

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม
การจัดการตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหา ความร่วมมือในการใช้ยา กับภาวะซึมเศร้า
ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง



นางจงลักษณ์ ทวีแก้ว

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

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

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2557

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELATIONSHIPS AMONG PERSONAL FACTORS, ILLNESS FACTORS, SOCIAL SUPPORT,
SELF - MANAGEMENT, COPING, MEDICATION ADHERENCE, AND DEPRESSION
IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES, LOWER NORTHEASTERN REGION

Mrs. Chonglak Taweekeaw



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

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความ
เจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง
กลวิธีการเผชิญปัญหา ความร่วมมือในการใช้ยา กับ
ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

โดย

นางจงลักษณ์ ทวีแก้ว

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

งลักษณะ ทวิแก้ว : ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหา ความร่วมมือในการใช้ยา กับภาวะซีมีเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง (RELATIONSHIPS AMONG PERSONAL FACTORS, ILLNESS FACTORS, SOCIAL SUPPORT, SELF - MANAGEMENT, COPING, MEDICATION ADHERENCE, AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES, LOWER NORTHEASTERN REGION) อ.ที่ปริภษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.ชนกพร จิตปัญญา, 144 หน้า.

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหา ความร่วมมือในการใช้ยา กับภาวะซีมีเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และโรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 150 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการจัดการตนเอง แบบประเมินกลวิธีการเผชิญปัญหา แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา และแบบประเมินภาวะซีมีเศร่า ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและนำเครื่องมือไปทดลองใช้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93, .74, .92, .67 และ .81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และสถิติไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนภาวะซีมีเศร่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.36 (SD=7.89) กล่าวคือ มีภาวะซีมีเศร่า 73 คน (48.7%) และไม่มีภาวะซีมีเศร่า 77 คน (51.3%) เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการป่วย ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน และระดับ HbA1C ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนรายได้ การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง และกลวิธีการเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซีมีเศร่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=-.277, -.477, -.275$ และ $-.344$ ตามลำดับ) ส่วนความร่วมมือในการใช้ยา มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซีมีเศร่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-.196$)

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2557

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5477217436 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: DEPRESSION / SOCIAL SUPPORT / SELF-MANAGEMENT / COPING / MEDICATION ADHERENCE / TYPE 2 DIABETES

CHONGLAK TAWEEKEAW: RELATIONSHIPS AMONG PERSONAL FACTORS, ILLNESS FACTORS, SOCIAL SUPPORT, SELF - MANAGEMENT, COPING, MEDICATION ADHERENCE, AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES, LOWER NORTHEASTERN REGION. ADVISOR: ASST. PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., 144 pp.

The purpose of this research was to investigate the relationships among personal factors, illness factors, social support, self-management, coping, medication adherence, and depression in adult patients with type 2 diabetes in lower northeastern region. The subjects were 150 persons with type 2 diabetes and were selected by a purposive sampling. The instruments for data collection questionnaire consisted of the demographic data, the Enrich Social Support, the Summary of Diabetes Self-care Activities for self-management of diabetes, the Coping Strategies Inventory, the Morisky Medication Adherence scale, and the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale. The instruments were tested for content validity by a panel of experts. The internal consistency reliability for each questionnaire tested by Cronbach's alpha were .93, .74, .92, .67, and .81, respectively. Data were analyzed by using means, standard deviations, Pearson's production-moment correlation and Chi-square.

Study findings revealed that the patients with type 2 diabetes had depression with mean score that equal to 16.36 (SD=7.89) that depression 73 persons (48.7%) and non depression 77 persons (51.3%). There were not correlation between gender, status, complications, HbA1C and depression in patients with type 2 diabetes. There were negatively statistical correlation between income, social support, self-management, coping and depression at the level of .01 ($r=-.277, -.477, -.275$, and $-.344$, respectively). The medication adherence and depression were negatively statical correlation at the level of .05 ($r=-.196$)

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2014

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ เนื่องจากได้รับความกรุณาและการช่วยเหลือที่ดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น เสนอแนะแนวทางในการศึกษาค้นคว้า ช่วยแก้ไขข้อบกพร่อง ตลอดจนการให้ กำลังใจตลอดระยะเวลาที่ทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างสูงจึงขอกราบ ขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ เพื่อแก้ไขข้อบกพร่องในการทำวิทยานิพนธ์ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้และให้ คำปรึกษาแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าอย่างยิ่งในการ ตรวจสอบเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับแก้เครื่องมือให้มีความเหมาะสมกับงานวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่อนุญาตให้ทดลองใช้เครื่องมือ และให้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ พร้อมทั้งผู้สร้างและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ได้แก่ แบบประเมินการสนับสนุน ทางสังคม แบบประเมินการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน แบบประเมิน กลวิธีการเผชิญปัญหา แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยา และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการเก็บข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความกรุณาและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยเบาหวานทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบ แบบสอบถามและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา ครอบครัวผู้เป็นแรงบันดาลใจและเป็น แรงผลักดันที่สำคัญยิ่งในการศึกษาจนบรรลุเป้าหมาย รวมไปถึงเพื่อนร่วมงาน เพื่อนนิสิตที่คอย ให้กำลังใจและช่วยเหลือตลอดระยะเวลาที่ศึกษา และบัณฑิตวิทยาลัยที่ให้การสนับสนุนทุนในการ ทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
ปัญหาการวิจัย	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย	12
ขอบเขตการวิจัย.....	13
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	13
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	16
บทที่ 2 เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	17
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน	18
1.1. ความหมายของโรคเบาหวาน.....	18
1.2 การจำแนกประเภทของโรคเบาหวาน	18
1.3 การวินิจฉัยโรคเบาหวาน.....	19
1.4 กลไกการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2	20
1.5 ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน.....	21
1.6 ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน.....	23

1.7 การรักษาโรคเบาหวาน	23
1.8 อุบัติการณ์โรคเบาหวานในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง	27
2. ภาวะซีมเศร้า	28
2.1 ความหมายของภาวะซีมเศร้า	28
2.2 สาเหตุของภาวะซีมเศร้า	29
2.3 การประเมินภาวะซีมเศร้า	32
2.4 ภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	34
2.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	35
2.6 ผลกระทบของภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	50
2.7 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซีมเศร้า	52
2.8 อุบัติการณ์ของภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาค ตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง	54
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	54
4. กรอบแนวคิดการวิจัย	60
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	61
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	61
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	65
การสร้างและลักษณะของเครื่องมือ	65
การเก็บรวบรวมข้อมูล	73
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	74
การวิเคราะห์ข้อมูล	74
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	76
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	88

