป็นภาวะคุกคาม หรือเป็นความท้าทายแต่สามารถควบคุมได้ เช่น ถ้าประเมินว่าเหตุการณ์นั้นเป็นอันตรายหรือสูญเสีย จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกหดหู่ หมดหวัง ท้อแท้ แต่การมองสถานการณ์นั้นว่ามีส่วนดี มีความท้าทาย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี เช่น เป็นโอกาสทำให้ครอบครัวสนใจดูแลกันและกันมากขึ้น และการประเมินต่อในขั้นสุดท้าย เพื่อกระทำบางสิ่งในการจัดการกับสถานการณ์นั้นให้ผ่านพ้นไป และจะต้องการประเมินว่าใช้กลวิธีใด โดยนำความรู้ สติปัญญา ความสามารถ ข้อมูล ความช่วยเหลือ รวมถึงเงินหรือทรัพย์สินที่มีอยู่มาประเมินทรัพยากร แหล่งประโยชน์และทางเลือกของตนเองว่าจะมีประโยชน์ต่อการเผชิญสถานการณ์นั้นได้อย่างไร และในการที่บุคคลจะจัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นก็จะเลือกใช้วิธีการเพื่อจัดการแก้ปัญหาและการแสดงออกทางด้านความคิดและพฤติกรรมในลักษณะต่างๆ ซึ่งเรียกว่าวิธีการเผชิญปัญหาที่เกิดจากยาต้านเศร้า ซึ่งแบ่งเป็น 2 แบบ คือ 1.การเผชิญปัญหาที่เกิดจากยาต้านเศร้า แบบมุ่งเน้นการแก้ปัญหา 2.การเผชิญปัญหาที่เกิดจากยาต้านเศร้า แบบมุ่งเน้นจัดการกับอารมณ์ และ ส่วนที่ 2 ฝึกทักษะในการแก้ปัญหาอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาต้านเศร้า (problem solving skills)ผู้วิจัยให้ข้อมูลถึงการเลือกใช้การเผชิญความเครียดที่เกิดจากการรักษาด้วยยาต้านเศร้าที่ผ่านมาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นแบบใด มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาหรือการจัดการด้านอารมณ์และให้ข้อมูลถึงการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพพร้อมกับฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผล โดยผู้วิจัยให้ความรู้ในเรื่องการจัดการปัญหาที่สาเหตุ (Problem solving focus) และผลลัพธ์ในระยะยาวที่เกิดขึ้น ฝึกทักษะในการจัดการกับปัญหาโดยใช้เหตุผลทั้ง 7 ขั้นตอน และส่งเสริมให้ข้อมูลทางเลือกวิธีการจัดการที่มีประสิทธิภาพมาใช้ในการป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นพร้อมให้ข้อมูลทางเลือกถึงวิธีการจัดการที่มีประสิทธิภาพมาใช้ในการป้องกันปัญหาที่เกิดจากการรักษาด้วยยาต้านเศร้า เพราะการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยมั่นใจในการเลือกจัดการกับปัญหาที่เกิดอาการข้างเคียงจากยาต้านเศร้าได้ด้วยตนเอง เพื่อลดปัญหาที่เกิดจากการรักษาด้วยยาต้านเศร้า ทำให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษาด้วยยาส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้น (Blazer, et al. 2005)

3) การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและยาต้านซึมเศร้า เป็นแนวความคิดการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) ตามแนวคิดของ House (1981) โดยผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจของตนเองในเรื่องของโรคซึมเศร้า สาเหตุพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอาการข้างเคียงจากยาต้านเศร้าและวิธีการดูแลเบื้องต้น เมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาต้านเศร้า เมื่อสมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์เสร็จ ผู้วิจัยสรุปประเด็น เสริมความรู้เรื่องยาต้านเศร้าที่ใช้อยู่ในปัจจุบันและการเตรียมความพร้อมความให้แก่ผู้ดูแลได้เป็นอย่างดี เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ที่ถูกต้อง และสามารถให้การสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าก็จะสามารถดูแลตนเองในการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ดีขึ้น (Zivin.& Kales 2008)

4) การพัฒนาทักษะเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในครอบครัวและชุมชน เป็นแนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมด้านการสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) ของ House (1981) โดยผู้วิจัยให้สมาชิกทุกคนผลัดกันเล่าแลกเปลี่ยนถึงแหล่งสนับสนุนด้านต่างๆที่คิดว่ามีอยู่และตนเองได้รับจากครอบครัว และชุมชน หลังจากนั้นอภิปรายแหล่งประโยชน์ใดๆนอกเหนือจากที่สมาชิกแต่ละคนกล่าวหรือไม่ และผู้ดูแลช่วยเสนอแหล่งประโยชน์ในครอบครัวที่ไม่ได้กล่าวถึง หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูล คำแนะนำถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่ใช้ประโยชน์ในการสนับสนุนด้านทรัพยากร เช่น หน่วยงานและบุคลากรที่ให้บริการทางการแพทย์ หน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น เงิน แรงงาน เวลา สิ่งของ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ให้คำแนะนำ ถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากผู้ดูแลหรือแหล่งสนับสนุนในชุมชนต่างๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาสงเคราะห์จังหวัด เป็นต้น เป็นการสร้างเครือข่ายการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า และส่งเสริมการสนับสนุนจากผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ถูกแยกจากครอบครัวหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ เป็นผลให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ดียิ่งขึ้น (Voils , Steffens, Flint, Bosworth. 2005)

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม มาใช้ในการทดลอง โดยผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมนี้นี้ขึ้นจากการศึกษาค้นคว้า การทบทวนผลงานวิจัยที่ผ่านมา รวมทั้งสภาพปัญหา พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งหวังว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มดังกล่าว สามารถพัฒนาให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีความรู้ ความเข้าใจ และสมรรถนะในการดูแลตนเองในการรักษาโรคซึมเศร้า ยาต้านเศร้าเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีทรัพยากรที่สามารถดึงเข้ามาใช้ในการดูแลตนเองในการรักษาใช้ยาต้านเศร้ามากขึ้น เช่น มีแนวทางในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยาต้านเศร้า ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

สมมุติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสูงขึ้น
2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง โดยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มของผู้ป่วยซึมเศร้าสูงอายุ ที่มารับบริการในงานผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.; DSM-IV; American Psychiatric Association, 2005) ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ผู้ดูแล คือ บุคคลที่มี อายุ 18ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เพศชายหรือเพศหญิง ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด เช่น บุตร สามี ภรรยา พี่ น้อง ที่มีหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านต่างๆ โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ

ตัวแปรที่ใช้ในศึกษา คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Medication adherence) หมายถึง การแสดงออกของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในการใช้ยาด้านเศร้าที่ถูกต้องตามแผนการรักษา ได้แก่ การรับประทานยาต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง ไม่หยุด เพิ่มหรือลดจำนวนยาด้วยตนเอง การมารับการรักษาต่อเนื่องตามคำแนะนำ (Peterson, Takiya, Finley, 2003) ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานยา (Medication Adherence Rating Scale) หรือ (MARS) Thompson et al, (2000)

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม หมายถึง ชุดกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มซึ่งมี กระบวนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าและสมาชิกในครอบครัวตามโปรแกรมที่ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (social support) ของ House (1981) ในการพัฒนาเนื้อหาและสาระของแต่ละกิจกรรม และใช้กระบวนการดำเนินกลุ่ม

ของ Marram (1978) ที่แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1)ระยะสร้างสัมพันธภาพ 2)ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะสิ้นสุดกิจกรรม โดยประกอบด้วยกิจกรรมดำเนิน 4 ขั้นตอน 5 กิจกรรม ซึ่งครอบคลุมประเด็นต่างๆ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพและระบายความรู้สึกที่มีต่อโรคซึมเศร้าและการรักษา การพัฒนาทักษะการผ่อนคลายความเครียด การเผชิญปัญหาที่เกิดจากยาต้านเศร้าด้วยทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผลทำให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและยาต้านซึมเศร้า การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน การอภิปรายกลุ่มและยุติกลุ่ม และกิจกรรมการวิจัยนี้ดำเนินกิจกรรมแก่ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้ดูแลในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มเป็นรายกลุ่ม โดยมีรายละเอียดของโปรแกรมดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและระบายความรู้สึกที่มีต่อโรคซึมเศร้าและการรักษา หมายถึง การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกภายในกลุ่มและสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง และระหว่างผู้ดูแล จะทำให้เกิดความร่วมมือ ความไว้วางใจและแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม อีกทั้งเป็นการระบายความรู้สึกในจากการใช้ยาต้านซึมเศร้า และให้ผู้ดูแลแสดงความยกย่อง ความห่วงใย ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

ขั้นตอนที่ 2 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า(Appraisal Support)

กิจกรรมที่ 2การเผชิญปัญหาที่เกิดจากยาต้านเศร้าด้วยทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล หมายถึง ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าสามารถรับรู้และประเมินค่าสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่เกิดจากการรักษาด้วยยาต้านเศร้า มีการเผชิญปัญหาที่เกิดจากยาต้านเศร้าอย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้สมาชิกแลกเปลี่ยนมุมมองของตนเองต่อเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นจากการรักษาโดยยาต้านเศร้า วิธีการจัดการกับที่เกิดจากยาต้านเศร้า รวมถึงผลลัพธ์ในการใช้แต่ละวิธีที่จัดการ

ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร(Information Support)

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและยาต้านซึมเศร้า หมายถึง เป็นการแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจของตนเองในเรื่องของโรคซึมเศร้า สาเหตุ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อาการข้างเคียงจากยาต้านเศร้าและวิธีการดูแลเบื้องต้น เมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาต้านเศร้า

ขั้นตอนที่ 4สนับสนุนด้านทรัพยากร(Instrumental support)

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในครอบครัวและชุมชน หมายถึง การให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าทราบแหล่งสนับสนุนด้านต่างๆในครอบครัวและชุมชนที่

ผู้ป่วยสามารถใช้ประโยชน์ได้ โดยการแลกเปลี่ยนถึงทรัพยากรที่มีอยู่และที่ได้รับจากครอบครัว และชุมชน ให้ข้อมูล คำแนะนำถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่ใช้ประโยชน์ในการสนับสนุนด้านทรัพยากร

กิจกรรมที่ 5 การอภิปรายกลุ่มและยุคิกลุ่ม หมายถึง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทบทวนความรู้ หมายถึง ให้สมาชิกทบทวน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ ทักษะต่างๆทั้งหมดที่ได้รับ และผลที่ได้รับหลังนำความรู้

การพยาบาลปกติ หมายถึง บริการการพยาบาลซึ่งพยาบาลวิชาชีพดำเนินการแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมารับการรักษา ณ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาประกอบด้วย การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว การให้คำแนะนำรายบุคคลเกี่ยวกับ การส่งต่อบริการ อาการข้างเคียงจากการใช้ยา และบริการการรับยาเดิม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลที่ดีขึ้นส่งผลให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น
2. เพื่อพัฒนารูปแบบกิจกรรมทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้น ส่งผลให้การกลับเป็นซ้ำลดลง และลดอัตราการฆ่าตัวตาย นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวตามมา
3. เพื่อพัฒนาบทบาทพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในจัดรูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพที่จะช่วยในจัดรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า” ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดและทฤษฎี จากเอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา

1. โรคซึมเศร้าในวัยผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ
 - 1.2 สาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ
 - 1.3 อาการของโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ
 - 1.4 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า
 - 1.5 การรักษาโรคซึมเศร้า
 - 1.6 การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า
2. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
 - 2.1. ความหมายการสนับสนุนทางสังคม
 - 2.2. ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม
 - 2.3. แหล่งการสนับสนุนทางสังคม
 - 2.4. องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม
 - 2.5. กลุ่มสนับสนุนทางสังคม
 - 2.6. การประเมินการสนับสนุนทางสังคม
 - 2.7. บทบาทของพยาบาลในการสนับสนุนทางสังคม
 - 2.8. การสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
3. แนวคิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
 - 3.1. ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
 - 3.2. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุ
 - 3.3. รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้วยยาของผู้ป่วย โรคซึมเศร้า
 - 3.4. การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
 - 3.5. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
4. โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม
5. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติ ที่มนุษย์ที่ต้องประสบและไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ กระบวนการสูงอายุป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่มีการพัฒนา มีความเสื่อมทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปตามวัยอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มตั้งแต่เกิดและดำเนินไปตลอดชีวิต (นิตยา บุญมาเลิศ, 2553) ในพื้นที่ภาคเอเชียจะถือเอาอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นเกณฑ์ผู้สูงอายุ (บรรลุ ศิริพานิช, 2553) โดยมีการให้ความหมายผู้สูงอายุ 2 ลักษณะ คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งแบ่งเป็น 3 ช่วงอายุดังนี้ วัยสูงอายุเริ่มต้น (young old age) อายุ 65-74 ปี วัยสูงอายุตอนกลาง (middle old age) อายุ 75-84 ปี และวัยสูงอายุตอนปลาย (old age) อายุมากกว่า 85 ปี ส่วนประเทศที่กำลังพัฒนาใช้เกณฑ์ของผู้สูงอายุ โดยเริ่มที่อายุช่วง 60 ปี และแบ่งอายุเป็น 3 ช่วงคือ วัยสูงอายุตอนต้น (elderly) คือบุคคลที่มีอายุ 60-74 ปี วัยสูงอายุตอนกลาง (old) คือผู้ที่มีอายุ 75-90 ปี และวัยสูงอายุตอนปลาย (very old) คือบุคคลที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไป (World Health Organization, 1988) สำหรับประเทศไทยใช้เกณฑ์ของ WHO (บรรลุ ศิริพานิช, 2542)

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามักมีความผิดปกติทางจิตที่สำคัญของผู้สูงอายุ (Okawumabua, Baker, Wong & Pilgram cite in Brooa & Phillips, 2001) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของสถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา (National Institute of Mental Health's Epidemiology Catchment Area Program) ที่พบว่าความผิดปกติทางจิตในผู้สูงอายุที่พบมากที่สุดคือโรคซึมเศร้า (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556) ซึ่งบ่อยครั้งในโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุถูกละเลย วินิจฉัยผิดพลาด และได้รับการรักษาไม่เพียงพอเป็นผลให้เกิดการป่วยและการตายโดยไม่จำเป็น

โรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับภาวะเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของร่างกาย การทำหน้าที่เสื่อมลง การรับรู้ลดลง สิ่งที่เคยมีอยู่เดิมอ่อนแอ ความบีบคั้นในชีวิต ภาวะทุพโภชนาการน้ำหนักลด ภาวะกดดันทางจิตใจการสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง การเป็นโรคเรื้อรัง การเป็นภาระของผู้ดูแล ทำให้ผู้สูงอายุเกิดโรคซึมเศร้าได้ (Evers & Martin, 2002) และ Yesavage & Brink cite in Rush et al, (2000) ให้มุมมองของโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุด้านความคิด อารมณ์ ความรู้สึก การรู้คิด (cognitive aspects) มากกว่าอาการที่ปรากฏทางกาย โดยกล่าวว่าอาการนอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ความสนใจในเรื่องเพศลดลง เป็นสิ่งที่พบได้โดยทั่วไปในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าประกอบกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอาจทำให้การเคลื่อนไหวและการมีกิจกรรมต่างๆในผู้สูงอายุลดลง นอกจากนี้ภาวะสมองเสื่อมยังมีผลต่อสมาธิและกระบวนการรู้คิดของผู้สูงอายุได้ แต่สิ่งที่สำคัญทำให้ผู้สูงอายุโรค

ซึมเศร้าแตกต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คือ การคิดถึงความตายและความรู้สึกสิ้นหวังในอนาคต

1.2 สาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ

1.2.1 ปัจจัยเสี่ยง

1.2.1.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม ข้อมูลทางวิชาการพบว่าฝาแฝดไข่ใบเดียวกันคนใดคนหนึ่งเกิดโรคซึมเศร้า โอกาสที่แฝดอีกคนจะเกิดโรคนี้อาจถึง ร้อยละ 70-80

1.2.1.2 สารซีโรเคมีในสมองพบระดับของ Serotonin และ norepinephrine บริเวณ synaptic cleft ต่ำกว่าปกติ เหมือนโรคซึมเศร้าทั่วไป และผู้สูงอายุปกติทั่วไปนอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงขนาดของ Cortical limbic hypothalamic หรือ pituitary ทำให้เกิด hyperactivity และ dysregulation ของ hypothalamic-pituitary adrenal (HPA) axis ผลผู้สูงอายุมี cortisol สูง ผู้สูงอายุเองยังมีระบบการนอนที่ผิดปกติ คือ Night time wakefulness slow-wave sleep total repideye movement (REM) sleep และ REM latency ลดลงอยู่แล้ว และอาการซึมเศร้ายังให้การนอนแย่ลงไปอีก

1.2.1.3 การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างสมองมีการเปลี่ยนแปลงของบริเวณ Per ventricular hyperintense areas subcortical white matter lesion และ subcortical grey matter lesion โดยเฉพาะใน basal ganglia ในผู้สูงอายุที่ซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป

1.2.2 ปัจจัยกระตุ้น

1.2.2.1 พบในคนที่สูญเสียรุนแรงที่เห็นชัดเจน Murphy (1982) พบว่าส่วนหนึ่งในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประวัติของปัญหาในชีวิตอย่างหนึ่ง เช่น สูญเสียคนรัก ปัญหาการเงิน โรครุนแรง

1.2.2.2 พบในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางกายรุนแรงและเป็นเรื้อรัง

1.2.3 ปัจจัยส่งเสริม

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ ควรให้ความสำคัญต่อสภาวะจิตใจและความรู้สึกนึกคิดเพราะผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตเปลี่ยนไปจากผู้ให้เป็นผู้รับ จากผู้นำ เป็นผู้ตาม ต้องพึ่งพาและต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัว ให้เข้ากับภาวะการที่เปลี่ยนแปลงไป ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้ก็จะเกิดปัญหาทางด้านจิตใจตามมา จากการศึกษางานวิจัยและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ นั้น สามารถแบ่งออกเป็น 4 ด้าน (บุญพา ณ นคร, 2545) ดังนี้

1.2.3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เกิดขึ้นในทุกระบบของร่างกายซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและระบบต่างๆ รวมทั้งปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

ของผู้สูงอายุ ได้แก่ ระบบผิวหนังขาดความตึงตัว ผิวหนังเหี่ยวและหยาบระบบกล้ามเนื้อและกระดูก มีการสลายออกจากกระดูกมากขึ้นทำให้กระดูกพรุน ผู้สูงอายุกล้ามเนื้อหัวใจฝ่อลงเกิดภาวะหัวใจวายได้ง่าย ลิ้นหัวใจแข็งหนา และมีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น เกิดภาวะลิ้นหัวใจรั่วและตีบได้ ระบบทางเดินหายใจมีความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลงความแข็งแรงและการขยายของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้าหายใจออกลดลง ทำให้ได้รับออกซิเจนต่ำทำให้เหนื่อยและหอบง่าย ระบบทางเดินอาหาร ทำให้รู้สึกหิวอาหารน้อยลงเนื่องจากการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง นอกจากนี้ระบบประสาทสัมผัสมีการทำงานของสมองและประสาทอัตโนมัติทำงานมีประสิทธิภาพลดลง ความเร็วในการรับและส่งสัญญาณประสาทลดลง ทำให้ความไวและความรู้สึกตอบสนองปฏิกิริยาต่างๆ ลดลงเช่นกัน (นิตยา บุญมาเลิศ, 2542)

1.2.3.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคมเนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ มีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ เช่นการเปลี่ยนแปลงทางด้านรับรู้ เมื่ออายุมากขึ้นเกิดภาวะความจำเสื่อมทำให้การรับรู้ต่อสังคมลดลง มีความยึดมั่นกับความคิดและเหตุผลของตนเอง ต่อต้านการเปลี่ยนแปลงของสังคมการพลัดพรากจากสิ่งอันเป็นที่รัก ทำให้บางครั้งผู้สูงอายุรู้สึกหงุดหงิด โกรธง่าย ว้าวุ่นและเหงา (พัชรี ต้นศิริ, 2533) บางครั้ง รู้สึกโดดเดี่ยวและสิ้นหวังอาจเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ท้อแท้และเบื่อหน่ายในชีวิต (วิจิตร บุญยะโหระ, 2533) จากสภาวะจิตใจต่างๆ อาจเป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาทางด้านจิตใจตามมาเช่น ภาวะเครียด วิตกกังวล และโรคซึมเศร้า (อาภา ใจงาม, 2533) บางครั้งอาจเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจเนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่นเกิดความรู้สึกหมดหวัง สิ้นหวังเนื่องจากความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางด้านร่างกาย และจิตใจ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2544) จากการศึกษาความชุกของภาวะวิกลจริตทางจิตใจในต่างประเทศพบว่าผู้สูงอายุมีอาการเฉยชา (apathy) ก้าวร้าว (aggressive) วิตกกังวล (anxiety) ประสาทหลอน (hallucination) คิดเป็นร้อยละ 72,60,48 และ 22 ตามลำดับ (บุญพา ณ นคร, 2545)

1.2.3.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีความลำบากในการปรับตัวแยกตัวออกจากสังคมความคล่องตัวในการคิดและการติดต่อสื่อสารจะลดลง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543) จากการเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคม เนื่องจากบทบาทเกี่ยวข้องกับภาระงาน ตลอดจนบทบาทในครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุเป็นหัวหน้าครอบครัวมีหน้าที่ในการดูแลหาเลี้ยงครอบครัว ตั้งกลับกลายมาเป็นผู้พึ่งพาอาศัยเป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียอำนาจและบทบาททางสังคม มีความรู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญ เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม (ศิริมาวงศ์แหลทอง, 2546) ความคับข้องใจทางสังคมหลังจาก การเปลี่ยนแปลงบทบาทหลังเกษียณอายุ การเปลี่ยนแปลงทางด้านตำแหน่งหน้าที่การงาน การสูญเสียเพื่อนร่วมงาน มีรายได้ลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไร้คุณค่า (บรรลุ ศิริพานิชย์, 2542) การลดความสัมพันธ์กับชุมชน บทบาทของ

ผู้สูงอายุในชุมชนจะเปลี่ยนไป หน้าที่รับผิดชอบการยอมรับพิจารณาอบหมายงานของชุมชนน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นที่จะเข้าปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มไม่กล้าแสดงออกทำให้ความสัมพันธ์กับชุมชนที่คุ้นเคยลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเคยมีบทบาททางสังคมเกิดความเครียดสูง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543) นอกจากนี้การสูญเสียชีวิตและบุคคลอันเป็นที่รักและหากการสูญเสียนั้นเป็นไปอย่างกะทันหัน จะทำให้มีผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุอย่างรุนแรง จากการศึกษาสภาพสมรรถที่แตกต่างกันของผู้สูงอายุของ พิชญากรณ์ มุลศิลป์ (2536) พบว่าการมีชีวิตคู่และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากชีวิตคู่ชีวิตทำให้ผู้สูงอายุมีสภาพจิตใจที่ดี มีกำลังใจในการเผชิญชีวิต

1.2.3.4 การเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ เป็นผลต่อเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม หากผู้สูงอายุพบกับปัญหาในการเปลี่ยนแปลงทางด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงในบทบาทการทำงาน บทบาทครอบครัว ร่างกายเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอย ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงและต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้เกิดความขัดแย้งในใจ รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงเกิดความเครียด เศร้าหมอง จะเกิดเป็นโรคซึมเศร้าซึ่งจะเกิดความรู้สึกหดหู่ ขาดการกระตือรือร้นและขาดแรงจูงใจ ต่อการดำเนินชีวิต รู้สึกหมดหวังในชีวิต อาจเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุกระทำอัตวินิบาตกรรมได้ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2544)

โรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุพบได้บ่อยซึ่งมีระดับความรุนแรงแตกต่างกันทั้งในระดับที่มีอารมณ์เศร้าเล็กน้อย ไม่ส่งผลกระทบต่อแผนการดำเนินชีวิต จนถึงระดับที่มีอารมณ์เศร้ายุทธแรง มีความคิดฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง ประมาณร้อยละ 20-40 ในช่วงชีวิตของผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น 1-2 ครั้ง ในจำนวนนี้พบว่ามีเพียงร้อยละ 5-10 เท่านั้นที่ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการบำบัด (Valent, 1994) นอกจากนี้ยังพบว่าการเกิดอุบัติเหตุการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีสูงถึงร้อยละ 13 ต่อปี และอุบัติการณ์สูงขึ้นในผู้สูงอายุที่มีปัญหาเจ็บป่วยเรื้อรังพบสูงถึง 1 ใน 3 (Dreyfus, 1989; Gomez & Domez, 1993) ทั้งนี้เนื่องจากโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังมักมีอาการ อาการแสดงที่ไม่จำเพาะเจาะจงมีความแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น กล่าวคือ ในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ต้องเผชิญความไม่แน่นอนของโรคและการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลงตามกระบวนการของวัยสูงอายุ อาจทำให้รู้สึกเศร้า ผิดหวัง สิ้นหวัง หรือหมดความสุขได้เป็นครั้งคราวเมื่อมีความคับข้องใจหรือสูญเสีย

โรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุที่เกิดขึ้น มีผลต่อการใช้กระบวนการทางความคิด สติปัญญา และแรงจูงใจของผู้สูงอายุที่ลดลง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านการรับรู้ การให้ความหมาย การแปลความ การใช้ความคิดและสติปัญญาในการตัดสินใจ และความสนใจต่างๆ ลดลง จึงมีการแสดงออกทางอารมณ์พฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากเดิม ที่พบบ่อยได้แก่อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย

หงุดหงิด โศกเศร้า ร้องไห้ กลัว กังวล รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง หมดหวัง ไม่มีความสุข แยกตัว ไม่สนใจดูแลตนเองและไม่สนใจสิ่งแวดล้อมเป็นต้น (Bushcamm. et al, 1995) อาการทางร่างกายที่พบบ่อยที่สุดคือ เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด

1.3 อาการของโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ

โรคซึมเศร้าที่พบบ่อยในผู้สูงอายุมักจะแสดงอาการที่ไม่ชัดเจน พบได้น้อยที่ผู้สูงอายุจะแสดงออกด้วยการพูดบ่นถึงอาการของตนเอง แต่เห็นได้ชัดคือ มีอารมณ์น้อยลงจนถึงไม่มีอารมณ์ทำสิ่งใดๆ เลยนำมาซึ่งการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุผิดพลาด หรือมีการวินิจฉัยที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น อาการที่มีแนวโน้มที่พบบ่อยในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าคือการเจ็บป่วยทางกายเพิ่มขึ้น แบบแผนการนอนหลับผิดปกติมักเริ่มจะนอนไม่หลับ อาการอยู่ไม่นิ่ง และบ่อยครั้งที่พบว่าอาการแสดงของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุไม่แสดงอาการโรคซึมเศร้าต่างๆอาการทางกายที่พบบ่อยรวมไปถึงอาการกังวลใจ การคิดถึงความตาย สมาธิลดลง อยู่ไม่นิ่งหรือซ้าลง (Tilli & Fillit, 2003) อาการนอนไม่หลับเป็นอาการที่พบบ่อยและอาการซึมเศร้าที่รุนแรงส่งผลกระทบต่อกระบวนการรู้คิดของผู้สูงอายุคือ อาการหลงลืม อาการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ที่คล้ายกับโรคสมองเสื่อม (Frisch, 2002) รูปแบบอาการที่พบนั้นแตกต่างกันตามเพศ พบว่าอารมณ์ เศร้า รู้สึกผิด วิตกกังวล การเปลี่ยนแปลงอารมณ์ไม่คงที่ในแต่ละวัน ในเพศหญิงมีมากกว่าเพศชาย (Tallis & Fillit, 2003) ส่วนอายุนั้นมีความเกี่ยวข้องกับรูปแบบอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบ ส่วนอาการไฮโปคอนเดรีย (hypochondriasis) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุ (Tallis & Fillit, 2003) และ Prince et al. (2003) ได้จำแนกอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือกลุ่มพวกเจ็บปวดจากอารมณ์ รวมถึงการมีอารมณ์ลดลง การร้องไห้ และกลุ่มแรงจูงใจซึ่งรวมถึงการขาดความสนใจ ไม่มีสมาธิ อารมณ์สนุกสนานลดลง

สรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุนั้นมีปัจจัยทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและการรู้คิด ได้แก่หวาดระแวงมองโลกในแง่ร้าย โศกเศร้า ภูมิใจในตนเองลดลง ไม่มีสมาธิ แบบแผนการรับประทานอาหารและการนอนหลับพักผ่อนผิดปกติ เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุนั้น

1.4 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า (American Psychiatric Association, 2005)ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าข้อบ่งชี้หรือหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยต้องมีอาการเหล่านี้อย่างน้อย 5 อาการ เป็นเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และอาการเหล่านี้ต้องมีอารมณ์ซึมเศร้าและ/หรือขาดความสนใจ ยินดีกับสิ่งต่างๆ ที่เคยสนใจ ร่วมเป็นหนึ่งในอาการเหล่านี้ด้วย

1. มีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ เกือบทั้งวันหรือเกือบทุกวัน โดยได้รับการบอกเล่าของผู้ป่วย (เช่น รู้สึกเศร้า หรือว่างเปล่า) หรือจากการสังเกตของผู้อื่น (เช่น เห็นว่าร้องไห้) หมายเหตุ เช่น: ในเด็กวัยรุ่นอาจพบเป็นลักษณะอารมณ์หงุดหงิด

2. ความสนใจหรือความสุขใจในกิจกรรมต่างๆ ลดลงอย่างมากเป็นทั้งวันหรือเกือบทุกวัน (โดยได้รับการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือจากการสังเกตของผู้อื่น)

3. น้ำหนักลดลงโดยไม่ได้เกิดจากการควบคุมอาหารหรือเพิ่มขึ้นอย่างมีความสำคัญ น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน หรือเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารจนน้ำหนักเปลี่ยนแปลงมาก หมายเหตุ: ในเด็กน้ำหนักจะไม่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ที่ควรจะเป็น

4. นอนไม่หลับหรือนอนหลับมากเกินไป

5. มี Psychomotor agitation หรือ retardation (จากการสังเกตของผู้อื่นไม่ใช่ความรู้สึกของผู้ป่วยว่า กระวนกระวายหรือช้าลง)

6. รู้สึกอ่อนเพลีย ช้า หรือไม่มีแรง

7. รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า รู้สึกผิดอย่างไม่สมเหตุสมผล (อาจถึงขั้นหลงผิด)

8. สมาธิหรือความสามารถในการคิดอ่านลดลง หรือตัดสินใจไม่ได้ (โดยได้รับการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือจากการสังเกตของผู้อื่นก็ได้)

9. คิดถึงเรื่องความตายบ่อยครั้ง คิดอยากตาย โดยไม่ได้วางแผนแน่นอนหรือพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแบบแผนการฆ่าตัวตายไว้แน่นอน

การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุยังคงถือตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยทั่วไป แต่ในผู้สูงอายุ (NIH,WAP) Blazer (1991) ได้กล่าวไว้ว่า

อาการหลัก

1. มีอาการซึมเศร้า มีอาการตลอดเวลาทั้งวันติดต่อกันเป็นเวลา 2 อาทิตย์
2. ไม่มีความสุขความสนใจ ในสิ่งต่างๆที่ปกติเคยสนใจ
3. อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย

อาการอื่นๆ

4. ไม่มีความมั่นใจ คุณค่าในตัวเองลดลง
5. รู้สึกผิดหรือบาปอย่างไม่สมเหตุสมผล
6. คิดถึงเรื่องความตาย มีความคิดหรือพฤติกรรมอยากฆ่าตัวตาย
7. ไม่มีสมาธิหรือคิดอะไรไม่ออก ตัดสินใจไม่ได้
8. การเคลื่อนไหวผิดปกติไปจากเดิม ซึมเศร้า เชื่องช้า กระวนกระวาย ผุดลุกผุดนั่ง
9. การนอนผิดปกติ
10. อยากอาหาร เปลี่ยนแปลงจนทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง

1.5 การรักษาโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ

แนวทางการรักษาตามปัจจัยเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้า คือ การรักษาด้านชีววิทยา การรักษาทางยา และรักษาทางจิตใจ เช่น จิตบำบัดแบบวิเคราะห์ กลไกทางจิต การบำบัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พฤติกรรมบำบัดทางปัญญา เป็นต้น (ดวงใจ กสานติกุล, 2542; มาโนช หล่อตระกูล, 2544) มีรายละเอียดดังนี้

1.5.1 การรักษาด้วยยา เป็นการรักษาโดยให้ยาต้านเศร้า (Antidepressant) กลุ่มต่างๆเช่น ยาด้านเศร้ากลุ่มไตรไซคลิก (tricyclic) ยาด้านเศร้ากลุ่มโมโนเอมิเนสซึม (monoamine oxidase inhibitors) เป็นต้น ยาด้านเศร้าส่วนใหญ่มีฤทธิ์ไปขัดขวางการดูดกลับ (reuptake) เข้าเซลล์ประสาทของสารสื่อประสาทที่สำคัญ 31 ชนิด คือ นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) โดปามีน (dopamine) และซีโรโทนิน (serotonin) ที่จุดต่างของปลายประสาทที่ทำให้สารเหล่านี้เพิ่มสูงขึ้น โรคซึมเศร้าจะหมดไปหรือดีขึ้น ยาแต่ละชนิดมีฤทธิ์ขัดขวางสารสื่อประสาทต่างๆ กัน เช่น อิมิพรามีน (imipramine) มีฤทธิ์ขัดขวางการดูดซึมกลับเข้าเซลล์ของซีโรโทนิน เป็นต้น การรักษาด้วยยาด้านเศร้า ต้องใช้เวลา 1-3 สัปดาห์ ในการออกฤทธิ์ให้ผู้ป่วยมีอาการเป็นปกติ รู้สึกท้อแท้หรือความรู้สึกผิด และยาจะทำให้ผู้ป่วยหลับได้ดีขึ้น เป็นเวลานานกว่า 1 เดือน สามารถลดยาได้ แต่ผู้ป่วยต้องรับประทานยาดูแลต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือนถึงหนึ่งปี เพื่อป้องกันการกำเริบร้อยละ 50 ของผู้ป่วยซึมเศร้ารุนแรงมีอาการกำเริบได้อีก ร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาไปตลอดชีวิต

การรักษาด้วยยาต้องใช้เวลา 4 -6 สัปดาห์ในการออกฤทธิ์ (Maximum therapeutic effect) (APA, 2000) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมีอาการดีขึ้นใน 1 สัปดาห์แรกและหยุดรับประทานยา ซึ่งพบว่าขนาดของยายังไม่เพียงพอต่อการรักษา จำเป็นอย่างยิ่ง ที่ผู้ป่วยต้องกินยาต่อเนื่องในระยะเริ่มต้นของการรักษา (acute phase) อย่างน้อย 4-8 สัปดาห์จึงสามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยรายนั้นๆ ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาหรือไม่ โดยทั่วไปแล้วพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการสงบและสามารถกลับไปทำหน้าที่ได้ตามปกติหลังรับการรักษา 12 สัปดาห์ จากรายงานการศึกษามีเพียงร้อยละ 20 - 30 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเท่านั้นที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา และพบว่ามีสาเหตุมาจากปัจจัยอื่นๆ ได้ เช่น การวินิจฉัยโรคที่ผิดพลาด อาการทางจิตที่รุนแรง ปัญหาารุนแรงทางจิตสังคมของผู้ป่วย การใช้สารเสพติด และความไม่ร่วมมือต่อการรับประทานยา (APA, 2000) ดังนั้น การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ได้รับการรักษาด้วยยาจึงเน้นที่การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง การทำความเข้าใจและอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงวิธีการรับประทานยาที่ถูกต้องการสังเกตและรายงานผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นให้แพทย์ทราบ รวมถึงการทำให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงวิธีปฏิบัติตนเมื่อมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาที่อาจเกิดขึ้น มีรายงานการศึกษาว่าความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจและไม่

สามารถทนต่อผลอันไม่พึงประสงค์จากการกินยาได้ เช่น อาการมีนงง ง่วงนอนในช่วงกลางวันทำให้ผู้ป่วยหยุดการรักษาด้วยตนเองโดยเฉพาะในช่วง 1 – 3 เดือนแรกของการรักษา (APA, 2000; Demyttenaere et al., 2008; Haynes, Ackloo, Sahota, & McDonald, 2008; Nemeroff, 2003) ซึ่งเป็นช่วงที่เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำสูงหากอาการของโรคยังไม่สงบ

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกของการบำบัดรักษา โดยหวังว่าผู้ป่วยจะมีอาการสงบ (Remission) และสามารถกลับไปทำหน้าที่ได้ตามปกติ

1.5.2 การรักษาทางจิตใจ เป็นการรักษาที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า และช่วยทำให้ผู้รับบำบัดร่วมมือในการรักษา มีแนวทางการรักษาตามกรอบแนวคิดของแต่ละทฤษฎี ที่อธิบายถึงปัจจัยของการเกิดโรคซึมเศร้ามุ่งต่อไป