สรุปผลการวิจัย.....	91
อภิปรายผลการวิจัย.....	92
ข้อเสนอแนะ.....	98
รายการอ้างอิง.....	100
ภาคผนวก.....	112
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ.....	113
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ.....	115
ภาคผนวก ค เอกสารการพิจารณาจริยธรรม ใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ใน การวิจัย.....	121
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	144

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	จำนวนและร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา	63
ตารางที่ 2	แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลการเจ็บป่วย จำแนกตามระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน การมีโรคร่วม และระดับน้ำตาลสะสม	77
ตารางที่ 3	แสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซิมเศรั้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างจำแนกตามภาวะซิมเศรั้า	78
ตารางที่ 4	แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซิมเศรั้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายข้อ	79
ตารางที่ 5	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง โดยรวม .	80
ตารางที่ 6	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการจัดการตนเองรายด้านของผู้ป่วยเบาหวาน ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง รายด้าน และโดยรวม	81
ตารางที่ 7	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง โดยรวม และรายด้าน	81
ตารางที่ 8	แสดงค่าเฉลี่ยระดับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง	82
ตารางที่ 9	แสดงค่าสหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่าง รายได้ ระดับ HbA1C ระยะเวลาการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหาและความร่วมมือในการใช้ยากับภาวะซิมเศรั้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง	83

ตารางที่ 10 แสดงภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง จำแนกตามเพศ 84

ตารางที่ 11 แสดงภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง จำแนกตามสถานภาพสมรส 85

ตารางที่ 12 แสดงภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง จำแนกตามภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน..... 86

ตารางที่ 13 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างตัวแปรต้น ได้แก่ การ
สนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหา และความร่วมมือใน
การใช้ยา..... 87



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของทั่วโลก โดยมีประชากรกว่า 382 ล้านคนที่เป็นเบาหวานในปี ค.ศ. 2013 และคาดว่า ในปี ค.ศ. 2035 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 591.9 ล้านคน หรือคิดเป็น 55 % จากปัจจุบัน (International Diabetes Federation, 2013) สำหรับประเทศไทยโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีอัตราป่วยเป็นอันดับสองรองจากโรคมะเร็ง โดยในปี พ.ศ. 2555 มีผู้ป่วยเบาหวานสะสม 1,799,977 ราย คิดเป็นอัตราความชุก 2,800.80 ต่อแสนประชากร มีผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 336,265 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 523.24 ต่อแสนประชากร (อมรา ทองหงส์, กมลชนก เทพสิทธิ และ ภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์, 2555) และในรอบ 10 ปี (พ.ศ. 2542-2552) มีคนไทยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น 4.02 เท่า เฉพาะในปี พ.ศ. 2552 มีผู้ที่นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคเบาหวาน 558,156 ครั้ง หรือคิดเป็นผู้ที่นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ด้วยโรคเบาหวานชั่วโมงละ 64 ครั้ง (นุชรี อาบสุวรรณ และ นิตยา พันธุ์เวทย์, 2555) และในปี พ.ศ. 2552 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานประมาณ 7,019 คน หรือประมาณวันละ 19 คน

สำหรับความชุกของโรคเบาหวานในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนืออยู่ในลำดับที่สองของประเทศและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนืออยู่ที่ 603.46 รายต่อแสนประชากร (อมรา ทองหงส์, 2555) ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง จังหวัดอุบลราชธานี มีอัตราการป่วย 835.90 รายต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2554 อยู่ในอันดับ 7 ของประเทศ (อมรา ทองหงส์, กมลชนก เทพสิทธิ และ ภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์, 2556)

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องต่อเนื่อง ย่อมก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย ทั้งภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง ทำให้ความพิการและตายก่อนวัยอันควร ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวรวมทั้งประเทศชาติ สำหรับภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต และเท้า (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีการแพทย์, 2556)

นอกจากปัญหาด้านร่างกายแล้ว ในผู้ป่วยเบาหวานยังพบว่ามีปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ได้บ่อย ในช่วงการรักษาระยะยาว โดยเฉพาะภาวะซิมเศร้า(สารัช สุนทรโยธิน และ ปฎิณัฐ บุรณะทรัพย์ขจร, 2555) โรคเบาหวานและภาวะซิมเศร้าเป็นสาเหตุร่วมกันที่ทำให้ร่างกายอ่อนแอลงและมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับอัตราการเจ็บป่วย การเสียชีวิตและค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงขึ้น (Egede & Ellis, 2010)

ภาวะซิมเศร้า คือ กลุ่มอาการที่มีองค์ประกอบหลักของการแสดงออก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรม โดยอาการแสดงออกของภาวะซิมเศร้าแต่ละด้านจะเชื่อมโยงสัมพันธ์ระหว่างกัน ซึ่งภาวะซิมเศร้า แบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ ภาวะซิมเศร้าในลักษณะที่เป็นโรคทางจิตเวช เป็นภาวะที่บุคคลไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ประกอบด้วย โรคซิมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว และโรคประสาทซิมเศร้าหรือเศร้าเรื้อรัง อีกประเภทของภาวะซิมเศร้า คือ ภาวะซิมเศร้าซึ่งเป็นการตอบสนองต่อสถานการณ์ ประสบการณ์ในชีวิต ประกอบด้วยภาวะการปรับตัว ผิดปกติร่วมกับการมีอารมณ์เศร้า และความเศร้าโศกเสียใจที่เกิดจากการสูญเสียและการตาย ภาวะซิมเศร่าดังกล่าวอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นจะไม่ครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซิมเศร้า และเกิดภายใน 3 เดือนหลังบุคคลเผชิญเหตุการณ์และแก้ไขได้ภายใน 6 เดือนหลังจัดการกับความเครียดได้สำเร็จ (สายฝน เอกวางกูร, 2553 : 8-9) ซึ่งสาเหตุของภาวะซิมเศร่าพบว่ามีสาเหตุจากหลายๆ ปัจจัยมาผสมผสานรวมกัน และมีหลายทฤษฎีที่อธิบายการเกิดภาวะซิมเศร่า ได้แก่ ทฤษฎีชีวภาพ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ทฤษฎีพัฒนาการและประสบการณ์การเรียนรู้ ปัจจัยด้านการรู้คิด (เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์, 2551)

สำหรับภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานจากการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะซิมเศร่าในต่างประเทศจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยระหว่างปี ค.ศ. 1993-2000 ความชุกของภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานวัยผู้ใหญ่พบตั้งแต่ ร้อยละ 19- 31 ผู้ป่วยเบาหวาน และพบในผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิง ร้อยละ 28 มากกว่าเพศชายที่พบร้อยละ 18 นอกจากนี้ยังพบอัตราเสี่ยงของเกิดภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานถึงสองเท่าเมื่อเปรียบเทียบกับคนปกติ (Anderson et al., 2001) และการศึกษาภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของอินเดีย พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 23 มีภาวะซิมเศร่าระดับรุนแรง และ ร้อยละ 18 อยู่ในระดับปานกลาง (Raval et al.,2010)