1.5.2.1 จิตบำบัดแบบวิเคราะห์ทฤษฎีกลไกทางจิต (Psychodynamic psychotherapy) มีรากฐานจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ที่เชื่อว่าความขัดแย้งของจิตใต้สำนึกเป็นสาเหตุของปัญหาที่ก่อให้เกิดโรคซึมเศร้า การบำบัดจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการซึมเศร้า และปรับปรุงบุคลิกภาพของผู้รับ การบำบัด โดยพยายามวิเคราะห์ปมขัดแย้ง (dynamic focus) ที่สำคัญ เพียงเรื่องเดียวเช่น ปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เป็นต้น แล้ววิเคราะห์ความรู้สึกพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้รับ การบำบัด เพื่อค้นหาความขัดแย้งในอดีตหรือในจิตใต้สำนึกให้ปรากฏขึ้น การทำจิตบำบัดแบบวิเคราะห์ทฤษฎีกลไกทางจิต มีข้อจำกัดในการใช้ระยะเวลาในการบำบัดที่ยาวนานไม่สามารถกำหนดระยะเวลาในการรักษา มุ่งให้ผู้รับบริการบำบัดระบายความขัดแย้งในจิตใต้สำนึก โดยไม่คำนึงปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดโรคซึมเศร้าในปัจจุบัน ทำให้ความซึมเศร่ายังคงอยู่

1.5.2.2 พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) ของ Kazdin (2001) เป็นผู้เริ่มนำเอาพฤติกรรมบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าโดยอธิบายว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากขาดแรงเสริม (reinforcement) ในสถานการณ์ต่างๆ เช่น การพลาถจากการเสียชีวิตของผู้เป็นที่รัก การเปลี่ยนแปลงของสถานะความเป็นอยู่ เป็นต้น นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของแรงเสริมยังเป็นสาเหตุอื่นหรือปัจจัยที่ทำให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้นหรือเลวลง และการขาดทักษะทางสังคมทำให้ขาดโอกาสที่จะได้แรงเสริมจากสังคมยิ่งทำให้ภาวะซึมเศร้ามากขึ้น พฤติกรรมบำบัดมีหลักการว่าเมื่อพฤติกรรมเปลี่ยนอารมณ์และความคิดจะเปลี่ยนไปด้วย พฤติกรรมบำบัดมีเป้าหมายเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น เป็นการเสริมแรงด้านบวก และลดความขัดแย้งซึ่งเป็นแรงเสริมด้านลบลง การประสบกับเหตุการณ์ที่ดีจะทำให้ผู้รับการบำบัดมีภาวะซึมเศร่าลดลง

1.5.2.3 การบำบัดโดยปรับความคิดและการปรับพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) พัฒนาขึ้นโดย (Beck et al, 1979) รูปแบบการบำบัดทางปัญญามีแนวคิดพื้นฐานตามทฤษฎีนิยามว่าอารมณ์ที่ผิดปกติของบุคคลเป็นผลมาจากการบิดเบือนความคิด การประเมินสิ่งเร้า หรือ

เหตุการณ์ในชีวิตด้วยความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจะมีความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม โลกและอนาคต การบำบัดทางปัญญาจึงมีวัตถุประสงค์ให้ผู้รับบริการบำบัดค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ ตามความเป็นจริงแล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ที่เหมาะสม เมื่อผู้รับบริการบำบัดสามารถเข้าใจถึงความคิดที่เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

1.6 การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นซึมเศร้า

จุดมุ่งหมายในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่สำคัญมี 3 ประการ (American Nurse Psychiatric Association, 2000) คือ

1.6.1 ประการแรก ให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับความสุขสบายและปลอดภัย ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามักไม่สนใจดูแลตนเอง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพซับซ้อนได้ง่าย โดยเฉพาะผู้ที่เศร้ามาก มักจะทำร้ายตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาและความทุกข์ การป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยสังเกตจากพฤติกรรมหรือคำพูดของผู้ป่วยที่อาจบ่งชี้เป็นนัยก็จะช่วยเพิ่มความระมัดระวัง และให้ความเอาใจใส่มากขึ้น ดังนี้

1.6.1.1 จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ สบาย มีบรรยากาศแจ่มใส

1.6.1.2 ผู้ดูแลควรเข้าใจธรรมชาติของผู้ป่วยสูงอายุ มีความเห็นอกเห็นใจผู้ที่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ และยินดีช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับความสะดวกสบายในชีวิตประจำวันทั้งด้านการพักผ่อน นอนหลับ การรับประทานอาหาร และอื่น ๆ

1.6.1.3 ให้การดูแลใกล้ชิด สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยที่สุด สำหรับผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คือ การอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามักต้องการเพื่อน ต้องการคนเข้าใจช่วยปลอบโยนให้กำลังใจ โดยเฉพาะช่วงตื่นนอนใหม่ ๆ หากมีคนพูดคุยด้วย จะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกอบอุ่นที่มีคนห่วงใย

1.6.1.4 จัดสิ่งของที่อาจมีอันตรายออกให้หมด ได้แก่ อาวุธของมีคม หรือสิ่งของที่อาจเป็นอันตรายต่าง ๆ เช่น แก้ว เชือก เข็มขัด ตลอดจน หน้าต่าง ประตู กระจก หรือทางเข้าออกสู่ระเบียงภายนอกที่ลับตา ควรหมั่นตรวจสอบไม่ให้ผู้ป่วยสูงอายุเก็บยาไว้ ยาที่ใช้รักษาต้องให้รับประทานต่อหน้าเพื่อป้องกันการเก็บสะสมยา

1.6.1.5 ดูแลให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการรักษาภาวะซึมเศร้าอย่างเต็มที่ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าโดยเร็ว เช่น เครื่องกระตุ้นการให้ยาผู้ป่วยสูงอายุให้ตรงขนาด ตรงเวลา และติดตามอาการข้างเคียงของยา หรือผู้ป่วยสูงอายุบางรายอาจจำเป็นต้องรักษาด้วยการช็อกไฟฟ้า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีอาการหลงผิดประสาทหลอน บางครั้งอาจได้รับการผูกมัด ควรให้การดูแล

ใกล้ชิด หมั่นตรวจสอบอาการผู้ป่วยสูงอายุและปลดเครื่องผูกยึดบ่อย ๆ เพราะการผูกยึดอาจทำให้ผู้ป่วยสูงอายุบาดเจ็บอันตรายได้

1.6.1.6 พยายามลดปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า เช่น การควบคุมโรคเรื้อรัง การดูแลสุขภาพทั่วไปให้ดีขึ้น และการทบทวนประเด็นปัญหาให้กระจ่าง แยกแยะสิ่งที่ถูกต้องและสิ่งที่บกพร่องควรแก้ไข เพื่อลดความรู้สึกผิด หรือตำหนิตนเองของผู้ป่วยสูงอายุ

1.6.1.7 ควรทำสัญญากับผู้ป่วยสูงอายุว่าจะไม่ทำร้ายตนเอง เช่น “ฉันจะไม่ฆ่าตัวตายภายในสัปดาห์นี้” หรือ “ฉันจะไม่ฆ่าตัวตายขณะอยู่โรงพยาบาล” หรือ “ถ้าฉันคิดฆ่าตัวตายฉันจะบอกให้ท่านทราบ” เป็นต้น การทำสัญญาและรักษาสัญญาเป็นสิ่งมีประโยชน์ เป็นการสร้างความผูกพันและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ช่วยชะลอการเกิดปัญหา และหาแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุ

1.6.2 ประการที่สอง ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุผ่านพ้นจากภาวะซึมเศร้าโดยเร็ว ควรปฏิบัติดังนี้

1.6.2.1 ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าและความภาคภูมิใจของผู้ป่วยสูงอายุ โดย

1.6.2.1.1 ให้ผู้ป่วยสูงอายุทราบว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีคุณค่า มีประสบการณ์ มีความรู้ และมีผู้ที่ห่วงใยในผู้ป่วยสูงอายุ เช่น บุคลากรทีมสุขภาพ ญาติ และเพื่อน ๆ เป็นต้น ทั้งนี้เพราะปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ง่าย ได้แก่ เจตคติของคนในสังคมที่ทำให้ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองของผู้ป่วยสูงอายุลดลง ฉะนั้นพยาบาลต้องเป็นคนช่างสังเกต การพูดจาและท่าทางที่แสดงต่อผู้ป่วยสูงอายุ ควรให้ความยกย่อง นับถือ เพื่อคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าของผู้ป่วยสูงอายุ

1.6.2.1.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุระบายความรู้สึก เพื่อให้ทราบความคิดเห็นว่าเกิดอะไรขึ้นในชีวิต สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุกลัว ความรู้สึกผิด ตำหนิตนเอง หรือความสูญเสียต่าง ๆ การระบายความรู้สึก จะช่วยคลายความอึดอัด กระวนกระวาย ช่วยให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง

1.6.2.1.3 รับฟังความคิดเห็นและการยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วยสูงอายุ เช่น อารมณ์โกรธ หรือเศร้าเสียใจ ร้องไห้ โดยไม่คัดค้าน เพราะผู้ป่วยสูงอายุจะไวต่อการถูกปฏิเสธ หรือการไม่ยอมรับของผู้อื่น ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดการกระวนกระวายมากขึ้น ควรรับฟังด้วยความสงบ ให้ความสนใจสิ่งที่ผู้ป่วยสูงอายุพูด และพยายามทำความเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

1.6.2.1.4 ส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน พยายามจัดสิ่งแวดล้อม และกิจกรรมที่เหมาะสม สะดวก ปลอดภัย เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุช่วยตนเองได้ หลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือความจำกัดต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยไม่จำเป็น

1.6.2.1.5 กระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น การพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ เพื่อน หรือผู้ป่วยอื่น ๆ การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม การให้ผู้ป่วยสูงอายุได้แสดงออกในสิ่งที่ถนัด หรือมี

ประสบการณ์ กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุคิดถึงสิ่งใหม่ ๆ ที่ดีแก่ชีวิต เช่น มีเพื่อน มีสังคม และมีกิจกรรมใหม่ที่พอใจ เป็นต้น

1.6.2.2 ให้ผู้ป่วยสูงอายุทบทวนภาวะซึมเศร้าของตนเอง

1.6.2.2.1 กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุทบทวนสถานการณ์ และวิเคราะห์ความสูญเสียหรือปัญหาที่เกิดขึ้นมานั้นว่าเหมาะสมเพียงใด ผู้ป่วยสูงอายุเศร้าเกินไปหรือไม่

1.6.2.2.2 ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุรับรู้สิ่งดี ๆ ในชีวิต โดยกระตุ้นให้ระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตด้านที่ดีที่พึงพอใจ เป็นการมองด้านบวก เช่น ความอาทรห่วงใยของสมาชิกในครอบครัว การประสบความสำเร็จในชีวิต การช่วยเหลือผู้อื่น การมีกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลาย เป็นต้น

1.6.2.2.3 ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความกระจ่างในประเด็นปัญหาหรือความขัดแย้งที่เกิดขึ้นตามความจริง เพื่อลดความรู้สึกผิด ต่ำหิตตนเอง หรือความขมขื่น ไม่พอใจต่าง ๆ ให้น้อยลง และให้มองอีกด้านที่ช่วยให้ความรู้สึกที่ดีขึ้น

1.6.2.2.4 ให้กำลังใจผู้ป่วยสูงอายุในการเผชิญปัญหา และแก้ไขสถานการณ์ โดยชี้ให้เห็นถึงความเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่านอุปสรรคต่าง ๆ มากมาย เป็นผู้ที่มิประสบการณ์ชีวิตหลากหลาย ซึ่งจะช่วยเหลือคลายปัญหาที่เผชิญอยู่ให้ผ่านไปด้วยดี

1.6.2.3 ให้ข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

1.6.2.3.1 ให้ผู้ป่วยสูงอายุทราบว่าภาวะซึมเศร้า เป็นความเจ็บป่วยที่พบได้ในผู้ป่วยสูงอายุและจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องเช่นเดียวกับความเจ็บป่วยด้านร่างกาย เพื่อช่วยให้อาการต่าง ๆ ดีขึ้น

1.6.2.3.2 อธิบายให้ทราบสาเหตุ อาการและการลดภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุมีแนวทางการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เช่น การแยกตัวจากสังคมเป็นเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้า การดื่มแอลกอฮอล์ จะส่งเสริมให้คิดทำร้ายตนเอง การมองสิ่งต่าง ๆ ในด้านดีช่วยให้สุขภาพจิตดีขึ้น เป็นต้น

1.6.2.3.3 กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุระบายความรู้สึก และวิธีคิดที่ว่าจะช่วยลดภาวะซึมเศร้า

1.6.2.3.4 ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยสูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคม

1.6.2.3.5 ให้ผู้ป่วยสูงอายุและญาติ ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุการปรับตัวที่เหมาะสม และวิธีลดความเครียด เพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า เช่น การใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การมองโลกในแง่ดี และการออกกำลังกายเพื่อลดความเครียด เป็นต้น

1.6.2.3.6 ให้ผู้ป่วยสูงอายุและญาติทราบถึงความสำคัญของการรับประทานยาต้านเศร้าซึ่งจะเริ่มได้ผลเมื่อผ่านไป 2 – 3 สัปดาห์ และจำเป็นต้องรับประทานยาต่อไป เพื่อให้อาการดีขึ้น พร้อมทั้งสังเกตอาการหรือผลข้างเคียงของยา เช่น อาการท้องผูก ปากแห้ง ตาพร่า ถ่ายปัสสาวะลำบาก หรือเหงื่อออกมาก อ่อนเพลีย เพื่อให้การช่วยเหลือได้ถูกต้อง

1.6.3 ประการที่สาม ผู้ป่วยสูงอายุได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต จากลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า มักไม่สนใจตนเอง ละเลยการทำกิจวัตรประจำวัน ทั้งด้านสุขอนามัย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ และการขับถ่าย จึงมักมีอาการท้องผูก เนื่องจากดื่มน้ำน้อย และเคลื่อนไหวร่างกายน้อย อาจมีอาการบวมตามแขน ขา และมีปัสสาวะคั่งในกระเพาะปัสสาวะ ถ่ายปัสสาวะลำบาก ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเป็นผลข้างเคียงจากยาต้านเศร้า ดังนั้นพยาบาลควรสังเกตและให้ความเอาใจใส่ด้วย โดย

1.6.3.1 ดูแลให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับอาหารและน้ำเพียงพอ ตลอดจนมีการขับถ่ายที่เป็นปกติ ควรบันทึกปริมาณอาหารและน้ำที่ร่างกายได้รับ การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือ

1.6.3.2 ชั่งน้ำหนักตัวเพื่อสังเกตการบวมและติดตามภาวะโภชนาการ

1.6.3.3 จัดให้มีกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการออกกำลังกายและการพักผ่อนนอนหลับให้เหมาะสม เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากภาวะซึมเศร้า และช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกดีขึ้น ได้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีความอยากอาหาร และนอนหลับได้ดีขึ้น

1.6.3.4 ช่วยเหลือด้านสุขอนามัยและการแต่งกายที่สวยงาม จะทำให้จิตใจสดชื่น ช่วยให้อาการซึมเศร้าลดลง

1.6.3.5 บรรเทาความไม่สุขสบายต่าง ๆ ให้น้อยลง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีความไม่สุขสบาย ทั้งจากภาวะซึมเศร้า และจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมทั้งผลข้างเคียงจากยารักษาโรค ด้วยฉะนั้นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสูงอายุสุขสบายขึ้นจากปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ จะช่วยให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุลดลง

1.6.3.6 จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัย เพื่อส่งเสริมการรับรู้ที่ถูกต้อง เช่น แสงสว่างเพียงพอ แวนตาที่มองเห็นได้ชัดเจน และเครื่องช่วยฟังที่ใช้งานได้ดี ต้นไม้และสัตว์เลี้ยงเพื่อให้เพลิดเพลิน เกิดความรู้สึกรักและผูกพัน เป็นต้น

สรุปได้ว่า เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ จะต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลต่อจิตใจผู้ป่วยสูงอายุมาก ที่สำคัญ คือ ความรู้สึกในคุณค่าของตนลดน้อยลง ซึ่งทำให้เกิดความเครียดหรือภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นผู้ป่วยสูงอายุจึงต้องพยายามปรับตัวทางบวกคือการสร้างความเข้มแข็งทางใจให้อยู่ในภาวะสมดุล

เพื่อให้สามารถควบคุมสภาพปัญหา หรือภาวะซึมเศร้าได้ ทำให้ไม่เกิดการเจ็บป่วยและคงมีสุขภาพดี แต่ถ้าหากการปรับตัวนี้ไม่สมดุลโอกาสการเจ็บป่วยย่อมเกิดขึ้นได้เสมอทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

พยาบาลมีบทบาทสำคัญเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องใช้กระบวนการพยาบาลโดยเน้นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างมีระบบและขั้นตอนในลักษณะให้คำแนะนำให้การปรึกษาประคับประคองรวมถึงการฝึกทักษะ สามารถค้นหาปัญหาความต้องการวางแผนดูแลกิจกรรมการดูแลตนเองตลอดจนทราบและรู้จักใช้ทรัพยากรภายใน และภายนอกของคนที่มียู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดเพื่อการพัฒนาทางพฤติกรรมความคิดในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอย่างถูกต้องเหมาะสม การพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้องค์ความรู้ และข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence – based Nursing Practice) และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากองค์ความรู้ผลการวิจัย ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ช่วยให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงทางการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชได้เกิดการพัฒนารูปแบบต่าง ๆ ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ซึ่งสภาการพยาบาลได้กำหนดไว้ (Advanced Practice Nurse : APN) ดังต่อไปนี้

1. สมรรถนะในการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง การประเมินผลการวินิจฉัย วิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาลที่ซับซ้อนและปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประเมินสถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุนำข้อมูลด้านระบาดวิทยาสถิติของผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติให้การวินิจฉัยทางการพยาบาล และวิเคราะห์ปัญหาที่ซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของโรคซึมเศร้า ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ วางแผนในการปฏิบัติการพยาบาลให้ตรงกับความต้องการและปัญหาในผู้ป่วยแต่ละราย

2. สมรรถนะในการให้ความรู้การสอนการชี้แนะแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องที่เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าทั้งตัวผู้ป่วยและญาติ กระบวนการคิดที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าและการฝึกการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุโดยมีการเสริมพลังให้กับผู้ที่ฝึกดูแลจากทีมพี่เลี้ยงเป็นระยะๆ

3. สมรรถนะเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วย และพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกเกี่ยวกับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุนำให้ในระหว่างการดำเนินการ และเมื่อผู้ป่วยพบปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือหลังจากทำการศึกษาในระหว่างที่ผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล

4. สมรรถนะในการประสานงานกับโรงพยาบาลต่าง ๆ คือ ผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล คณะกรรมการด้านการวิจัย โดยชี้แจงความเป็นมา ความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงานเพื่อประสานขอความร่วมมืออำนวยความสะดวกในการศึกษาวิจัย

5. สมรรถนะการเป็นผู้นำโดยศึกษาเพื่อพัฒนาแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าให้ได้ประสิทธิภาพคุ้มค่าใช้จ่ายย ตลอดจนการลดและป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิต ในบุคคลที่มีแนวโน้มการป่วยหรือป่วยซ้ำด้วยโรคซึมเศร้า พัฒนาให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง เผชิญปัญหา และการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งการปฏิบัติพยาบาล ดังกล่าว ถือเป็นบทบาทหน้าที่หลักของพยาบาลจิตเวช

6. สมรรถนะการนำผลงานวิจัยมาจากการศึกษาและจากการทบทวนวรรณกรรมที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์มาช่วยสนับสนุนการดูแล รักษาผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรค และการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

7. สมรรถนะการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงจากแนวคิดการดูแลรักษาแบบเดิมมาเป็นการใช้แนวคิดใหม่เพื่อปรับให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมต่างๆที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยซึมเศร้าสูงอายุ

8. สมรรถนะการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการทำการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์

9. สมรรถนะการจัดการและประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษาวิจัย เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

สรุปได้ว่าบทบาทที่สำคัญของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คือ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทการพยาบาลแบบองค์รวม เป็นการนำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับเป้าหมายหลักของการพยาบาล คือ การส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งทางใจที่เพิ่มขึ้น และเกิดภาวะซึมเศร้ามลดลง ป้องกันการป่วยซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

2. แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

2.1 ความหมายการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม มีโครงสร้างที่ซับซ้อนและความเกี่ยวพันที่เกิดขึ้น จากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม เพื่อแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันละกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึกต่อกัน ทำให้บุคคลให้ความช่วยเหลือในด้านการจัดการปัญหาต่างๆและช่วยบรรเทาผลกระทบจากความเครียด การสนับสนุนทางสังคมจะมีบทบาทในการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี โดยการส่งเสริมหรือเอื้ออำนวยให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนสามารถบรรเทาความเครียดได้ ก่อให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจและมั่นใจ ที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต่อไป ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความผาสุกทางจิตใจตลอดจนสามารถปรับเปลี่ยนวิถีในการดำเนินชีวิตของตนเองได้ (นิรมล จิตต์จำนง, 2548)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ครอบครัวผู้ป่วย ได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของหรือข้อมูล ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีการช่วยเหลือกันด้านต่างๆทำให้เกิดความรัก ความผูกพัน ดูแลเอาใจใส่ทำให้เกิดความไว้วางใจกัน (ไพลิน ปรัชญคุปต์, 2548)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ผู้รับได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน เป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติ หรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ (น้ำเพชร หล่อตระกูล, 2543)

การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีการช่วยเหลือกันด้านต่างๆ ทำให้เกิดความรักความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ ซึ่งทำให้เกิดการไว้วางใจกันประกอบด้วย การสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือ การแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่า ให้ความรัก ความไว้วางใจ ความเอาใจใส่ดูแล ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ แสดงความห่วงใย สอบถาม รับฟังความรู้สึก

2. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง การส่งเสริมให้ประเมินศักยภาพตนเอง เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเองกับผู้ที่อยู่ร่วมในสังคม เป็นการให้ข้อมูลย้อนป้อนกลับหรือเปรียบเทียบกับสังคม หรือนำข้อมูลที่มีอยู่มาใช้ประเมินตนเอง เช่น ประเมินค่าสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพโดยฝึกทักษะในการแก้ปัญหาโดยนำข้อมูลหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ ในการจัดการกับปัญหา

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) คือ การให้คำแนะนำข้อชี้แจงแนวทาง ข้อเสนอแนะ และให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคลในการจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) คือ การช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้เงิน แรงงาน เวลา ช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์ต่างๆในชุมชน รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการให้บริการ

2.2 ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม

Gottlieb (1985) ได้แบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับกว้าง (Macro Level) จะวัดโดยพิจารณาถึงการเข้าร่วมหรือมีส่วนร่วมในสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่มต่างๆ การดำเนินชีวิตในชุมชน ฯลฯ

2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo level) การมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายสังคมด้วยการวัดอย่างเฉพาะเจาะจงถึงกลุ่มที่ติดต่อกันอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ กลุ่มเพื่อน ครอบครัวระดับเล็กหรือระดับแคบ (Micro Level) คือ ระดับที่ใกล้ที่สุด การสนับสนุนทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง ได้แก่ สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัวหรือคนรักซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ ให้การสนับสนุนทางจิตใจ แสดงความรักและห่วงใย (Affective Support)

2.3 แหล่งสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมมีหลายมิติ ได้แก่ ด้านโครงสร้างการทำหน้าที่ และด้านความพึงพอใจในการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของบุคคลในสภาวะติดต่อและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Brant & Wienert, 1985) ซึ่งการติดต่อสัมพันธ์ของบุคคลในสังคมจะเกี่ยวข้องกับหลายองค์ประกอบ ได้แก่ ขนาดของกลุ่ม ลักษณะของความผูกพัน ระยะเวลา และวิธีที่ใช้ในการติดต่อ (Pender, 1996)

2.4 องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

มีประกอบด้วยที่สำคัญดังนี้

2.4.1 หลักการ ที่สำคัญของการสนับสนุนทางสังคมจะประกอบด้วยสิ่งสำคัญดังนี้

2.4.1.1 จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการสนับสนุน

2.4.1.2 ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบด้วยข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ทำให้ “ผู้รับ” เชื่อว่ามีคนเอาใจใส่และมีความรักความหวังดีในตนอย่างจริงใจ ข้อมูลข่าวสารนั้นเป็นข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ “ผู้รับ” รู้สึกว่าตนมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ “ผู้รับ” เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีประโยชน์แก่สังคม

2.4.1.3 ปัจจัยนำเข้า อาจอยู่ในรูปของข่าวสารวัตถุประสงค์ของหรือด้านจิตใจ

2.4.1.4 จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

2.4.2 **กลุ่มบุคคล** ซึ่งเป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคม อุบล นิวัติชัย (2527) ได้อ้างถึงแนวคิดของ Caplan (1974) เกี่ยวกับการจัดแบ่งไว้ 3 กลุ่ม คือกลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติที่พบได้ในทุกสังคมและวัฒนธรรมประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภท คือ

ประเภทที่ 1 เป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง (Kin) ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก

ประเภทที่ 2 ได้แก่ครอบครัวใกล้ชิด (Kint) เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนรู้จักคุ้นเคย ผู้ร่วมงาน พบว่าทุกวัฒนธรรมมีแนวทางปฏิบัติในการผูกมัดบุคคลในสายเลือด หรือบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันว่าจะต้องช่วยเหลือกันเมื่อมีปัญหาหรือมีความลำบากในการดำเนินชีวิต

Rose (2000) ได้กล่าวถึงครอบครัวผู้ป่วย คู่สมรส บุตร หรือครอบครัวเดิมของผู้ป่วย เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อแม่ มีหน้าที่ที่จะต้องช่วยเหลือด้านสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย Horwitz, Reinhard, & Howell- White (1996) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในแง่ของการแลกเปลี่ยนตอบแทนซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว ตามแนวคิดทางสังคมสงเคราะห์ที่เรียกว่าระบบอุปถัมภ์แบบต่างตอบแทน (Reciprocal) คือถ้าบุคคลช่วยทำประโยชน์ให้กับผู้อื่น บุคคลนั้นจะได้รับความช่วยเหลือเป็นการตอบแทน เมื่อบุคคลนั้นรู้สึกเดือดร้อนหรือจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ หากทำประโยชน์กับผู้อื่นมากบุคคลนั้นก็จะได้รับความช่วยเหลือ

2.4.2.1 องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มารวมตัวกันเป็นหน่วย ชมรม สมาคม ซึ่งไม่ใช่กลุ่มที่จัดโดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพเช่น สมาคมผู้สูงอายุเป็นต้นกลุ่มองค์กรหรืออาสาสมัครในชุมชนที่รวมตัวกันเป็นหน่วย ชมรม สมาคมโดยสนใจที่จะช่วยเหลือผู้ที่ประสบความยุ่งยาก เช่น The national Association of Psychiatric Survivors (NAPS) เป็นองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนางานด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของ USA ส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทดูแลตนเองมากขึ้น ให้ความรู้และช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ (Lefley, 1993)

2.4.2.2 กลุ่มผู้ช่วยเหลือทางวิชาชีพ หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวงการส่งเสริมป้องกันรักษาและฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนโดย Rose (2000) มีแนวคิดว่าคุณลักษณะในทีมจิตเวชมีความสำคัญในการลดปัญหาที่จะเกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยอยู่บ้าน โดยการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์และเหมาะสมกับความรู้ของผู้ป่วย บุคลากรทางวิชาชีพที่มีทัศนคติที่ดีกับผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้และรู้สึกชื่นชมเกิดความสนใจในคำแนะนำ

Brant & Weinert (1985) เห็นว่าในบุคคลแต่ละคนนั้นมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม 11 แหล่งด้วยกัน คือ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร ญาติ มิตร สหาย เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน พระหรือนักบวช บุคลากรทางด้านสุขภาพ หน่วยบริการที่จัดให้ในชุมชน รวมถึงบุคคลที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน

2.4.3 กระบวนการกลุ่ม เป็นกระบวนการเรียนรู้ของสมาชิกกลุ่มตั้งแต่ 2 คน ขึ้นไปมีปฏิสัมพันธ์กัน มีแรงจูงใจร่วมกันทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดโดยที่สมาชิกกลุ่มมีอิทธิพลต่อกันโดยผู้นำกลุ่มเป็นผู้จัดกระบวนการให้สมาชิกแสวงหาคำตอบ การใช้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกผู้นำกลุ่มเอื้ออำนวยให้สมาชิกกลุ่มแสดงความเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เสนอแนะวิธีการต่างๆ กันเองจนเกิดการเรียนรู้สามารถปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ภายใต้บรรยากาศของคน ให้เกียรติ ยอมรับ รู้สึกปลอดภัย ไว้วางใจและได้กำลังใจ การได้เข้ากลุ่มสนับสนุนนับว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคมวิธีหนึ่งตามที่ Weiss (1976) ได้กล่าวไว้ คือ สมาชิกมีความผูกพัน ยึดเหนี่ยวต่อกัน มีการรวบรวมประสบการณ์ทางสังคม มีการดูแลเอาใจใส่ต่อกัน มีความเชื่อถือ จริ่งใจต่อกัน มีความรู้สึกที่เป็นมิตรต่อกันและมีการได้รับคำแนะนำ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนที่เข้าใจความรู้สึก

และสามารถคุยได้อย่างเปิดเผย เป็นพวกเดียวกัน และตามแนวความคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญา กลุ่มสนับสนุนจัดเป็นสิ่งเร้าที่เข้าไปกระทำ ต่อกระบวนการทางปัญญา คือ กลุ่มสนับสนุนทำให้มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบความคิด ความเข้าใจการรับรู้ จากเดิมที่คิดว่าตนเองไร้คุณค่า ไม่มีใครเข้าใจความรู้สึกของตน เมื่อเข้าร่วมในกลุ่มสนับสนุนจะเกิดการประคับประคองทางจิตใจต่อกัน เกิดปฏิสัมพันธ์ทางสังคมต่อกัน มีการให้และรับข้อมูลที่ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติในชีวิตจริง ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความมั่นใจในการดำเนินชีวิตเพื่อการมีสุขภาพที่ดี มั่นใจในการดูแลตนเองตามแนวทางการรักษาของแพทย์ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องซึ่งเป็นการลดภาระของผู้ป่วย

2.5 กลุ่มสนับสนุนทางสังคม

2.5.1 กลุ่มสนับสนุน (Support group) เป็นกลุ่มบุคคลที่มีประสบการณ์เหมือนกันมา รวมตัวกันเป็นกลุ่มเล็กๆ โดยความช่วยเหลือของพยาบาลเพื่อให้สมาชิกได้พูดคุยประคับประคองทางจิตใจต่อกัน (Kinney, Mannetter, & Cartenter, 1992) ทำให้เกิดปัจจัยบำบัด (Curative factors) สามารถจัดการกับภาวะอารมณ์และพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตในช่วงที่เกิดเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตได้ (Yalom, 1985) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นการปรับพฤติกรรมทางปัญญาซึ่ง Kazdin(1978) กล่าวว่า เป็นกระบวนการเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกโดยการเปลี่ยนความคิด การตีความ หรือการเปลี่ยนตัวแปรทางปัญญาก็เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยตามแนวความคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญา กลุ่มสนับสนุนจัดเป็นสิ่งเร้าที่เข้าไปกระทำต่อกระบวนการทางปัญญาของสมาชิก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อ ความคาดหวังที่มีอยู่เดิม กลายเป็นความคิด ความเชื่อ ความคาดหวังใหม่ ซึ่งมีผลต่อการแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนไป

2.5.2 กลุ่มสนับสนุนทางสังคม (Social support group) คือ การที่บุคคลตั้งแต่ 3 คนขึ้นไปมารวมกลุ่มทำกิจกรรมกันอย่างสม่ำเสมอในระยะเวลาที่เหมาะสม เพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านสุขภาพ และช่วยเหลือสมาชิกในการหาวิธีการเพื่อดูแลสุขภาพร่วมกัน (Janosik, 1991 cited in Srikhachin, 2000) การทำกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนมาจากแนวคิดพื้นฐาน 2 ประการ คือการสนับสนุนทางสังคมและกระบวนการกลุ่ม (Kinney ,Mannetter, & Cartenter, 1992) โดยกลไกของกลุ่มประกอบด้วย การให้ข้อมูลที่เป็นการสอนหรือแรกเปลี่ยนความรู้ต่างๆ รวมถึงการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิก (Loomis 1979 cited in Kinney et al., 1992)

2.5.3 การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม

กระบวนการกลุ่ม (group process) หมายถึงการที่บุคคลมากกว่า 2 คน มีปฏิสัมพันธ์กันในรูปแบบของการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ และ ข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นร่วมกัน (Marram, 1978)

การดำเนินกิจกรรมกลุ่มจะมีการจัดประสบการณ์ การเรียนรู้ภายในกลุ่ม โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ (Marram, 1978)

ระยะที่ 1 ระยะการสร้างสัมพันธภาพ (The Introductory Phase) เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกับสมาชิกในกลุ่ม และระหว่างสมาชิกด้วยกัน ผู้นำกลุ่มต้องสร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับสมาชิกกลุ่ม สร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นกับสมาชิกด้วยการแสดงท่าทีที่อบอุ่น สนใจ ตั้งใจ เข้าใจ ยอมรับในความคิดเห็นและพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม โดยไม่ใช่ความคิดเห็นของตนเป็นเครื่องตัดสิน การประสานสายตาในระหว่างสนทนา เป็นการสร้างความไว้วางใจ สมาชิกกลุ่มจะเต็มใจเปิดเผย ระบายความรู้สึกและประสบการณ์ของตนเองจะมีความมั่นใจในการให้ และรับความช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นๆ

ระยะที่ 2 ระยะการดำเนินการ (Working Phase) ระยะนี้สมาชิกความรู้สึกไว้วางใจและเชื่อมั่นในกลุ่มตลอดจนผู้นำกลุ่มจะทำให้สมาชิกในกลุ่ม มีการระบายความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์และมีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกจะมุ่งความสนใจอยู่ที่ปัญหา ยอมรับว่าตนเองมีปัญหาหาทางแก้ปัญหาโดยมีเพื่อนสมาชิกคอยช่วยเหลือสนับสนุน การที่ได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มนี้จะทำให้เกิดความคิดใหม่ๆ มาใช้ในการปรับปรุงแก้ปัญหาของตน นอกจากนี้ความเชื่อมั่นในกลุ่ม จะทำให้สมาชิกรับรู้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกได้

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (Final Phase) เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปผลของประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม จะต้องช่วยให้สมาชิกในกลุ่มได้ประเมินความก้าวหน้าความเปลี่ยนแปลงในทางองกวมของตนเองความสำเร็จของกลุ่ม นอกจากใช้การประเมินด้วยวาจาของสมาชิกในกลุ่มแล้ว ยังต้องประเมินจากพฤติกรรมของสมาชิกที่แสดงออกจากการประเมินของผู้อื่น บางครั้งอาจมีเกณฑ์ที่ตั้งไว้เฉพาะ เช่น สมาชิกกลุ่มได้รับประโยชน์เต็มที่จากการทำกลุ่มหรือไม่ สมาชิกรู้ว่าตนเอง สามารถเผชิญปัญหา และจัดการชีวิตด้วยตนเองหรือไม่ เป็นต้น ก่อนสิ้นสุดการทำกลุ่มผู้นำกลุ่มควรบอกสมาชิกให้ทราบล่วงหน้า และในกรณีที่สมาชิกบางรายเกิดความวิตกกังวลหลังสิ้นสุดการทำกลุ่มผู้นำกลุ่มต้องให้โอกาสสมาชิกได้ระบายความรู้สึกของตนเองเต็มที่ พร้อมทั้งพยายามชี้แนะให้เห็นประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับเมื่อออกจากกลุ่มไป

สรุปได้ว่าในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ซึ่งได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน คือ แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากรซึ่งมีความครอบคลุมความจำเป็นขั้นพื้นฐานที่มนุษย์ต้องการจากการที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะต้องรับจากบุคคลในครอบครัวในการช่วยในการส่งเสริมพฤติกรรมในชีวิติ การดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกลุ่มสนับสนุนทางสังคมเพื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ซึ่งน่าจะส่งผลให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้น

2.6 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

มีผู้พัฒนาเครื่องมือไว้หลากหลายแบบดังนี้

2.6.1 เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Cobb ลักษณะเครื่องมือจะเป็นเรื่องสั้น 16 ชุด แต่ละชุดมีคำตอบให้เลือก 5 ลำดับ จะนำคะแนนที่ได้จากคำตอบ 16 ชุด มารวมกันเป็นคะแนนรวมซึ่งหมายถึงปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่แต่ละคนได้รับ เครื่องมือชุดนี้ใช้วัดการสนับสนุนทางสังคมโดยทั่วไปไม่เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ใดและวัดได้เฉพาะปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมเท่านั้นไม่สามารถวัดเครือข่ายทางสังคมได้

2.6.2 แบบการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของจิราพรรักการ (2549) ใช้แนวคิดของ House (1980) เพื่อใช้วัดการเผชิญการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

สรุปว่า ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแบบการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของจิราพรรักการ (2549) ใช้แนวคิดของ House (1980) เพื่อใช้วัดการเผชิญการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับเนื้อหาที่ใช้ในการจัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 19 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนออกเป็น 5 ระดับ คือ ไม่เป็นจริงนานๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง ตลอดเวลา ลักษณะข้อคำถามดังนี้เป็นข้อความทางด้านบวก 15 ข้อ และมีข้อความทางด้านลบ 4 ข้อ มีการกำหนดให้ผู้ตอบเลือกคำตอบได้ 1 คำตอบ

2.7 บทบาทของพยาบาลในการสนับสนุนทางสังคม

หมายถึง วิธีการปฏิบัติของพยาบาลที่ช่วยในการส่งเสริมป้องกันรักษาและฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนโดยใช้แนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมของ House (1980) ในความสำคัญในการลดปัญหาที่จะเกิดขึ้นในการดูแลตนเอง (Rose, 2000) ประกอบไปด้วย 4 ด้านคือ