ในประเทศไทยพบว่ามีอุบัติการณ์ของภาวะซิมเศร่าร้อยละ 10-39 (พิรุณี สัพโส, 2553; ธิติพันธ์ ธานีรัตน์, 2551; นิตยา จรัสแสง และ คณะ, 2555) และสำหรับอุบัติการณ์ภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยโรคเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ศึกษาโดย ประอรทิพย์ สุทธิสาร (2550) ที่ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพังโคนมีภาวะซิมเศร่าร้อยละ 10.3

ส่วนพิรุณี สัพโส (2553) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในคลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองคาย พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 20.3 นิตยา จรัสแสง และคณะ (2555) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรังในคลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในลำดับที่ 3 พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 39.3 และ ศิระ เมืองไทย (2556) ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจังหวัดศรีสะเกษ พบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าอยู่ที่ร้อยละ 22.6 ซึ่งสำหรับการศึกษาทั้งในด้านอุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย

ในด้านผลกระทบของภาวะซึมเศร้าต่อผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากการทบทวนงานวิจัยในต่างประเทศ พบว่าภาวะซึมเศร้ามีผลกระทบต่อผู้ป่วยเบาหวาน เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่พบสูงขึ้น ได้แก่ ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ภาวะไตเสียหน้าที่ ระบบประสาทผิดปกติ ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดดำใหญ่ และภาวะสมรรถภาพทางเพศเสื่อม (Groot et al., 2001) นอกจากนี้ยังส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพสูงขึ้น เพิ่มอัตราการเกิดความพิการ และอัตราการเสียชีวิต (Egede & Ellis, 2010 ; Park, Katon and Wolf, 2013) ดังเช่น Egede and Ellis (2010) ที่ศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้ามีค่าใช้จ่ายในทางการแพทย์สูงกว่ากลุ่มที่เป็นเบาหวานอย่างเดียว (Le et al., 2006 ; Egede and Ellis, 2010) สอดคล้องกับรายงานของ Ciechanowski et al. (2000) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้ามามีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพเป็นสองเท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของ Lin et al. (2009) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับสาเหตุการเสียชีวิตทุกสาเหตุและสาเหตุเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่ามีผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการติดตาม 581 ราย เป็นผู้ป่วยในกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 12.9 กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร่าระดับรุนแรงร้อยละ 17.9 และกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร่าระดับน้อยร้อยละ 18.2 สาเหตุการเสียชีวิตเป็นโรคเกี่ยวกับหลอดเลือด และระบบหัวใจและหลอดเลือดเป็นร้อยละ 42.7 จากมะเร็งร้อยละ 26.9 ไม่ใช่จากระบบหัวใจหลอดเลือดหรือมะเร็งร้อยละ 30.5 เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าในแต่ละกลุ่มกับสาเหตุการตาย พบว่ากลุ่มที่มีภาวะซึมเศร่าระดับรุนแรงมีความสัมพันธ์กับสาเหตุการตายทุกสาเหตุ และในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร่า พบว่าปัจจัยด้านดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตทุกด้านมีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะซึมเศร่า (Egede, Grubaugh and Ellis, 2010 ; Palpelbaum et al., 2010)

ในประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความชุก อุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้า การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีการศึกษาได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านจิตสังคม ดังเช่น

ในการศึกษา ของ ประอรทิพย์ สุทธิสาร (2550) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พบร้อยละ 20.3 และปัจจัยที่มีเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ คืออายุ ความจำ และสมาธิ การนอนหลับ แรงและการเคลื่อนไหว เป็นต้น ส่วนปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้อง คือ เหตุการณ์สำคัญในชีวิต การสูญเสีย การแสดงออกทางอารมณ์ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ศาสนา และวัฒนธรรม ส่วนธิตีพันธ์ ธานีรัตน์ (2551) ศึกษาเกี่ยวกับความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบความชุกร้อยละ 28 นอกจากนี้ยังศึกษาปัจจัยด้านความเจ็บป่วยทางกายที่เกี่ยวข้องกับเบาหวานและไม่เกี่ยวข้องกับเบาหวาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิตสังคม และปัจจัยทางระบบประสาท พบว่าระดับน้ำตาลสะสมไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนการประเมินภาวะซึมเศร้า ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ในทางลบกับคะแนนประเมินภาวะซึมเศร้า จุฑารัตน์ บุญวัฒน์ , ภาวนา กิริติยวงศ์, และ ชนิดดา แนบเกสร (2552) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จำนวนโรคร่วมและระยะเวลาของการเป็นเบาหวาน พบว่าปัจจัยด้านอายุ จำนวนโรคร่วม และระยะเวลาการเป็นเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า และในการศึกษาของ รสมาลิน ชาบรรทม และ พรรณทิภา ศักดิ์ทอง (2552) ศึกษาเกี่ยวกับผลของภาวะซึมเศร้าต่อความร่วมมือในการใช้ยาและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าคะแนนของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระดับน้ำตาลสะสมในเลือดกับภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.139$) แต่ขนาดความสัมพันธ์ในระดับต่ำ (Burn and Grove , 2005 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2552)

ดังนั้นการที่พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะในกลุ่มโรคเบาหวานที่นอกจากผู้ป่วยจะต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่องแล้ว การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ยังเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลภายใต้ปรัชญาทางการพยาบาลที่เน้นการสร้างสัมพันธภาพ ความต่อเนื่องและเป็นองค์รวม เพื่อผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทั้งนี้บทบาทของพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามสมรรถนะหลัก 9 สมรรถนะสามารถนำสู่การปฏิบัติจริงได้ครบทั้ง 9 สมรรถนะ คือ ทางด้านการปฏิบัติการพยาบาล ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงร่วมกับทีมสุขภาพอื่นๆ การเป็นสนับสนุนให้มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งทางด้านการปฏิบัติและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การใช้องค์ความรู้ข้อมูลทางวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ด้านการสอนและให้ความรู้ทั้งในหน่วยบริการกับผู้รับบริการ ทีมสุขภาพที่ดูแลร่วมกัน ด้านการเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วยและญาติ ด้านการบริหารในการจัดการรายกรณี การจัดหาแหล่งประโยชน์สำหรับผู้ป่วยและญาติ การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ด้านคุณธรรม