2.7.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือ การพยาบาลที่แสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่า ให้ความรัก ความไว้วางใจ สอบถาม รับฟังความรู้สึกเมื่อผู้ป่วยกำลังเผชิญกับความเครียดหรือปัญหา

2.7.2 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) คือ การพยาบาลให้บุคคลรู้สึกที่ตนเองได้รับข้อมูลย้อนกลับ เพื่อช่วยให้เกิดการประเมินตนเอง เปรียบเทียบพฤติกรรมของตนเอง และปรับปรุงผลการปฏิบัติของตนเอง

2.7.3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) คือ การพยาบาลให้คำแนะนำข้อชี้แจงแนวทาง ข้อเสนอแนะ และให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคลในการจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ

2.7.4 การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) คือ การพยาบาลที่ให้บริการช่วยเหลือที่บุคคลรู้สึกว่าจะตนเองได้รับความช่วยเหลือโดยตรงในด้านเครื่องอำนวยความสะดวกในการดูแลสุขภาพของตนเอง ได้แก่ การช่วยเหลือด้านวัสดุอุปกรณ์ ช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์ต่างๆในชุมชน รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการให้บริการ

2.8 การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ดีหรือเพิ่มขึ้นจะมาจาก การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม ในด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) และการสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) จากสมาชิกในครอบครัว ญาติ พี่ น้อง รวมถึง บุคคลากรทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วย ดังจะพบได้จากผลของการสนับสนุนทางสังคมสามารถส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า โดยผู้ป่วยจะได้รับอิทธิพลจากครอบครัวกล่าวคือ ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับญาติและมีญาติช่วยดูแลในการรับประทานยา จะให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีญาติ จากงานวิจัยของ Voils, Steffens, Flint, & Bosworth (2005) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์และด้านทรัพยากร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวน้อยจะทำให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา Beck et al. (1979) กล่าวว่าในช่วงเริ่มแรกของการรักษาผู้ป่วยมักแสวงหาข้อมูล ข่าวสารเรื่องการรักษาจากสังคมนรอบตัว ซึ่งพบว่าข้อมูลข่าวสารที่ผู้ป่วยได้รับ ทั้งด้านประโยชน์หรืออันตรายจากการรับประทานยามีผลต่อความคิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งมักจะมองรอบๆ ด้านตนเองในแง่ลบความคิดที่บิดเบือนส่งผลต่อพฤติกรรมรับประทานยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

3. แนวคิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Adherence) เป็นเรื่องที่มีการศึกษากันมานาน ตั้งแต่ปี 1950 โดยเฉพาะประเด็นของความร่วมมือทางสุขภาพ เนื่องจากการดูแลสุขภาพจะไม่เกิดประโยชน์หากไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้รับบริการจากการรวบรวมรายงานการศึกษา ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาของ Kyngas, Duffy, & Kroll (2000) ทำให้ประมาการณ์ได้ว่าผู้ที่เจ็บป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามแผนการรักษาและไม่ร่วมมือในการรักษามีมากถึงร้อยละ 80 ซึ่งนำมาสู่ปัญหาต่างๆ

มากมาย สำหรับปัญหาและผลกระทบจากความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยทางจิตเวชนั้นพบว่า ขนาดของปัญหาและความรุนแรงไม่แตกต่างกันไปจากโรคเรื้อรังอื่นที่พบ กล่าวคือผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายพบปัญหาความไม่ร่วมมือในการกินยาถึงร้อยละ 76 สำหรับผู้ป่วยทางจิตเวชนั้นพบว่าร้อยละ 58 ของผู้ป่วยจิตเภทไม่ร่วมมือในการกินยารักษาอาการทางจิต (antipsychotic drug) และร้อยละ 65 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่ร่วมมือในการกินยารักษาอาการซึมเศร้า (antidepressant drug) (Demyttenaere, 2003) นำมาสู่การไม่ฟื้นหายและเป็นสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

3.1 ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาภาษาอังกฤษใช้คำว่า “Compliance” ซึ่งมีความหมายทางการแพทย์ หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลทำตามที่ถูกกล่าวถึง นักวิชาการหลายท่านกล่าวว่าเป็นคำที่มีความหมายทางลบหรือหมายถึงการบีบบังคับการสั่งให้กระทำเหมือนผู้รับใช้ หรือเหมือนไม่คำนึงถึงความรู้สึกของผู้อื่นจึงมักใช้คำว่า “adherence” แทนซึ่งมีความหมายในทางบวกหมายถึงการที่บุคคลมีความยินดีและเต็มใจในการปฏิบัติพฤติกรรมตามที่บุคคลกรแนะนำ หรือในบางครั้งใช้คำว่า Co-operation, mutuality และ therapeutic alliance ซึ่งมีความหมายไปในทางปฏิสัมพันธ์ ระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษา ความร่วมมือจึงเป็นผลลัพธ์ของกระบวนการปฏิสัมพันธ์ Kyngas et al, (2000) ได้รวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับการให้ความหมายของพฤติกรรมการรักษาไว้ 4 กลุ่มด้วยกันคือ

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำที่ผู้ป่วยได้เลือกที่จะปฏิบัติตามด้วยความเต็มใจ โดยที่พฤติกรรมหรือการกระทำนั้นสอดคล้องกับคำแนะนำและแผนการรักษาของแพทย์ (Kyngas et al., 2000) พฤติกรรมการใช้ยาจึงเป็นผลลัพธ์ของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ โดยผู้ให้บริการมีบทบาทในการช่วยเหลือให้ผู้รับบริการ และครอบครัวยอมรับและมีส่วนร่วมกับการรักษา (Kyngas et al., 2000)

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการรักษาเป็นผลมาจากความบกพร่องในการดูแลตนเอง (self-care deficit) จึงทำให้ไม่สามารถที่จะมีสุขภาพที่ดีได้ (Bakker & Kastermans, 1994 cited in Kyngas et al., 2000)

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นผลมาจากแรงจูงใจและความตั้งใจในการที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้รักษา เช่น พฤติกรรมการกินยา การควบคุมอาหาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับคำแนะนำและแผนการรักษาของผู้รักษา (Haynes, 1978 cited in Kyngas et al., 2000)

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คือ การแสดงออกของผู้ป่วยในการควบคุมตนเองให้ทำตามแผนการรักษาโดยมีปัจจัยจากแรงกระตุ้นภายในผู้ป่วยได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยมและแบบอย่างปฏิบัติในสังคมเป็นต้น (Dimatteo & Dinicola, 1982 cited in Kyngas et al., 2000)

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา “adherence” ตามแนวคิดของ Haynes (1978) ซึ่งนิยามไว้ว่า ความร่วมมือเป็นพฤติกรรมปฏิบัติที่มีผลมาจากความนึกคิด ความตั้งใจแรงจูงใจและอารมณ์ในการที่จะกระทำตามแผนการรักษาซึ่งเกิดขึ้นจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการทางสุขภาพ จึงเป็นเหตุการณ์ที่ยากแก่การเฝ้าสังเกตได้โดยตรง

Demyttenaere (1997) นั้นกล่าวว่าพฤติกรรมการใช้ยานั้นยากแก่การประเมินแต่หากสามารถจำแนกเป็นพฤติกรรมของความร่วมมือหรือความไม่ร่วมมือได้ เช่น พฤติกรรมการใช้ยาในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถประเมินได้จากพฤติกรรมรับประทานยาตามที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ (Medication Adherence) เช่น การกินยาอย่างสม่ำเสมอไม่หยุดยาก่อนระยะเวลาที่กำหนดการกินยาถูกต้องตามคำแนะนำไม่ปรับลดหรือเพิ่มขนาดยา

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ World Health Organization (2003) คือ การที่ผู้ป่วยรับประทานยาตามคำแนะนำของผู้ให้บริการทางสุขภาพ การมีพฤติกรรมใช้ยาไม่ตามเกณฑ์การรักษา เพราะว่าต้องอดทนที่จะทำตามคำสั่งของแพทย์มากกว่าที่จะมีการเห็นชอบในแนวทางในการรักษาร่วมกันกับแพทย์ ในทางกลับกันพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจะเกิดจากการที่ผู้ป่วยยอมรับในคำแนะนำ

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการใช้ยาเกณฑ์การรักษา คือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในการใช้ยาตามแผนการรักษา ด้วยความเต็มใจ มีทัศนคติที่ดี สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ที่ และปฏิบัติตามด้วยความเต็มใจ ทัศนคติที่ดี

3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

เนื่องจากโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีอาการเป็นช่วงๆ และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูงหรือในบางรายอาจจะเป็นเรื้อรังตลอดชีวิต ดังนั้น ในปัจจุบันการรักษาด้วยยาในผู้เป็นโรคซึมเศร้าสูงอายุจึงแบ่งออกเป็น 2 ระยะตามเป้าหมายการรักษา ได้แก่ การรับประทานยาบรรเทาอาการในระยะเริ่มแรกเป็นการรักษาให้อาการเข้าสู่ระยะสงบ (remission) และการรับประทานยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำซึ่งใช้ระยะเวลานานอย่างน้อย 6 เดือนโดยเฉพาะในผู้ป่วยเป็นครั้งแรก (APA, 2000) แต่มุมมองของคนส่วนใหญ่ต่อการเจ็บป่วยและการรักษาทางจิตเวช มักไม่ตรงกับที่ทางการแพทย์ ด้วยเหตุที่ความคิดเห็นไม่สอดคล้องกันนี้จึงนำไปสู่ปัญหาที่สำคัญคือความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงมักพบในรายงานการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอาการซึมเศร้า (Adherence for

antidepressant)จากการรวบรวมเอกสารและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอาการซึมเศร้าผู้วิจัยสามารถจำแนกปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าออกเป็นประเภท ดังนี้

3.2.1 ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย

3.2.1.1 สถานภาพสมรส และสถานภาพทางสังคมมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีรายงานการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุมากจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย (Zivin & Kales, 2008; Sirey et al., 2001) และผลการศึกษาของ Zivin & Kales, 2008 (2008) ยังพบว่าเพศหญิงจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าเพศชาย แต่ในการศึกษาของ Sirey et al., 2001 พบว่าปัจจัยทางเพศ ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้แต่ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส และสถานภาพทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่าเพศชายที่มีสถานภาพทางสังคมสูงมีหน้าที่การงานที่ดีจะมีอัตราการเลิกการรักษาสูง และในเพศหญิงพบว่าผู้หญิงที่แต่งงานแล้ว มีสถานภาพเป็นมารดาที่เลี้ยงดูบุตรจะมีอัตราการเลิกการรักษาสูง

3.2.1.2 ลักษณะความเจ็บป่วย (illness characteristics) ที่เรื้อรังจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Haynes et al., 2008) การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายต่อแพทย์กับการรักษา ขาดแรงจูงใจ ขาดกำลังใจร่วมกับความรู้สึกเหมือนถูกตีตราว่าเป็นโรคจิต (stigma) เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Sirey et al., 2001) สำหรับความเรื้อรังของโรคนั้นพบว่าหากผู้ป่วยมีความเรื้อรังของโรคสูงจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยเฉพาะใน 3 เดือนแรกของการรักษา (Demyttnaere et al., 2008) ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ป่วยที่ให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาส่วนใหญ่จะรู้สึกว่าเป็นโรคที่ตนเผชิญอยู่มีความรุนแรง ซึ่งก็หมายถึงว่าผู้ป่วยมีการรู้จักตนเองยอมรับการเจ็บป่วยและการรักษาด้วยดี สอดคล้องกับการศึกษาของ (Zivin & Kales, 2008) ที่พบว่าการรู้จักตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (insight) มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ

3.2.1.3 ด้านการรับรู้ ทักษะคิด ความคิดและความเชื่อของผู้ป่วยที่มีต่อโรคซึมเศร้าและการรักษาด้วยยา การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทักษะคิดและพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า นั้นพบว่าทักษะคิดต่อการรักษาด้วยยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Zivin & Kales, 2008) โดยเฉพาะการศึกษาของ Chakraborty et al., (2009) ที่ศึกษาเรื่องทักษะคิด ความเชื่อต่อการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ที่ป่วยเป็นครั้งแรก โดยนำแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ADCQ (Antidepressant Compliance Questionnaires) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามองค์ประกอบสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คือ สัมพันธภาพต่อผู้รักษา ผลอันไม่พึงประสงค์จากยา ความเชื่อและทัศนคติต่อการรักษาด้วยยา และทัศนคติของคนในครอบครัวต่อการรักษา นำมาประเมินผู้ป่วยหลังจากรับการรักษาด้วยยาไปแล้ว 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่าความเชื่อและทัศนคติต่อการรักษาด้วยยามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการป่วยครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญที่ทางสถิติที่ 0.05 โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่า ร้อยละ 88 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความเชื่อและ ทัศนคติที่บิดเบือนต่อการรักษาด้วยยา (Erroneous views) คือ กลัวการติดยาหากต้องกินเป็นระยะเวลาที่นาน ร้อยละ 72 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีความเชื่อว่าเมื่ออาการดีขึ้นแล้วจะไม่กินยาต่อและพบว่าความคิดทางด้านลบต่อการกินยา (Negative view of antidepressant) คือ การที่ผู้ป่วยคิดว่ายาไม่ได้ช่วยแก้ปัญหาของตนได้จึงทำให้ไม่เต็มใจหรือลังเลในการกินยามีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นอย่างมาก ทั้งนี้ ทัศนคติสามารถบ่งบอกถึงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยได้ เนื่องจาก ทัศนคติมีองค์ประกอบของความคิด ความเชื่อ และความรู้สึกที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจภายในตัวบุคคลที่พร้อมจะให้บุคคลกระทำหรือละเว้นที่จะกระทำ

3.2.1.4 ระดับการศึกษา ความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องโรคและการรักษาด้วยยา กล่าวคือ มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่หยุดรับประทานยาเมื่อรู้สึกสบายขึ้นเนื่องจากเข้าใจว่าตนเองหายจากโรคแล้ว เมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการของโรคปรากฏจะรู้สึกว่า ตนเองปกติดีทำให้ไม่เห็นว่ามีอาการจำเป็นต้องรับประทานยาต่อ รวมทั้งหยุดรับประทานยาเมื่อรู้สึกว่ารับประทานยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น ไม่ค่อยสบายหรือรู้สึกแย่งโดยไม่รู้ว่าเป็นผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Maidment, Livingston & Katona (2002) ที่พบว่าร้อยละ 55 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการศึกษาน้อย มีโอกาสหยุดรับประทานยาเมื่ออาการดีขึ้นแล้ว และการศึกษาของ อูชา วรณฉวี และคณะ (2551) ที่พบว่าร้อยละ 19 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่มาติดตามการรักษาในช่วง 1 เดือนแรกของการรักษาให้เหตุผลว่าคิดว่าตนเองหายดีแล้ว และการศึกษาของ Sirey et al. (2013) ที่พบว่าร้อยละ 72 ของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการกินยา คือ จะเลือกกินเฉพาะในวันที่ตนมีอาการซึมเศร้ามากๆ เท่านั้น ซึ่งการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไต้หวันของ Yeh, Sung, Sun, & Kuo (2008) พบว่าความรู้ความเข้าใจใน ความสำคัญของการรับประทานยาต่อเนื่องเป็นปัจจัยที่สำคัญในการทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า นอกจากปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรค และการรักษาด้วยยาแล้ว

ยังพบว่าความไม่เข้าใจถึงอาการในระยะเริ่มแรกจากผลข้างเคียงของยาเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารู้สึกไม่สุขสบาย และพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นตามเกณฑ์การรักษาที่สุด (Nemeroff, 2003)

3.2.1.5 ด้านการสนับสนุนทางสังคม เช่น อิทธิพลจากครอบครัวของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับญาติและมีญาติช่วยดูแลในการรับประทานยา จะให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีญาติ จากการศึกษาการมาติดตามการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในหน่วยตรวจโรคจิตเวชฯ โรงพยาบาลศิริราชพบว่าร้อยละ 22 ของผู้ป่วยที่ไม่มาติดตามการรักษาในช่วงเดือนแรกของการรักษามีสาเหตุมาจากไม่มีญาติพามาโรงพยาบาล และพบว่าร้อยละ 16 ของผู้ป่วยที่ไม่มาติดตามการรักษามีสาเหตุจากญาติหรือผู้ดูแลไม่เห็นด้วยกับการรักษา (อุษา วรณฉวี และคณะ 2551) และจากงานวิจัยของ Voils, Steffens, Flint, & Bosworth (2005) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์และด้านทรัพยากร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวน้อยจะทำให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา Beck et al. (1979) กล่าวว่าในช่วงเริ่มแรกของการรักษาผู้ป่วยมักแสวงหาข้อมูล ข่าวสารเรื่องการรักษาจากสังคมรอบตัวซึ่งพบว่าข้อมูลข่าวสารที่ผู้ป่วยได้รับ ทั้งด้านประโยชน์หรืออันตรายจากการรับประทานยามีผลต่อความคิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งมักจะมองรอบๆ ด้านตนเองในแง่ลบความคิดที่บิดเบือนส่งผลต่อพฤติกรรมรับประทานยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

3.2.2 ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ปัจจัยทางด้านผู้รักษาและปัจจัยด้านแผนการรักษา

3.2.2.1 ปัจจัยด้านผู้รักษา (Provider-related factors) ได้แก่สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมผู้รักษา มีผลต่อการให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย พบว่าปัญหาสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้รักษา เช่น การขาดการสื่อสาร การไม่ให้ความสนใจกับสิ่งที่ผู้ป่วยกังวล การไม่ยืดหยุ่นในข้อตกลงต่างๆ แพทย์ส่วนใหญ่มักมีเวลาน้อยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าผู้รักษาให้บริการอย่างรีบเร่ง และไม่ได้สนใจกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาของผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่กล้าถามแม้บางครั้งจะไม่เข้าใจในสิ่งที่แพทย์พูด การศึกษาของ Chakraborty, et al. (2009) พบว่าร้อยละ 92 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มาติดตามรักษาครบ 3 เดือนแรกของการรักษานั้นให้เหตุผลว่ายอมรับ และพึงพอใจกับการรักษา และเวลาที่แพทย์ใช้ในการให้คำแนะนำ ส่วนการศึกษาของ Zafar et al. (2008) พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องการเวลาในการอธิบายจากแพทย์มากกว่าที่ได้รับอยู่ ดังนั้นสัมพันธภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Demyttenaere, 2008; Haynes et al., 2008; Katon, 1995) จากการศึกษาเรื่องการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้น ยังพบว่าการให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยในลักษณะสร้างความไว้วางใจ และมีท่าทีที่พร้อมให้ความช่วยเหลือด้วยความยินดีและเต็มใจในการชี้แนะ แนะนำและให้เวลา รวมทั้งคอยกระตุ้นและให้กำลังใจกับผู้ป่วย

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดในการรักษา ล้วนส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ ให้ความร่วมมือกับการรักษาและลดอาการซึมเศร้าลงได้ (Beeber, 1998; Hunkeler et al., 2000; Katon, 2003; Peveler et al., 2000)

3.2.2.2 ปัจจัยด้านแผนการรักษา (Medication – related factors) หมายถึงแผนการรักษาด้วยยา ซึ่งขึ้นอยู่กับผลของยาในการรักษาและผลข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยพบว่าผลอันไม่พึงประสงค์ จากการรับประทานยาเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยเฉพาะในช่วง 4-6 สัปดาห์แรกของการรักษา (Katon et al., 2003; Lin et al., 1995; Maddox et al., 1994; Simon et al., 2003) เนื่องมาจากธรรมชาติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความไม่สุขสบายอยู่แล้ว จึงไม่สามารถที่จะทนต่อผลอันไม่พึงประสงค์จากยาได้ การศึกษาของ Nemeroff (2003) พบว่าการที่ผู้ป่วยสามารถทนต่อผลอันไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยาได้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การศึกษาของ Maddox et al. (1994) และ Lin et al. (1995) พบว่าผลอันไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยา เช่น อาการมึนงง ง่วงในเวลากลางวัน ปัญหาน้ำหนักเกินในผู้หญิง และปัญหาสมรรถภาพทางเพศลดลงในผู้ป่วยชาย มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

สรุปได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มักมีประสบการณ์อย่างน้อย 1 อย่างที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นตามเกณฑ์การรักษาเช่น สัมพันธภาพที่ไม่ดีกับผู้รักษา ผลอันไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยา ความรู้ ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาโรค และการรับประทานยา รวมถึงความคิด ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ดีต่อการรับประทานยา ทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการรับประทานยา การศึกษาทำความเข้าใจปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ สามารถนำมาเป็นแนวทางในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพต่อไป

3.3 รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอาการซึมเศร้า เป็นเรื่องที่มีการศึกษาค้นคว้ากันมานาน รูปแบบของการส่งเสริมความร่วมมือเกิดขึ้นจาก 2 แนวคิด คือ แนวคิดทางด้าน Biomedical Model ที่ให้ความสำคัญกับยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การศึกษาพบว่าจำนวนมียา ลักษณะเมื่อยาและผลอันไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยา มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอาการซึมเศร้า ซึ่งนำไปสู่การปรับปรุงทางเภสัชวิทยาเกิดเป็นยาชนิดใหม่ๆ ขึ้นมา เพื่อลดจำนวนมียาและผลอันไม่พึงประสงค์จากยา ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากขึ้น และแนวคิดทางด้าน Psychology Model ที่มีความสำคัญต่อจิตใจ ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยต่อการรักษาด้วยยา มีหลายกลวิธีทางด้านจิตวิทยาที่พัฒนามาเพื่อใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย ได้แก่ การให้ความรู้และให้คำปรึกษา เรื่อง

การรับประทานยา การเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาด้วยยา การปรับความคิดและพฤติกรรม การรับประทานยา และการช่วยเหลือผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหาการรับประทานยาอย่างเป็นระบบ การติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ เป็นต้น แต่ยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่าวิธีใดเป็นวิธีที่ดีที่สุด และยังคงพบว่าการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นมักใช้หลายวิธีร่วมกันดังตัวอย่างต่อไปนี้

3.3.1 โปรแกรม Collaborative Car ของ Katon (2001) ที่ผสมผสานระหว่างการให้ความรู้ การใช้กลวิธีการปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT) ในการฝึกทักษะการรับประทานยา และการบำบัด CBT โดยแพทย์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการกับสถานการณ์ที่มีผลต่อการซึมเศร้า และการติดตามผู้ป่วยอย่างเป็นระบบในชุมชนต่อเนื่องนาน 18 เดือน ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร่ายังอยู่ในการรักษา มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและอาการซึมเศร่าลดลง

3.3.2 โปรแกรม Depression care program ของ Vergouwen, Bakker, Verheij, & Koerselman (2005) เป็นการศึกษาโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการมีระบบเตือนความจำผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยา ซึ่งโปรแกรมประกอบไปด้วยการสอนการให้เอกสารแผ่นพับร่วมกับการส่งข้อความเตือนเรื่องการปฏิบัติตัวทางโทรศัพท์และทางจดหมาย ผลการศึกษาพบว่า Depression care program ไม่ได้ดีกว่า Collaborative Car ของ Katon (2001) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการให้ความรู้ต้องรวมไปถึงการจัดหาความรู้ และการปรับเปลี่ยนกระบวนการความคิด (Cognition) ให้แก่ผู้ป่วยโดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กระบวนการความคิดมีความสำคัญอย่างมากต่อพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วย ซึ่ง Beck et al. (1979) กล่าวว่าความคิดอัตโนมัติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เกิดตามมาเรื่อยๆ และรุนแรงมากขึ้นจะทำให้ความคิดที่มีเหตุผลถูกบิดเบือน (Cognitive distortion) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเลิกการรักษา (Drop-out) ทั้งในการรักษาด้วยยาและการให้จิตบำบัด และความผิดปกติของความคิดนี้ก็จะพบมากในช่วงแรกของการรักษา (initial phase) ซึ่งพบว่าในช่วงแรกของการรักษา ผู้ป่วยจะได้ข้อมูลจากคนรอบข้างทั้งที่เป็นประโยชน์และไม่เป็นประโยชน์ต่อการรักษา วิธีคิดที่บิดเบือนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะทำให้ข่าวสารการรับรู้ของผู้ป่วยถูกขยายมากเกินไป (Magnify) นำไปสู่ความเชื่อและการเข้าใจผิดๆ เกี่ยวกับการรับประทานยา ความคิดที่บิดเบือนนี้มีผลโดยตรงต่อแรงจูงใจจึงทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าขาดแรงจูงใจที่จะร่วมมือในการรักษาโดยเฉพาะระยะเริ่มเข้าสู่การรักษา

ทั้งนี้รูปแบบการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว จึงให้ผลน้อยต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร่ารูปแบบการดูแลแบบผสมผสาน ได้ผลดีต่อความร่วมมือและการลดอาการซึมเศร่า แต่มีข้อจำกัดในการนำมาใช้เนื่องจากเป็นการดูแลร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพในชุมชน

3.3.3 การศึกษาของ Zafar et al. (2008) พบว่าผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาด้วยยารักษาอาการซึมเศร้าเป็นครั้งแรกต้องการเวลา และคำอธิบายจากแพทย์เป็นอย่างมาก โปรแกรมการให้คำปรึกษาเรื่องยาโดยเภสัชกร จึงประกอบไปด้วยการทำความเข้าใจร่วมกับการเสริมแรง ในการรับประทานยารักษาอาการซึมเศร้า ให้การสนับสนุนว่าการรับประทานยามีประโยชน์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมที่ใช้เวลา 10-15 นาทีในครั้งแรกที่มารับยา ส่งผลต่อความพึงพอใจและพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเมื่อติดตามด้วยเครื่องมือ Micro Electro-Mechanical systems (MEMS) จนถึง 6 สัปดาห์

3.3.4 การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เป็นการศึกษาของ Hunkeler et al. (2000) พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional support) อย่างสม่ำเสมอจากพยาบาลโดยผ่านการติดตามทางโทรศัพท์ Nurse Telehealth Care ที่ออกแบบไว้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการซึมเศร้าเป็นครั้งแรก จะได้รับการติดตามทางโทรศัพท์จากพยาบาลทุก 2 ครั้งต่อสัปดาห์ในระยะเวลา 2 สัปดาห์แรก ต่อเนื่องทุก 1 ครั้งต่อสัปดาห์จนครบ 8 สัปดาห์ และทุก 2 สัปดาห์ จนครบ 16 สัปดาห์ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า และความพึงพอใจต่อการรักษาที่ดีขึ้น โดยวัดที่สัปดาห์ที่ 6 และเดือนที่ 6 ของการรักษา แต่ไม่มีความแตกต่างในเรื่องของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเมื่อวัดด้วยเครื่อง MEMS ในสัปดาห์ที่ 6 และเดือนที่ 6 ของการรักษา

3.3.5 การให้ความรู้ร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาและการปรับเปลี่ยนความคิดต่อการใช้ยา ในการศึกษาของ Peveler et al. (1999) ศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือตามแนวคิด “Compliance therapy” ของ Kemp (1996) ที่พบว่าได้ผลดีในผู้ป่วยจิตเภท จึงนำมาพัฒนาใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โปรแกรมประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอนที่สำคัญในการเสริมสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยา คือ การสืบค้นความลังเลใจในการใช้ยา การค้นหาความเชื่อเกี่ยวกับยาที่ได้รับ การให้เหตุผลที่ถูกต้องเกี่ยวกับความจำเป็นในการรับประทานยา และการให้ข้อมูลเรื่องการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าใช้ระยะเวลาดำเนินโปรแกรม 5 ครั้งติดต่อกัน สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ และพฤติกรรมในการรับประทานยา เมื่อวัดด้วยเครื่องมือ MEMS ร่วมกับ self-report ในสัปดาห์ที่ 6 และเดือนที่ 3 ของการรักษา

3.4 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

การประเมินพฤติกรรมในการรับประทานยานั้นทำได้หลายวิธี และแต่ละวิธีก็ยังมี ข้อจำกัดในการนำไปใช้ การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาที่นิยมนำมาใช้ในการวิจัยจึงมี 2 วิธีใหญ่ๆ ได้แก่ การประเมินทางตรงโดยใช้เครื่องมือ และการประเมินทางอ้อมโดยใช้การสัมภาษณ์ จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความร่วมมือจำนวนมากยังมีมาตรฐานไม่เพียงพอ ขาดความเชื่อมั่น (Reliability) และความเที่ยงตรง (Validity) รวมถึงมีอคติต่อการประเมินทำให้มี

ข้อจำกัดในการนำไปใช้อยู่บ้าง ผู้วิจัยได้รวบรวมและแบ่งเครื่องมือไว้ตามประเภทใหญ่ๆ ของการประเมินดังนี้

3.4.1 การประเมินทางตรง ได้แก่ การวัดระดับยาในเลือดหรือในปัสสาวะ เพื่อติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วย

3.4.1.1 การวัดจากระดับยาในเลือดหรือในปัสสาวะ เป็นวิธีที่ได้ค่าที่ออกมาแน่นอนแต่มีค่าใช้จ่ายสูงและพบปัญหาในการนำไปใช้คือ ความเป็นไปได้ที่วาระดับของยาที่วัดได้ไม่คงที่เช่นนี้ตลอด เพราะในบางครั้งที่ผู้ป่วยไม่กินยา หรือกินยาไม่ถูกวิธี เช่นมากเกินไปหรือน้อยเกินไปในเวลาที่ไม่ได้มาตรวจ ระดับยาจะไม่ได้เป็นค่านั้นตลอด (MacLaughlin, & Raehl, et al. 2005)

3.4.1.2 การติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วย ได้แก่ การใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ การตรวจนับจำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยใช้ไป และการให้ผู้ป่วยบันทึกการรับประทานยาด้วยตนเอง (self-report)

3.4.1.3 การใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ Medication Event Monitor System (MEMS) เป็นวิธีที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในต่างประเทศเครื่องมือนี้จะติดไว้กับขวดยาของผู้ป่วยและบันทึกการเปิดปิดขวดยา แต่วิธีการนี้ก็มีข้อจำกัดที่ไม่สามารถตรวจสอบได้ว่า การเปิดปิดขวดยาจะแสดงให้เห็นได้ว่าผู้ป่วยกินยา (MacLaughlin, & Raehl, et al. 2005) อีกทั้งเครื่องมือที่ใช้อย่างมีราคาแพง

3.4.1.4 การตรวจนับจำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยใช้ไป เป็นอีกวิธีหนึ่งที่พบบ่อยในการวิจัยและพบว่าเป็นการประเมินทางตรงที่ง่าย ได้ค่าออกมาเป็นปริมาณการกินยาที่สามารถบอกถึงพฤติกรรมการใช้ยา กินยาของผู้ป่วย ได้ตรงมากกว่าวิธีการประเมินผ่านระดับยาในเลือดหรือในปัสสาวะ กล่าวคือหากผู้ป่วยกินยาได้มากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนตามที่แพทย์แนะนำให้กินจัดได้ว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการกินยา โดยที่ระยะเวลาที่ใช้ในการประเมินความร่วมมือนั้นต้องไม่ต่ำกว่า 1 เดือน (MacLaughlin, & Raehl, et al. 2005)

3.4.1.5 การให้ผู้ป่วยรายงานการรับประทานยาด้วยตนเอง (self-report) เป็นการประเมินที่ง่าย มีคุณภาพ ให้ผลการศึกษาไม่แตกต่างกับการติดตามผู้ป่วยด้วยเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ (MEMS) และไม่มีต้นทุน (MacLaughlin, & Raehl, et al. (2005) หลายงานวิจัยที่นำมาใช้และมีเกณฑ์การให้คะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาไว้หลายแบบ เช่น หากใน 1 เดือนที่ผ่านมาผู้ป่วยรับประทานยาได้มากกว่าหรือเท่ากับ 25 วันแสดงว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือ (Peveler et al., 1999; Chakraborty et al., 2009) และการศึกษาของ Demyttenaere (1997) นำจำนวนวันที่ผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกต้องจากการบันทึกการรับประทานยาของผู้ป่วยมาคำนวณเป็นร้อยละของการรับประทานยาและแบ่งระดับของความร่วมมือออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 75-100% พฤติกรรมการ

รับประทานยาอยู่ในระดับดี 25-75% พฤติกรรมในการรับประทานยาอยู่ในระดับพอใช้ และ 0-25% พฤติกรรมในการรับประทานยาอยู่ในระดับที่ไม่ดี

3.4.2 การประเมินทางอ้อม โดยการสัมภาษณ์ การประเมินความร่วมมือโดยการสัมภาษณ์ เป็นวิธีการที่เหมาะสมและได้ผลดีในการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล (case management) (Kyngas et al., 2000) เนื่องจากผู้ป่วยและผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมาในระดับหนึ่ง มีการมอบหมายและทำความเข้าใจกันอย่างชัดเจนในเรื่องที่ต้องการประเมิน คือ

การสัมภาษณ์ถึงผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการบำบัดหรือปัจจัยที่เป็นตัวบ่งชี้ความร่วมมือในการรับประทานยา เช่น การรับรู้ (Insight) ทศนคติ (Attitude) และอาการซึมเศร้า (depressive symptoms) การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถประเมินที่ผลลัพธ์ของการบำบัดรักษาได้ เนื่องจากยารักษาอาการซึมเศร้ามีประสิทธิภาพ ผลในการลดอาการซึมเศร้าได้ ดังนั้นหากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารับประทานยาตามแพทย์สั่งจะทำให้ความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามลดลง (Haynes, 1978) พบในการศึกษาของ Katon (2003); Peveler et al. (1999); Hunkeler et al. (2000) และ Tay (2007) ที่ประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าโดยแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) ที่จัดเป็นเครื่องมือมาตรฐานในการวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ เป็นตัวบ่งชี้ถึงผลลัพธ์ของความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

สรุปว่า การประเมินพฤติกรรมในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเวชนั้นเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนและอาจเกิดความคลาดเคลื่อนได้หากเลือกใช้เครื่องมือที่ไม่เหมาะสมในการศึกษาความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่จึงมักใช้การประเมินร่วมกัน 2 ทางทั้งประเมินทางตรงและทางอ้อม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้การประเมินทางตรง จากพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินตนเอง (Self-report) มาประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้วยยาด้านเศร้า (Medication adherence) โดยวัดได้จากแบบประเมิน Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) เป็นพฤติกรรมการใช้ยาของ Morisky. (1986) ซึ่งมีอยู่ 8 คำถามในการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้วยยาด้านเศร้า (Brown, et al. 2005; MacLaughlin, et al 2005; Zivin et al. 2008; Voils. et al. 2005) และได้มีการนำมาแปลเป็นไทยโดย นางลักษณ์อิงคณณี และคณะ (2555)

3.5 บทบาทของพยาบาลในส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

บทบาทที่สำคัญบทบาทหนึ่งของพยาบาลจิตเวช คือ การจัดการด้านยาของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งพยาบาลจิตเวชต้องมีความรู้และทักษะในการบริหารจัดการยาของผู้ป่วย (Gourney, 2000) ดังนี้

3.5.1 พยาบาลใช้ความรู้ในด้านต่างๆ ดังนี้

3.5.1.1 ความรู้เรื่องยา กลไกการออกฤทธิ์ของยา ใช้รูปแบบและวิธีการต่างๆ ที่ใช้วัดอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของยา โดยการฝึกทักษะการใช้แบบวัดต่างๆ เพื่อใช้ความรู้ และทักษะที่มี นำมาส่งเสริมความรู้เรื่องการใช้ยา และช่วยเหลือในการจัดการปัญหาที่เกิดจากใช้ยา ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Yeh, Sung, Sun, & Kuo, 2008)

3.5.1.2 ใช้วิธีการต่างๆ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาให้ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา เช่น การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral methods) การให้คำปรึกษาครอบครัว (Family counseling)

3.5.1.3 ต้องทำความเข้าใจกับเหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทบางส่วนจะหยุดใช้ยา เนื่องจากคิดว่าตนเองหายแล้ว ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดว่าตนเองใหญ่โต ผู้ป่วยมีความสุขกับความคิดที่ผิดปกติดังกล่าวทำให้ไม่ต้องการรักษา

3.5.2 การปฏิบัติการพยาบาล Marland (1999) กล่าวว่า แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้วิธีเพิ่มความเป็นอิสระ (Autonomy) และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติ ดังนี้

3.5.2.1 การประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ความสามารถของผู้ป่วยหรือครอบครัว ประเมินสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยแต่ละคนไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา โดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับความรู้ ความคิดของผู้ป่วย สิ่งที่ยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจะต้องประเมิน คือ อาการผิดปกติที่รบกวนผู้ป่วย ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการรักษา

3.5.2.2 การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล หมายถึง การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย และการสร้างทัศนคติที่ดีต่อการใช้ยา ต้องอาศัยความรู้และทักษะของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัยสูงอายุโรคซึมเศร้า ที่มีความสามารถในการตัดสินใจแตกต่างกัน Marland (1999) เสนอว่าเมื่อผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วยควรมีการสร้างแรงจูงใจเพื่อการเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเพื่อรักษา แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ ก่อนจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจด้วยตนเอง รวมทั้งต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ว่ายาสมาารถควบคุมชีวิตให้ปกติ และเป้าหมายของการรักษาจะต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล พยาบาล และทีมสุขภาพ

3.5.2.3 การประเมินผล จากคำบอกเล่าของผู้ป่วยอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอการสังเกตการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโดยญาติผู้ดูแล พยาบาล และทีมสุขภาพ หรือการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจะต้องใช้ควบคู่กันไป

สรุปได้ว่าบทบาทของพยาบาลคือการใช้ความรู้ในเรื่อง ความรู้เรื่องยา กลไกการออกฤทธิ์ของยา อาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของยา สร้างแรงจูงใจให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาให้ถูกต้อง อีกทั้งยังต้องมีทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ทั้งการประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล จึงเป็นการใช้บทบาทพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการส่งเสริมให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าดีขึ้น

4. โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

จากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และการสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมขึ้นด้วยการประยุกต์จากกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคมจากแนวคิดของ House (1981) ในการทำกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าซึ่งมี 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ของ House (1981) ในการพัฒนาเนื้อหา/สาระของแต่ละกิจกรรม และกระบวนการดำเนินกลุ่มของ Marram (1978) ที่แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะสร้างสัมพันธภาพ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะสิ้นสุดกิจกรรม โดยพัฒนาโปรแกรมให้ประกอบด้วยกิจกรรมที่ดำเนินการจำแนกขั้นตอน 5 กิจกรรม ซึ่งครอบคลุมประเด็นต่างๆ ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพและระบายความรู้สึกที่มีต่อโรคซึมเศร้าและการรักษาการพัฒนาทักษะการผ่อนคลาย ความเครียด การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและยาต้านซึมเศร้า การเผชิญปัญหาที่เกิดจากยาต้านเศร้าด้วยทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผลการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน การอภิปรายกลุ่มและยุติกลุ่มดังนี้

กิจกรรมในโปรแกรม ที่พัฒนาขึ้นใหม่	แนวคิดหลัก	รายละเอียด
<p>ขั้นตอนที่ 1 การสนับสนุนด้านอารมณ์</p> <p>กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและระบายความรู้สึกที่มีต่อโรคซึมเศร้าและการรักษา</p>	<p>การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือ การแสดงออกถึงการยกย่องให้ความรักไว้วางใจ เอาใจใส่ดูแล ให้กำลังใจ ห่วงใย สอบถาม รับฟังความรู้สึก เห็นคุณค่า ให้ความรัก ความไว้วางใจ ความเอาใจใส่ดูแล</p> 	<p>การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย และบอกวัตถุประสงค์ของงานวิจัย และจัดกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้ดูแลได้แสดงความห่วงใย รับฟังความรู้สึก และให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อสร้างแรงจูงใจให้เข้าร่วมกิจกรรมและสมาชิกได้ระบายความรู้สึกที่เกิดขึ้นในการรับประทานยาต้านเศร้า</p>
<p>ขั้นตอนที่ 2 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า</p> <p>กิจกรรมที่ 2 การเผชิญปัญหาที่เกิดจากยาต้านเศร้าด้วยทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล</p>	<p>การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือนำข้อมูลที่มีอยู่มาใช้ประเมินตนเอง เช่น ประเมินค่าสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพและฝึกทักษะในการแก้ปัญหาโดยนำข้อมูลหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการจัดการกับปัญหา</p>	<p>เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าสามารถรับรู้และประเมินค่าสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่เกิดจากการรักษาด้วยยาต้านเศร้า มีการเผชิญปัญหาที่เกิดจากยาต้านเศร้าอย่างมีประสิทธิภาพ</p>

กิจกรรมในโปรแกรม ที่พัฒนาขึ้นใหม่	แนวคิดหลัก	รายละเอียด
<p>ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร</p> <p>กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและยาต้านซึมเศร้า</p>	<p>การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) คือการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และให้ข้อมูลที่แก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคลในการจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ</p>	<p>เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีความรู้ความเข้าใจของตนเองในเรื่องของโรคซึมเศร้า สาเหตุ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อาการข้างเคียงจากยาต้านเศร้าและวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาต้านเศร้า</p>
<p>ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนด้านทรัพยากร</p> <p>กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในครอบครัวและชุมชน</p>	<p>การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) คือการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และให้ข้อมูลที่แก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคลในการจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ</p>	<p>เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ารับรู้ถึงแหล่งทรัพยากรที่ให้การสนับสนุนด้านต่างๆในการช่วยเหลือและวิธีการขอรับความช่วยเหลือจากแหล่งทรัพยากรต่างๆเหล่านั้น</p>
<p>กิจกรรมที่ 5 สรุประเมินผลและยุติกลุ่ม</p>	<p>การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) คือการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และให้ข้อมูลที่แก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคลในการจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ</p>	<p>เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าได้ทบทวนความรู้ความเข้าใจกับข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับและสรุปผลของการนำความรู้ไปปฏิบัติ รวมถึงสร้างกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและเพื่อยุติกลุ่ม</p>

จากการประยุกต์และบูรณาการ แนวคิด/กิจกรรม ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมตั้งข้างต้น นำไปสู่โปรแกรมซึ่งพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ดังนี้

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการแสดงออกถึงความยกย่องให้ความรักไว้วางใจ เอาใจใส่ดูแล ให้กำลังใจ ห่วงใย สอบถาม รับฟังความรู้สึกโดยการดำเนินการของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและระบายความรู้สึกที่มีต่อโรคมะเร็งและการรักษา เป็น กิจกรรมที่สมาชิกในกลุ่มได้ทำกิจกรรมร่วมกันโดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม และ ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม ด้วยการให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการใช้ยาต้านมะเร็ง เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกภายในกลุ่มและสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง จะทำให้เกิดความร่วมมือ ความไว้วางใจและแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม อีกทั้งเป็นการระบายความรู้สึกจากการใช้ยาต้านมะเร็ง และให้ผู้ดูแลแสดงความยกย่อง ความห่วงใย ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ และการรับฟังจากผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง จากการที่ได้รับการยกย่องจากผู้ดูแลและสมาชิกกลุ่มทำให้รู้สึกว่าได้ดีเดี๋ยว ในการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการรับฟังจากบุคคลในครอบครัว ผ่านกิจกรรมการนวดคลายเครียดระหว่างผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งกับผู้ดูแล

ระยะเวลา 90 นาที

ขั้นตอนที่ 2 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า(Appraisal Support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเองหรือนำข้อมูลที่มีอยู่มาใช้ประเมินตนเอง เช่น ประเมินค่าสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพและฝึกทักษะในการแก้ปัญหา โดยนำข้อมูลหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการจัดการกับปัญหา การดำเนินการของพยาบาล ในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2

กิจกรรมที่ 2 การเผชิญปัญหาที่เกิดจากยาต้านมะเร็งด้วยทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน โดยใช้กระบวนการเผชิญกับปัญหาที่เกิดจากยาต้านมะเร็ง อันประกอบด้วย ค่าสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่เกิดจากการรักษาด้วยยาต้านมะเร็ง มีการเผชิญปัญหาที่เกิดจากยาต้านมะเร็ง อย่างมีประสิทธิภาพ การทบทวนแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่สามารถนำมาใช้ในการเผชิญกับปัญหาที่เกิดจากยาต้านมะเร็ง ที่เกิดขึ้น และการเลือกแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เกิดจากยาต้านมะเร็ง ที่มีประสิทธิภาพด้วยวิธีการจัดการกับปัญหาอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ด้วยเหตุผลนี้ ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งจะต้องได้รับการพัฒนาให้มีทักษะองค์ประกอบของกระบวนการเผชิญปัญหาที่เกิดจากยาต้านมะเร็ง ดังกล่าวจนเห็นความสำคัญ และตระหนักถึงประโยชน์ของการเผชิญปัญหาที่เกิดจากยาต้านมะเร็งที่มีประสิทธิภาพ และสามารถหาแนวทางจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นในปัจจุบันโดยใช้วิธีการ

แก้ปัญหาได้อย่างสมเหตุสมผล ทั้งนี้ กระบวนการกลุ่มที่ใช้ในการพัฒนาทักษะเรื่องนี้ ทำให้สมาชิกกลุ่มได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงวิธีเผชิญความเครียดแบบต่างๆจากผู้ป่วยคนอื่นๆ จนนำไปสู่การเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของวิธีการเผชิญในแต่ละแบบ ได้ประเมินค่า ทบทวนประสบการณ์ของตนเองเปรียบเทียบกับของผู้ป่วยคนอื่นๆว่าตนเองได้มีการปฏิบัติในการเผชิญกับปัญหาที่เกิดจากยาต้านเศร้าอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และเป็นไปตามเกณฑ์การรักษาหรือไม่ เพียงใด เพื่อให้สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดจากยาต้านเศร้าในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระยะ 90 นาที

ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้คำแนะนำข้อเสนอนะ และให้ข้อมูลที่แก้ไขที่เผชิญอยู่ได้ เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคลในการจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ การดำเนินการของพยาบาล ในสัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 3

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและยาต้านซึมเศร้า เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นโดยการร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ความเข้าใจเดิมในเรื่องของโรคซึมเศร้า สาเหตุพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อาการข้างเคียงจากยาต้านเศร้าและวิธีการดูแลเบื้องต้น เมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาต้านเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีความรู้ที่ถูกต้องและสมาชิกในครอบครัวสามารถให้การดูแลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ จึงเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับยาต้านเศร้าของผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่งผลให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ระยะเวลา 90 นาที

ขั้นตอนที่ 4 สนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) เป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้เงิน แรงงาน เวลา ช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์ต่างๆในชุมชน รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการให้บริการ การดำเนินการของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 4

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในครอบครัวและชุมชน เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าการแลกเปลี่ยนถึงทรัพยากรที่มีอยู่และที่ได้รับจากครอบครัว และชุมชนและผู้วิจัยให้ข้อมูล คำแนะนำถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่ใช้ประโยชน์ในการสนับสนุนด้านทรัพยากร เช่น หน่วยงานและบุคลากรที่ให้บริการทางการแพทย์ หน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น เงิน แรงงาน เวลา สิ่งของ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ให้คำแนะนำ ถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว หรือแหล่งสนับสนุนในชุมชนต่างๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาสงเคราะห์จังหวัด เป็นต้น

ระยะ 45 นาที

กิจกรรมที่ 5 การอภิปรายกลุ่มและยุติกกลุ่ม โดยการให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทบทวนความรู้ เป็นกิจกรรมที่สมาชิกในกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ ทักษะต่างๆทั้งหมดที่ได้รับ และผลที่ได้รับหลังนำความรู้ในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด โดยการอภิปรายกลุ่มรวมกันทบทวนความรู้ ข้อเสนอแนะเป็นการเสริมแรงซึ่งกันและกัน การร่วมกันตอบปัญหาและเป็นที่ปรึกษา เป็นขวัญกำลังใจระหว่างสมาชิกร่วมเป็นเครือข่ายในการรักษาโรคซึมเศร้า

ระยะ 45 นาที

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มที่ดำเนินการในครั้งนี้ได้ใช้กระบวนการดำเนินกลุ่ม 3 ระยะของ Marram (1978) คือ 1) ระยะสร้างสัมพันธ์ภาพ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะสิ้นสุดกิจกรรม ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในทุกขั้นตอน

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในประเทศไทยนั้น พบว่ามีการศึกษาในเรื่องดังกล่าวน้อยมาก ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในเรื่องของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท หรือในโรคทางฝ่ายกายมากกว่า การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในภาคกลางยังมีไม่มากนัก ผู้วิจัยจึงทบทวนงานวิจัยในประเทศไทยและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในครั้งนี้ ดังนี้

งานวิจัยในประเทศ

อุษา วรรณฉวี และคณะ (2551) ศึกษาเกี่ยวกับการมาติดตามการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในหน่วยตรวจโรคจิตเวชฯ โรงพยาบาลศิริราชพบว่าร้อยละ 22 ของผู้ป่วยที่ไม่มาติดตามการรักษาในช่วงเดือนแรกของการรักษามีสาเหตุมาจากไม่มีญาติพามาโรงพยาบาล และพบว่าร้อยละ 16 ของผู้ป่วยที่ไม่มาติดตามการรักษามีสาเหตุจากญาติหรือบุคคลในครอบครัวไม่เห็นด้วยกับการรักษา ทำให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีญาติ จากการศึกษามาติดตามการรักษาของผู้ป่วยโรค

ปานใจ กันยะมี (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่จังหวัดน่าน โดยศึกษาในผู้สูงอายุโรคความดันสูง จำนวน 40 คน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สุณีย์ แสงดาว (2554) ศึกษาถึงโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่โรงพยาบาลท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยการจับคู่แล้วสุ่มเข้า

กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม และกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลปกติ กลุ่มละ 20 คน พบว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มช่วยลดภาวะการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ช่อผกา สุทธิพงศ์ (2555) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตชุมชนเมือง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลศิริราช หรือเคยรับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราชและไปอยู่บ้านในเขตชุมชน จำนวน 3 เขต คือ เขตบางกอกน้อย เขตธนบุรีและเขตภาษีเจริญ เลือกร้อยละโดยวิธีสุ่มแบบไม่แทนที่ได้ ตัวอย่างจำนวน 168 คนพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีผู้ดูแล โดยเป็นบุตรสาวร้อยละ 41.7 คู่สมรสร้อยละ 24.4 ญาติ ร้อยละ 13.7 บุตรชายร้อยละ 12.5 ลูกจ้างร้อยละ 6.5 และ เพื่อนบ้านร้อยละ 1.2

อัญชลี ชูติธร (2556) ศึกษาพฤติกรรมการเกาะติดยาของกลุ่มผู้ใช้บริการโรคเรื้อรัง ว่าเป็นพฤติกรรมที่สำคัญในการบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพการดูแลต่อเนื่อง ในผู้ใช้บริการโรคเรื้อรัง โดยจะพบมากในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เป็นผู้สูงอายุ ผู้ใช้บริการอาจมีการหยุดยาเองด้วยเหตุผลหรือปัจจัยหลายประการ จึงได้มีการนำ เอาแนวคิดทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องกับการพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มาเป็นฐานในการเชื่อมโยงทฤษฎีเข้าสู่การปฏิบัติในการปรับพฤติกรรมดังกล่าว ดังนั้นบทบาทของบุคลากรทีมสุขภาพจึงต้องมีการประเมินวางแผน และหาแนวทางในการปรับ พฤติกรรมหากพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใดมีแนวโน้มในการไม่เกาะติดยา ความร่วมมือระหว่าง ผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว

งานวิจัยในต่างประเทศ

Sirey, Greenfield, Weinberger, & Bruce (2001) ศึกษาถึงพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ ในชุมชนจำนวน 299 คน โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ Morisky (1986) พบว่าสูงอายุที่ต้องรับประทานยาหลายชนิดจะมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาร้อยละ 41

Maidment, Livingston & Katona (2002) ที่ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานบริการปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปีและวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าสูง พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเพิ่มขึ้นมีปัจจัยสัมพันธ์กับการให้ข้อมูลที่ศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาลดลงมีปัจจัยสัมพันธ์กับอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านเศร้า

MacLaughlin (2005) ที่ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้สูงอายุ พบว่าในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ระดับการศึกษาจะมีผลพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในทางบวก สรุปได้ว่าปัจจัยในด้านการศึกษามีผลพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ผู้วิจัยจึงมีความจำเป็นต้องควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนนี้ โดยการใช้วิธีการจับคู่กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มและกลุ่มควบคุม เพื่อลดปัจจัยแทรกซ้อนดังกล่าว

Voils, Steffens, Flint, & Bosworth (2005) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมต่อปัจจัยการทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยซึมเศร้าสูงอายุ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวน้อยจะทำให้พฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา อีกทั้งมีการระบายความรู้สึกที่มีต่อโรคและการรักษา ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาด้วยยา

Zivin & Kales (2008) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ พบว่า ทัศนคติต่อการรักษาด้วยยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Yeh, Sung, Sun, & Kuo (2008) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในประเทศไต้หวัน พบว่าความรู้ความเข้าใจในความสำคัญของการรับประทานยาต่อเนื่องเป็นปัจจัยที่สำคัญในการทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรค และการรักษาด้วยยาแล้วยังพบว่าความไม่เข้าใจถึงอาการในระยะเริ่มแรกจากผลข้างเคียงของยาเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารู้สึกไม่สุขสบาย และพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นตามเกณฑ์การรักษาที่สุด

Zivin & Kales (2008) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า โดยเป็นการทบทวนวรรณกรรมย้อนหลังที่เกี่ยวข้องพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า พบว่า ปัจจัยที่มีผลทำผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า คือการขาดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีสาเหตุจากการสูญเสีย สามี หรือภรรยา ทำให้ขาดการสนับสนุนทางอารมณ์ หรือการสนับสนุนทางด้านทรัพย์

Chakraborty et al. (2009) ที่ศึกษาเรื่องทัศนคติ ความเชื่อต่อการรักษาด้วยยา ตามองค์ประกอบสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คือ ผลอันไม่พึงประสงค์จากยา ความเชื่อและทัศนคติต่อการรักษาด้วยยา และทัศนคติของคนในครอบครัวต่อการรักษา พบว่า ร้อยละ 88 มีความเชื่อและทัศนคติที่บิดเบือนต่อการรักษาด้วยยา (Erroneous views) ทั้งนี้ทัศนคติสามารถบ่งบอกถึงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยได้ เนื่องจาก ทัศนคติมีองค์ประกอบของความคิด ความเชื่อ และความรู้สึกที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจภายในตัวบุคคลที่พร้อมจะให้บุคคลกระทำหรือละเว้นที่จะกระทำ

Montesó P (2012) ที่ศึกษา ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พื้นที่ชนบทในภาคใต้ของคาตาโลเนีย วิเคราะห์กลุ่มอายุที่แตกต่างกันการระบุปัจจัยที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าและการพิจารณาว่ามีความแตกต่างทางเพศ เป็นการศึกษาเชิงปริมาณรวม 157 ผู้หญิงและผู้ชาย 160 การศึกษาเชิงคุณภาพประเมิน 14 คนและผู้หญิง 52 ที่วินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า พบว่าภาวะซึมเศร้าผู้ชายที่เป็นม่ายมากกว่าผู้หญิงที่เป็นม่าย และผู้ดูแลส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุเป็นคู่สมรส

6. กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Medication Adherence) ของ Haynes (1978) ซึ่งนิยามไว้ว่า ความร่วมมือเป็นพฤติกรรมปฏิบัติที่มีผลมาจากความนึกคิด ความตั้งใจแรงจูงใจและอารมณ์ในการที่จะกระทำตามแผนการรักษาซึ่งเกิดขึ้นจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการทางสุขภาพ จึงเป็นเหตุการณ์ที่ยากแก่การเฝ้าสังเกตได้โดยตรง แต่ในการศึกษาของ Demyttenaere (1997) นั้นกล่าวว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา นั้นยากแก่การประเมินแต่หากสามารถจำแนกเป็นพฤติกรรมของความร่วมมือหรือความร่วมมือไม่ได้ เช่น พฤติกรรมการใช้ยาในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถประเมินได้จากพฤติกรรมรับประทานยาตามที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ (Medication Adherence) เช่น การกินยาอย่างสม่ำเสมอไม่หยุดยาก่อนระยะเวลาที่กำหนดการกินยาถูกต้องตามคำแนะนำไม่ปรับลดหรือเพิ่มขนาดยาเอง และ พัฒนามาจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านทรัพยากร ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

รายละเอียดในแผนภูมิกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม จัดสัปดาห์ละ 2 ขั้นตอน โดยให้ผู้ดูแล 1 คนมาร่วมทุกกิจกรรมโดยในแต่ละ กิจกรรมจะดำเนินการตามกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) เป็นเวลาทั้งสิ้น 2 สัปดาห์	
ขั้นตอนการบำบัด	เอกสารประกอบโปรแกรมฯ
ขั้นตอนที่ 1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อยาต้านเศร้า ขั้นตอนที่ 2 การสนับสนุนด้านการ ประเมินค่า กิจกรรมที่ 2 การเผชิญปัญหาที่เกิด จากยาต้านเศร้าด้วยทักษะการแก้ปัญหา โดยใช้เหตุผล ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรค ซึมเศร้าและยาต้านซึมเศร้า ขั้นตอนที่ 4 สนับสนุนด้านทรัพยากร กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะเข้าถึง แหล่งทรัพยากรในครอบครัวและชุมชน กิจกรรมที่ 5 การอภิปรายกลุ่มและยุติ กลุ่ม โดยการให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทบทวนความรู้	1. ชุดเอกสารกิจกรรมใบงาน และใบความรู้ 5 กิจกรรม 2. คู่มือการสนับสนุนทาง สังคมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ โรควิตกกังวล 3. แบบสอบถามข้อมูลส่วน บุคคล 4. แบบประเมินสภาพสมอง สั้น ๑๐ ข้อ ฉบับ ภาษาไทย (Mini-Mental State Examination- Thai version 2002) (สถาบันเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2542) 5. แบบประเมินการสนับสนุน ทางสังคม (จิราพร รักการ, 2549)

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest - posttest Control group design) (Polit & Beck, 2014) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

RE	O_1	X	O_2	
RC	O_3	.	O_4	
RE	หมายถึง	ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มซึ่งเลือกมาแบบสุ่ม		
RC	หมายถึง	ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลปกติซึ่งเลือกมาแบบสุ่ม		
X	หมายถึง	การใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม		
.	หมายถึง	การพยาบาลตามปกติ		
O_1	หมายถึง	การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม		
O_2	หมายถึง	การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม		
O_3	หมายถึง	การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนได้รับการพยาบาลปกติ		
O_4	หมายถึง	การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับการพยาบาลปกติ		

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (4th ed.; DSM-IV; American Psychiatric Association, 2005) และมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชของรัฐ และผู้ดูแล คือ บุคคลที่มี อายุ 18 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่มีหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านต่างๆ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (4th ed.; DSM-IV; American Psychiatric Association, 2005) และมีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง และผู้ดูแล คือ บุคคลที่มี อายุ 18ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เพศชายหรือเพศหญิง ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด เช่น บุตร สามี ภรรยา พี่ น้อง ที่มีหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านต่างๆ โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ ที่มารับบริการในงานผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพะยา ในช่วงเวลา 1 เมษายน 2558 – 30 เมษายน 2558 ซึ่งเลือกมาตามเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (4th ed.; DSM-IV; American Psychiatric Association, 2005)
2. มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง ที่ไม่มีปัญหาสุขภาพทางกาย อาการทาง มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน การพูดและการใช้ภาษาในการสื่อสาร
3. ไม่มีภาวะสมองเสื่อมโดยประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) โดยมีคะแนนการประเมินตั้งแต่ 23 คะแนนขึ้นไป
4. ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ
5. มีผู้ดูแลทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไปที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด ได้แก่ บิดา มารดา พี่น้อง ญาติโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ ในครอบครัวเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. ผู้เข้าร่วมการวิจัยขอลอนตัวออกจากกรวิจัย
2. ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพทางกาย จนเป็นอุปสรรค ขณะเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม

3. มีอาการทางจิต เช่น มีความคิดสับสนได้ยินเสียงแว่ว มองเห็นภาพหลอนหรือมีพฤติกรรมแปลกๆ อยู่ไม่นิ่ง
4. มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน การพูดและการใช้ภาษาในการสื่อสาร

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ได้จากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Cochran & Cox, 1992) โดยใช้โปรแกรม Power analysis for sample size (PASS) แบบ Two-Sample T-Tests power analysis โดยคำนวณหาค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size=0.7) จากการศึกษาของ Jansen (2010) มาร่วมในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดให้มีอำนาจทดสอบร้อยละ 90.77 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 14 คน อย่างไรก็ตามเพื่อป้องกันสูญหายของกลุ่มตัวอย่างและให้เหมาะสมกับการวิจัยแบบทดลองซึ่งต้องมีกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 20 คน (Polit & Beck, 2004) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 40 คน จำแนกเป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม 20 คน และกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลปกติ 20 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยประสานขอความร่วมมือกับพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอกและดำเนินการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในช่วงวันที่ 1 – 30 เมษายน 2558 ส่งต่อให้ผู้วิจัย
2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษา การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษา และลงชื่อในใบยินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาจากนั้นจึงจะประเมินแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาของ “Medication Adherence Rating Scale” หรือ MARS เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ตามเกณฑ์การรักษา
3. ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการทำแบบประเมินภาวะสมองเสื่อมโดยประเมินจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับไทย (MMSE-Thai 2002) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม คะแนนการประเมินตั้งแต่ 23 คะแนนขึ้นไป
4. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่ผ่านเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ได้ทั้งหมด 54 คน จับคู่ (Matching) ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองในครั้งนี้ โดยให้กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุน

ทางสังคมแบบกลุ่มและกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลปกติมีลักษณะด้านประชากรคล้ายคลึงกันมากที่สุดคือ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับการศึกษา เนื่องจากตัวแปรดังกล่าวมีผลต่อระดับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยจากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Haynes et al.,2008) การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายต่อการรักษาขาดแรงจูงใจในการรักษา และระดับการศึกษาซึ่งมีผลต่อความคิด สติปัญญา เพื่อช่วยในการตรวจสอบสถานการณ์ การตัดสินใจ และการกำหนดเป้าหมายต่าง ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้ ทักษะในการดูแลตนเอง ความสามารถในการเข้าใจปัญหาต่างๆและทักษะในการนำความรู้มาใช้แก้ปัญหาเกี่ยวกับการรักษา ตลอดจนการแสวงหาแหล่งประโยชน์ต่างๆได้ ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ (Jalowiec & Power, 1986) สามารถจับคู่ทั้งหมด 20 คู่ ได้ตามตารางที่ 1

5. ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ไม่สามารถจับคู่ได้ ผู้วิจัยโทรศัพท์ไปแจ้งข้อมูลการวิจัย และให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การรักษาด้วยยา และส่งต่อข้อมูลให้หัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช เพื่อติดตามให้การพยาบาลต่อไป

6. ผู้วิจัยสุ่มคัดเลือกผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าเข้ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม โดยการจับฉลากชื่อของผู้ป่วยที่ได้รับการจับคู่ให้ฉลากที่จับขึ้นมาได้ก่อนเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ และฉลากที่จับขึ้นมาได้ภายหลังให้เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

ตารางที่ 1 คุณลักษณะ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลปกติเป็นรายคู่ (Matched-pair)

คู่ที่	กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ที่ได้รับการพยาบาลปกติ		กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม	
	ระยะเวลา การเจ็บป่วย	ระดับการศึกษา	ระยะเวลา การเจ็บป่วย	ระดับการศึกษา
1	11-15 ปี	ประถมศึกษา	11-15 ปี	ประถมศึกษา
2	1-5 ปี	มัธยมศึกษา	1-5 ปี	มัธยมศึกษา
3	6-10 ปี	ประถมศึกษา	6-10 ปี	ประถมศึกษา
4	มากกว่า 20 ปี	มัธยมศึกษา	มากกว่า 20 ปี	มัธยมศึกษา
5	11-15 ปี	ประถมศึกษา	11-15 ปี	ประถมศึกษา
6	1-5 ปี	ประถมศึกษา	1-5 ปี	ประถมศึกษา
7	1-5 ปี	อนุปริญญา	1-5 ปี	อนุปริญญา
8	16-20 ปี	ประถมศึกษา	16-20 ปี	ประถมศึกษา
9	มากกว่า 20 ปี	อุดมศึกษา	มากกว่า 20 ปี	อุดมศึกษา
10	16-20 ปี	ประถมศึกษา	16-20 ปี	ประถมศึกษา
11	1-5 ปี	อุดมศึกษา	1-5 ปี	อุดมศึกษา
12	11-15 ปี	ประถมศึกษา	11-15 ปี	ประถมศึกษา
13	มากกว่า 20 ปี	อุดมศึกษา	มากกว่า 20 ปี	อุดมศึกษา
14	6-10 ปี	มัธยมศึกษา	6-10 ปี	มัธยมศึกษา
15	1-5 ปี	ประถมศึกษา	1-5 ปี	ประถมศึกษา
16	11-15 ปี	มัธยมศึกษา	11-15 ปี	มัธยมศึกษา
17	6-10 ปี	ประถมศึกษา	6-10 ปี	ประถมศึกษา
18	1-5 ปี	ประถมศึกษา	1-5 ปี	ประถมศึกษา
19	16-20 ปี	อุดมศึกษา	16-20 ปี	อุดมศึกษา
20	1-5 ปี	ประถมศึกษา	1-5 ปี	ประถมศึกษา

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่ม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ลักษณะของกลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม		กลุ่มได้รับ		รวม (n= 40)	
	การสนับสนุนทางสังคมแบบ		การพยาบาลปกติ			
	กลุ่ม (n= 20)		(n= 20)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	7	35	10	50	17	42.5
หญิง	13	65	10	50	23	57.5
อายุ (\bar{X} = 67.05, SD = 4.712, Min = 66, Max = 80)						
60-69 ปี	16	80	14	70	30	75
70-79 ปี	3	15	6	30	9	22.5
80 ปี ขึ้นไป	1	5	0	0	1	2.5
สถานภาพสมรส						
โสด	0	0	3	15	3	7.5
คู่	10	50	11	55	21	52.5
หม้าย	5	25	2	10	7	17.5
หย่า/แยก	5	25	4	20	9	22.5
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	11	55	11	55	22	55.0
มัธยมศึกษา	4	20	4	20	8	20.0
อนุปริญญา	1	5	1	5	2	5.0
อุดมศึกษา	4	20	4	20	8	20.0

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า จำแนกตามกลุ่ม อาชีพ โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลและระยะเวลาการเจ็บป่วย

ลักษณะของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการ สนับสนุนทางสังคมแบบ กลุ่ม (n= 20)		กลุ่มที่ได้รับการ พยาบาลปกติ (n= 20)		รวม (n= 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	อาชีพ					
ไม่มี	15	75	13	65	28	70.0
รับจ้าง	2	10	0	0	2	5.0
ราชการบำนาญ	1	5	2	10	3	7.5
เกษตรกรรม	2	10	1	5	3	7.5
ค้าขาย	0	0	3	15	3	7.5
อื่น ๆ	0	0	1	5	1	2.5
โรคประจำตัว						
มีโรคประจำตัว	10	50	13	65	23	57.5
ไม่มีโรค	10	50	7	35	17	42.5
ประจำตัว						
ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล						
บิดา/มารดา	10	50	8	40	18	45.0
สามี/ภรรยา	9	45	9	45	18	45.0
พี่/น้อง	1	5	3	15	4	10.0
ระยะเวลาการเจ็บป่วย						
1 – 5 ปี	7	35	7	35	14	35
6 – 10 ปี	3	15	3	15	6	15
11 – 15 ปี	4	20	4	20	8	20
16 – 20 ปี	3	15	3	15	6	15
มากกว่า 20 ปี	3	15	3	15	6	15

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า จำแนกตามกลุ่ม รายได้เฉลี่ยของต่อเดือนและความเพียงพอของรายได้

ลักษณะของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม		กลุ่มที่ได้รับการ		รวม (n= 40)	
	การสนับสนุนทางสังคม		พยาบาลปกติ			
	แบบกลุ่ม (n= 20)		(n= 20)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน						
0 -5,000 บาท	6	30	3	15	9	22.5
5,001-10,000 บาท	4	20	8	40	12	30.0
10,001-15,000 บาท	3	15	2	10	5	12.5
15,001-20,000 บาท	4	20	3	15	7	17.5
มากกว่า 20,001 บาท	3	15	4	20	7	17.5
ความเพียงพอของรายได้						
ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	9	45	15	75	24	60
เพียงพอกับรายจ่าย	11	55	5	25	16	40

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม พร้อมทั้งเครื่องมือที่สร้างขึ้นเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เพื่อพิจารณาผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาแล้ว ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มาตรวจรักษา ณ กลุ่มงานผู้ป่วยนอกจิตเวช โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการบอกถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ รวมทั้งได้รับการตอบคำถามจนเข้าใจ และได้รับการชี้แจงว่าระหว่างขั้นตอนของการวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะขอยกเลิกการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและจะไม่ มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาล รวมทั้งหากมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใดๆ ในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง และเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับและผลการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นจะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่มีความเกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมมารับประทานยาของ ซึ่งสร้างขึ้นโดย Thompson et al, (2000) Medication Adherence Rating Scale หรือ MARS แปลไทย ธนียา วงศ์จรุงเรือง (2556)

2. โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ประกอบด้วย

2.1 ชุดเอกสารกิจกรรมใบงานและใบความรู้ 5 กิจกรรม

2.2 คู่มือการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

2.3 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2.4 แบบประเมินสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination–Thai version 2002) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2542)

2.5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของจิราพร รักการ (2549) ใช้แนวคิดของ House (1980)

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

แบบประเมินพฤติกรรมมารับประทานยาซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบประเมินพฤติกรรมมารับประทานยา (Medication Adherence Rating Scale, MARS) ซึ่งสร้างขึ้นโดย Thompson et al, (2000) แปลเป็นไทยโดย ธนียา วงศ์จรุงเรือง (2556) แบบประเมินประกอบด้วย ข้อคำถาม 10 ข้อ ให้เลือกตอบว่าใช่ หรือ ไม่ใช่ มีข้อความทางบวกจำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วย ข้อ 7 และ 8 มีข้อความทางลบจำนวน 8 ข้อ ประกอบไปด้วย ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10 โดยการให้คะแนนในแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

	ข้อความทางลบ	ข้อความทางบวก
ใช่	0	1
ไม่ใช่	1	0

คะแนนที่ได้นำมาพิจารณาโดยรวม ให้ผู้ตอบประเมินข้อความในแต่ละข้อด้วยคะแนน 0-1 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดแล้วหาค่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สำหรับเกณฑ์การพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยกำหนดค่าคะแนน ดังนี้

คะแนนรวม > 6 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาเป็นไปตามเกณฑ์การรักษา

คะแนนรวม ≤ 6 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบวัดประเมินพฤติกรรมการรับประทานยา (Medication Adherence Rating Scale, MARS) ซึ่งสร้างขึ้นโดย Thompson et al, (2000) แปลเป็นภาษาไทยโดย ธนียา วงศ์จรุงเรือง(2556) และได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity, CVI) ของผู้เชี่ยวชาญแล้วมีค่าความตรงตามเนื้อหา ได้เท่ากับ .84 ผู้วิจัยไม่ได้ตัดแปลงเนื้อหาใดๆ จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำ

2. ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาของ Medication Adherence Rating Scale หรือ MARS ซึ่งสร้างขึ้นโดย Thompson et al, (2000) แปลเป็นภาษาไทยโดย ธนียา วงศ์จรุงเรือง (2556) ไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยทดลองใช้ในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช้กลุ่มตัวอย่าง ที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 30 ราย ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .82 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (Polit & Beck, 2014)

ชุดที่ 2 โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ได้แก่

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยประยุกต์โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มในการดูแลของผู้ป่วยจิตเภท ของสุณีย์ แสงดาว (2554) ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (social support) ของ House (1981) ในการพัฒนาเนื้อหา/สาระของแต่ละกิจกรรม และกระบวนการดำเนินกลุ่มของ Marram (1978) ที่แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1)ระยะสร้างสัมพันธภาพ 2)ระยะดำเนินการ และ3)ระยะสิ้นสุดกิจกรรม ในการดำเนินแต่ละกิจกรรมในโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น โดยมีขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมดังนี้

1. ชุดเอกสารกิจกรรม ใบบางและใบบางรู้ 5 กิจกรรมดำเนินการดังนี้

1.1. ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับแนวคิดการเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการสนับสนุนทางสังคม

1.2. พัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มโดยผู้วิจัยประยุกต์โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มในการดูแลของผู้ป่วยจิตเภท ของสุณีย์ แสงดาว (2554) ที่ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (social support) ของ House (1981) และจากการทบทวนวรรณกรรม มากำหนดโครงสร้างของกิจกรรม มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยซึมเศร้าสูงอายุซึ่งการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ระยะเวลาทำกิจกรรมครั้งละ 60-90 นาทีจัดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1- 2 กิจกรรม ให้ผู้ดูแล 1 คนมาร่วมทุก

กิจกรรมโดยในแต่ละกิจกรรมจะดำเนินการตามกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) เป็นเวลาทั้งสิ้น 2 สัปดาห์ สัปดาห์ 2 ครั้ง และ 2 สัปดาห์หลังสิ้นสุดโปรแกรมประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กิจกรรมมีดังนี้ ครั้งที่ 1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและระบายความรู้สึกที่มีต่อโรคมะเร็งและการรักษา ครั้งที่ 2 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) กิจกรรมที่ 2 การเผชิญปัญหาที่เกิดจากยาต้านมะเร็งด้วยทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล ครั้งที่ 3 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) กิจกรรมที่ 3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) ครั้งที่ 4 สนับสนุนด้านทรัพยากร กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในครอบครัวและชุมชน และกิจกรรมที่ 5 การอภิปรายกลุ่มและยุติกลุ่ม โดยการให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทบทวนความรู้

ขั้นตอนที่ 1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและระบายความรู้สึกที่มีต่อโรคมะเร็งและการรักษา หมายถึง การดำเนินการกลุ่มในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ตามขั้นตอนของกระบวนการกลุ่ม 3 ระยะ ดังนี้

ระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกโดยผู้วิจัยกล่าวทักทายแนะนำตนเองและประวัติโดยย่อ สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร อบอุ่น แสดงความสนใจในสมาชิกแต่ละคน และให้สมาชิกแต่ละคน และให้สมาชิกกล่าวแนะนำตนเอง พูดคุยสร้างสัมพันธภาพโดยซักถามความเป็นอยู่ทั่วไปเพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ ชี้แจงให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มกิจกรรมโดยย่อในแต่ละครั้ง ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่จะได้รับ โดยแจ้งวันเวลา สถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรม

ระยะดำเนินการ ผู้วิจัยให้สมาชิกบอกถึงความรู้สึกของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งต่อโรคมะเร็งและการรับประทุษยานต้านมะเร็ง เรื่องอะไรที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งอยากได้รับจากผู้ดูแล และสมาชิกแลกเปลี่ยนความคิด และอภิปรายเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง จากนั้นให้สมาชิกจับคู่กันภายในครอบครัว เพื่อร่วมกิจกรรมการนวดกดจุดจุดसानรัก ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลระบายความรู้สึกของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งและกำลังใจที่อยากให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง

ระยะสิ้นสุดกิจกรรม ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายและทบทวนถึงบทบาทการเป็นผู้ดูแล ประโยชน์ที่ได้รับ รวมทั้งความรู้สึกที่ได้ร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ ผู้วิจัยสรุปเป็นระยะตั้งแต่เริ่มต้นกลุ่มจนสิ้นสุดการทำกลุ่มพร้อมนัดหมาย วันเวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support)

กิจกรรมที่ 2 การเผชิญปัญหาที่เกิดจากยาต้านมะเร็ง หมายถึง การดำเนินการกลุ่มในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 ตามขั้นตอนของกระบวนการกลุ่ม 3 ระยะ ดังนี้

ระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไปกับสมาชิกและชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม และข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม โดยกิจกรรมนี้มีเป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าสามารถเผชิญปัญหาที่เกิดจากยาต้านเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยวิธีการฝึกทักษะในการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล

ระยะดำเนินการ ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าประเมินค่าของปัญหาที่เกิดจากการใช้ยานี้ผ่านมุมมองของตน ทบทวนแหล่งประโยชน์ที่มีรวมถึงพฤติกรรมในการใช้ยา และผลที่ได้รับในลักษณะต่างๆต่อปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยานี้ ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าแลกเปลี่ยนถึงแหล่งประโยชน์ที่มีรวมถึง แนวทางวิธีการจัดการ กับปัญหาที่เกิดขึ้นและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากวิธีการแต่ละวิธีที่ใช้ ผู้วิจัยสรุปประเด็นว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีการประเมินค่าสถานการณ์นั้นๆว่ามีผลอย่างไรต่อตนเองนำไปสู่ผลลัพธ์อย่างไรและตนมีความสามารถในการเผชิญปัญหานั้นอย่างไร และผู้วิจัยให้ความรู้ในเรื่องการประเมินค่าสถานการณ์ที่เหมาะสมจะส่งผลถึงการทบทวนแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่การนำข้อมูลมาหาวิธีการแก้ปัญหาและมีผลต่อผลลัพธ์ที่ตามมาอย่างไร

ระยะสิ้นสุดกิจกรรม ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายและทบทวนถึงประสบการณ์ในการเผชิญกับปัญหาในการดูแลและการเจ็บป่วย ศักยภาพตนเองในการประเมินค่าสถานการณ์ การเผชิญความเครียด การจัดการกับปัญหาโดยใช้เหตุผล ประโยชน์ที่ได้รับ รวมทั้งความรู้สึกที่ได้ร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ ผู้วิจัยสรุปเป็นระยะตั้งแต่เริ่มต้นกลุ่มจนถึงสิ้นสุดการทำกลุ่ม พร้อมนัดหมาย วันเวลาสถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support)

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและยาต้านเศร้า หมายถึง การดำเนินการกลุ่มในสัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 1 ตามขั้นตอนของกระบวนการกลุ่ม 3 ระยะ ดังนี้

ระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไปกับสมาชิกและชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม และข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม โดยกิจกรรมนี้มีเป้าหมาย เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้เรื่องสาเหตุ อาการ การดำเนินโรคและแนวทางการดูแลรักษา บอกลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคซึมเศร้า วิธีการดูแลเบื้องต้นจากอาการข้างเคียงของยารักษาโรคต้านเศร้า

ระยะดำเนินการ ผู้วิจัยผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าแลกเปลี่ยนถึงความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า เช่น สาเหตุ อาการ รักษา ผู้วิจัยสรุปประเด็นและ บรรยาย ความรู้เรื่องความหมาย อาการ การดำเนินโรค การรักษา ที่เป็นปัจจุบันและจำเป็นของโรคซึมเศร้า และให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนถึงความเข้าใจของตนเองในความรู้ ผู้วิจัยผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าแลกเปลี่ยนถึงความรู้เรื่องยารักษาโรคซึมเศร้า

ลักษณะอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคซึมเศร้าที่พบบ่อยและการดูแลเบื้องต้น ผู้วิจัยสรุปประเด็นและบรรยายถึง อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคซึมเศร้า วิธีการดูแลเบื้องต้น

ระยะสิ้นสุดกิจกรรม ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายและทบทวนถึงกิจกรรมในครั้ง นี้ มีการเรียนรู้ในเรื่องใดบ้างประโยชน์ที่ได้รับในครั้ง นี้ ผู้วิจัยสรุปเป็นระยะตั้งแต่เริ่มต้นกลุ่มจนสิ้นสุดการทำกลุ่ม พร้อมนัดหมาย วันเวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support)

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในครอบครัวและชุมชน หมายถึง การดำเนินการกลุ่มในสัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 2 ตามขั้นตอนของกระบวนการกลุ่ม 3 ระยะ ดังนี้

ระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วๆไปกับสมาชิกและชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม และข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม โดยกิจกรรมนี้มีเป้าหมาย เพื่อให้สมาชิกทราบและเข้าถึงแหล่งทรัพยากรต่างๆในครอบครัวและชุมชนที่สามารถใช้ประโยชน์ในการดูแลตนเอง

ระยะดำเนินการ ผู้วิจัยให้สมาชิกทุกคนผลัดกันเล่าแลกเปลี่ยนถึงแหล่งสนับสนุนด้านต่างๆที่คิดว่ามีอยู่และตนเองได้รับจากครอบครัวและชุมชน หลังจากนั้นอภิปรายกลุ่มร่วมกันว่ามีแหล่งประโยชน์ใดๆนอกเหนือจากที่สมาชิกแต่ละคนกล่าวมาหรือไม่ หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูล คำแนะนำถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่ใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น สถานที่ หน่วยงาน กลุ่มบุคคลรวมถึงบุคลากรที่ให้บริการทางการแพทย์ การขอความช่วยเหลือด้วยเบอร์ 1669 หน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น เงิน แรงงาน เวลา สิ่งของ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้คำแนะนำถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาสงเคราะห์จังหวัด เป็นต้น

ระยะสิ้นสุดกิจกรรม ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายและทบทวนถึงกิจกรรมในครั้ง นี้ มีการเรียนรู้แหล่งทรัพยากรใดบ้าง ขอความช่วยเหลืออย่างไร ประโยชน์ที่ได้รับ รวมทั้งความรู้สึกที่ได้ร่วมกิจกรรมในครั้ง นี้ ผู้วิจัยสรุปเป็นระยะตั้งแต่เริ่มต้นกลุ่มจนสิ้นสุดการทำกลุ่ม

กิจกรรมที่ 5 การอภิปรายกลุ่มและยุติกลุ่ม หมายถึง การดำเนินการกลุ่มในสัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 2 ตามขั้นตอนของกระบวนการกลุ่ม 3 ระยะ ดังนี้

ระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยกล่าวทักทายพูดคุยเรื่องทั่วๆไปกับสมาชิกและชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม และข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม โดยกิจกรรมนี้มีเป้าหมาย เพื่อให้สมาชิกทบทวน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ ทักษะต่างๆทั้งหมดที่ได้รับ และผลที่ได้รับหลังนำ

ความรู้ ทักษะต่างๆที่ได้รับไปปฏิบัติในการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา พร้อมร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาในอนาคต เป็นเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย การยุติกลุ่ม

ระยะดำเนินการ ผู้วิจัยให้สมาชิกทุกคนผลัดกันเล่าแลกเปลี่ยนทบทวนความรู้ ข้อมูล ทักษะต่างๆทั้งหมดที่ได้รับตามโปรแกรมและผลที่เกิดขึ้นหลังนำไปปฏิบัติ โดยการที่สมาชิกร่วมแสดงความคิดเห็นในหัวข้อเดียวกันหรือมีการแบ่งปันประสบการณ์ของตนเองให้สมาชิกอื่นในกลุ่มได้รับรู้ ร่วมกันเป็นการช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยใช้ในการกระตุ้น แนะนำ เสริมแรง และ ร่วมกันอภิปรายถึงผลการนำข้อมูลที่ได้รับไปปฏิบัติและร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาในอนาคต เป็นที่ปรึกษาเพื่อเพิ่มความมั่นใจ รวมถึงการจัดตั้งกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า โดยเป็นเครือข่ายในการช่วยเหลือระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง เป็นขวัญกำลังใจซึ่งกันและกัน

ระยะสิ้นสุดกิจกรรม ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายและทบทวนถึงข้อมูล กิจกรรมทั้งหมดที่ได้เรียนรู้ สัมพันธภาพและทัศนคติที่ดีในการรับประทายยาต้านเศร้า การเผชิญปัญหาที่เกิดจากยาต้านเศร้า ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและยาต้านเศร้า ทักษะเข้าถึงแหล่งทรัพยากรใน ครอบครัวและชุมชน การขอความช่วยเหลือ ประโยชน์ที่ได้รับ รวมทั้งความรู้สึกที่ได้ร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ ผู้วิจัยสรุปเป็นระยะตั้งแต่กิจกรรมแรกจนถึงกิจกรรมสุดท้าย บอกถึงการสิ้นสุดเข้าร่วมโปรแกรมการ สนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม สิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกล่าวขอบคุณและยุติกลุ่มพร้อมกับให้ สมาชิกทำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าสูงอายุ (กำกับการทดลอง)

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและ ภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่านที่มีความ เชี่ยวชาญในการสนับสนุนทางสังคม และผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจนครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของ กิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในการดำเนินกิจกรรม โดยถือ เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 ท่านจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านและให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนแสดง ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะลงในแบบตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ภายหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรม ตาม ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกครั้ง รวมทั้งความถูกต้อง เหมาะสมของภาษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ใบกิจกรรมที่ 1/1 นวดกดจุดसानรัก เป็นการสื่อสารความรักและความห่วงใยผ่านการสัมผัสทางกาย ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขเนื้อหาให้โดยให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าหลับตาแล้วรับความรู้สึกที่บริเวณถูกสัมผัส และผู้ดูแลสัมผัสด้วยความรักและความห่วงใย

กิจกรรมที่ 2 การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา ผู้ป่วยซึมเศร้าสูงอายุอาจจะลืมนำมาในครั้งหน้า ดังนั้นผู้วิจัยได้เน้นในการทำกิจกรรมว่าให้นำมาเพื่อใช้ทำกิจกรรมในครั้งหน้าเพื่อประเมินการแก้ปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ระหว่างที่กลับไปอยู่ที่บ้าน

กิจกรรมที่ 5 เนื้อหาการตั้งกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าอธิบายถึงรายละเอียดตั้งแต่ในกิจกรรมที่ 4 เนื่องจากการตั้งกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ก็ถือเป็นแหล่งทรัพยากรในชุมชนด้วยเช่นกันเพื่อให้กิจกรรมที่ 5 ได้มีเวลาอภิปรายกลุ่ม สรุปผล และยุติกลุ่ม

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยทดลองใช้ชุดเอกสารกิจกรรมกับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า 1 กลุ่ม จำนวน 5 คน โดยดำเนินการจนครบทั้ง 5 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ ความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ และความเหมาะสมของเวลา รวมถึงอุปสรรคอื่นๆ อันอาจจะเกิดขึ้นได้ หลังจากการทดลองใช้โปรแกรม หลังเสร็จสิ้นการดำเนินการ พบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าสามารถเข้าใจในกิจกรรมได้ดีแต่ผู้วิจัยต้องมีการปรับคำพูดให้เข้าใจง่ายขึ้น บางครั้งต้องมีการยกตัวอย่างให้กลุ่มตัวอย่างได้เข้าใจเพิ่มเติม โดยมีการใช้ภาพประกอบการอธิบายให้ผู้ป่วยได้เข้าใจมากขึ้น นอกจากนี้พบว่าสามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามเวลาที่กำหนด โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งประมาณ 60-90 นาที ผู้วิจัยนำปัญหาที่พบจากการทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

2. คู่มือการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า เป็นเอกสารประกอบชุดโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นเพื่อมอบให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้ดูแลนำไปศึกษาความรู้ เรื่องการสนับสนุนทางสังคมในด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support), การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support), การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support), และการสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญในการสนับสนุนทางสังคม และผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ความชัดเจนครอบคลุม ความ

เหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยถือเกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 ท่านจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนแสดงความคิดเห็น ภายหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบไม่มีเสนอให้ปรับแก้ไข

3. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ศาสนา อาชีพ สถานภาพสมรส ผู้ดูแล สภาพทางเศรษฐกิจ ประวัติโรคประจำตัว ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

4. แบบประเมินสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination–Thai version 2002) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2542) เป็นแบบประเมินความบกพร่องในการรู้คิดและใช้ทดสอบความสามารถในการรู้คิด จัดทำขึ้นโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ พ.ศ. 2542 จำนวน 11 ข้อ ข้อคำถามทบทวนการรับรู้เรื่องเวลา 5 คะแนน ทบทวนการรับรู้เรื่องสถานที่ 5 คะแนน ทดสอบความจำ 3 คะแนน ทดสอบความใส่ใจ 5 คะแนน ทบทวนความจำ 3 คะแนน การเรียกชื่อ 2 คะแนน การพูดตาม 1 คะแนน การทำตามเสียงพูด 3 คะแนน การทำตามคำเขียน 1 คะแนน การเขียน 1 คะแนน การมองโครงสร้าง 1 คะแนน การคิดค่าคะแนนความบกพร่องในการรู้คิด ขึ้นอยู่กับระดับการศึกษา หากผู้ถูกทดสอบไม่ได้เรียนหนังสืออ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 แสดงว่ามีความบกพร่องในการรู้คิด ซึ่งมีคะแนนเต็ม 23 คะแนน เพราะผู้ถูกทดสอบไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10 หากผู้ถูกทดสอบศึกษาระดับประถมศึกษา คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 แสดงว่ามีความบกพร่องในการรู้คิด หากผู้ถูกทดสอบศึกษาระดับสูงกว่าประถมศึกษา คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 แสดงว่ามีความบกพร่องในการรู้คิด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination–Thai version 2002) ที่พัฒนาขึ้นโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, (2542) และได้รับความเห็นชอบของผู้เชี่ยวชาญแล้วซึ่งคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .83 ผู้ศึกษาไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหาใดๆ จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำ

2. ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination–Thai version 2002) ไปตรวจสอบหาความความเที่ยงของเครื่องมือ และทำการตรวจสอบคุณภาพ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้ออกมาหาความเชื่อมั่นของการตอบ

แบบวัดและคำนวณหาความเที่ยงของแบบประเมินสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination–Thai version 2002) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ.74 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (Polit & Hunger, 1999)

5. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของจิราพรรักการ (2549) ใช้แนวคิดของ House (1980) เพื่อใช้วัดการเผชิญการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับเนื้อหาที่ใช้ในการจัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 19 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนออกเป็น 5 ระดับ คือ ไม่เป็นจริงนานๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง ตลอดเวลา ลักษณะข้อคำถามดังนี้เป็นข้อความทางด้านบวก 15 ข้อ และมีข้อความทางด้านลบ 4 ข้อ มีการกำหนดให้ผู้ตอบเลือกคำตอบได้ 1 คำตอบ โดยข้อคำถามครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมด้านต่าง ๆ ดังนี้

1) การสนับสนุนทางอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, และ 4 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 5

2) การสนับสนุนทางวัตถุ จำนวน 4 ข้อ ซึ่งเป็นข้อความทางบวกทั้งหมด

3) การสนับสนุนการยอมรับและเห็นคุณค่า จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 12, 13 และ 14 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 10 และ 11

4) การสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17 และ 18 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 19

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ตลอดเวลา	ได้ 5 คะแนน	ได้ 1 คะแนน
บ่อยครั้ง	ได้ 4 คะแนน	ได้ 2 คะแนน
บางครั้ง	ได้ 3 คะแนน	ได้ 3 คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	ได้ 2 คะแนน	ได้ 4 คะแนน
ไม่เป็นจริงเลย	ได้ 1 คะแนน	ได้ 5 คะแนน

การคิดคะแนนทำได้โดยคิดคะแนนทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนทุกข้อมารวมกันวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิจารณาตามเกณฑ์ 5 ระดับโดยนำคะแนนเต็มมาหารด้วยจำนวนข้อแล้วแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2542)

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.50-5.00 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับสูงสุด

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.50-4.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำสุด

เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 5 ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์กำกับกับการทดลองว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าต้องมีคะแนนเฉลี่ยรวมของการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางขึ้นไป และหากภายหลังการประเมินพบว่าผู้ป่วยคนใดมีคะแนนไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจะพูดคุยกับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าคนนั้น เพื่อร่วมกันประเมินปัญหาอุปสรรค ว่ายังขาดการสนับสนุนทางสังคมในด้านใด เพื่อสนับสนุนเพิ่มเติมในส่วนนั้นๆ จนกว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าคนนั้นจะมีคะแนนถึงเกณฑ์ที่กำหนด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนาขึ้นโดยจิราพร รักการ (2549) และผู้วิจัยนำเครื่องมือฉบับเดิมทั้งหมดมาแก้ไขโดยดัดแปลงเนื้อหา โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ความผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไปโดยคำนวณจากสูตรดังนี้ (Hemblemton, et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ สิริสถิตินรากร, 2544)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าค่อนข้างสอดคล้องหรือสอดคล้องมาก}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

$$CVI = 17/19 = .89$$

คำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาได้เท่ากับ .89 และไม่ได้มีข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิในการปรับแก้ไขเนื้อหาในแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

2. ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ไปตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือ และทำการตรวจสอบคุณภาพ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้หาความเชื่อมั่นของการตอบแบบวัดและคำนวณหาความเที่ยงของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ.81 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (Polit & Hunger, 1999)

การดำเนินการวิจัย

1. กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลปกติ

1.1. ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการประเมิน แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทยต้น (MMSE-Thai 2002) โดยมีคะแนนการประเมินตั้งแต่ 23 คะแนนขึ้นไป จึงจะให้กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลปกติ ตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาของ “Medication Adherence Rating Scale” หรือ MARS เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยที่มี พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์เล็กน้อย (≤ 6) (pre-test)

1.2. ส่งต่อกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลปกติ ให้แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เพื่อให้ได้รับการพยาบาลปกติ เมื่อมารับบริการงานผู้ป่วยนอก

1.3. เมื่อครบกำหนด 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการตอบแบบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจากนั้นทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ แล้วนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

2. กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

2.1. ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ประเมิน แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทยต้น (MMSE-Thai 2002) โดยมีคะแนนการประเมินตั้งแต่ 23 คะแนนขึ้นไป จึงจะให้กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานยา (Medication Adherence Rating Scale, MARS) เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยที่มี พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์เล็กน้อย (≤ 6) (pre-test)

2.2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลการดำเนินโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มโดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้งๆละ 60-90 นาที จำนวน 2 ครั้ง ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มออกเป็นสองกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ซึ่งผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมด้วยโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มทุก

ครั้ง ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนในสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองโดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยซึมเศร้าสูงอายุ และหลังเสร็จสิ้นการบำบัด โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม คือ หลังกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์หลังสิ้นสุด โปรแกรมประเมินแบบพฤติกรรมกรใช้ตามเกณฑ์การรักษา (Post-test)

2.3. ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลาในการดำเนินโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม พร้อมทั้งมอบตารางในการเข้ารับการบำบัดในแต่ละครั้ง

2.4. ผู้วิจัยประสานหัวหน้าพยาบาลกลุ่มงานผู้ป่วยนอกจิตเวชของสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ เพื่อขออนุญาตใช้สถานที่ นัดผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า มาดำเนินโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม พร้อมทั้งมอบตารางในการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มในแต่ละครั้ง ดังตารางที่ 2 และถ้าผู้ป่วยไม่ได้มาตามนัดหมายที่กำหนดจะมีการนัดมาเข้ากลุ่มเสริมเพิ่มเติมเพื่อให้ครบ 5 กิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ตกลงเรื่องกำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ณ กลุ่มงานผู้ป่วยนอกจิตเวชของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ณ กลุ่มงาน
ผู้ป่วยนอกจิตเวชของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

กิจกรรม	กลุ่มที่/จำนวนสมาชิก	ว/ด/ป	เวลา
ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและ ระบายความรู้สึกที่มีต่อโรค ซึมเศร้าและการรักษา	กลุ่มที่ 1 (10 ครอบครัว)	2 พฤษภาคม 58	09.00-10.30 น.
	กลุ่มที่ 2 (10 ครอบครัว)	2 พฤษภาคม 58	13.30-15.00 น.
ขั้นตอนที่ 2 การเผชิญปัญหาที่เกิด จากยาต้านเศร้าด้วย ทักษะการแก้ปัญหาโดย ใช้เหตุผล	กลุ่มที่ 1 (10 ครอบครัว)	5 พฤษภาคม 58	09.00-10.30 น.
	กลุ่มที่ 2 (8 ครอบครัว)	5 พฤษภาคม 58	13.30-15.00 น.
	กลุ่มเสริม (2 ครอบครัว)	9 พฤษภาคม 58	13.30-15.00 น.
ขั้นตอนที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรค ซึมเศร้าและยาต้าน ซึมเศร้า	กลุ่มที่ 1 (9 ครอบครัว)	10 พฤษภาคม 58	09.00-10.30 น.
	กลุ่มที่ 2 (7 ครอบครัว)	10 พฤษภาคม 58	13.30-15.00 น.
	กลุ่มเสริม (4 ครอบครัว)	13 พฤษภาคม 58	09.00-10.30 น.
ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนาทักษะเข้าถึง แหล่งทรัพยากรใน ครอบครัวและชุมชน	กลุ่มที่ 1 (6 ครอบครัว)	16 พฤษภาคม 58	09.00-10.30 น.
	กลุ่มที่ 2 (7 ครอบครัว)	16 พฤษภาคม 58	13.30-15.00 น.
	กลุ่มเสริม (5 ครอบครัว)	17 พฤษภาคม 58	13.30-15.00 น.
สรุปประเมินผลและยุติ กลุ่ม	กลุ่มที่ 1 (6 ครอบครัว)	16 พฤษภาคม 58	10.30-11.30 น.
	กลุ่มที่ 2 (7 ครอบครัว)	16 พฤษภาคม 58	15.30-16.30 น.
	กลุ่มเสริม (5 ครอบครัว)	17 พฤษภาคม 58	13.30-15.00 น.

รายละเอียดการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มเป็นดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและระบายความรู้สึกที่มีต่อโรคมะเร็งและการรักษา

สาระสำคัญ การแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่า ให้ความรัก ความไว้วางใจ ความเอาใจใส่ดูแล ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ แสดงความห่วงใย สอบถาม รับฟัง ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งและผู้ดูแลได้แสดงความห่วงใย รับฟังความรู้สึก และให้กำลังใจผู้ป่วย โดยใช้การนัดทักตักเป็นการแสดงออกถึงความห่วงใย และการนัดสามารถลดอาการซึมเศร้าได้

การดำเนินกิจกรรม

1. ระยะเวลาสร้างสัมพันธ์ภาพ

1.1 ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกโดยผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตนเองและประวัติโดยย่อ สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร อบอุ่น แสดงความสนใจในสมาชิกแต่ละคน และให้สมาชิกแต่ละคน และให้สมาชิกกล่าวแนะนำตนเอง

1.2 พูดคุยสร้างสัมพันธ์ภาพโดยสอบถามความเป็นอยู่ทั่วไปเพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ

1.3 ผู้วิจัยชี้แจงให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มกิจกรรมโดยย่อในแต่ละครั้ง ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ โดยแจ้งวันเวลา สถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรม

2. ระยะเวลาดำเนินงาน

2.1 ผู้วิจัยให้สมาชิกบอกถึงความรู้สึกของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งต่อโรคมะเร็งและการรับประเภทยาต้านมะเร็ง

2.2 ผู้วิจัยให้สมาชิกทำ เรื่องอะไรที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งอยากได้รับจากผู้ดูแล

2.3 ผู้วิจัยให้สมาชิกแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และอภิปรายเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งต่อการรับประเภทยาต้านมะเร็งและความรู้สึกต่อผู้ดูแล

2.4 ผู้วิจัยบอกให้สมาชิกแต่ละคนทราบถึงระดับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ประเมินไว้ก่อนหน้านี้เข้าร่วมกิจกรรมว่าอยู่ในระดับใดและเกี่ยวเนื่องกับความรู้สึกที่มีต่อยาต้านมะเร็งอย่างไร

2.5 ผู้วิจัยให้สมาชิกจับคู่กันภายในครอบครัว เพื่อร่วมกิจกรรมการนัดทักตักสานรัก

2.6 ผู้วิจัยสรุปประเด็นที่ได้จากใบกิจกรรม และให้สมาชิกอภิปรายเกี่ยวกับความรู้สึกที่มีต่อสมาชิกในครอบครัว

2.7 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลความรู้สึกของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าและกำลังใจที่อยากให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

2.8 ผู้วิจัยอภิปรายร่วมกับสมาชิกเพื่อช่วยให้สมาชิกเข้าใจยอมรับ และมีทัศนคติที่ดีในการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยยาต้านเศร้า

3. ระยะเวลาสิ้นสุดกิจกรรม

3.1 ผู้วิจัยสรุปสิ่งที่ได้รับจากการอภิปรายและการบรรยาย

3.2 นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 2

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ในระยะสร้างสัมพันธภาพ พบว่าสมาชิกและผู้ดูแลมีความสนใจในการรับฟังผู้วิจัย ชักถามข้อสงสัย ประวัติของผู้วิจัย แสดงท่าทางเป็นกันเอง ส่วนใหญ่มีสีหน้ายิ้มแย้ม และสมาชิกบางคนต้องกระตุ้นในการมีส่วนร่วมในกลุ่ม แต่โดยรวมบรรยากาศที่เป็นมิตรอบอุ่น สมาชิกให้ความร่วมมือในการแนะนำตัวเป็นอย่างดี แสดงความรู้สึกว่ามีความดีใจที่ได้มาเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม ผู้วิจัยได้แจกคู่มือโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุและวิธีการรักษาโรคซึมเศร้า สมาชิกส่วนใหญ่สามารถอ่านคู่มือได้เข้าใจ และบอกว่าอ่านง่าย สมาชิกบางคนต้องให้ผู้ดูแลอ่านให้เนื่องจากไม่ได้นำแว่นสายตามาด้วย สมาชิกเข้าใจวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มกิจกรรมโดยย่อในแต่ละครั้ง ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ โดยแจ้งวันเวลา สถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรม ลักษณะสัมพันธภาพภายในกลุ่มเป็นไปอย่างเป็นมิตร และสมาชิกได้ให้ความร่วมมือ ตามใบงานที่ 1/1 ความรู้สึกของสมาชิกที่มีต่อโรคซึมเศร้า และการรับประทานยา เช่น

“คิดว่าตนเองเป็นแคโรคนอนไม่หลับ ไม่น่าจะเป็นโรคซึมเศร้า”

“เบื่อไม่ยากกินยาแล้ว ไปธรรมะ แล้วก็นั่งสมาธิแล้วก็ไม่ต้องทานยา”

จากใบงานที่ 1/2 อะไรที่อยากได้จากผู้ดูแล ส่วนใหญ่สมาชิกมีผู้ดูแลเป็นคู่สมรส บอกถึงความรู้สึกที่อยากได้รับกำลังใจ และความเอาใจใส่จากผู้ดูแล และสมาชิกที่มีบุตรเป็นผู้ดูแล ต้องการให้บุตรมีเวลาอยู่กับตนเองมากขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ดังนี้

“รู้สึกสงสารลูกที่ต้องทำงานหนัก อยากให้ได้พักบ้าง จะได้อยู่บ้านเป็นเพื่อนกัน”

หลังจากผู้วิจัยให้สมาชิกจับคู่กันภายในครอบครัว เพื่อร่วมกิจกรรมการนวดกดจุดसानรักตามใบกิจกรรมที่ 1/1 ซึ่งสมาชิกส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี สามารถรับรู้ถึงความรู้สึกที่เป็นห่วง ความรัก จากการสัมผัสของผู้ดูแล ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ดังนี้

“นึกไม่ถึงว่าแค่การนวดกด จะทำให้รู้สึกดีได้”

“ลูกนวดไม่หายเมื่อยเลย แต่มีความสุขนะ”

เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลระบายความรู้สึกของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า และกำลังใจที่อยากให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ตามใบงานที่ 1/3 ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้สึกที่ดี และกำลังใจที่มีต่อผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามล้นๆกัน คือ อยากให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่แข็งแรง มีความสุข และอยู่ด้วยกันไปนาน

ขั้นตอนที่ 2 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support)

กิจกรรมที่ 2 การเผชิญปัญหาที่เกิดจากยาต้านเศร้า

สาระสำคัญ การที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าจะสามารถเผชิญปัญหาที่เกิดจากยาต้านเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และ เกิดทักษะ ในขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการเผชิญกับปัญหา อันประกอบด้วย การประเมินค่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากยาต้านเศร้าอย่างเหมาะสม การทบทวนแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น และการเลือกแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพด้วยวิธีการจัดการกับปัญหาโดยใช้เหตุผล ด้วยเหตุนี้ ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าจะต้องได้รับการพัฒนาให้มีความรู้เรื่ององค์ประกอบของกระบวนการเผชิญปัญหาดังกล่าว จนเห็นความสำคัญ และตระหนักถึงประโยชน์ของการเผชิญความปัญหาที่มีประสิทธิภาพ และสามารถหาแนวทางจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ทั้งนี้ กระบวนการกลุ่มที่ใช้ในการพัฒนาทักษะเรื่องนี้ ทำให้สมาชิกกลุ่มได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงวิธีเผชิญปัญหาในแบบต่างๆ จากผู้ป่วยคนอื่นๆ นำไปสู่การเปรียบเทียบถึงผลของวิธีการเผชิญในแต่ละแบบ อีกทั้งทำให้สมาชิกแต่ละคนได้ประเมินค่าและทบทวนประสบการณ์ของตนเองเปรียบเทียบกับของผู้ป่วยคนอื่นๆ ว่าตนได้มีการปฏิบัติในการเผชิญกับปัญหาอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ เพียงใด และ ควรวางแผนทางแก้ไขปรับปรุงตนเองอย่างไรต่อไป เพื่อให้สามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดจากยาต้านเศร้าในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การดำเนินกิจกรรม

1. ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ

1.1 ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิก สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร อบอุ่น แสดงความสนใจในสมาชิกแต่ละคน

1.2 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพโดย ทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความรู้สึกไว้วางใจ

1.3 ผู้วิจัยทบทวนความรู้ที่ได้รับจากกิจกรรมครั้งที่ 1

1.4 ผู้วิจัยชี้แจงให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้ ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ

2. ระยะเวลาดำเนินการ

2.1 ผู้วิจัยบรรยาย วิธีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เช่น วิธีจัดการกับความเครียดด้วยการแก้ไขปัญหา หรือ การจัดการที่สาเหตุ

2.2 ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าประเมินค่าของปัญหาที่เกิดจากการใช้ต้านเศร้าผ่านมุมมองของตน ทบทวนแหล่งประโยชน์ที่มีรวมถึงพฤติกรรมในการใช้ยา และผลที่ได้รับในลักษณะต่างๆ ต่อปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาต้านเศร้า

2.3 ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าแลกเปลี่ยนถึงแหล่งประโยชน์ที่มีรวมถึง แนวทางวิธีการจัดการ กับปัญหาที่เกิดขึ้นและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากวิธีการแต่ละวิธีที่ใช้

2.4 ผู้วิจัยสรุปประเด็นว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีการประเมินค่าสถานการณ์นั้นๆว่ามีผลอย่างไรต่อตนเองนำไปสู่ผลลัพธ์อย่างไรและตนมีความสามารถในการเผชิญปัญหานั้นๆอย่างไร

2.5 ผู้วิจัยให้ความรู้ในเรื่องการประเมินค่าสถานการณ์ที่เหมาะสมจะส่งผลถึงการ ทบทวนแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ การนำข้อมูลมาหาวิธีการแก้ปัญหาและมีผลต่อผลลัพธ์ที่ตามมาอย่างไร

3. ระยะเวลาสิ้นสุดกิจกรรม

3.1 ผู้วิจัยสรุปประเด็นทั้งหมดที่ได้เรียนรู้ในครั้งนี้

3.2 นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 3

การประเมินผล

ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพสมาชิกมีความเป็นกันเองมากขึ้น ทักทายเพื่อสมาชิกด้วยกัน ยิ้มแย้มแจ่มใส ทำให้บรรยากาศเป็นมิตร ผู้วิจัยทบทวนความรู้ที่ได้รับจากครั้งก่อน สมาชิกส่วนใหญ่ได้นำการนัดไปทำต่อเองที่บ้าน โดยให้ผู้ดูแลนัดให้ แต่มีสมาชิกบางส่วนนัดด้วยเอง จากนั้นผู้วิจัยเริ่มระยะดำเนินการ โดยบรรยายตามใบความรู้ที่ 2/1 พร้อมทั้งยกตัวอย่างสถานการณ์ มีสมาชิกบางคนยังไม่เข้าใจเนื้อหาจากใบความรู้ ผู้วิจัยจึงทำการยกตัวอย่างที่ 2 เมื่อสมาชิกมีความเข้าใจตรงกันแล้ว ผู้วิจัย

จึงให้เริ่มในงานที่ 2/1 ประเมินค่าของสถานการณ์ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาต้านเศร้า มีสมาชิกบอกถึงปัญหาที่เคยเกิดขึ้นจากการใช้ยาต้านเศร้า ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ดังนี้

“เคยกินยาแล้วรู้สึกว่ปากแห้งมากๆ” โดยประเมินค่าสถานการณ์ว่ามีโอกาสควบคุมได้ โดยมีพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติคือ การดื่มน้ำมากๆ โดยวิเคราะห์ว่ามีข้อดีคือ แก้อาการคอแห้ง แต่มีข้อเสียคือจะปัสสาวะบ่อย

แต่มีสมาชิกบางคนไม่สามารถประเมินค่าสถานการณ์ได้ ผู้วิจัยจึงให้สมาชิกท่านอื่นๆช่วยกันเสนอความคิดเห็น และให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วม เพื่อช่วยให้สมาชิกมีส่วนร่วมกันในการทำกิจกรรม

จากในงานที่ 2/2 สมาชิกเสนอแหล่งประโยชน์ที่เคยนำมาใช้ เช่น การปรึกษาผู้ดูแล หรือสมาชิกบางส่วนบอกว่าหาวิธีจัดการเอง จากนั้นให้สมาชิกร่วมการวางแผนวิธีการจัดการ ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ดังนี้ “ก็ต้องไปหาหมอเพื่อปรึกษา โดยให้ลูกพาไปโรงพยาบาล” ผลที่สมาชิกหวังว่าจะได้จากการแผนนี้คือ การได้รับการปรับยา

ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support)

มี 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและยาต้านซึมเศร้า

สาระสำคัญ ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การดำเนินโรค และแนวทางการดูแลรักษาโรคซึมเศร้า การรักษาด้วยยา อาการข้างเคียงจากการใช้ยาต้านเศร้า และวิธีการดูแลเบื้องต้น เมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาต้านเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีความรู้ที่ถูกต้องและสมาชิกในครอบครัวสามารถให้การดูแลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ จึงเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับยาด้านเศร้าของผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่งผลทำให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

การดำเนินกิจกรรม

1. ระยะสร้างสัมพันธภาพ

1.1 ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิก สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร อบอุ่น แสดงความสนใจในสมาชิกแต่ละคน

1.2 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพโดย ทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความรู้สึกไว้วางใจ

1.3 ผู้วิจัยทบทวนความรู้ที่ได้รับจากกิจกรรมครั้งที่ 2

1.4 ผู้วิจัยชี้แจงให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้
ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ

2. ระยะเวลาดำเนินการ

2.1 ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าแลกเปลี่ยนถึงความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า เช่น สาเหตุ
อาการ รักษา

2.2 ผู้วิจัยสรุปประเด็นและ บรรยาย ความรู้เรื่องความหมาย อาการ การดำเนิน
โรค การรักษา ที่เป็นปัจจุบันและจำเป็นของโรคซึมเศร้า

2.3 ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าแลกเปลี่ยนถึงความรู้เรื่องยารักษาโรคซึมเศร้า
ลักษณะอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคซึมเศร้าที่พบบ่อยและการดูแลเบื้องต้น

2.4 ผู้วิจัยสรุปประเด็นและ บรรยายถึง อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรค
ซึมเศร้า วิธีการดูแลเบื้องต้น

3. ระยะเวลาสิ้นสุดกิจกรรม

3.1 ผู้วิจัยสอบถามความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าเกี่ยวกับโรค
ซึมเศร้าที่ได้รับรู้ในกิจกรรมครั้งนี้

3.2 นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 4

การประเมินผล

ผลจากการสร้างสัมพันธ์ภาพในครั้งนี้ทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน คือ สมาชิกกลุ่ม
เกิดความไว้วางใจกันมากขึ้น คุ่นเคยกันมากขึ้นมีการพูดคุยออกสื่อกัน เรียกชื่อเล่นกันภายในกลุ่ม และ
สมาชิกมีความสนใจและร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนซักถามปัญหาต่างๆ และจากการที่ให้สมาชิก
ร่วมกันทำใบงานที่ 4/1 ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“เคยรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้”

“ก่อนมารักษา ผมเคยผูกคอตายแต่ลูกมาช่วยไว้ได้ทัน พาไปโรงพยาบาลตรวจ
ร่างกายแล้วก็กลับมาบ้าน จากนั้นก็จะผูกคอตายอีก ลูกก็เลยพามาสมเด็จเจ้าพระยา”