จริยธรรม โดยการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักคุณธรรม จริยธรรมและจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ และด้านการวิจัย โดยการทำวิจัยร่วมวิจัยเพื่อนำผลที่ได้มาพัฒนาระบบบริการ งานคลินิก เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และจากการทบทวนดังกล่าวข้างต้นพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายที่เกิดจากโรคเบาหวานแล้ว พฤติกรรมการปฏิบัติตัว การดูแลสุขภาพยังมีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเหล่านั้นด้วย นอกจากนี้ปัญหาทางด้านจิตใจโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบและส่งผลกระทบต่อความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนเช่นกัน

ผู้วิจัยจึงได้ให้ความสำคัญกับการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อประโยชน์ในการประเมินปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วยและการให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนทั้งด้านร่างกาย และจิตสังคม และเป็นแนวทางในการพัฒนาวัตกรรมทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า เพื่อนำผลจากการศึกษาที่ได้ไปสู่การวางแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือการวางแผนป้องกันภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นและส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นและยาวได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหาและความร่วมมือในการใช้ยา กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ปัญหาการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหา ความร่วมมือในการใช้ยา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

แนวเหตุผล การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุการเกิดภาวะซีมเศร้าที่มีการอธิบายไว้ โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีสาเหตุการเกิดภาวะซีมเศร้าได้แก่ ทฤษฎีชีวภาพ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ทฤษฎีพัฒนาการ ปัจจัยด้านการรู้คิด ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาภาวะซีมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ และได้คัดสรรตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้า และคาดว่าน่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 พบว่ามีปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ เพศ ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน ระดับ HbA1C ปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ สถานภาพสมรส รายได้ การสนับสนุนทางสังคม และ ปัจจัยทางพฤติกรรม ได้แก่ การจัดการตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหา และความร่วมมือในการใช้ยา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เพศ เพศเป็นปัจจัยที่แสดงถึงความแตกต่างทางด้านสรีรวิทยา สมรรถภาพทางกาย บุคลิกและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบต่อครอบครัวและสังคมของแต่ละคน แนวคิดที่อธิบายถึงสาเหตุของภาวะซีมเศร้าในผู้หญิงจะพบว่ามีหลายๆแนวคิด ซึ่งต่างก็มีจุดเน้นเฉพาะแต่ส่วนใหญ่ล้วนกล่าวถึงความเกี่ยวข้องกับความรู้สึกต่อค่าทั้งสิ้น และอย่างไรก็ตามในทุกแนวคิดต่างอ้างถึงปัจจัยทางวัฒนธรรมว่ามีอิทธิพลต่อภาวะจิตใจของเพศหญิง ซึ่งทุกแนวคิดให้ความสำคัญกับมิติทางวัฒนธรรมที่มีผลต่อการเกิดภาวะซีมเศร้าในเพศหญิงมากที่สุด (เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์, 2551) สมพร จรุงเรืองกลกิจ และคณะ (2553) พบว่าเพศหญิงมีโอกาสเกิดโรคซีมเศร้ามากกว่าเพศชาย 1.9 เท่า เช่นเดียวกับ จุฑารัตน์ บุญวัฒน์ , ภาวนา กิรติยุตวงศ์ และชนิดดา แนบเกสร (2552) ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าเพศหญิงมีภาวะซีมเศร้ามากกว่าเพศชาย และในการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานจากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่าปัจจัยทางด้านเพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้า ดังเช่นในการศึกษาของ Faisal et al. (2010) พบว่าในผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงมีภาวะซีมเศร้ามากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yavari and Mashinchi (2010) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงมีภาวะซีมเศร้ามากกว่าเพศชาย ส่วนการศึกษาของ Zho, Chen, Lin and Sigal (2006) พบว่าในกลุ่มเพศหญิงที่อายุน้อยมีภาวะซีมเศร้ามากกว่า แต่ในกลุ่มที่มีอายุมากกว่ากลับไม่พบความแตกต่างของภาวะซีมเศร้าเมื่อเปรียบเทียบกันระหว่างเพศ ส่วนการศึกษาในประเทศไทยโดย พิรุณี สัพโส (2553) พบว่าในเพศหญิงมีภาวะซีมเศร้ามากกว่าเพศชายถึงสองเท่า

2. สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยระดับบุคคลที่บ่งบอกถึงความเป็นครอบครัว หรือความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่อยู่ร่วมกัน ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้า อันเนื่องมาจากความเครียดที่เกิดจากสัมพันธภาพที่ไม่ดี หรือการต้องสูญเสียแยก

จากซึ่งส่งผลต่อการเกิดอารมณ์เศร้าโศกโดยตรง (ตราวารรณ ต๊ะปินตา, 2555) จากการศึกษาของ ธิติพันธ์ ธาณีรัตน์ (2551) พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีสถานภาพสมรสคู่มีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มสถานภาพไม่มีคู่สมรส และในการศึกษาของ จุฑารัตน์ บุญวัฒน์, ภาวนา กิริติยวงศ์, และ ชนิดดา แนนเกษร (2552) ที่พบว่าผู้ที่สถานภาพสมรสหม้าย หย่า แยก มีภาวะซึมเศร้ามกกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนการศึกษาในต่างประเทศ โดย Chan et al. (2012) พบว่าผู้ที่มีสถานภาพโสดมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้ามกกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Egede, Graugh and Ellis (2010) ที่พบว่าผู้ที่มีสถานภาพโสดมีภาวะซึมเศร้ามกกว่าผู้ที่มีคู่

3. รายได้ เป็นสิ่งบ่งบอกสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม การที่ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถทำงาน หรือทำหน้าที่ในการหารายได้จึงส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านจิตอารมณ์ตามมา จากการศึกษาของ ประอรทิพย์ สุทธิสาร (2550) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ซึมเศร้ามส่วนใหญ่มีรายได้น้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ ธิติพันธ์ ธาณีรัตน์ (2551) ในกลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 15,000 บาทต่อเดือน มีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้ามสูงกว่ากลุ่มที่มีรายได้สูง และการศึกษาในต่างประเทศก็เช่นกัน พบว่าปัจจัยทางด้านรายได้ กลุ่มที่มีรายได้น้อยมีความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้ามกกว่า (Egede et al., 2010)

4. ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน (Duration of Diabetes) ระยะเวลาการป่วยเป็นประสบการณ์ของบุคคลที่มีต่อความเจ็บป่วยในระยะเวลาที่ต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลงของโรค และแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป มีผลทำให้อัตมโนทัศน์มีการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางลบ ส่งผลให้มีพฤติกรรมตอบสนองแสดงออกมาในลักษณะความวิตกกังวล และความรู้สึกสูญเสีย เศร้าโศก ท้อแท้ หดหวัง รู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง ตลอดจนมีการแยกตัวทางสังคม (Burchill et al., 2009 อ้างถึงใน ดรณวรรณ จันท์แก้ว, 2554) ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นเวลานานมักทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดเบื่อหน่ายท้อแท้กับการดูแลสุขภาพ ทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติเกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อม อนาคต มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เป็นภาระกับคนอื่น เมื่อความรู้สึกนี้เกิดขึ้นเป็นเวลานานจะนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Beck, 1967 อ้างถึงใน จุฑารัตน์ บุญวัฒน์, ภาวนา กิริติยวงศ์, และ ชนิดดา แนนเกษร, 2552) Bruce, Davis, Starkstein, and Davis (2005) ได้ศึกษาติดตามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้ามมีระยะเวลาการป่วยด้วยเบาหวานเฉลี่ยยาวนานกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ในทางตรงข้าม Katon, Russo et al. (2009) พบว่าระยะเวลาการป่วยด้วยเบาหวานในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ามกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tsai, Chiang, and Lee (2008) ที่พบว่าปัจจัยด้านระยะเวลาการป่วยด้วยเบาหวานไม่มีความแตกต่างกันในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้ามกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะ

ซิมเศร่าเช่นเดียวกับการศึกษาของ Al-Amer, Sobeh, Zayed, and Al-domi (2011) ส่วนการศึกษาในประเทศไทย ธิติพันธ์ ธาณีรัตน์ (2551) พบว่าระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานระยะเวลาที่ใช้ยารักษาโรคเบาหวานทั้งหมด เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับคะแนนประเมินภาวะซิมเศร่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑารัตน์ บุญวัฒน์ , ภาวนา กิริติยวงศ์ และชนิดดา แนบเกสร (2552) และ พิรุณี สัพโส (2553) ที่พบว่าปัจจัยด้านระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน (Diabetes complications)

ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเบาหวาน เป็นผลจากการที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี และเป็นผลที่เกิดในระยะเวลาที่ค่อนข้างยาว การเกิดขึ้นส่วนหนึ่งมีผลโดยตรงต่อสมอง เช่น การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดเล็กในสมอง ซึ่งส่งผลต่อการเกิดภาวะซิมเศร่าโดยตรง ส่วนการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบอื่นๆทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานและเป็นภาระต่อการดูแลมากขึ้นทั้งทางด้านค่าใช้จ่ายและเวลาที่ต้องดูแล ส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ตามมา Katon ,Rutter et al. (2005) พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่พบ 2 ภาวะขึ้นไปในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซิมเศร่า ซึ่งในกลุ่มที่ไม่มีภาวะซิมเศร่าพบได้น้อยกว่า 2 ภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาโดย Katon ,Russo et al. (2009) ที่พบว่าจำนวนของภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานเป็นปัจจัยทำนายที่มีอำนาจการทำนายต่อการเกิดภาวะซิมเศร่าระดับรุนแรงจากการศึกษาติดตามในระยะ 5 ปี และจากการศึกษาของ ธิติพันธ์ ธาณีรัตน์ (2551) พบว่าการมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน คือ Diabetic Nephropathy และ Diabetic Foot มีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6. ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ค่าระดับของน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C)

เป็นการวัดระดับน้ำตาลในเลือดในระยะที่ผ่านมาที่ดีที่สุดใช้เป็นแนวทางในการจัดการผู้ป่วยทางคลินิก และตามแนวทางมาตรฐานของ American Diabetes Association (ADA) ซึ่งแนะนำว่าผู้ป่วยเบาหวานควรควบคุมระดับ HbA1C ให้ต่ำกว่า 7% ระดับน้ำตาลในเลือดมีผลในการควบคุมอารมณ์ โดยเฉพาะถ้าระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือสูงสามารถกระตุ้นอารมณ์ในด้านลบของผู้ป่วยเบาหวานได้ โดยน้ำตาลในเลือดที่สูงจะไปกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก นอกจากนั้นภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดขนาดเล็ก และโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีผลต่อการการสื่อสารสื่อประสาทและทำให้แสดงอาการซิมเศร่าและหรือเพิ่มความอ่อนแอต่อภาวะซิมเศร่า (Ismaili, 2009 ; Siddiqui , 2013)

จากรายงานการศึกษาในทางคลินิก พบรายงานที่บ่งชี้ว่าภาวะซิมเศร่ามีความเกี่ยวข้องกับระดับน้ำตาลสูงในเลือด ผู้ที่มีภาวะซิมเศร่าควบคุมน้ำตาลได้ไม่ดีเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มีความ

ซิมเศร่า (Siddiqui , 2013) การศึกษาที่เป็นการติดตามระยะยาวในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และ รายงานว่าการควบคุมระดับน้ำตาลที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซิมเศร่า (Fisher et al., 2008 ; Golden et al., 2008 cited in Roy and Lloyd, 2012) ค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารที่สูง , ความเข้มข้นของระดับน้ำตาล 2 ชั่วโมงหลังอาหาร และระดับการดีต่ออินซูลิน มีความสัมพันธ์กับค่าคะแนนภาวะซิมเศร่าที่สูงขึ้นในการศึกษาแบบตัดขวาง (Holt et al., 2009 cited in Roy and Lloyd, 2012) แต่ในบางรายงานยังไม่มีสรุปผลที่แน่ชัดถึงความสัมพันธ์นี้ (Collins et al., 2009 cited in Roy and Lloyd, 2012) และในทางกลับกันมีรายงานการศึกษาที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมระดับน้ำตาลกับภาวะซิมเศร่า (Engum, 2007; Lin et al., 2009 cited in Roy and Lloyd, 2012) ดังเช่นการศึกษาภาคตัดขวาง(Knol et al., 2007 cited in Roy and Lloyd, 2012) พบว่าภาวะพร่องน้ำตาลกลูโคสไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แต่การศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างค่า HbA1C กับภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญ (Gendelman et al., 2009 cited in Roy and Lloyd, 2012) และในการศึกษาภาคตัดขวางที่ศึกษาในผู้ป่วยนอกทั้งเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 ของ Pouwer et al.(2010) พบว่าภาวะซิมเศร่ามีผลกระทบต่อ การควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 แต่ไม่มีผลกระทบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

จิติพันธ์ ธานีรัตน์ (2551) ศึกษาพบว่าจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซิมเศร่า และการควบคุมระดับ HbA1C ในเลือด พบว่าระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีและไม่มีภาวะซิมเศร่า ไม่ได้มีความแตกต่างในการควบคุมระดับ HbA1C อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในทำนองเดียวกัน ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีการควบคุมระดับ HbA1C ได้ดีและไม่ดี ไม่ได้มีความแตกต่างในการมีภาวะซิมเศร่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งจากการใช้สถิติ Chi-Square และ Independent t-test ส่วนในการศึกษาของรสมาลิน ชาบรรทม และ พรรณทิพา ศักดิ์ทอง (2552) พบว่าภาวะซิมเศร่ามีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี มีคะแนนภาวะซิมเศร่าเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ปานกลาง และต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ พบว่าภาวะซิมเศร่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับ HbA1C แต่ขนาดความสัมพันธ์อยู่ในระดับน้อย (0.139) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลสะสมในเลือดกับภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ยังเป็นตัวแปรที่ต้องมีการศึกษาต่อไป

7. การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญกับภาวะสุขภาพ โดยจะทำให้บุคคลเกิดความมั่นคงสูง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยความรักใคร่ผูกพันกัน ความช่วยเหลือเรื่องข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนให้ความมั่นใจในความมีคุณค่าหรือความสามารถในบทบาท การเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และโอกาสในการ

แลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน การที่ผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยลดระดับภาวะซิมเศร้าได้ (Cobb, 1967) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร้า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซิมเศร้ามีแนวโน้มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้มีภาวะซิมเศร้า (Egede, Grough and Ellis, 2010) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nau, Aikens and Pacholski (2007) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร้า ทั้งในเพศชายและเพศหญิง

8. การจัดการตนเอง (Self-management) พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเป็นส่วนสำคัญในการรักษาเบาหวานนอกจากการใช้ยา สิ่งที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้ผลลัพธ์ที่ต้องการ คือ ความพยายามและการดูแลตนเองทั้งการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการติดตามระดับน้ำตาลอย่างสม่ำเสมอ หากการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานไม่ดีก็จะส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดซึ่งระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงมีผลต่อทั้งอารมณ์โดยตรง นอกจากนั้นยังมีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดสมอง ซึ่งเหล่านี้ก็จะมีผลทำให้เกิดภาวะซิมเศร้าตามมา จึงมีการศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลตนเองกับภาวะซิมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีขนาดการออกกำลังกายมีภาวะซิมเศร้ามากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะซิมเศร้า พฤติกรรมมารับประทานผักผลไม้ที่น้อย พฤติกรรมมารับประทานอาหารที่มีไขมันสูงมากกว่า และมีพฤติกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยกว่ายังมีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร้า นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์การสูบบุหรี่มากเป็นสองเท่าในกลุ่มที่มีภาวะซิมเศร้าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มี (Lin et al., 2004) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Al-Amer et al. (2011) ที่ศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานด้านการรับประทานอาหารตามคำแนะนำ การออกกำลังกายที่เหมาะสม การควบคุมน้ำตาลด้วยตนเองและการให้ความร่วมมือในการรักษามีผลในการควบคุมโรคเบาหวาน ซึ่งพบว่าการไม่รับประทานอาหารตามคำแนะนำของนักโภชนาการ การขาดการเฝ้าระวังการตรวจเลือดด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซิมเศร้าจะขาดความพยายามในการจัดการกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง การประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจน้ำตาลด้วยตนเอง การตรวจเท้าและการสูบบุหรี่ (Lin et al., 2004) การให้ความร่วมมือในการรับประทานอาหารตามคำแนะนำน้อย การรับประทานผักผลไม้ที่น้อย การรับประทานอาหารเช้ามากเกินไปเกินความต้องการต่อวัน การออกกำลังกายตามคำแนะนำน้อย และความถี่ในการตรวจน้ำตาลด้วยตนเองน้อยมีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร้า (Gonzalez et al., 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของ Wagner, Tennen, and Osborn (2010) ที่พบว่า ในเพศหญิงที่มีภาวะซิมเศร้าและเป็นเบาหวานเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะซิมเศร้า มีการเจาะเลือดเพื่อตรวจน้ำตาลด้วยตนเองน้อยกว่า และมี

แนวโน้มมากกว่าที่จะละเลยการเจาะเลือดเพื่อตรวจน้ำตาลด้วยตนเอง การรับประทานอาหารตามคำแนะนำน้อยกว่า และเช่นเดียวกันจากการศึกษาของ Chan, Lin, Chau, and Chang (2012) ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซิมเศร้ามีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าและมีการออกกำลังกายและมีแบบแผนสุขภาพที่น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซิมเศร้า

9. กลวิธีการเผชิญปัญหา (Coping Strategies) กลวิธีการเผชิญปัญหาเป็นความพยายามทางปัญญา และพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่หยุดยั้งเพื่อจะจัดการกับปัญหาหรือข้อเรียกร้องทั้งจากภายนอกและภายในตนเองที่บุคคลประเมินว่าคุกคาม หรือเกินกว่าความสามารถที่ตนจะรับได้ การใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาหากมีการใช้อย่างเหมาะสมและสามารถแก้ไข หรือมีการปรับตัวกับปัญหาได้ก็จะส่งผลให้ความเครียด หรือสิ่งคุกคามลดลง แต่หากการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม ความเครียดหรือสิ่งคุกคามยังคงอยู่ไม่สามารถปรับตัวได้ ซึ่งผลให้บุคคลมีภาวะซิมเศร้าตามมา วิธีการเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร้าอย่างนัยสำคัญ การโทษตัวเอง การคิดใคร่ครวญ การโทษผู้อื่น และการปฏิเสธ มีผลทำให้เกิดภาวะซิมเศร้ามากขึ้น ส่วนการปรับมุมมองในทางบวก การเปลี่ยนมุมมอง มีความสัมพันธ์ในทางลบกับการเกิดภาวะซิมเศร้า (Kraaij & Garnefski, 2012) วิธีการเผชิญปัญหา การจัดการอารมณ์ที่ดี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการควบคุมเบาหวานที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Smalls et al., 2012) ความมั่นใจในการเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซิมเศร้าที่น้อยลง (Harris A.H.S., Cronkite, & Moos, 2006) และยังพบว่า การใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาโดยการหลีกเลี่ยง การยอมจำนนต่อปัญหา และการใช้ชีวิตอยู่กับโรคเบาหวานโดยไม่มีการปรับตัวที่ดี มีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร้าที่เพิ่มขึ้น (Shah, Gupchup, Borrego, Raisch, & Knapp, 2012) ส่วนในการศึกษาของ Clarke and Goosen (2009) พบว่าการเผชิญปัญหาที่มุ่งเน้นการจัดการด้านอารมณ์ที่ไม่ดี เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความคิดด้านลบและมีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร้า