สมาชิกได้นำเสนอแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการรักษาที่เคยได้รับ และ
ร่วมกันคิดหาวิธีการรักษาในแบบอื่นๆ ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“เคยแต่กินยาอย่างเดียว”

“ตอนที่พยายามฆ่าตัวตาย หมอให้นอนโรงพยาบาล แล้วจำเหตุการณ์ไม่ค่อยได้ง่วง
นอนตลอด ลูกบอกว่าโดนช็อกไฟฟ้า”

“คิดว่าสามารถใช้ ธรรมชาติในการรักษาได้”

ผู้วิจัยสรุปประเด็นและ บรรยาย ความรู้เรื่องความหมาย อาการ การดำเนินโรค การ รักษา ที่เป็นปัจจุบันและจำเป็นของโรคซึมเศร้าตามใบความรู้ที่ 3/1 จากนั้นผู้วิจัยให้สมาชิกร่วมกันทำ ใบงานที่ 3/2 เรื่องอาการข้างเคียงจากยาที่เคยเกิดขึ้นกับสมาชิก และการดูแลตนเองเบื้องต้น ดัง ตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“เคยมีอาการเวียนหัว หน้ามืด ตอนนั้นก็ลองหักยากินครึ่งเม็ด”

“กินยาใหม่ๆง่วงนอนมากๆ นอนทั้งวันเลย ก็เลยให้หมอปรับยาให้ ปรับมา 2-3 ชุด ก็ดีขึ้น”

หลังจากสมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็น ผู้วิจัยสรุปประเด็น และให้ความรู้ยาต้าน เศร้าและอาการข้างเคียง สมาชิกให้ความสนใจ และมีการเสนอความคิดเห็น ดังตัวอย่างคำพูดของ สมาชิก ต่อไปนี้

“ฟังรู้นะ ว่าอาการคอแห้งตอนกินยาใหม่เป็นอาการจากยา”

สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ในจากกิจกรรมครั้งนี้ได้ มีความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้ามาก ขึ้น สนใจซักวันนัดครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrument Support)

มี 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในครอบครัวและชุมชน

สาระสำคัญ ทรัพยากรที่มีอยู่และที่ได้รับจากครอบครัว และชุมชน และผู้วิจัยให้ข้อมูล คำแนะนำถึง แหล่งทรัพยากรในชุมชนที่ใช้ประโยชน์ในการสนับสนุนด้านทรัพยากร เช่น หน่วยงานและบุคลากรที่ ให้บริการทางการแพทย์ หน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น เงิน แรงงาน เวลา สิ่งของ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ให้คำแนะนำ ถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว หรือแหล่งสนับสนุนในชุมชนต่างๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาสงเคราะห์จังหวัด เป็นต้น

การดำเนินกิจกรรม

1. ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ

1.1 ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิก สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร อบอุ่น แสดงความสนใจในสมาชิกแต่ละคน

1.2 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพโดย ทักทาย พูดคุยเรื่องต่างๆไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย และความรู้สึกไว้วางใจ

1.3 ผู้วิจัยชี้แจงให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้อย่างชัดเจนในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ

2. ระยะเวลาดำเนินการ

2.1 ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมและแหล่งประโยชน์ที่ใช้ในการดูแลตนเองที่คิดว่ามีอยู่ทั้งในครอบครัว ชุมชนและนอกชุมชน รวมถึงการได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนนั้นๆ รวมถึงวิธีที่ไปขอรับความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ดังกล่าว

2.2 ผู้วิจัยให้ข้อมูล คำแนะนำถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่ใช้ประโยชน์ในการดูแลตนเอง

2.3 ผู้วิจัยและสมาชิก อภิปรายกลุ่มร่วมกันว่ามีแหล่งประโยชน์ใดๆนอกเหนือจากที่สมาชิกแต่ละคนกล่าวมา

2.4 ผู้วิจัยอภิปรายสรุป และให้ข้อมูลเรื่องระบบสนับสนุนทางสังคม และวิธีการขอความช่วยเหลือ

2.5 ผู้วิจัยให้ข้อมูลถึงวิธีการขอรับความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ

3. ระยะเวลาสิ้นสุดกิจกรรม

3.1 ผู้วิจัยสรุปประเด็นและให้ทำแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

3.2 ให้สมาชิกพักรับประทานอาหารว่างและเข้าห้องน้ำ จากนั้นนัดเวลาเริ่มกิจกรรมที่ 5

การประเมินผล

การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทั้งสองกลุ่มในครั้งนี้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยมีการนำเอาเรื่องราวของการเข้าร่วมกิจกรรม ครั้งที่ 3 มาทบทวนความรู้และเป็นแนวทางในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันและผลของการสร้างสัมพันธภาพในระยะนี้พบว่า สมาชิกกลุ่มเกิดความไว้วางใจกันมากขึ้น มีความเห็นอกเห็นใจกัน เป็นกำลังใจให้แก่กัน ซึ่งประเมินจากสีหน้า ท่าทาง และการบอกความรู้สึกของตนเองประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรมความสนใจ ในระยะสร้างดำเนินการสมาชิกร่วมกันแลกเปลี่ยนข้อมูลกันถึงเรื่องแหล่งสนับสนุนทางสังคม พบว่า สมาชิกส่วนใหญ่จะขอความช่วยเหลือจากผู้ดูแล และคนในครอบครัว โดยขอความช่วยเหลือโดยการไปปรึกษา สมาชิกบางท่านเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้เสนอว่า

“ถ้าเจ็บป่วยเล็กน้อยสามารถไปขอยากับ อสม. ได้เลยมีทั้งยาพารา ยาธาตุน้ำ แต่ถ้าเจ็บป่วยมากต้องโทร 1669 ได้จะมีรถโรงพยาบาลมารับ”

ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือเพิ่มเติมเมื่อมีปัญหา สมาชิกให้ความสนใจ และซักถามข้อสงสัยว่า กรณีใดที่สามารถเรียกรถฉุกเฉินได้บ้าง และร่วมกันอภิปรายวิธีการใช้สิทธิระบบหลักประกันสุขภาพ และการขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ สมาชิกทุกท่านมีการได้รับเบี้ยยังชีพแล้ว และมีข้อสงสัยเรื่องการใช้สิทธิระบบหลักประกันสุขภาพ ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ทำไมใช้บัตรทองมารักษาสมเด็จ ถึงได้ยุ่งยากมากๆ ต้องขอใบส่งตัวก่อนที่จะมาทุกครั้งเลย ลำบากมากๆ”

“จะย้ายบัตรทองมาอยู่ที่โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยาได้หรือเปล่า”

จากนั้นผู้วิจัยให้สมาชิกร่วมกันอภิปรายข้อสงสัยต่างๆ และสรุปเป็นระยะๆ พร้อมทั้งให้สมาชิกทำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า (กำกับการทดลอง) แล้วให้สมาชิกพักรับประทานอาหารว่าง นัดหมายเวลาพัก 15 นาที

กิจกรรมที่ 5 การอภิปรายกลุ่มและยุติกลุ่ม

สาระสำคัญ การทบทวนความรู้ ข้อมูล ทักษะต่างๆ ทั้งหมดที่ได้รับและนำไปปฏิบัติตามโปรแกรม ซึ่งกิจกรรมครั้งนี้เป็นเพียงการสิ้นสุดการพบปะกันอย่างสม่ำเสมอ แต่ความหวังใจ ความเอาใจใส่ และความต้องการที่จะเข้าใจ ดูแล สนับสนุนยังมีอยู่ โดยมีการกระตุ้น แนะนำ เสริมแรง การตอบปัญหาข้อข้องใจ ร่วมกันวางแผนต่อไปในอนาคต การนัดหมายกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาเป็นขวัญกำลังใจแก่ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

1. ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ

1.1 ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิก สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร อบอุ่น แสดงความสนใจในสมาชิกแต่ละคน

1.2 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพโดย ทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย และความรู้สึกไว้วางใจ

1.3 ผู้วิจัยชี้แจงให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้อย่างชัดเจนในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ

2. ระยะเวลาดำเนินการ

2.1 สมาชิกทุกคนแลกเปลี่ยนและทบทวนความรู้ ข้อมูล ทักษะต่างๆ ทั้งหมดที่ได้รับและผลที่เกิดขึ้นหลังนำไปปฏิบัติในการดูแลตนเอง

2.2 อภิปรายกลุ่มร่วมกันถึงผลการนำข้อมูลที่ได้รับไปปฏิบัติและร่วมกันวางแผน แก้ไขปัญหาในอนาคต

2.3 ตกลงร่วมเป็นเครือข่ายโดยจัดตั้งกลุ่มการดูแลในการช่วยเหลือระหว่างผู้ป่วย สูงอายุโรคซึมเศร้าด้วยกันเองโดยจัดทำทะเบียนสมาชิกและแลกเปลี่ยนที่อยู่

2.4 เบอร์โทรศัพท์และนัดหมายมาพบกันเดือนละ 1 ครั้ง

3. ระยะเวลาสิ้นสุดกิจกรรม

3.1 ผู้วิจัยสรุปประเด็น ข้อมูลความรู้ทั้งหมดที่ได้ในการทำกิจกรรมทั้ง 4 ครั้งที่ผ่านมา และให้ทำแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการรับประทาน

3.2 ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณสมาชิกกลุ่มทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม ยุติกลุ่ม

การประเมินผล

ในกิจกรรมครั้งนี้ซึ่งเป็นครั้งสุดท้ายสมาชิกทั้ง 2 กลุ่ม ได้มีการทบทวนกิจกรรม ปัญหาและการแก้ไขปัญหา หลังจากนำสิ่งที่ได้รับจากการดำเนินการ ครั้งที่ 1-4 ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพและความรู้สึกที่มีต่อโรคซึมเศร้าและการรักษา การเผชิญปัญหาที่เกิดจากยาต้านเศร้าด้วยทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและยาต้านซึมเศร้า การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในครอบครัวและชุมชน ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรมความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ พบว่าสมาชิกกลุ่มมีความรู้และความเข้าใจมากขึ้น ตอบคำถามและแสดงความคิดเห็นได้ หลังจากนั้นผู้วิจัยเปิดอภิปรายกลุ่มถึงการจัดตั้งกลุ่มเพื่อนผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า การบันทึกข้อมูลต่างๆเพื่อจัดทำทะเบียนของสมาชิกกลุ่ม หลังจากนั้นผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มทำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม พร้อมกล่าวขอบคุณในการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มในครั้งนี้

การกำกับผลการทดลอง

ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มทันที ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 โดยให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าตอบคำถามตามแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ทั้งนี้เนื่องจากข้อคำถามในแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้านในกิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรม ในโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม โดยแสดงผลการกำกับการทดลอง ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม (n = 20)

คนที่	คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม	ระดับ
1	3.34	ปานกลาง
2	3.16	ปานกลาง
3	3.66	สูง
4	2.92	ปานกลาง
5	3.42	ปานกลาง
6	3.82	สูง
7	3.66	สูง
8	3.05	ปานกลาง
9	3.97	สูง
10	3.74	สูง
11	3.45	ปานกลาง
12	3.68	สูง
13	3.61	สูง
14	3.76	สูง
15	3.50	สูง
16	3.89	สูง
17	3.47	ปานกลาง
18	3.84	สูง
19	3.79	สูง
20	4.00	สูง

จากตารางที่ 6 พบว่า คะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.00 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 80 และมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 2.92 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 58.4 ซึ่งถือได้ว่าหลังใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนเฉลี่ยผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ ในระดับปานกลางขึ้นไป

2.5 กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม หลังสิ้นสุดโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มแล้ว 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามกลุ่มตัวอย่าง แจ้งขั้นตอนการสิ้นสุดกระบวนการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจากนั้นทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ แล้วนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

สรุปขั้นตอนการทดลอง ดังนี้



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



การวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนทุกครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความสมบูรณ์ครบถ้วนและน่าเชื่อถือ แล้วนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม โดยใช้สถิติทดลอง Paired t-test กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05
3. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มและกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลปกติโดยใช้สถิติทดลอง Independence t-test กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าโดยเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม และเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทาง จิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 40 คน ซึ่งถูกจับคู่ (Matched - pair) ให้มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันในเรื่องของระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าแล้วถูกสุ่มเป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม 20 คน และกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลปกติ 20 คน โดยมีการวัดคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest -Posttest Control Group Design)

ในการศึกษาครั้งนี้ นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยรายละเอียดตามลำดับดังนี้

1. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม
2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

1. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

ตารางที่ 7 จำนวนคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)

คนที่	ก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุน		หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุน	
	คะแนน	ระดับพฤติกรรมาใช้ยา	คะแนน	ระดับพฤติกรรมาใช้ยา
1	3.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา	6.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา
2	4.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา	7.00	ตามเกณฑ์การรักษา
3	5.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา	7.00	ตามเกณฑ์การรักษา
4	6.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา	8.00	ตามเกณฑ์การรักษา
5	6.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา	8.00	ตามเกณฑ์การรักษา
6	6.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา	7.00	ตามเกณฑ์การรักษา
7	6.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา	7.00	ตามเกณฑ์การรักษา
8	4.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา	6.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา
9	6.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา	7.00	ตามเกณฑ์การรักษา
10	6.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา	7.00	ตามเกณฑ์การรักษา
11	4.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา	7.00	ตามเกณฑ์การรักษา
12	6.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา	8.00	ตามเกณฑ์การรักษา
13	5.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา	7.00	ตามเกณฑ์การรักษา
14	6.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา	7.00	ตามเกณฑ์การรักษา
15	6.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา	7.00	ตามเกณฑ์การรักษา
16	4.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา	8.00	ตามเกณฑ์การรักษา
17	5.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา	7.00	ตามเกณฑ์การรักษา
18	6.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา	8.00	ตามเกณฑ์การรักษา
19	5.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา	8.00	ตามเกณฑ์การรักษา
20	6.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา	7.00	ตามเกณฑ์การรักษา
	5.25	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา	7.20	ตามเกณฑ์การรักษา

จากตารางที่ 7 พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า เท่ากับ 5.25 มีระดับพฤติกรรมการใช้ยาไม่ตามเกณฑ์การรักษา และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า เท่ากับ 7.20 มีระดับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และหลังการทดลองผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจำนวน 18 คน และมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ตามเกณฑ์การรักษา 2 คน ผู้วิจัยจึงตรวจสอบแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาพบว่ามีปัญหาเรื่องการลืมรับประทานยา และการรับประทานยาไม่ตรงเวลา ผู้วิจัยจึงให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเพิ่มเติม กับผู้ดูแลเพื่อให้ดูแลใกล้ชิดเรื่องการรับประทานยาและเวลาในการรับประทาน



ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

พฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์การรักษา	\bar{X}	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรมการ สนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม	5.25	0.96	ไม่ตามเกณฑ์ การรักษา	19	9.83	.00
หลังได้รับโปรแกรมการ สนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม	7.20	0.61	ตามเกณฑ์การ รักษา			

จากตารางที่ 8 พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มอยู่ในระดับไม่ตามเกณฑ์การรักษา ($\bar{X} = 5.25$) และหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มอยู่ในระดับตามเกณฑ์การรักษา ($\bar{X} = 7.20$) และพบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสูงขึ้น

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มกับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลปกติ ระยะก่อนการทดลอง

พฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์การรักษา	\bar{X}	SD	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการ สนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม	5.25	.966	ไม่ตามเกณฑ์ การรักษา			
				38	0.366	0.716
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ	5.35	.745	ไม่ตามเกณฑ์ การรักษา			

จากตารางที่ 9 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มอยู่ในระดับไม่ตามเกณฑ์การรักษา ในระยะก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 5.25$) ส่วนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลปกติอยู่ในระดับไม่ตามเกณฑ์การรักษา ในระยะก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 5.35$) และพบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มกับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาล ในระยะก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม กับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลปกติ ระยะหลังการทดลอง

พฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์การรักษา	\bar{X}	SD	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการ สนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม	7.20	.615	ตามเกณฑ์ การรักษา	38	7.550	0.00
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ	5.55	.759	ไม่ตามเกณฑ์ การรักษา			

จากตารางที่ 10 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับ การโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มในระยะหลังการทดลอง อยู่ในระดับเป็นไปตามเกณฑ์การรักษา ($\bar{X} = 7.20$) ส่วนกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติในระยะหลังการทดลอง อยู่ในระดับ ไม่ตามเกณฑ์การรักษา ($\bar{X} = 5.55$) และพบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองโดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (The pretest - posttest Control group design) (Polit & Hungler, 1999) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงขึ้น
2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV-TR และมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต ในเขตกรุงเทพและปริมณฑล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.; DSM-IV; American Psychiatric Association, 2005) และมีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง ที่มารับบริการในงานผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาซึ่งสร้างขึ้นโดย Thompson et al, (2000) Medication Adherence Rating Scale หรือ MARS แปลไทย ธนียา วงศ์จรุงเรือง (2556) มีข้อคำถาม 10 ข้อ การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .826 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (Polit & Hunger, 1999)

2. โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยประยุกต์โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มในการดูแลของผู้ป่วยจิตเภท ของสุนีย์ แสงดาว (2554) ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (social support) ของ House (1981) ในการพัฒนาเนื้อหา/สาระของแต่ละกิจกรรม และกระบวนการดำเนินกลุ่มของ Marram (1978) ที่แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1)ระยะสร้างสัมพันธภาพ 2)ระยะดำเนินการ และ3)ระยะสิ้นสุดกิจกรรม ในการดำเนินแต่ละกิจกรรมในโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและระบายความรู้สึกที่มีต่อโรคซึมเศร้าและการรักษา

ขั้นตอนที่ 2 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support)

กิจกรรมที่ 2 การเผชิญปัญหาที่เกิดจากยาต้านเศร้า

ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support)

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและยาต้านเศร้า

ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support)

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในครอบครัวและชุมชน

กิจกรรมที่ 5 การอภิปรายกลุ่มและยุติกลุ่ม

2.1 เอกสารใบงานและใบความรู้ทั้ง 5 กิจกรรม ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญในการสนับสนุนทางสังคม และผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม รวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้

2.2 คู่มือการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้าง โดยถือเกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 ท่านจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านและให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนแสดงความคิดเห็น และข้อเสนอแนะลงในแบบตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ภายหลังผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ศาสนา อาชีพ สถานภาพสมรส ผู้ดูแล สภาพทางเศรษฐกิจ ประวัติโรคประจำตัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

2.3 แบบประเมินสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai version 2002) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2542) เป็นแบบประเมินความบกพร่องในการรู้คิดและใช้ทดสอบความสามารถในการรู้คิด จัดทำขึ้นโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ พ.ศ. 2542 ไปตรวจสอบหาความความเที่ยงของเครื่องมือ และทำการตรวจสอบคุณภาพ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้หาความเชื่อมั่นของการตอบแบบวัดและคำนวณหาความเที่ยงของแบบประเมินสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai version 2002) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ.74 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (Polit & Hunger, 1999)

2.4 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของจิราพร รักการ (2549) ใช้แนวคิดของ House (1980) เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของจิราพร รักการ (2549) ใช้แนวคิดของ House (1980) เพื่อใช้วัดการเผชิญการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับเนื้อหาที่ใช้ในการจัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า โดยข้อคำถามครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมด้านต่าง ๆ ดังนี้ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร ได้หาความเชื่อมั่นของการตอบแบบวัดและคำนวณหาความเที่ยงของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ.81 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (Polit & Hunger, 1999)

การดำเนินการวิจัย

1. กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลปกติ

1.1 ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการประเมิน แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทยต้น (MMSE-Thai 2002) โดยมีคะแนนการประเมินตั้งแต่ 23 คะแนนขึ้นไป จึงจะให้นักกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลปกติ ตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบ

ประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาของ “Medication Adherence Rating Scale” หรือ MARS เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยที่มี พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์เล็กน้อย (≤ 6) (pre-test)

1.2 ส่งต่อกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลปกติ ให้แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อให้ได้รับการพยาบาลปกติ เมื่อมารับบริการงานผู้ป่วยนอก

1.3 เมื่อครบกำหนด 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการตอบแบบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจากนั้นทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ แล้วนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

2. กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

2.1 ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ประเมิน แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทยต้น (MMSE-Thai 2002) โดยมีคะแนนการประเมินตั้งแต่ 23 คะแนนขึ้นไป จึงจะให้กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานยา (Medication Adherence Rating Scale, MARS) เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยที่มี พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์เล็กน้อย (≤ 6) (pre-test)

2.2 ผู้วิจัยให้ข้อมูลการดำเนินโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มโดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้งๆละ 60-90 นาที จำนวน 2 ครั้ง ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มออกเป็นสองกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ซึ่งผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมด้วยโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มทุกครั้ง ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนในสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยทำการกำกับการณ์ทดลองโดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยซึมเศร้าสูงอายุ และหลังเสร็จสิ้นการบำบัดโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม คือ หลังกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์หลังสิ้นสุดโปรแกรมประเมินแบบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Post-test)

2.3 ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลาในการดำเนินโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม พร้อมทั้งมอบตารางในการเข้ารับการบำบัดในแต่ละครั้ง

2.4 ผู้วิจัยประสานหัวหน้าพยาบาลกลุ่มงานผู้ป่วยนอกจิตเวชของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อขออนุญาตใช้สถานที่ นัดผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า มาดำเนินโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม พร้อมทั้งมอบตารางในการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มในแต่ละครั้ง ดังตารางที่ 2 และถ้าผู้ป่วยไม่ได้มาตามนัดหมายที่กำหนดจะมีการนัดมาเข้ากลุ่มเสริมเพิ่มเติมเพื่อให้ครบ 5 กิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ตกลงเรื่องกำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ณ กลุ่มงานผู้ป่วยนอกจิตเวชของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ดังตารางที่ 5

2.5 กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม หลังสิ้นสุดโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มแล้ว 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามกลุ่มตัวอย่าง แจ้งขั้นตอนการสิ้นสุดกระบวนการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบพหุติกรมการใช้จ่าย ตามเกณฑ์การรักษาจากนั้นทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ แล้วนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนทุกครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่า ข้อมูลที่ได้รับมีความสมบูรณ์ครบถ้วนและน่าเชื่อถือ แล้วนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพหุติกรมการใช้จ่ายตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร่าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม โดยใช้สถิติทดลอง Paired t-test กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05
3. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพหุติกรมการใช้จ่ายตามเกณฑ์การรักษา ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร่าที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มและกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร่าที่ได้รับการพยาบาลปกติโดยใช้สถิติทดลอง Independence t-test กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

สรุปผลการวิจัย

1. พหุติกรมการใช้จ่ายตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มอยู่ในระดับไม่ตามเกณฑ์การรักษา ($\bar{X} = 5.25$) ส่วนหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มอยู่ในระดับตามเกณฑ์การรักษา ($\bar{X} = 7.20$) และพบว่าคะแนนเฉลี่ยของพหุติกรมการใช้จ่ายตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า พหุติกรมการใช้จ่ายตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร่าหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสูงขึ้น

2. พหุติกรมการใช้จ่ายตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าหลังได้รับ การโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มในระยะหลังการทดลอง อยู่ในระดับเป็นไปตามเกณฑ์การรักษา ($\bar{X} = 7.20$) ส่วนกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติในระยะหลังการทดลอง อยู่ในระดับ ไม่ตามเกณฑ์การรักษา ($\bar{X} = 5.55$) และพบว่าคะแนนเฉลี่ยของพหุติกรมการใช้จ่ายตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร่าหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ

โรคซึมเศร้าหลังได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 7.550$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มมีสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยจำแนกออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลปกติและกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มส่วนใหญ่เป็นคิดเป็นร้อยละ 57.5 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 75 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 52.5 และมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 55 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 70 โรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 57.5 ความสัมพันธ์กับคู่ดูแลส่วนใหญ่เป็น บุตร/ธิดา เท่ากับ ผู้ดูแลเป็นสามี/ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 45 เท่ากัน มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 30 ส่วนในด้านความเพียงพอของรายได้พบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 60 เท่ากัน

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าทั้งในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มและกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลปกติส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 60-69 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชราภรณ์ ไชยสังข์ (2556) ที่ศึกษา ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าสูงอายุในเขตเมือง ที่พบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ในเขตเมืองส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 60.5 มีอายุอยู่ในช่วง 60-70 ปี ถึงร้อยละ 77.7 และมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 62.5 จึงเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการวิจัยมีลักษณะสอดคล้องกับประชากร สามารถเป็นตัวแทนของประชากรที่เป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองได้

ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 55 ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มและกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลปกติซึ่งพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าไม่เป็นตามเกณฑ์การรักษา คือ ระดับการศึกษา มีผลต่อทัศนคติ และความรู้ของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า สอดคล้องกับงานวิจัยของ อัญชลี ชูติธร (2556) ที่ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุที่โรคเรื้อรัง พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย และการศึกษาของ Eric J. McLaughlin (2005) ที่ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์

การรักษาของผู้สูงอายุ พบว่าในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ระดับการศึกษาจะมีผลพฤติกรรมใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในทางบวก สรุปได้ว่าปัจจัยในด้านการศึกษามีผลพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ผู้วิจัยจึงมีความจำเป็นต้องควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนนี้ โดยการใช้วิธีการจับคู่กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ เพื่อลดปัจจัยแทรกซ้อนดังกล่าว

จากผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็น บุตร/ธิดา เท่ากับ ผู้ดูแลเป็นสามี/ภรรยา สอดคล้องกับสถานภาพสมรสส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าในสังคมเมืองยังมีความผูกพันของครอบครัว ที่คอยเป็นห่วงคู่สมรส และความกตัญญู ของบุตร/ธิดา สอดคล้องกับการศึกษาของ ซ่อผกา สุทธิพงศ์ (2555) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีผู้ดูแล โดยเป็นบุตรสาว ร้อยละ 41.7 คู่สมรสร้อยละ 24.4 ญาติ ร้อยละ 13.7 บุตรชายร้อยละ 12.5 ลูกจ้างร้อยละ 6.5 และเพื่อนบ้านร้อยละ 1.2 และสอดคล้องกับ Montesó P (2012) ที่สำรวจผู้ป่วยซึมเศร้าสูงอายุในสหรัฐอเมริกา พบผู้ดูแลส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุเป็นคู่สมรส แสดงให้เห็นความห่วงใยในคู่สมรส ทำให้คู่สมรสมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ส่วนในด้านความเพียงพอของรายได้พบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 60 เท่ากัน สอดคล้อง สถิติของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้สูงอายุในปี 2555 ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุราว 60% ไม่ได้ทำงานและรอเงินจากลูกหลานที่ทำงานในเมืองส่งมาให้ ที่สำคัญคือเมื่อค่าตอบแทนจากการทำงานแล้วพบว่า ในภาพรวมผู้สูงอายุมีค่าจ้างเฉลี่ยเดือนละ 11,393 บาท แต่เฉพาะผู้สูงอายุที่ทำงานในภาคเกษตรกรรมมีรายได้เฉลี่ยเพียงเดือนละ 3,871 บาทเท่านั้น

ตอนที่ 2 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

จากการศึกษา ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อที่ตั้งไว้ กล่าวคือ

1. ผลการวิจัยพบว่า คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าหลังการทดลองสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 9.83$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงขึ้น ซึ่งสามารถอธิบายผลการศึกษาได้ว่ากิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีเนื้อที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคม ครบทั้ง 4 ด้าน ตามแนวคิดของ

House (1981) ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Informational Support) นอกจากนี้ในการดำเนินกลุ่มแต่ละครั้งนั้น ผู้วิจัยใช้กระบวนการดำเนินการกลุ่ม 3 ระยะของ Marram (1978) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจนส่งผลให้พฤติกรรมการใช้ตามเกณฑ์การรักษาเพิ่มขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Chien & Norman, 2009)

ดังนั้น ผลการวิจัยที่พบ จึงสามารถสรุปได้ว่า เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรมของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการวิจัยนี้ อย่างไรก็ตามแท้จริงจึงช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจนส่งผลให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นได้ ซึ่งแต่ละกิจกรรมที่ดำเนินการสามารถส่งผลต่อการเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังนี้

กิจกรรม การสร้างสัมพันธภาพและระบายความรู้สึกที่มีต่อโรคซึมเศร้าและการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ได้รับการแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่า ให้ความรัก ความไว้วางใจ ความเอาใจใส่ดูแล ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ แสดงความห่วงใย สอบถาม รับฟัง ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้ดูแลได้แสดงความห่วงใย รับฟังความรู้สึก และให้กำลังใจผู้ป่วย โดยใช้นวัตกรรมจุดจุดเป็นการแสดงออกถึงความห่วงใย นำไปสู่การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ดูแล ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ดังตัวอย่างเช่น

ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

“คิดว่าตนเองเป็นแค่โรคนอนไม่หลับ ไม่น่าจะเป็นโรคซึมเศร้า”

“รู้สึกสารทุกข์ต้องทำงานหนัก อยากให้ได้พักบ้าง จะได้อยู่บ้านเป็นเพื่อนกัน”

“นึกไม่ถึงว่าแค่การนัดกด จะทำให้รู้สึกดีได้”

“ลูกนัดไม่หายเมื่อยเลย แต่มีความสุขนะ”

ผู้ดูแล

“เห็นแม่นอนไม่หลับแล้วเป็นห่วงแม่”

“อยากให้เมียผมไม่คิดมาก อยู่ด้วยกันนานๆ”

การสร้างสัมพันธภาพและระบายความรู้สึก ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยา ทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สอดคล้องกับงานศึกษาของ Voils, Steffens, Flint, & Bosworth (2005) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์ มี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวน้อยจะทำให้พฤติกรรมการใช้ยาตามไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา อีกทั้งมีการระบายความรู้สึกที่มีต่อโรคและการรักษา ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีทัศนคติที่ต่อการรักษาด้วยยา สอดคล้องกับการศึกษา Zivin & Kales (2008) พบว่า ทัศนคติต่อการรักษาด้วยยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

กิจกรรม การเผชิญปัญหาที่เกิดจากยาต้านเศร้า ที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มได้รับการพัฒนา ทักษะเผชิญปัญหาที่เกิดจากยาต้านเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น โดยได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และ เกิดทักษะ ในขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการเผชิญกับปัญหา อันประกอบด้วย การประเมินค่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากยาต้านเศร้าอย่างเหมาะสม การทบทวนแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น และการเลือกแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพด้วยวิธีการจัดการกับปัญหาโดยใช้เหตุผล ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าจะต้องได้รับการพัฒนาให้มีความรู้เรื่ององค์ประกอบของกระบวนการเผชิญปัญหาดังกล่าว จนเห็นความสำคัญ และตระหนักถึงประโยชน์ของการเผชิญความปัญหาที่มีประสิทธิภาพ และสามารถหาแนวทางจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ผู้ดูแลได้รู้จักแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยซึมเศร้าสูงอายุในการเผชิญกับปัญหา และร่วมหาแนวทางจัดการปัญหา ดังตัวอย่างเช่น

ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

“กินยาแล้วรู้สึกว่ปากแห้ง จะโทรศัพท์หาโรงพยาบาลเพื่อขอคำปรึกษา”

“ตื่นเช้าแล้วง่วงนอนมาก เวียนหัว จะแก้ไข้โดยขอให้ลูกชายพาไปโรงพยาบาล”

ผู้ดูแล

“วันหลังถ้าพอรู้สึกไม่สบายก็อย่ากั้มาบอกจะได้ช่วยดูแล”

“ครั้งก่อนก็เคยโทรไปถามเรื่องกับโรงพยาบาลให้น้องชาย”

การเผชิญปัญหาที่เกิดจากยาต้านเศร้าอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาได้ดีขึ้น ทำให้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Chakraborty et al., (2009) ที่ศึกษาเรื่องทัศนคติความเชื่อต่อการรักษาด้วยยา ตามองค์ประกอบสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คือ ผลอันไม่พึงประสงค์จากยา ความเชื่อและทัศนคติต่อการรักษาด้วยยา และทัศนคติของคนในครอบครัวต่อการรักษา พบว่า ร้อยละ 88 มีความเชื่อและทัศนคติที่บิดเบือนต่อการรักษาด้วยยา (Erroneous views) ทั้งนี้ทัศนคติสามารถบ่งบอกถึงพฤติกรรมการใช้

ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยได้ เนื่องจาก ทักษะคิดมีองค์ประกอบของความคิด ความเชื่อ และ ความรู้สึกที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจภายในตัวบุคคลที่พร้อมจะให้บุคคลกระทำหรือละเว้นที่จะกระทำ

กิจกรรม การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและยาต้านเศร้า ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้ดูแลได้รับข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การดำเนินโรค และแนวทางการดูแลรักษาโรคซึมเศร้า การรักษาด้วยยา อาการข้างเคียงจากการใช้ยาต้านเศร้า และวิธีการดูแลเบื้องต้น เมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาต้านเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีความรู้ที่ถูกต้องและผู้ดูแลสามารถให้การดูแลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ จึงเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับยาต้านเศร้าของผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังตัวอย่างเช่น

ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

“ฟังรุ่นนะ ที่น้ำหนักขึ้นมาจากการรับประทาน”

“ตอนแรกก็นึกว่าแม่ป่วยเพราะว่าคิดมาก แต่รู้แล้วว่าเป็นโรคทางสมอง ไม่ได้ทำตัวเอง”

ผู้ดูแล

“ก่อนหน้านี้ก็กลัวว่าแม่จะติดยานอนหลับ แต่เข้าใจแล้วว่ามียาช่วยต้านเศร้าด้วย”

การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและยาต้านเศร้า ส่งผลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น เรื่องโรคซึมเศร้า การรักษาและอาการข้างเคียง ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการรักษาและเกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Maidment, Livingston & Katona (2002) ที่พบว่าร้อยละ 55 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหยุดรับประทานยาเมื่ออาการดีขึ้นแล้ว และการศึกษาของ อุษา วรรณฉวี และคณะ (2551) ที่พบว่าร้อยละ 19 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่มาติดตามการรักษาในช่วง 1 เดือนแรกของการรักษาให้เหตุผลว่าคิดว่าตนเองหายดีแล้ว และการศึกษาของ Sirey. , et al. (2013) ที่พบว่าร้อยละ 72 ของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการกินยา คือ จะเลือกกินเฉพาะในวันที่มีอาการซึมเศร้ามากๆ เท่านั้น ซึ่งการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไต้หวันของ Yeh, Sung, Sun, & Kuo (2008) พบว่าความรู้อย่างไรก็ตาม ความเข้าใจในการรับประทานยาต่อเนื่องเป็นปัจจัยที่สำคัญในการทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรค และการรักษาด้วยยาแล้วยังพบว่าความไม่เข้าใจถึงอาการในระยะเริ่มแรกจากผลข้างเคียงของยาเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารู้สึกไม่สุขสบาย และพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นตามเกณฑ์การรักษาที่สุด (Nemeroff, 2003)

กิจกรรมการพัฒนาทักษะเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในครอบครัวและชุมชน ทรัพยากรที่มีอยู่และที่ได้รับจากครอบครัว และชุมชน และผู้วิจัยให้ข้อมูล คำแนะนำถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่ใช้ประโยชน์ในการสนับสนุนด้านทรัพยากร เช่น หน่วยงานและบุคลากรที่ให้บริการทางการแพทย์

หน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น เงิน แรงงาน เวลา สิ่งของ การปรับปรุง สิ่งแวดล้อม ให้คำแนะนำ ถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว หรือแหล่งสนับสนุนในชุมชนต่างๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาสงเคราะห์จังหวัด เป็นต้น ดังตัวอย่างเช่น

ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

“ตอนนี้ก็ได้เงินสูงอายุมาช่วยค่าน้ำค่าไฟ”

“เวลาจะมารักษาไปขอใบส่งตัวมาใช้บัตรทองตลอด”

“กลับไปจะไปลองดูว่าใครเป็น อสม. แถวบ้านจะได้ไปขอความช่วยเหลือเวลามีปัญหา”

ผู้ดูแล

“เดี๋ยวกลับไปจะพาแม่ไปทำบัตรผู้สูงอายุ”

“ตอนนี้ ฉันเป็น อสม. ไม่สบายก็มาขอความช่วยเหลือได้”

การพัฒนาทักษะเข้าถึงแหล่งทรัพยากร ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้ดูแลมีความสามารถในการเข้าถึงทรัพยากรและแหล่งประโยชน์ ที่จะช่วยส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สอดคล้องกับศึกษาการมาติดตามการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในหน่วยตรวจโรคจิตเวชฯ โรงพยาบาลศิริราชพบว่าร้อยละ 22 ของผู้ป่วยที่ไม่มาติดตามการรักษาในช่วงเดือนแรกของการรักษามีสาเหตุมาจากไม่มีญาติพามาโรงพยาบาล (อุษา วรรณฉวี และคณะ 2551) และจากงานวิจัยของ Voils, Steffens, Flint, & Bosworth (2005) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในด้านทรัพยากรน้อย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา จะทำให้พฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา

กิจกรรมการอภิปรายกลุ่มและยุติกกลุ่มนั้น ถือเป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าได้พูดคุยและแบ่งปันประสบการณ์ในการนำความรู้ทั้งหมดซึ่งได้รับจากโปรแกรมไปใช้จริงที่บ้านตลอดช่วงเวลาที่เข้าร่วมโปรแกรมในครั้งนี้ รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นและการแก้ไขปัญหาเหล่านั้น เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าคนอื่นๆ ซึ่งเป็นสมาชิกในกลุ่มได้รับรู้ รวมทั้งร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แสดงความคิดเห็น และ ให้คำปรึกษาแนะนำ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและขวัญกำลังใจในการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และมีแนวทางในการวางแผนแก้ไขปัญหาในอนาคต ดังตัวอย่างเช่น

ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

“รู้สึกดีมากที่เข้ามาเข้ากลุ่มในวันนี้”

“จะนำความรู้ที่ได้มาใช้ในการดูแลตนเอง”

ผู้ดูแล

“ต่อไปนี้จะดูแลพี่สาวให้ทานยาต่อเนื่องและพามาหาหมอตามนัดแล้ว”

การอภิปรายกลุ่มและยุติกกลุ่ม ส่งผลให้ผู้ป่วยได้มีการทบทวนความรู้ ความเข้าใจที่ได้รับจาก โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมไปใช้ในการดูแลตนเองได้จริง และได้รับการเทคนิคเพิ่มการ ประสพการณ์ของผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สอดคล้องกับการศึกษา ของ Yeh, Sung, Sun, & Kuo (2008) ที่พบว่าความช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม ด้วยการร่วมกันทบทวน แลกเปลี่ยนประสพการณ์ ความรู้ และ ทักษะต่างๆ ถือเป็นวิธีการให้ความรู้โดยใช้เทคนิคกระบวนการ กลุ่มที่ช่วยประคับประคองด้านจิตใจให้แก่สมาชิก ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การ รักษา

หลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม 2 สัปดาห์ ผลพฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษา ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า 2 คน ที่มีระดับพฤติกรรมการใช้ยาไม่ตามเกณฑ์การรักษา พบว่า มีปัญหาการในเรื่องการลืมรับประทานยาและรับประทานยาไม่ตรงเวลา เนื่องจากอยู่กับผู้ดูแลที่เป็น บุตรต้องออกไปทำงานแต่เช้ากลับมาดึก ทำให้ไม่สามารถดูแลการรับประทานได้ใกล้ชิด สอดคล้องกับ งานวิจัยของ Voils, Steffens, Flint, & Bosworth (2005) พบว่า การมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวน้อย จะทำให้พฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา ผู้วิจัยจึงได้ในการสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสารเพิ่มเติม กับผู้ดูแลเพื่อให้ดูแลใกล้ชิดเรื่องการรับประทานยาและเวลาในการรับประทาน

2. ผลการวิจัยพบว่าคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรค ซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การ รักษาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 7.550$) ซึ่ง สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรค ซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การ รักษาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติซึ่งสามารถอภิปรายผลการศึกษาที่พบว่า จากการศึกษาที่ผู้วิจัยมี การจัดให้มีกลุ่มที่รับการพยาบาลปกติที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทาง สังคมแบบกลุ่ม โดยมีการจับคู่ (Matching) ลักษณะที่เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์การรักษา คือ ระยะเวลาการเจ็บป่วย (Haynes et al., 2008) และระดับการศึกษา (Maidment, Livingston & Katona, 2002) อีกทั้งยังมีการจับฉลากเข้ากลุ่ม (Random Assignment) เพื่อลดอคติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทาง สังคมแบบกลุ่ม ทำให้ทั้งสองกลุ่มความคล้ายคลึงกันและลดปัจจัยแทรกซ้อนให้มากที่สุด เพื่อนำทั้งสอง กลุ่มมาเปรียบเทียบกันระหว่าง การได้รับการพยาบาลปกติ กับการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทาง สังคมแบบกลุ่มจะมีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างไร ซึ่งจากผลการทดลองจะ เห็นได้ว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การ รักษาได้มากกว่าการได้รับการพยาบาลตามปกติ

สำหรับในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลปกติ นั้น พบว่าในภาพรวมคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ตามเกณฑ์การรักษาเช่นเดิม ไม่พบการเปลี่ยนแปลงใดๆ สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลปกติซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่ บริการซึ่งพยาบาลวิชาชีพดำเนินการแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมารับการรักษา ณ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาประกอบด้วย การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว การให้คำแนะนำรายบุคคลเกี่ยวกับการส่งต่อบริการ อาการข้างเคียงจากการใช้ยา และบริการการรับยาเดิม อาจมีรูปแบบไม่ชัดเจนในการให้คำแนะนำทำให้ได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ หรือไม่ครอบคลุม อีกประการหนึ่งผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าไม่ได้รับการบำบัดจากกิจกรรมส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการรักษาด้วยยาต้านเศร้า การประเมินค่าสถานการณ์ การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยาต้านเศร้า รวมทั้งกิจกรรมอื่นๆ เหมือนกับในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ทำให้ภาระการดูแลของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลปกติไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการได้รับการดูแลตามปกติ

ดังนั้นสรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า โดยใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม มีผลต่อการเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการพยาบาลตามปกติ ทั้งนี้เป็นเพราะในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าต้องมีสัมพันธภาพและระบายความรู้สึกที่มีต่อโรคซึมเศร้าและการรักษา การเผชิญปัญหาที่เกิดจากยาต้านเศร้า การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและยาต้านเศร้า การพัฒนาทักษะเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในครอบครัวและชุมชน สามารถพัฒนาให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีความสามารถในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่าง ๆ ได้ดังนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1. การนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มไปใช้นั้นพยาบาลจะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อเตรียมความพร้อมของการดำเนินกิจกรรมกลุ่มและสมาชิกกลุ่มเพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2. พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มไปใช้สำหรับเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตาม

เกณฑ์การรักษา โดยสามารถปรับรูปแบบของการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรม และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละขั้นตอนได้ตามความเหมาะสม เช่น ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม การปรับเปลี่ยนการดำเนินกิจกรรมตามลักษณะชีวิตประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

1.3. ควรมีการศึกษาผลของการให้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มารักษาเป็นครั้งแรก เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า และป้องกันการเกิดพฤติกรรมการใช้ยาไม่ตามเกณฑ์การรักษา ในเรื่องการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีในชุมชน

2. ด้านการศึกษา

ควรจัดให้ให้มีการการเรียนการสอนเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า โดยการนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มมาเป็นแนวทางในการสอน เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพและองค์ความรู้ของผู้ที่สนใจศึกษาการช่วยจัดปัญหา และอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้นจากการมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ตามเกณฑ์การรักษา

3. ด้านการวิจัย

3.1. ควรมีการศึกษาในรูปแบบการวิจัยที่เป็นระยะยาว โดยมีการศึกษาติดตามผลของการให้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าต่อเนื่อง เช่น ติดตามผลระยะยาวทุก 1, 3, 6 เดือน ซึ่งจะเป็นผลดีต่อผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

3.2. ควรศึกษาวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในกลุ่มอื่นๆ เดียวกัน และการนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสำหรับสามารถนำไปประยุกต์ใช้ทดลองในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยโรควิตกกังวล และผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

3.3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มกับโปรแกรมอื่นที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า เพื่อเปรียบเทียบว่าโปรแกรมใดสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ดีที่สุด

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกรัตน์ สุขตุ่งคะ และคณะ. (2542). ความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนชนบทและชุมชนเมือง. *สารศิริราช*, 51(4), 232-243.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2546). *การสำรวจระดับชาติวิทยาสุขภาพจิต: การศึกษาระดับประเทศ*. นนทบุรี: บริษัท วงกลม จำกัด.
- กรมสุขภาพจิต. (2550). *สถิติผู้ป่วยจิตเวช*. กรุงเทพฯ: รายงานประจำปี กองแผนงาน.
- กันยาลักษณ์ เตชะพงศธรชัยศาสตร์. (2545). ผลของการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชนต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- คมสัน แก้วระยยะ. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ กับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล เขตเทศบาลเมือง จ.เพชรบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- จิราพร รักการ. (2549). ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- ชัดเจน จันทร์พัฒน์. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์).
- ชาญทอง ไล่เลิศ. (2536). การพัฒนาแบบทดสอบสำหรับการค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- ดวงใจ กสานติกุลม. (2542). *โรคซึมเศร้าสามารถรักษาหายได้* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์.
- ดารณศ เกศไสวและคณะ. (544). การศึกษาอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข.
- เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และอุมาพร อุดมทรัพย์ากุล. (2554). ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(2), 103-116.

- ธวัชชัย พิระพัฒน์ดิษฐ์ วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา และนางลักษณ อิงคมณี. (2554). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29(2), 56-64.
- นภาพร ชโยวรรณ มาลินี วงษ์สิทธิ์ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย. (2532). *สรุปผลการวิจัยโครงการวิจัย ผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพร ชโยวรรณ และ จอห์น โนเดล. (2539). *รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทิกา ทวิชาชาติ. (2548). *ระบดวิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา บุญมาเลิศ. (2542). *การให้ความหมายสุขภาพการรับรู้ความสามารถของตนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์).
- นิรมล จิตต์จำนง. (2548). *การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่เหล็ก*. โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า สมุทรสงคราม. (วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยคริสเตียน).
- บรรลุ ศิริพานิช. (2542). *ผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2553). *คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2550). *การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญทิวา ชูเชื้อ. (2542). *ผลของการใช้กลุ่มบำบัดแบบประคับประคองต่อความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ในมารดาของเด็กที่มีภาวะปัญญาอ่อนระดับปานกลาง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล).
- บุญพา ณ นคร. (2545). *การสนับสนุนโครงสร้างทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสวนสราญรมย์*. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 15(1-2), 39-48.
- บุญศรี นุกฤต. (2550). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- ปรีชา ศตวรรษธำรง. (2544). *การศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- บุญยภพ สิทธิพรอนันต์. (2550). *ฆ่าตัวตายเพราะโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ใกล้หมอ.

- บุญยภพ สิทธิพรอนันต์. (2550). *ฆ่าตัวตายเพราะโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ใกล้หมอ.
- ฝ่ายแผนงานและสารสนเทศสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. (2556). *การสำรวจสถิติจำนวนผู้ป่วยจำแนกตามกลุ่มโรค ระหว่าง พ.ศ. 2554 - 2556*. กรุงเทพฯ: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา.
- พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์. ((2550).). *จิตวิทยาครอบครัว* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรี ต้นศิริ. (2533). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.
- พิชญานันท์ มูลศิลป์ และคณะ. (2536). *ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุภายหลังเกษียณ*. กรุงเทพฯ: สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย.
- พิริยา สุทธิเลิศ. (2551). *การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล).
- พูลสิน เฉลิมวัฒน์. (2552). *ประสบการณ์การมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พูลสิน เฉลิมวัฒน์. (2553). *ประสบการณ์การมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ*. สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต.
- เพ็ญศรี หลินสุนนท์. (2543). *ความซึมเศร้าของผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร*. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต.
- ไพลิน ปรัชญคุปต์. (2548). *การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน*. สาขาวิชาพัฒนาสังคมบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น, วิทยานิพนธ์ ปริญญาามหาบัณฑิต.
- มานิช หล่อตระกูล ปราโมทย์ สุคนิชย์ และ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2539). *การพัฒนาแบบวัด Hamilton rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(35), 246.
- มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์. (2548). *จิตเวชศาสตร์รามธิบดีกรุงเทพมหานคร* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ปิยอนต์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- มานิช หล่อตระกูล. (2548). *การรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าและป้องกันการฆ่าตัวตาย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์).
- รณชัย คงสกนธ์. (2548). *ปัจจัยเสี่ยงโรคซึมเศร้า*. สงขลา: ศูนย์วิกฤตสุขภาพจิต โรงพยาบาลจิตเวชสงขลานครินทร์.

- รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2550). การรับรู้โรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในเขตชุมชนเมือง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 21 (1), 67-79.
- ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์. (2552). *การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาาระบบประสาทและอื่นๆ*. กรุงเทพฯ: บริษัทบุญศิริการพิมพ์ จำกัด.
- วิจิตร บุญยะโทกระ. (2533). *คู่มือการเกษียณอายุ*. กรุงเทพฯ: บพิธ.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. (2541). *การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ: พื้นที่ศึกษาในเขตภาคเหนือ*. กรุงเทพมหานคร: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริมา วงศ์แหลมทอง. (2542). *ปัจจัยส่วนบุคคลการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ*. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ.
- ศิริวนารังสรรค์ และคณะ. (2547). *การศึกษาคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ พับลิชชิง.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2543). *โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2549). *จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2552). *จิตสังคมบำบัดในโรคทางจิตเวชและโรคทางกาย*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สายัณห์ สวัสดิ์ศรี. (2548). *ชาย-หญิงวัยทอง ประสิทธิภาพแห่งสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. (2556). *สืบ ระบบข้อมูลสุขภาพ สืบค้นจาก* http://www.hiso.or.th/health_survey/
- สุชาติ พหลภาคย์. (2542). *ความผิดปกติทางอารมณ์*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สุนีย์ แสงดาว. (2554). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มในการดูแลของผู้ป่วยจิตเภท*. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2546). *ภาวะสมองเสื่อมปัญหาการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีสมองเสื่อม*. *คลินิก*, 19(6), 478-483.
- สุทธิพร เจณณวาสิน. (2005). *การศึกษาการใช้ยาต้านเศร้าของผู้ป่วยนอก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช (A study of Antidepressant Prescription in Major Depressive Disorders) สารศิริราช*, 57(8), 328-335.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2544). *แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช*. พิษณุโลก: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2545). *การพยาบาลจิตเวช*. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.

- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2556). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อาภา ใจงาม จรัสวรรณ เทียนประพาส และพัชรี ต้นศิริ. (2533). *การเปลี่ยนแปลงทางสังคมในผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.
- อุบล นิวัตชัย. (2527). *หลักการพยาบาลจิตเวช*. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุษา วรรณฉวี (2553). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต่อพฤติกรรมความร่วมมือในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยมหิดล).
- อุษา วรรณฉวี ภักดี วิจิตร และอัจฉราพร สีหิรัญวงศ์. (2551). *ศึกษาการมาติดตามการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในหน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช*. *วารสารพยาบาลศิริราช*, 2(1), 26-36.

ภาษาอังกฤษ

- Agosti, V. (1999). Residual symptoms and social functioning over six-months in recovered outpatients with chronic depression. *Journal of Affective Disorders*, 52(1-3), 251-255.
- Aikens, J. E., Nease, D. E., Jr., Nau, D. P., Klinkman, M. S., & Schwenk, T. L. (2005). Adherence to maintenance-phase antidepressant medication as a function of patient beliefs about medication. *Annals of Family Medicine*, 3(1), 23-30. doi: 10.1370/afm.238
- Association, A. P. (2010). *Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder*. Arlington (VA): American Psychiatric Association (APA).
- Association., A. P. (2005). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder (DMS-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Ayalon, L., Arean, P. A., & Alvidrez, J. (2005). Adherence to antidepressant medications in black and Latino elderly patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(7), 572-580. doi: 10.1176/appi.ajgp.13.7.572

- 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. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.03.011
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford.
- Beeber, L. S. (1998). Treating depression through the therapeutic nurse-client relationship. *Nursing Clinics of North America*, 33(1), 153-172.
- Beekman, A. T., Penninx, B. W., Deeg, D. J., Ormel, J., Braam, A. W., & van Tilburg, W. (1997). Depression and physical health in later life: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). *Journal of Affective Disorders*, 46(3), 219-231.
- Blazer, D. G., Hybels, C. F., Fillenbaum, G. G., & Pieper, C. F. (2005). Predictors of antidepressant use among older adults: have they changed over time? *American Journal of Psychiatry*, 162(4), 705-710. doi: 10.1176/appi.ajp.162.4.705
- 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
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1981). The PRQ--a social support measure. *Nursing Research and Practice*, 30(5), 277-280.
- Burra, T. A., Chen, E., McIntyre, R. S., Grace, S. L., Blackmore, E. R., & Stewart, D. E. (2007). Predictors of self-reported antidepressant adherence. *Journal of Behavioral Medicine*, 32(4), 127-134. doi: 10.3200/BMED.32.4.127-134
- Chakraborty, K., Avasthi, A., Kumar, S., & Grover, S. (2009). Attitudes and beliefs of patients of first episode depression towards antidepressants and their adherence to treatment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(6), 482-488. doi: 10.1007/s00127-008-0468-0
- Chisholm, D., Sanderson, K., Ayuso-Mateos, J. L., & Saxena, S. (2004). Reducing the global burden of depression: population-level analysis of intervention cost-effectiveness in 14 world regions. *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. (1997). Compliance during treatment with antidepressants. *Journal of Affective Disorders, 43*(1), 27-39.
- Demyttenaere, K. (2003). Risk factors and predictors of compliance in depression. *European Neuropsychopharmacology, 13 Suppl 3*, S69-75.
- Demyttenaere, K., Adelin, A., Patrick, M., Walthere, D., Katrien de, B., & Michele, S. (2008). Six-month compliance with antidepressant medication in the treatment of major depressive disorder. *Int Clin Psychopharmacol, 23*(1), 36-42. doi: 10.1097/YIC.0b013e3282f1c1d8
- Demyttenaere, K., Enzlin, P., Dewe, W., Boulanger, B., De Bie, J., De Troyer, W., & Mesters, P. (2001). Compliance with antidepressants in a primary care setting, 1: Beyond lack of efficacy and adverse events. *Journal of Clinical Psychiatry, 62 Suppl 22*, 30-33.
- Demyttenaere, K., Enzlin, P., Dewe, W., Boulanger, B., De Bie, J., De Troyer, W., & Mesters, P. (2001). Compliance with antidepressants in a primary care setting, 2: the influence of gender and type of impairment. *Journal of Clinical Psychiatry, 62 Suppl 22*, 34-37.
- Demyttenaere, K., & Haddad, P. (2000). Compliance with antidepressant therapy and antidepressant discontinuation symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 403*, 50-56.
- Dreyfus, C. F., Bernd, P., Martinez, H. J., Rubin, S. J., & Black, I. B. (1989). GABAergic and cholinergic neurons exhibit high-affinity nerve growth factor binding in rat basal forebrain. *Exp Neurol, 104*(2), 181-185.
- Evers, M. M., & Marin, D. B. (2002). Mood disorders. Effective management of major depressive disorder in the geriatric patient. *Geriatrics, 57*(10), 36-40; quiz 41.
- Frisch, N. C., & Frisch, L. E. (2013). *Psychiatric Mental Health Nursing* (4 ed.). Albany: Delma.

- Givens, J. L., Datto, C. J., Ruckdeschel, K., Knott, K., Zubritsky, C., Oslin, D. W., . . . Barg, F. K. (2006). Older patients' aversion to antidepressants. A qualitative study. *Journal of General Internal Medicine, 21*(2), 146-151. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.00296.x
- Givens, J. L., Datto, C. J., Ruckdeschel, K., Knott, K., Zubritsky, C., Oslin, D. W., . . . Barg, F. K. (2006). Older patients' aversion to antidepressants. A qualitative study. *Journal of General Internal Medicine, 21*(2), 146-151. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.00296.x
- Gottlieb, B. H. (1985). Social Support and the Study of Personal Relationships. *Journal of Social and Personal Relationships, 2* (3), 351-375.
- Guerrero-Berroa, E., & Phillips, R. S. (2001). Health care paraprofessionals' awareness of the symptoms of geriatric depression. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 39*(11), 14-20.
- 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*(2), CD000011. doi: 10.1002/14651858.CD000011.pub3
- Haynes, R. B., Sackett, D. L., & Taylor, D. W. (1978). Practical management of low compliance with antihypertensive therapy: a guide for the busy practitioner. *Clinical Invest Med, 1*(3-4), 175-180.
- 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
- Hirschfeld, R. M., Keller, M. B., Panico, S., Arons, B. S., Barlow, D., Davidoff, F., . . . Wyatt, R. J. (1997). The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression. *Journal of the American Medical Association, 277*(4), 333-340.

- Hoffman-Roberts, H. L., E. C. B., & Mitropoulos, I. F. (2005). Investigational new drugs for the treatment of resistant pneumococcal infections. *Expert Opinion on Investigational Drugs*, *14*(8), 973-995. doi: 10.1517/13543784.14.8.973
- Hotopf, M., Hardy, R., & Lewis, G. (1997). Discontinuation rates of SSRIs and tricyclic antidepressants: a meta-analysis and investigation of heterogeneity. *British Journal of Psychiatry*, *170*, 120-127.
- House, J. S. (1981). *Work Stress and Social Support* (Addison-Wesley series on occupational stress). Boston: Addison-Wesley Educational Publishers Inc.
- Hunkeler, E. M., Meresman, J. F., Hargreaves, W. A., Fireman, B., Berman, W. H., Kirsch, A. J., . . . Salzer, M. (2000). Efficacy of nurse telehealth care and peer support in augmenting treatment of depression in primary care. *Archives of Family Medicine*, *9*(8), 700-708.
- Jansen, K. S. E. (2010). *Adherence of elderly patients to antidepressant treatment*. Master thesis. LVR-Klinikum Düsseldorf, Department Gerontopsychiatry.
- Katon, W., Rutter, C., Ludman, E. J., Von Korff, M., Lin, E., Simon, G., . . . Unutzer, J. (2001). A randomized trial of relapse prevention of depression in primary care. *Arch General Psychiatry*, *58*(3), 241-247.
- Katon, W., Von Korff, M., Lin, E., Simon, G., Ludman, E., Bush, T., . . . Rutter, C. (2003). Improving primary care treatment of depression among patients with diabetes mellitus: the design of the pathways study. *General Hospital Psychiatry*, *25*(3), 158-168.
- Katon, W., Von Korff, M., Lin, E., Simon, G., Ludman, E., Bush, T., . . . Rutter, C. (2003). Improving primary care treatment of depression among patients with diabetes mellitus: the design of the pathways study. *General Hospital Psychiatry*, *25*(3), 158-168.
- 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.
- Kazdin, A. E. (2013). *Behavior Modification in Applied Settings* (6 ed.). California: Wadsworth.

- Kemp, R., Hayward, P., Applewhaite, G., Everitt, B., & David, A. (1996). Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, *312*(7027), 345-349.
- Kinney, C. K. D., Mannerter, R., & Carpenter, M. (1992). *Nursing interventions: Essential nursing treatments*, . Philadelphia: W. B. : Saunders.
- Klerman, G. L., & Weissmann, M. M. (1987). Interpersonal psychotherapy (IPT) and drugs in the treatment of depression. *Pharmacopsychiatry*, *20*(1), 3-7. doi: 10.1055/s-2007-1017067
- KyngAs, H. A., Kroll, T., & Duffy, M. E. (2000). Compliance in adolescents with chronic diseases: a review. *Journal of Adolescent Health*, *26*(6), 379-388.
- LaRocco, J. M., House, J. S., & French, J. R., Jr. (1980). Social support, occupational stress, and health. *J Health Soc Behav*, *21*(3), 202-218.
- Lefley, H. P. (1987). Aging parents as caregivers of mentally ill adult children: an emerging social problem. *Hospital Community Psychiatry*, *38*(10), 1063-1070.
- Licinio, J., & Wong, M. L. (2005). Depression, antidepressants and suicidality: a critical appraisal. *Nature Reviews Drug Discovery*, *4*(2), 165-171.
- Licinio, J., & Wong, M. L. (2005). Depression, antidepressants and suicidality: a critical appraisal. *Nature Reviews Drug Discovery*, *4*(2), 165-171. doi: 10.1038/nrd1634
- Lin, E. H., Von Korff, M., Katon, W., Bush, T., Simon, G. E., Walker, E., & Robinson, P. (1995). The role of the primary care physician in patients' adherence to antidepressant therapy. *Medical Care*, *33*(1), 67-74.
- MacLaughlin, E. J., Raehl, C. L., Treadway, A. K., Sterling, T. L., Zoller, D. P., & Bond, C. A. (2005). Assessing medication adherence in the elderly: which tools to use in clinical practice? *Drugs & Aging*, *22*(3), 231-255.
- Maddox, J. C., Levi, M., & Thompson, C. (1994). The compliance with antidepressants in general practice. *Journal of Psychopharmacology*, *8*(1), 48-52. doi: 10.1177/026988119400800108
- 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. doi: 10.1002/gps.688

- Marram, G. D. (1978). *The group approach in nursing practice* (2 ed.). Saint Louis: Mosby.
- Moreau, D., Mufson, L., Weissman, M. M., & Klerman, G. L. (1991). Interpersonal psychotherapy for adolescent depression: description of modification and preliminary application. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 30*(4), 642-651. doi: 10.1097/00004583-199107000-00018
- Morisky, D. E., Green, L. W., & Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care, 24*(1), 67-74.
- Murphy, G. E., & Wetzel, R. D. (1982). Family history of suicidal behavior among suicide attempters. *Journal of Nervous and Mental Disease, 170*(2), 86-90.
- Nemeroff, C. B. (2003). Improving antidepressant adherence. *Journal of Clinical Psychiatry, 64 Suppl 18*, 25-30.
- Neu, C., Prusoff, B. A., & Klerman, G. L. (1978). Measuring the interventions used in the short-term interpersonal psychotherapy of depression. *Am J Orthopsychiatry, 48*(4), 629-636.
- Nieuwlaat, R., Wilczynski, N., Navarro, T., Hobson, N., Jeffery, R., Keepanasseril, A., . . . Haynes, R. B. (2014). Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 11*, CD000011. doi: 10.1002/14651858.CD000011.pub4
- Okwumabua, J. O., Baker, F. M., Wong, S. P., & Pilgram, B. O. (1997). Characteristics of depressive symptoms in elderly urban and rural African Americans. *journals of gerontology. Series A, Biological sciences, 52*(4), M241-246.
- Organization, W. H. (1980). *International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps*. Geneva.: World Health Organization.
- Organization, W. H. (2002). *The world Health Report: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva: World Health Organization.
- 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.

- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice* (6 ed.). Stamford: Appleton.
- Peterson, A. M., Takiya, L., & Finley, R. (2003). Meta-analysis of trials of interventions to improve medication adherence. *American Journal of Health-System Pharmacy, 60*(7), 657-665.
- Peveler, R., George, C., Kinmonth, A. L., Campbell, M., & Thompson, C. (1999). Effect of antidepressant drug counselling and information leaflets on adherence to drug treatment in primary care: randomised controlled trial. *British Medical Journal, 319*(7210), 612-615.
- Polit, D. F. (2014). Getting serious about test-retest reliability: a critique of retest research and some recommendations. *Quality of Life Research, 23*(6), 1713-1720. doi: 10.1007/s11136-014-0632-9
- Polit, D. F., & Beck, T. B. ((2004).). *Nursing research : Principles and methods* (7 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods*. (6 ed.). Philadelphia: J.B. : Lippincott.
- Rose, R. (2000). Telecareing in home care: Marking a telephone visit. *Geriatrics Nursing, 21*(1), 56-57.
- Rush, A. J. (2000). Effectiveness trials in mood disorders. *cns spectrums journal, 5*(9), 18.
- Simon, G. E. (2003). Review: low dose was as effective as standard dose tricyclic antidepressants in adults with depression. *American College of Physicians Journal Club, 138*(2), 52.
- 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., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S., Perlick, D. A., Raue, P., Friedman, S. J., & Meyers, B. S. (2001). Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *American Journal of Psychiatry, 158*(3), 479-481.

- Sirey, J. A., Bruce, M. L., & Kales, H. C. (2010). Improving antidepressant adherence and depression outcomes in primary care: the treatment initiation and participation (TIP) program. *American Journal of Psychiatry*, *18*(6), 554-562. doi: 10.1097/JGP.0b013e3181cdeb7d
- Sirey, J. A., Greenfield, A., Weinberger, M. I., & Bruce, M. L. (2013). Medication beliefs and self-reported adherence among community-dwelling older adults. *Clinical Therapeutics*, *35*(2), 153-160. doi: 10.1016/j.clinthera.2013.01.001
- Sorensen, L., Stokes, J. A., Purdie, D. M., Woodward, M., & Roberts, M. S. (2006). Medication management at home: medication risk factor prevalence and inter-relationships. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, *31*(5), 485-491. doi: 10.1111/j.1365-2710.2006.00768.x
- Tay, S. E. (2007). Compliance therapy: an intervention to improve inpatients' attitudes toward treatment. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *45*(6), 29-37.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior, Spec No*, 53-79.
- 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.
- Tilli, R. C., & Fillit, H. M. (2003). *Geriatrics medication and gerontology* (6 ed.). Spain: Churchill Livingstone.
- Valent, P. (1994). The phenotype of human eosinophils, basophils, and mast cells. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, *94*(6 Pt 2), 1177-1183.
- Vergouwen, A. C., Bakker, A., Burger, H., Verheij, T. J., & Koerselman, F. (2005). A cluster randomized trial comparing two interventions to improve treatment of major depression in primary care. *Psychological Medicine*, *35*(1), 25-33.
- 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. doi: 10.1176/appi.ajgp.13.2.157

- Weiss, J. O. (1976). Social work and genetic counseling. *Scholarly articles for Soc Work Health Care*, 2(1), 5-12. doi: 10.1300/J010v02n01_02
- Weyerer, S., Eifflaender-Gorfer, S., Kohler, L., Jessen, F., Maier, W., Fuchs, A., . . . German AgeCoDe Study, g. (2008). Prevalence and risk factors for depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older. *Journal of Affective Disorders*, 111(2-3), 153-163. doi: 10.1016/j.jad.2008.02.008
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Books.
- 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 ment health nurs journal*, 29(7), 701-717. doi: 10.1080/01612840802129038
- Zafar, S. N., Syed, R., Waqar, S., Zubairi, A. J., Waqar, T., Shaikh, M., . . . Saleem, S. (2008). Self-medication amongst university students of Karachi: prevalence, knowledge and attitudes. *Journal of Pakistan Medical Association*, 58(4), 214-217.
- Zivin, K., & Kales, H. C. (2008). Adherence to depression treatment in older adults: a narrative review. *drugs aging journal*, 25(7), 559-571.





ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
นพ.พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ	-นายแพทย์ชำนาญการพิเศษและหัวหน้า ศูนย์วิจัยและพัฒนา สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา
นางเพชรีย์ คันธสายบัว	-พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการ ชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิต เวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
นางอุ๋นจิตร คุณารักษ์	-พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการ ชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิต เวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
นส.สุภาวดี ธรรมะรักขิต	-พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการ ชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิต เวช โรงพยาบาลศรีธัญญา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โสภิตน์ แสงอ่อน	-ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาล จิตเวช โรงเรียนพยาบาลศาสตร์รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



ภาคผนวก ข

ตัวอย่างหนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ หนังสือรับรองพิจารณาจริยธรรม
เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/0๓๔๘



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑ มีนาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายพิสิฐ รุ่งโรจน์วัฒนศิริ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. รัชนิกร เกิดโชค เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. นายแพทย์ พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ และหัวหน้าศูนย์วิจัยและพัฒนา
2. นางเพชร คันธสายบัว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
3. นางอุณจิตร คุณารักษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สมิต มณีทอง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปริชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมชื่อนิสิต

นายแพทย์ พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ, นางเพชร คันธสายบัว และนางอุณจิตร คุณารักษ์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 0-2218-1159

อาจารย์ ดร. รัชนิกร เกิดโชค โทร. 0-2218-1151

นายพิสิฐ รุ่งโรจน์วัฒนศิริ โทร. 08-5233-3003

ที่ ศร 0512.11/0351



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๙ มีนาคม 2558

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงการวิจัย 4 ชุด
 2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย 4 ชุด
 3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย 4 ชุด
 4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 4 ชุด

เนื่องด้วย นายพิสิฐ รุ่งโรจน์วัฒนศิริ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. รัชนิกร เกิดโชค เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นายพิสิฐ รุ่งโรจน์วัฒนศิริ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 0-2218-1159

อาจารย์ ดร. รัชนิกร เกิดโชค โทร. 0-2218-1151

นายพิสิฐ รุ่งโรจน์วัฒนศิริ โทร. 08-5233-3003



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดย
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

- โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย โรคซึมเศร้าสูงอายุ
- ผู้ดำเนินการวิจัยโดย : นายพิสิฐ รุ่งโรจน์วัฒนศิริ
- สถานที่ดำเนินการวิจัย : สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
- ระยะเวลาดำเนินการ : เมษายน ๒๕๕๘ - ธันวาคม ๒๕๕๘
- เอกสารที่อนุมัติ
๑. โครงการวิจัย
 ๒. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
 ๓. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้พิจารณาโครงการแล้ว คณะกรรมการฯ พิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นได้

(นายสินเงิน สุขสมปอง)
ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

เอกสารคำแนะนำหรือแจ้งข้อมูลแก่ผู้วิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

ชื่อผู้วิจัย นายพิสิฐ รุ่งโรจน์วัฒนศิริ ตำแหน่ง นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย 332/26 ถ.อินทพิทักษ์ แขวงทิวรัฐจี เขตธนบุรี กทม . 10600

โทรศัพท์มือถือ 085-233-3003 E-mail : tugkeng@gmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยมีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการวิจัยนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

ประชากร คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ DSM-IV หรือ ICD-10 และมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

กลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.; DSM-IV; American Psychiatric Association, 2005) และมีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง จำนวน 40 คน

2. สมาชิกในครอบครัวของกลุ่มทดลอง ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18ปีขึ้นไปที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด เช่น ญาติ หรือผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ ทั้งที่ได้ค่าจ้างและไม่ได้ค่าจ้าง ต้องอยู่บ้านเดียวกัน และมีหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านต่างๆ เช่น การพามารักษาที่

โรงพยาบาล การกำกับการรับประทานยา ต้องให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นประจำ ไม่จำกัดจำนวน ชั่วโมงต่อวัน และเวลาในการดูแลระยะเวลาจำนวน 20 คน

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมงานวิจัย(Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า
 - 1.1. สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่องและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย เป็นผู้ป่วยที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
 - 1.2. มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง
 - 1.3. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.; DSM-IV; American Psychiatric Association, 2005)
 - 1.4. มีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (13 – 17 คะแนน) ถึงมากปานกลาง (18 – 24 คะแนน)
 - 1.5. ไม่มีภาวะสมองเสื่อมโดยประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) โดยมีคะแนนการประเมินตั้งแต่ 23 คะแนนขึ้นไป
 - 1.6. ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ
2. สมาชิกในครอบครัวกลุ่มทดลอง
 - 2.1. มีอายุ 18 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง
 - 2.2. มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด เช่น ญาติ หรือผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ ทั้งที่ได้ค่าจ้างและไม่ได้ค่าจ้าง ต้องอาศัยอยู่บ้านเดียวกัน
 - 2.3. มีหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านต่างๆ เช่น การพามารักษาที่โรงพยาบาล การกำกับการรับประทานยา ต้องให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นประจำ
 - 2.4. สามารถอ่านออกเขียนได้ดี ช่วยผู้ป่วยตอบทำงานใบงานได้

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากงานวิจัย(Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า
 - 1.1. ผู้เข้าร่วมการวิจัยขอถอนตัวออกจากการศึกษา
 - 1.2. ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพทางกาย จนเป็นอุปสรรค ขณะเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม

- 1.3. มีอาการทางจิต เช่น มีความคิดสับสนได้ยินเสียงแว่ว มองเห็นภาพหลอนหรือมีพฤติกรรมแปลกๆ อยู่ไม่นิ่ง
- 1.4. มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน การพูดและการใช้ภาษาในการสื่อสาร
- 1.5. มีพฤติกรรมการใช้ยาเป็นไปตามเกณฑ์การรักษา (> 6 ค่ะแนน)
2. สมาชิกในครอบครัวกลุ่มทดลอง
 - 2.1. ผู้เข้าร่วมการวิจัยขอถอนตัวออกจากการวิจัย
 - 2.2. ผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพทางกาย จนเป็นอุปสรรค ขณะเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม
 - 2.3. มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน การพูดและการใช้ภาษาในการสื่อสาร

กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นลักษณะของการวิจัยเชิงทดลองที่มี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ซึ่งจะมีการทำการทดลองโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้จึงอาจมีการนัดหมายท่านมาอีกในภายหลัง และขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามที่นำมาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เท่านั้นซึ่งแบบสอบถามที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ทั้งหมด 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลทั้งหมด 5 ชุด เป็น

1. แบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE- Thai 2002)
3. แบบประเมินพฤติกรรมมารับประทานยาของ “Medication Adherence Scale” หรือ MARS จำนวน 10 ข้อ
4. แบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) จำนวน 30 ข้อ
5. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของจิราพรรักการ (2549) ใช้แนวคิดของ House (1980) จำนวน 19 ข้อ

ส่วนที่ 2 โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

ก่อนเข้าร่วมการวิจัยท่านจะได้รับทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในครั้งนี้จากผู้วิจัยทุกครั้ง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะคัดเลือกเฉพาะผู้ที่มีคุณสมบัติที่กำหนดให้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เมื่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเข้าร่วมการวิจัยแล้วแต่ปรากฏว่ามีคุณสมบัติที่ไม่ตรงกับคุณสมบัติของกลุ่ม ตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องการ หรือจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับการช่วยเหลือดูแลตามแนวทางการดูแลของโรงพยาบาลที่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเข้ารับบริการ

การใช้เวชระเบียน

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้รับอนุญาตในการดูข้อมูลในเวชระเบียนจากผู้อำนวยการและได้รับการยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยจากผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยเซ็นชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยเรียบร้อยแล้ว

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้นกับผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย เนื่องจากในการวิจัยครั้งนี้มีการทดลองกับผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เป็นกระบวนการให้ความรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม และการขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามของผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยเท่านั้น

ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยครั้งนี้

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้น ส่งผลให้การกลับเป็นซ้ำลดลง และลดอัตราการฆ่าตัวตาย นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวตามมา

2. เพื่อพัฒนาบทบาทพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในจัดรูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพที่จะช่วยในจัดรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่พึงได้รับ

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา อัครราชสาทิศชั้น 1 หมายเลขโทรศัพท์ 02-442-2500 ต่อ 59286,59277

ใบยินยอมให้ทำการวิจัยของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
ของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

ชื่อผู้วิจัย นายพิสิฐ รุ่งโรจน์วัฒนศิริ

ที่อยู่ติดต่อ 332/26 ถนนอินทรพิทักษ์ แขวงศิริราช เขตธนบุรี กทม. 10600

โทรศัพท์ 085-233-3003

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอน
ต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้
โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็น
อย่างดี

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอน
ตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น และจะได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่
เช่นเดิม

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วม
การวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัย
เป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถ
ร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา อิศราภราช
สาทิศชั้น 1 หมายเลขโทรศัพท์ 02-442-2500 ต่อ 59286, 59277

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วม
การวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นายพิสิฐ รุ่งโรจน์วัฒนศิริ)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

สมาชิกครอบครัวผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย



ภาคผนวก ค

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ตารางคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย
สูงอายุโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลปกติ และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม
การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการ
พยาบาลปกติก่อนและหลังการทดลอง

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) คำนวณได้จากสูตรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2544)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

$$CVI = \frac{17}{19} = .89$$

ตารางที่ 11 คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลปกติ (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)

คนที่	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	ระดับพฤติกรรมใช้ยา	คะแนน	ระดับพฤติกรรมใช้ยา
1	5.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา	6.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา
2	5.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา	5.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา
3	6.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา	6.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา
4	4.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา	5.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา
5	6.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา	6.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา
6	6.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา	6.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา
7	5.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา	5.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา
8	4.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา	5.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา
9	6.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา	7.00	ตามเกณฑ์การรักษา
10	6.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา	6.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา
11	6.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา	6.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา
12	5.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา	5.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา
13	6.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา	6.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา
14	6.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา	5.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา
15	5.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา	5.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา
16	5.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา	4.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา
17	6.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา	7.00	ตามเกณฑ์การรักษา
18	6.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา	6.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา
19	5.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา	5.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา
20	4.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา	5.00	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา
\bar{X}	5.35	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา	5.55	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา

จากตารางที่ 8 พบว่า คะแนนของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลปกติก่อนให้การพยาบาลปกติ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า เท่ากับ 5.35 มีระดับพฤติกรรมการใช้ยาไม่ตามเกณฑ์การรักษา และหลังให้การพยาบาลปกติ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า เท่ากับ 5.55 มีระดับพฤติกรรมการใช้ยาไม่ตามเกณฑ์การรักษา และหลังให้การพยาบาลปกติ ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจำนวน 2 คน และมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ตามเกณฑ์การรักษา 18 คน

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลปกติก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	\bar{X}	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	5.35	0.74	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา	19	1.45	.163
หลังการทดลอง	5.55	0.75	ไม่ตามเกณฑ์การรักษา			

จากตารางที่ 10 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศรื่าก่อนได้รับการพยาบาลปกติอยู่ในระดับไม่ตามเกณฑ์การรักษา ($\bar{X} = 5.35$) ส่วนหลังได้รับการพยาบาลปกติอยู่ในระดับไม่ตามเกณฑ์การรักษา ($\bar{X} = 5.55$) และพบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศรื่าก่อนและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน



1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความ และเติมข้อความลงในช่องว่าง (...) ที่เว้นไว้ให้ตรงกับความจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

1. ชื่อ-สกุล.....

1. อายุ..... ปี (เกิน 6 เดือน คิดเป็น 1 ปี)

2. เพศ () ชาย () หญิง

3. สถานภาพสมรส

() 1. โสด () 2. คู่ () 3. หม้าย

() 4. หย่าร้าง () 5. อื่นๆ (ระบุ).....

4. ระดับการศึกษา

() 1. ไม่ได้เรียน () 2. ประถมศึกษา () 3. มัธยมศึกษา

() 4. อาชีวศึกษา () 5. อุดมศึกษา () 6. อื่นๆ (ระบุ).....

5. อาชีพ

() 1. เกษตรกรรม () 2. รับจ้าง () 3. ค้าขาย

() 4. รับราชการ () 5. อื่นๆ (ระบุ).....

6. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน..... บาท

() เพียงพอ

() ไม่เพียงพอ

7. โรคประจำตัว.....

8. ระยะเวลาการเจ็บป่วย.....ปี

8. ผู้ดูแลหลักชื่อ..... เกี่ยวข้องเป็น.....

9. เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

2. แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE- Thai 2002)

คำชี้แจง แบบประเมินชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสภาพสมอง ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4 ,9 และ 10 บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)

1. Orientation for time (5 คะแนน) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

1.1 ปีนี้ พ.ศ. อะไร

1.2 วันนี้ วันอะไร

1.3 เดือนนี้ เดือนอะไร

1.4 ปีนี้ ปีอะไร

1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร

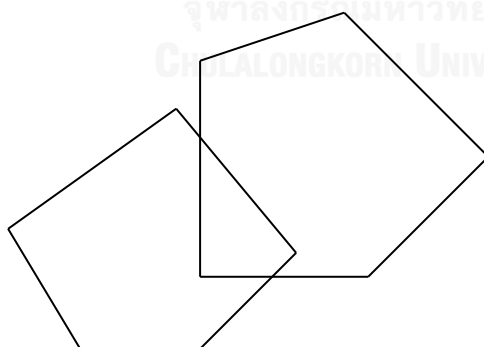
2. Orientation for place (5 คะแนน) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไรและ ชื่ออะไร

2.2 ขณะนี้อยู่ที่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร

11. Visuoconstruction (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง”



3. แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาต้านเศร้า

คำชี้แจง แบบประเมินถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบพฤติกรรมการใช้ยาต้านเศร้าของท่านที่ใช้ในชีวิตประจำวันที่เกิดขึ้นกับตนเอง ขอให้ท่านโปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับท่านมากน้อยเพียงใด และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างเพียงคำตอบเดียว ซึ่งเป็นข้อมูลที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดโดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ใช่ หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมการใช้ยาของท่าน

ไม่ใช่ หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับพฤติกรรมการใช้ยาของท่าน

คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
ท่านเคยลืมรับประทานยาหรือฉีดยาหรือไม่		
ท่านไม่ใส่ใจเรื่องเวลาในการรับประทานหรือฉีดยาหรือไม่		
เมื่อท่านรู้สึกดีขึ้น บางครั้งท่านหยุดรับประทานยาหรือฉีดยาเองหรือไม่		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
ท่านรู้สึกแปลกประหลาด อารมณ์ “เหมือนหุ่นยนต์” เมื่อรับประทานหรือฉีดยา		
ยาทำให้ท่านรู้สึกเหนื่อยและเฉื่อยชา		

3.แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

คำชี้แจง แบบประเมินชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินเกี่ยวกับชนิดและความรู้สึกรับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนทางวัตถุ การสนับสนุนการยอมรับ และเห็นคุณค่า และการสนับสนุนทางด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีจำนวนข้อ 19 ข้อ ท่านโปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับท่านมากน้อยเพียงใด และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างเพียงคำตอบเดียว ซึ่งเป็นข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดโดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่เป็นจริง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือไม่เกิดขึ้นกับท่านเลย

นานๆครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเกิดขึ้นกับท่านเลยนานๆครั้ง 2-3 เดือนครั้ง

บางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเกิดขึ้นกับท่านบางครั้งเกือบทุกเดือน

บ่อยครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเกิดขึ้นกับท่านบ่อยครั้งเกือบทุกสัปดาห์

ตลอดเวลา หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเกิดขึ้นกับท่านบ่อยครั้งตลอดเวลา

ข้อความ	ไม่เป็นจริง	นานๆครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	ตลอดเวลา
การสนับสนุนทางอารมณ์					
มีการแสดงความเอาใจใส่ ห่วงใย เพื่อทราบว่าท่านป่วยเป็นโรคซึมเศร้า					
มีคนคอยรับฟังเมื่อท่านมีความทุกข์ ไม่สบายใจ					
ท่านรู้สึกที่ท่านได้รับความไว้วางใจจากบุคคลรอบข้างในการดูแลตนเอง					
ท่านรับรู้ว่ามีคนที่รักและเอาใจใส่ท่าน					
ท่านรู้สึกได้รับกำลังใจจากคนรอบข้างในการดูแลตนเอง					
การสนับสนุนทางทรัพยากร					
.....					
.....					

ข้อความ	ไม่เป็น จริง	นานๆ ครั้ง	บาง ครั้ง	บ่อย ครั้ง	ตลอด เวลา
.....					
.....					
การสนับสนุนการยอมรับและเห็นคุณค่า					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
การสนับสนุนทางด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร					
.....					
.....					
ท่านได้รับการนัดหมายจากบุคลากรทาง การแพทย์ให้มาพบแพทย์ตามกำหนด					
ท่านได้รับทราบความรู้เกี่ยวกับการให้ การรักษาโรคมะเร็งจากบุคลากรทาง การแพทย์					
ท่านไม่ได้รับทราบรายละเอียดในการ ติดต่อในเรื่องต่างๆ เมื่อมาพบแพทย์					

คู่มือการสนับสนุนทางสังคม
สำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY


นายพิสิฐ รุ่งโรจน์วัฒนศิริ รหัสนิติ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา
อาจารย์ ดร. รัชนีกร เกิดโชค
สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ตารางโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม	1
แนวคิดจุดสนใจ	3
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	8
ความรู้เรื่องการยาต้านซึมเศร้าและอาการข้างเคียง	10
ระบบสนับสนุนทางสังคมและเครือข่าย	16



ตารางโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

วัน/เวลา	กิจกรรม	วัตถุประสงค์ทั่วไป
<p>สัปดาห์ ที่ 1</p> <p>กลุ่มที่ 1 เวลา 13.00-14.00น.</p> <p>และ กลุ่มที่ 2 เวลา 14.30 - 15.30 น.</p> <p>(60 นาที/กลุ่ม)</p>	<p>ขั้นตอนที่ 1 การสนับสนุนด้าน อารมณ์ (Emotional Support)</p> <p>กิจกรรมที่ 1</p> <p>การสร้างสัมพันธภาพและระบาย ความรู้สึกที่มีต่อโรคซึมเศร้าและ การรักษา</p> 	<p>การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วย การแนะนำตนเอง ชักถามความ เป็น อยู่ทั่วไป เพื่อสร้าง ความ คุ่น เคย และ บอก วัตถุประสงค์ของงานวิจัย และจัด กิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยสูงอายุโรค ซึมเศร้าและผู้ดูแลได้แสดงความ ห่วงใย รับฟังความรู้สึก และให้ กำลังใจผู้ป่วย เพื่อสร้างแรงจูงใจ ให้เข้าร่วมกิจกรรมและสมาชิกได้ ระบายความรู้สึกที่เกิดขึ้นในการ รับประทานยาต้านเศร้า</p>
<p>สัปดาห์ ที่ 2</p> <p>กลุ่มที่ 1 เวลา 13.00-14.30น.</p> <p>และ กลุ่มที่ 2 เวลา 14.45 -16.150 น.</p> <p>(90 นาที/กลุ่ม)</p>	<p>ขั้นตอนที่ 2 การสนับสนุนด้าน การประเมินค่าสถานการณ์</p> <p>(Appraisal Support)</p> <p>กิจกรรมที่ 3</p> <p>การเผชิญปัญหาที่เกิดจากยาต้าน เศร้าด้วยทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้ เหตุผล</p>	<p>เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า สามารถรับรู้และประเมินค่า สถานการณ์หรือพฤติกรรมที่เกิด จากการรักษาด้วยยาต้านเศร้า มี การเผชิญปัญหาที่เกิดจากยาต้าน เศร้าอย่างมีประสิทธิภาพ</p>

วัน/เวลา	กิจกรรม	วัตถุประสงค์ทั่วไป
<p>สัปดาห์ ที่ 3</p> <p>กลุ่มที่ 1 เวลา 13.00-14.30 น</p> <p>และ กลุ่มที่ 2 เวลา 14.45 -16.150 น. (90 นาที/กลุ่ม)</p>	<p>ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุนด้าน ข้อมูลข่าวสาร (Informational Support)</p> <p>กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและ ยาต้านซึมเศร้า</p>	<p>เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ความรู้ความเข้าใจของตนเองใน เรื่องของโรคซึมเศร้า สาเหตุ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษา อาการข้างเคียงจากยา ต้านเศร้าและวิธีการดูแลเบื้องต้น เมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ ของยาต้านเศร้า</p>
<p>สัปดาห์ ที่ 4</p> <p>กลุ่มที่ 1 เวลา 13.00-14.00น. และ กลุ่มที่ 2 เวลา 14.30 - 15.30 น. (60 นาที/กลุ่ม)</p>	<p>ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนด้าน ทรัพยากร (Instrumental Support)</p> <p>กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะเข้าถึงแหล่ง ทรัพยากรในครอบครัวและชุมชน</p>	<p>เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า รับรู้ถึงแหล่งทรัพยากรที่ให้การ สนับสนุนด้านต่างๆในการ ช่วยเหลือและวิธีการขอรับความ ช่วยเหลือจากแหล่งทรัพยากร ต่างๆเหล่านั้น</p>
	<p>กิจกรรมที่ 6 สรุปทบทวนความรู้/ทักษะที่จำเป็น ประเมินผลและยุติกลุ่ม</p>	<p>เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ได้ทบทวนความรู้ความเข้าใจกับ ข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับและสรุปผล ของการนำความรู้ไปปฏิบัติ รวมถึงสร้างกลุ่มผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าและเพื่อยุติกลุ่ม</p>

นวดกดจุดसानรัก

การนวดไทยเป็นภูมิปัญญาไทยอย่างหนึ่งซึ่งมีหลักการปฏิบัติและวิธีการที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัว การนำการนวดไทยแก้ปวดเมื่อยศีรษะ แก้ปวดเมื่อยต้นคอ/แก้ปวดไหล่ หรือแก้ปวดเมื่อยแขน ทั้งนี้ยังเป็นการประหยัด ฟังพาตนเอง และยังสามารถนำไปใช้กับคนในครอบครัวได้อีกด้วย

1 ประโยชน์ของการนวด

1.1 มีคุณค่าต่อสุขภาพ

เนื่องจากการนวดไทยเป็นกระบวนการดูแลสุขภาพและรักษาโรคโดยอาศัยการสัมผัสอย่างมีหลักการระหว่างผู้ให้การบำบัด (นวด) และผู้รับการบำบัด (ผู้ถูกนวด) การนวดส่งผลโดยตรงต่อร่างกายและจิตใจของผู้นวดและผู้ถูกนวด สำหรับผู้นวดที่มีทักษะการนวดจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดี และพ้นจากความทุกข์ได้ ทำให้ผู้นวดมีความอึดเอิบใจและมีความสุขที่ได้เป็น “ผู้ให้” สำหรับผู้ถูกนวดจะได้รับผลทางกายและทางจิตใจไปพร้อมกัน ผลทางกาย คือ การนวดทำให้การไหลเวียนของเลือดลม กล้ามเนื้อผ่อนคลาย เส้นคลายหย่อน และการนวดสามารถรักษาอาการปวดเมื่อยร่างกาย อาการปวดเคล็ดขัดยอกบริเวณกล้ามเนื้อและข้อ เช่น อาการตกหมอน ปวดหลัง ปวดไหล่ ปวดศีรษะ หลังตึง ข้อแพลง ฯลฯ และยังให้สุขภาพดี

มีคุณค่าต่อความสัมพันธ์ทางสังคม

การนวดเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยที่กระทำกันในครอบครัว เครือญาติเป็นการสร้างความสัมพันธ์ใกล้ชิดของบุคคลในครอบครัวและญาติ โดยการที่แม่นวดให้ลูก ลูกนวดให้พ่อแม่ หรือปู่ย่าตายาย หลานนวดให้ปู่ ภรรยา นวดให้สามี เนื่องจากในขณะที่นวดมีการพูดคุยระหว่างผู้นวดและผู้ถูกนวด ผู้นวดซึ่งเป็นผู้ใหญ่สามารถอาศัยช่วงเวลาที่นวดอบรมสั่งสอน และในขณะที่ผู้นวดและผู้ถูกนวดที่เป็นญาติกัน การไต่ถามความเป็นอยู่และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน จะเป็นการกระชับความสัมพันธ์ในเครือญาติได้เป็นอย่างดี

2 ข้อควรระวังในการนวด

1. ควรตัดเล็บให้สั้นก่อนนวดทุกครั้ง
2. ไม่นวดให้เกิดการฟกช้ำมากขึ้น หรือมีอาการอักเสบซ้ำซ้อน
3. กรณีผู้สูงอายุ หรือ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวบางอย่าง เช่น เบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ต้องระมัดระวังในการนวด
4. ไม่ควรนวดผู้ที่มีอาการอักเสบติดเชื้อ คือ มีไข้สูงกว่า 38 องศาเซลเซียส ปวด บวม
5. แดง ร้อนบริเวณส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย

6. ไม่ควรนวดผู้ที่ประสบอุบัติเหตุใหม่ๆ ควรได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้น และตรวจวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ก่อน

3 ข้อห้ามในการนวด

1. ห้ามผู้นวดทำการนวดให้กับผู้ที่มีอาการหรือเป็นโรค ดังต่อไปนี้
2. ผู้ที่มีไข้ เป็นอัสคูลีเส กูสวัต เริม
3. เป็นโรคผิวหนังที่ติดต่อกันได้
4. เป็นโรคติดต่อเช่น วัณโรค

หลักการนวดที่ถูกรวิธี



1. การกด ให้ใช้ปลายนิ้วที่ถนัด ได้แก่ นิ้วหัวแม่มือ นิ้วชี้ หรือนิ้วกลาง
2. ในที่นี้การนวดจะใช้การกด และการปล่อยเป็นส่วนใหญ่ โดยใช้เวลากดแต่ละครั้งประมาณ 10 วินาที และใช้เวลาปล่อยนานกว่าเวลากด
3. การกดให้ค่อย ๆ เพิ่มแรงทีละน้อย และเวลาปล่อยให้ค่อย ๆ ปล่อย
4. แต่ละจุด ควรนวดซ้ำประมาณ 3-5 ครั้ง

5. จุดที่นวดมีดังนี้

1. จุดกลางระหว่างคิ้ว ใช้ปลายนิ้วชี้ หรือนิ้วกลางกด 3-5 ครั้ง



โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

นายพิสิฐ รุ่งโรจน์วัฒนศิริ รหัสนิสิต
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา
อาจารย์ ดร. รัชนิกร เกิดโชค
สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

หลักการและเหตุผล

สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นพบว่า มีสาเหตุในแต่ละด้าน ดังนี้ (Blazer, 2005)1) ด้านชีววิทยา เช่น การขาดสารซีโรโทนิน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549) ซึ่งเป็นสารเคมีในสมองที่สำคัญที่สุดที่ทำให้อารมณ์ดี กระปรี้กระเปร่า แต่เมื่อร่างกายขาดสารซีโรโทนิน ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล โกรธเกรี้ยว ซึมเศร้า เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เมื่อรู้สึกพักผ่อนไม่เพียงพอจึงทำให้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลียได้ (บุญยภพ สิทธิพรอนันต์, 2550) ด้านจิตวิทยา เช่น ขาดการควบคุมอารมณ์และขาดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Blazer, 2005) มีการรับรู้ต่อตนเอง (self-concept) ด้านลบ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ลดลง (พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุษย์, 2545) ด้านสังคม ได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดในการดำรงชีวิต การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก คู่ชีวิต ปัญหาเศรษฐกิจ การขาดการสนับสนุนทางสังคม (Blazer, 2005) และการสูญเสียบทบาทหน้าที่ หากยอมรับและปรับตัวไม่ได้ทำให้เกิดปัญหาซึมเศร้าตามมา (บุญศรี นุกต, 2550) และต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น (สายันท์ สวัสดิ์ศรี, 2548) รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อย โดยเฉพาะกับบุคคลในครอบครัว เกิดการแยกตัวจากสังคม ส่งผลให้เกิดซึมเศร้าได้ (ลิวรรณ อุณาภิรักษ์, 2552)

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Medication adherence) หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาด้านเศร้าที่ต้องตามแผนการรักษา ได้แก่ การรับประทานยาต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง ไม่หยุดเพิ่มหรือลดจำนวนยาด้วยตนเองมารับการรักษาต่อเนื่องตามคำแนะนำ โดยปัจจัย 2 ด้าน คือ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย1. อายุ เพศ สถานภาพสมรส และสถานภาพทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการรับประทานยา พบว่าเพศหญิงจะมีพฤติกรรมการในการรักษาด้วยยาดีกว่าเพศชาย (Zivin and Kales, 2008; Sirey et al., 2001) 2. ลักษณะความเจ็บป่วย ที่เรื้อรังและความรุนแรงจะมีสัมพันธ์กับความพฤติกรรมการรับประทานยา การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายท้อแท้กับการรักษา (Jansen, 2010) 3. การรับรู้ ทักษะคิด ความคิด และความเชื่อ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและพฤติกรรมการในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า นั้นพบว่าทัศนคติต่อการรักษาด้วยยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า (Jansen, 2010) 4. ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรคและการรักษาด้วยยา จากการศึกษาของ Demyttenaere, (2001) ที่พบว่าร้อยละ 55 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหยุดรับประทานเมื่ออาการดีขึ้นแล้ว 5.การสนับสนุนทางสังคมจากการศึกษาของ Voils, Steffens, Flint, & Bosworth (2005) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์และด้านทรัพยากร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และการที่ครอบครัวไม่ให้ความสนใจ

รักษาโรคซึมเศร้า ไม่สนับสนุนทางด้านทรัพยากร และด้านอารมณ์ จะทำให้พฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา ปัจจัยด้านการรักษา ประกอบด้วย 1.ปัจจัยด้านผู้รักษา (Provider-related factors) พบว่าร้อยละ 92 ของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มาติดตามการรักษาครบ 3 เดือนแรกของการรักษานั้นให้เหตุผลว่ายอมรับและพึงพอใจกับการรักษาและเวลาที่แพทย์ใช้ในการให้คำแนะนำ 2.ปัจจัยด้านแผนการรักษา (Medication-related factors) พบว่าผลอันไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยาต้านเศร้าเช่นอาการมึนงง ง่วงนอนในช่วงกลางวัน มีผลให้พฤติกรรมในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามลดลง (Zivin, 2008)

แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามักมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา ร้อยละ 40 ถึง 75 (Pampallona, et al, 2002) และจากการศึกษาพบว่าการรักษาด้วยยาต้านเศร้าภายใน 1 เดือนแรกพบพฤติกรรมการใช้ยาไม่ตามเกณฑ์การรักษาร้อยละ 20 ถึงร้อยละ 80 (Katon, 1992) จากการทบทวนปัญหาในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยสูงอายุติดตามการรักษาไม่ครบ 6 เดือนร้อยละ 54.7 โดยขาดการรักษาตั้งแต่ครั้งแรกร้อยละ 17 จึงมีผลให้ยังมีอาการซึมเศร้าต่อเนื่องร้อยละ 11.3 และพบอาการข้างเคียงของการใช้ยาต้านเศร้ามาร้อยละ 33.3 เช่น อาการปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก เป็นต้น(สุทธิพร เจณวาสิน,2005) และพบอีกว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามักมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา ได้แก่ การไม่มาตามนัดพบแพทย์ การไม่รับประทานยาตามที่แพทย์แนะนำ มีการหยุดยาเอง เพิ่มหรือลดยาเองสอดคล้องกับงานวิจัยของ Bosworth et al, (2008) ที่ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาเป็นไปตามเกณฑ์การรักษา ในระยะเวลา 12 เดือน พบว่ามีผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าเกือบร้อยละ 28 ของรายงานมีการพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์กับยาต้านซึมเศร้า ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง (Haringma et al., 2006) และ พบว่าเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงสุดอยู่ที่ 40-75 ราย ต่อ 100,000 คน เมื่อเทียบกับอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรทั้งหมด 115 คน ต่อ 100,000 คน (สมภพ เรืองตระกูล , 2552)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามักมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา คือ การขาดการสนับสนุนทางสังคม โดยมีองค์ประกอบคือ การขาดการสนับสนุนด้านทรัพยากร และการขาดการสนับสนุนด้านการประเมินค่า กล่าวคือผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าไม่ได้รับความใส่ใจจากครอบครัวในการสนับสนุนด้านต่างๆ (Voils, Steffens, Flint, & Bosworth ,2005)สอดคล้องกับการศึกษา Zivinand Kales (2008) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้วยยาต้านเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า พบว่าการที่ผู้ดูแลสนใจในการให้ข้อมูลและในความสนับสนุนในด้านของทรัพยากร ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามักมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้นจึงจำเป็นต้องค้นหาแนวทางการบำบัดที่จะสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มี

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยพบว่าสาเหตุของปัญหาที่มีความสอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) โดยองค์ประกอบ 4 ด้านได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) ด้วยเหตุนี้ ผู้ศึกษาจึงนำแนวคิดนี้มาประยุกต์และพัฒนาเป็นโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ส่งเสริมพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในบริบทของประเทศไทยซึ่งยังไม่ได้มีการพัฒนา โดยโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมอย่างมีส่วนร่วม ประกอบด้วย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1-2 กิจกรรม ให้ผู้ดูแล 1 คนมาร่วมทุกกิจกรรมโดยในแต่ละกิจกรรมจะดำเนินการตามกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) 3 ระยะเวลาคือ 1) ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ 2) ระยะเวลาดำเนินการ และ 3) ระยะเวลาสิ้นสุดกิจกรรม เป็นเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ซึ่งสาระสำคัญในการดำเนินการแต่ละครั้งคาดว่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการใช้โปรแกรม

1. เพื่อเพิ่มความรู้ในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า
2. เพื่อส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า
3. เพื่อเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆให้แก่ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.; DSM-IV; American Psychiatric Association, 2005) และมีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง ที่มารับบริการในงานผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพะพระยา
2. สมาชิกในครอบครัว ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไปที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด หรือมีเฉพาะเจาะจง ได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติ (Inclusion criteria) ดังนี้
3. มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง
4. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.; DSM-IV; American Psychiatric Association, 2005)
5. ไม่มีภาวะสมองเสื่อมโดยประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) โดยมีคะแนนการประเมินตั้งแต่ 23 คะแนนขึ้นไป

6. ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ
7. มีผู้ดูแลในครอบครัวเข้าร่วมการศึกษา

กระบวนการใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

กระบวนการใช้โปรแกรม ใช้รูปแบบการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม โดยให้สมาชิกมีการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์การเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นให้สมาชิกกลุ่มสร้างความรู้จาก ประสบการณ์เดิมกับการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (Group Process) โดยมีประสบการณ์เป็นแหล่ง ของการเรียนรู้ และการพัฒนาในลักษณะการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรค ซึมเศร้า ได้มีส่วนร่วมสูงสุดและทำให้เกิดการเรียนรู้ได้สูงสุด โดยมีการดำเนินการในกระบวนการ ประกอบด้วย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เปิดเผยความรู้สึกต่างๆต่อสมาชิกกลุ่ม ประชุม ปรึกษาแสดงความคิดเห็นต่อกัน ผู้วิจัยสรุปและบรรยายประเด็นสำคัญ การฝึกปฏิบัติ

การบริหารจัดการ

ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 – 2 กิจกรรมๆ ละ 60 – 90 นาที ติดต่อกันเป็นเวลา 4 สัปดาห์

จำนวนสมาชิกกลุ่ม

ในการดำเนินการครั้งนี้ คือ กลุ่มละ 10 คน จำนวน 2 กลุ่ม รวม 20 คน

โครงสร้างโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อยาต้านเศร้า

- แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ สร้างข้อตกลง ชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม
- สมาชิกกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า
- การให้ข้อมูลที่ต้องการเพื่อเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อยาต้านเศร้า
- ส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ขั้นตอนที่ 2 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support)

กิจกรรมที่ 2 การเผชิญปัญหาที่เกิดจากยาต้านเศร้าด้วยทักษะการแก้ ปัญหาโดยใช้เหตุผล

- กล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องต่างๆไปกับสมาชิกและชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบ

- กิจกรรม และข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม
- สมาชิกแลกเปลี่ยนถึงการประเมินค่าสถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ว่าเป็นไปในลักษณะใด เช่น เป็นอันตรายหรือสูญเสีย การมองเห็นเป็นโอกาสที่ท้าทาย หรือมองแบบเพิกเฉยต่อสถานการณ์นั้น รวมถึงทบทวนแหล่งประโยชน์ที่มีและวิธีการจัดการกับความปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆ รวมถึงผลลัพธ์ในการใช้แต่ละวิธีที่จัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น
- ผู้วิจัยให้ข้อมูลและสรุปประเด็นว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีการประเมินค่า
- สถานการณ์ เหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นจากการดูแลนั้นว่าเป็นแบบใดและมีผลลัพธ์อย่างไรต่อตนเอง
- ผู้วิจัยให้ข้อมูลในเรื่องการจัดการกับปัญหาและผลลัพธ์ในระยะยาวที่เกิดขึ้น
- ผู้วิจัยให้ข้อมูลป้อนกลับหรือให้การรับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติ หรือ
- การบอกให้ทราบถึงผลดีที่ผู้ดูแลได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น
- ให้ข้อมูลทางเลือกถึงวิธีการจัดการอื่นๆที่มีประสิทธิภาพมาใช้ในการป้องกัน
- ปัญหาการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support)

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้ที่เป็นปัจจุบันและจำเป็นเรื่องโรคซึมเศร้าและยาต้านซึมเศร้า

- กล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วๆไปกับสมาชิกและชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบ
- กิจกรรม และข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรมและนำการบ้านที่มอบหมายมาอภิปรายร่วมกัน
- สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนถึงความเข้าใจของตนเองในความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า
- สาเหตุ อาการ การรักษา อาการเตือน อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากยาต้านเศร้า และวิธีการดูแลเบื้องต้น เมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาต้านเศร้าและวิธีการจัดการกับอาการเตือนได้
- ผู้วิจัยสรุปประเด็น ให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า สาเหตุ อาการ การดูแลรักษา
- อาการเตือน อาการข้างเคียงที่เกิดจากยาต้านเศร้าที่จำเป็นและเป็นปัจจุบัน

ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support)

กิจกรรมที่ 5 การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน

- กล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไปกับสมาชิกและชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบ
- กิจกรรม และข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม
- สมาชิกทุกคนแลกเปลี่ยนถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆที่คิดว่ามีอยู่และ
- ได้รับจากผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน
- อภิปรายกลุ่มร่วมกันว่ามีแหล่งประโยชน์ใดๆนอกเหนือจากที่สมาชิกแต่ละคนกล่าวมา
- ผู้วิจัยให้ข้อมูล คำแนะนำถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน เช่น สถานที่ให้การดูแลช่วยเหลือ สิทธิบัตร สวัสดิการด้านต่างๆ กลุ่มบุคคลหรือหน่วยงานที่สามารถขอรับการช่วยเหลือได้และให้ประโยชน์
- วิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ

กิจกรรมที่ 5 สรุปประเมินผลและยุติกลุ่ม

- กล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไปกับสมาชิกและชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบ
- กิจกรรม และข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม
- สมาชิกทุกคนแลกเปลี่ยนทบทวนความรู้ ข้อมูล ทักษะต่างๆทั้งหมดที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม
- อภิปรายกลุ่มร่วมกันถึงผลการนำข้อมูลที่ได้รับไปปฏิบัติและร่วมกันวางแผนการใช้จ่ายตามเกณฑ์การรักษาต่อไป
- ร่วมเป็นเครือข่ายในการช่วยเหลือระหว่างผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งด้วยตนเอง

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพซึ่งทำหน้าที่ประจำงานผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยในทะเบียนผู้ป่วยที่มาใช้บริการในรูปแบบผู้ป่วยนอก โดยคัดเลือกผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งในเวลาที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก พร้อมทั้งประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่
2. หากพบว่ามีคุณสมบัติครบตามที่กำหนด ผู้วิจัยเข้าพบเป็นรายบุคคลเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

3. ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองได้ (Mann, 2001) โดยวิธีการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (matched - pair) ตามคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด ผู้วิจัยจึงจับคู่ตามระยะเวลาในเพศ การศึกษาและโรคร่วม
4. ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีการจับสลากเพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้ใช้โปรแกรม

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่มีประสบการณ์เรื่องการให้การสนับสนุนทางสังคม แบบกลุ่มโดยสามารถเป็นผู้สอน ชี้แนะ สนับสนุนหรือประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้ดูแลผู้ป่วยพัฒนาความรู้ ความสามารถในการใช้ยาต้านเศร้าโดยให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

การประเมินผล

1. แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานยา
2. แบบการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า
3. พฤติกรรมกลุ่ม ความร่วมมือในการทำกิจกรรม สังเกตและบันทึกโดยผู้ช่วยวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/PC มีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลคำนวณหาค่าเฉลี่ยและร้อยละ
2. คะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาและคะแนนการสนับสนุนทางสังคม สำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า คำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มโดยใช้สถิติทดสอบDependent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05
4. เปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test

ตารางโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

วัน/เวลา	กิจกรรม	วัตถุประสงค์ทั่วไป
<p>สัปดาห์ ที่ 1</p> <p>กลุ่มที่ 1 เวลา 13.00-14.00น. และ กลุ่มที่ 2 เวลา 14.30 - 15.30 น. (60 นาที/กลุ่ม)</p>	<p>ขั้นตอนที่ 1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support)</p> <p>กิจกรรมที่ 1</p> <p>การสร้างสัมพันธภาพและส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อยาต้านเศร้า</p>	<p>เพื่อให้ผู้ศึกษากับสมาชิกภายในกลุ่มและสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง จะทำให้เกิดความร่วมมือ ความไว้วางใจและแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม และเห็นประโยชน์ของการรับประทานยาต้านเศร้า เพื่อนำไปสู่ทัศนคติที่ดีต่อยาต้านเศร้า</p>
<p>สัปดาห์ ที่ 2</p> <p>กลุ่มที่ 1 เวลา 13.00-14.30น.และ กลุ่มที่ 2 เวลา14.45 -16.150 น. (90 นาที/กลุ่ม)</p>	<p>ขั้นตอนที่ 2 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support)</p> <p>กิจกรรมที่ 3</p> <p>การเผชิญปัญหาที่เกิดจากยาต้านเศร้าด้วยทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล</p>	<p>เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าสามารถรับรู้และประเมินค่าสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่เกิดจากการรักษาด้วยยาต้านเศร้า มีการเผชิญปัญหาที่เกิดจากยาต้านเศร้าอย่างมีประสิทธิภาพ</p>
<p>สัปดาห์ ที่ 3</p> <p>กลุ่มที่ 1 เวลา 13.00-14.30น.และ กลุ่มที่ 2 เวลา14.45 -16.150 น. (90 นาที/กลุ่ม)</p>	<p>ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร(Informational Support)</p> <p>กิจกรรมที่ 4</p> <p>การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและยาต้านซึมเศร้า</p>	<p>เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีความรู้ความเข้าใจของตนเองในเรื่องของโรคซึมเศร้า สาเหตุพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อาการข้างเคียงจากยาต้านเศร้าและวิธีการดูแลเบื้องต้น เมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาต้านเศร้า</p>

วัน/เวลา	กิจกรรม	วัตถุประสงค์ทั่วไป
สัปดาห์ ที่ 4 กลุ่มที่ 1 เวลา 13.00-14.00น. และ กลุ่มที่ 2 เวลา 14.30 - 15.30 น. (60 นาที/กลุ่ม)	ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนด้าน ทรัพยากร (Instrumental Support) กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะเข้าถึงแหล่ง ทรัพยากรในครอบครัวและชุมชน	เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า รับรู้ถึงแหล่งทรัพยากรที่ให้การ สนับสนุนด้านต่างๆในการ ช่วยเหลือและวิธีการขอรับความ ช่วยเหลือจากแหล่งทรัพยากร ต่างๆเหล่านั้น
	กิจกรรมที่ 6 สรุปประเมินผลและยุติกลุ่ม	เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ได้ทบทวนความรู้ความเข้าใจกับ ข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับและสรุปผล ของการนำความรู้ไปปฏิบัติ รวมถึงสร้างกลุ่มผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าและเพื่อยุติกลุ่ม

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อയാด้านเศร้า

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าและสมาชิกในครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาด้วยยาต้านเศร้า และการยอมรับการรักษาด้วยความเต็มใจ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

1. มีความสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าและสมาชิกในครอบครัว มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยตนเอง

2. บอกเหตุผลที่ต้องรับประทานยาต้านเศร้า
3. บอกความสำคัญของยาต้านเศร้า
4. แสดงทัศนคติที่ดีต่อยาต้านเศร้า

ระยะเวลา 60 นาที

สาระสำคัญ การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย และบอกวัตถุประสงค์ของงานวิจัย และ ส่งเสริมให้สมาชิก เพื่อสร้างแรงจูงใจให้เข้าร่วมกิจกรรมและสมาชิกได้ระบายความรู้สึกที่เกิดขึ้นในการรับประทานยาต้านเศร้า

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. คู่มือโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุและวิธีการรักษาโรคซึมเศร้า
2. ใบงานที่ 1/1 เหตุผลที่ต้องรับประทานยาต้านเศร้าและความคาดหวังหรือความต้องการที่มีต่อยาต้านเศร้า
3. ใบงานที่ 1/2 ความรู้สึกของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าต่อการรับประทานยาต้านเศร้า
4. ใบงานที่ 1/3 ประสบการณ์ในการรักษาโรคซึมเศร้า
5. ใบความรู้ที่ 1/1 แนะนำโครงการ
6. ใบความรู้ที่ 1/2 ยาต้านเศร้า
7. ดินสอ/ปากกา สำหรับสมาชิก

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิกกลุ่ม ตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายพิสิฐ รุ่งโรจน์วัฒนศิริ เกิดเมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2529 ที่โรงพยาบาลชัยนาท อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี ปีการศึกษา 2553 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2554 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