10. ความร่วมมือในการใช้ยา (Medication adherence) ผู้ป่วยเบาหวานจะได้รับประทานหรือฉีดยาอย่างน้อย 1 ชนิดในการควบคุมอาการและต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการเป็นภาระแก่ผู้อื่น และผลจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมหรือขาดความร่วมมือในการใช้ยาก็จะส่งผลโดยตรงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลให้เหมาะสม ซึ่งระดับน้ำตาลมีผลต่ออารมณ์โดยตรงและทำให้ควบคุมภาวะแทรกซ้อนไม่ได้ เหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกล้มเหลว ท้อแท้และเกิดภาวะซิมเศร้าตามมา มีการศึกษาพบว่าความร่วมมือในการใช้ยามีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร้า (Al-Amer, Sobeh, Zaye and Al-domi, 2011) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Lin, Katon et al. (2004) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีความร่วมมือในการใช้น้อยมีภาวะซิมเศร้ามากกว่า

สมมติฐานการวิจัย

จากแนวเหตุผลข้างต้น ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. เพศ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
2. สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
3. ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
4. ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
5. ระดับ HbA1C มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
6. รายได้ มีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
7. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
8. การจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
9. กลวิธีการเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
10. ความร่วมมือในการใช้ยา มีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายที่มุ่งแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยกำหนดให้ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหา และความร่วมมือในการใช้ยา กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเป็นตัวแปรที่มุ่งศึกษา

ประชากรศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุระหว่าง 18 -59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของรัฐ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

ตัวแปรต้นที่ศึกษา คือ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ ระยะเวลาในการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหา และความร่วมมือในการใช้ยา

ตัวแปรตามที่ศึกษา คือ ภาวะซึมเศร้า

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึง ผู้ป่วยนอกอายุระหว่าง 18-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี และได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดหรือได้รับการรักษาด้วยอินซูลินร่วมด้วย

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การรับรู้ต่อภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แสดงออกในรูปแบบของการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ ความคิด และสังคม ได้แก่ อารมณ์โศกเศร้า เสียใจ อ่างว้าง หดหู่ เศร้าหมอง อ่างว้างหมกมุ่นนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ซบออยู่คนเดียว รู้สึกตนเองไร้ค่า หมดหวัง มีความคิดทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต ประเมินได้จากแบบประเมิน Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) ที่พัฒนาโดย Radloff และคณะ (1977) แปลเป็นไทยโดย รัชชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) นำมาศึกษาและปรับปรุงโดย วิไล คุปต์นิรัตศัยกุล และ พนม เกตุมาน (2544)

เพศ หมายถึง ลักษณะที่แสดงความเป็นหญิงหรือชายในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพความผูกพันระหว่างชายหญิง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในการใช้ชีวิตของบุคคลและการอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัว แบ่งเป็นประเภท คือ คู่ โสด หม้าย หย่า และแยกกันอยู่

รายได้ หมายถึง จำนวนที่แสดงถึงรายรับหรือจำนวนเงินได้ต่อเดือนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้การสอบถามกับผู้ป่วยด้วยคำถามปลายเปิด

ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน (Duration of Diabetes) หมายถึง ระยะเวลาที่นับจำนวนเต็มเป็นปีตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา โดยระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป นับเป็น 1 ปี โดยได้จากบันทึกเวชระเบียนหรือการซักประวัติ

ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน (Diabetes complications) หมายถึง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ป่วยเบาหวาน เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นเกิดกับระบบทางตา ไต ระบบประสาทหัวใจและหลอดเลือดเป็นโดยตรงจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง เกิดขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงที่หลอดเลือดขนาดเล็กและหลอดเลือดขนาดใหญ่ ซึ่งได้แก่ ภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) โรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคอัมพาตจากหลอดเลือดสมองตีบ ภาวะ Diabetic retinopathy ,Diabetic Nephropathy, Diabetic neuropathy และ Diabetic foot ได้จากการการบันทึกวินิจฉัยของแพทย์ในเวชระเบียนและบันทึกการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน

ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) หมายถึง ค่าตัวเลขที่แสดงถึงระดับน้ำตาลที่เกาะฮีโมโกลบินของผู้ป่วยโรคเบาหวานบอกถึงค่าเฉลี่ยของน้ำตาลในช่วง 2-3 เดือนที่ผ่านมา โดยเป็นผลที่รายงานจากห้องปฏิบัติการชั้นสูตรของโรงพยาบาล รายงานผลเป็นร้อยละ โดยถือว่าการควบคุมเบาหวานที่ดีควรมีระดับ HbA1C ไม่เกินร้อยละ 7

การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในการได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันและมีเครือข่ายทางสังคมร่วมกัน ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร ญาติ เพื่อน ผู้ร่วมงาน หรือบุคลากรทางสุขภาพ วัดโดยแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของเอ็นริช (The ENCRICH Social Support Questionnaire) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย จันทนา หล่อตจะกุล (2548) มีข้อคำถาม 7 ข้อ ข้อคำถามที่ 1-6 มีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่มีเลย มีบ้างเล็กน้อย บางครั้ง เกือบตลอดเวลา และตลอดเวลา ส่วนข้อคำถามข้อที่ 7 เป็นคำถามแบบสองตัวเลือกตอบ ไม่นำมาคิดค่าคะแนน ผู้ป่วยจะถูกสอบถามความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในช่วง 1 เดือน โดยคะแนนรวมน้อย แปลว่ามี การสนับสนุนทางสังคมน้อย คะแนนรวมมาก แปลว่า มีการสนับสนุนทางสังคมมาก

การจัดการตนเอง (Self-management) หมายถึง ความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองหรือป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนวัดโดยแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (The

Summary of Diabetes Self-Care Activities) ตามแนวคิดของ Toobert, Hamton et al. (2000) โดย อุษาศรี แสงสง่า (2554) เป็นผู้ปรับปรุงและพัฒนา เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 8 ระดับ ค่าคะแนนเฉลี่ยที่สูงแสดงว่ามีการจัดการตนเองในระดับมาก

กลวิธีการเผชิญปัญหา (Coping strategies) หมายถึง การรับรู้วิธีการหรือรูปแบบการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ในการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยหรือความเครียด โดยผ่านกระบวนการคิด หรือพฤติกรรม เพื่อรักษาสมดุลควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และจัดการกับความไม่สุขสบายให้ลดลงหรือหมดไป โดยใช้แบบประเมินกลวิธีการเผชิญปัญหา(The Coping Strategies Inventory : CSI) ของ Tobin et al.(1989) เป็นแบบวัดที่ปรับปรุงจาก “Way of Coping” ของ Lazarus ซึ่งผู้วิจัยแปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นมาตราวัดลิเคิร์ตสเกล 5 ระดับ ค่าเฉลี่ยคะแนนมากแสดงถึงการจัดการปัญหาทางสร้างสรรค์สูง

โดยแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

1) ด้านการจัดการกับปัญหา คือ วิธีการหรือการแสดงออกที่พยายามจัดการกับปัญหาเป็นพฤติกรรมหรือการแสดงออกที่ใช้กระบวนการแก้ปัญหาในการตัดสินใจเลือกวิธีที่จะจัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์

2) ด้านการมุ่งจัดการกับอารมณ์ คือ วิธีการหรือการแสดงออกเพื่อลดความกดดันโดยจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นมากกว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือสถานการณ์ เช่น การร้องไห้ การกรีดร้อง การหัวเราะ เป็นต้น

ความร่วมมือในการใช้ยา (Medication Adherence) หมายถึง พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตามที่แพทย์แนะนำ ซึ่งเป็นยาที่ผู้ป่วยต้องได้รับอย่างสม่ำเสมอ เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ยาที่ใช้เพื่อป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน รวมถึงยาที่ต้องใช้อย่างต่อเนื่องเพื่อรักษาโรคเรื้อรังอื่นที่เป็น วัดโดย แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของ Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) ตามกรอบแนวคิดของ Morisky et al. (2008) ฉบับภาษาไทยซึ่งพัฒนาโดย ปชานันท์ ดันติโกสม (2553) ที่นำมาใช้ในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ โดยข้อคำถาม 7 ข้อเป็นแบบให้เลือกตอบ 1 คำตอบ และมีข้อคำถาม 1 ข้อเป็นตัวเลือก 5 ระดับ โดยที่คะแนนรวมสูง หมายถึง ความร่วมมือในการใช้ยาสูง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการจัดรูปแบบการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกผู้ป่วยนอก ค้นหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ให้ได้รับการดูแลจากบุคลากรทางสุขภาพได้อย่างถูกต้อง

2. นำผลจากการศึกษาที่ได้ไปสู่การวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้าพัฒนารูปแบบในการดูแลและวางแผนป้องกันภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นโดยการจัดการกระทำกับปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าโดยตรงทั้งนี้เพื่อให้วางแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยในแต่ละท้องถิ่น

3. ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้า และวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อไป



บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน ระดับ HbA1C การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหา และความร่วมมือในการใช้ยา กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องสรุปเนื้อหาสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน
 - 1.1. ความหมายของโรคเบาหวาน
 - 1.2. การจำแนกประเภทของโรคเบาหวาน
 - 1.3. การวินิจฉัยโรคเบาหวาน
 - 1.4. กลไกการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2
 - 1.5. ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน
 - 1.6. ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน
 - 1.7. การรักษาโรคเบาหวาน
 - 1.8. อุบัติการณ์โรคเบาหวานในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง
2. ภาวะซึมเศร้า
 - 2.1. ความหมายของภาวะซึมเศร้า
 - 2.2. สาเหตุของภาวะซึมเศร้า
 - 2.3. การประเมินภาวะซึมเศร้า
 - 2.4. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
 - 2.5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
 - 2.6. ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
 - 2.7. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า
 - 2.8. อุตบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
4. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1.1. ความหมายของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานหรือ Diabetes Mellitus (DM) เป็นภาวะที่เกิดจากการเผาผลาญ (Metabolism) ที่ผิดปกติทำให้เกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้น ความผิดปกติในการเผาผลาญเกี่ยวข้องกับทั้งการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต โปรตีนและไขมัน ซึ่งมีผลมาจากการขาดอินซูลินและ/หรือความผิดปกติในการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ที่เป็นฮอร์โมนที่สร้างจาก Beta-cell ในตับอ่อน และทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หากเป็นโรคเบาหวานในระยะเวลานาน จะทำให้มีผลเสียและเกิดการทำลายอวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะตา ไตระบบประสาท ระบบการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด (อภิชาติ วิชญานรัตน์, 2548)

ลักษณะอาการทางคลินิก

อาการสำคัญของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถพบได้ตั้งแต่ระยะแรก ได้แก่

1. ปัสสาวะบ่อยและมีปริมาณมาก (Polyuria) เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงจนเกินขีดจำกัดของไตจะรับได้กระบวนการกรองน้ำตาลในเลือดที่สูงมาก ออกมาทางปัสสาวะโดยไตนี้จำเป็นต้องดึงน้ำออกมาด้วย ดังนั้นผู้ป่วยยังมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากเท่าใดก็ยิ่งปัสสาวะบ่อยและมากขึ้นเท่านั้น ทำให้ต้องตื่นมาเข้าห้องน้ำในตอนกลางคืนหลายครั้ง
2. คอแห้ง กระหายน้ำและดื่มน้ำมาก (Polydipsia) เป็นผลจากการที่ร่างกายเสียน้ำไปจากการปัสสาวะบ่อยและมาก จึงเกิดการขาดน้ำอย่างรุนแรงแล้วต้องชดเชยโดยการดื่มน้ำบ่อย ๆ
3. น้ำหนักลด (Weight loss) เมื่อเซลล์ไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้ร่วมกับการขาดน้ำจากการปัสสาวะบ่อย ร่างกายก็จะสลายไขมันและโปรตีนที่เก็บสะสมไว้ในเนื้อเยื่อมาใช้เป็นพลังงานแทน จึงทำให้รู้สึกอ่อนเพลียและน้ำหนักลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ
4. หิวบ่อยและรับประทานอาหารมาก (Polyphagia) จากการที่ร่างกายมีการสลายแหล่งพลังงานจากเนื้อเยื่อส่วนต่างๆ มาใช้จึงทำให้มีภาวะขาดอาหารเกิดขึ้น ผู้ป่วยจึงมีอาการหิวบ่อยและรับประทานอาหารมากเพื่อชดเชยต่อภาวะนี้

1.2 การจำแนกประเภทของโรคเบาหวาน

ทางสหพันธ์โรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association: ADA) และองค์การอนามัยโลก (WHO, 1998) ได้จำแนกประเภทของโรคเบาหวานตามสาเหตุและพยาธิสรีรวิทยาของการเกิดโรค ออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1.2.1. โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 DM) หมายถึง โรคเบาหวานที่ร่างกายขาดอินซูลินโดยสิ้นเชิง เกิดจากการทำลายเบต้าเซลล์ของตับอ่อน ทำให้ร่างกายไม่สามารถสร้างอินซูลินได้

ร่างกายจึงไม่สามารถนำน้ำตาลเข้าไปในเนื้อเยื่อเพื่อเผาผลาญให้เกิดพลังงานได้ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

1.2.2 โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 DM) หมายถึง โรคเบาหวานที่เกิดจากร่างกายมีภาวะดื้อต่ออินซูลินและมีการหลั่งอินซูลินจากตับอ่อนลดลง ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถทำการรักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาลชนิดรับประทาน แต่ในระยะหลังของโรคอาจต้องใช้อินซูลินเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล ส่วนมากพบในผู้ใหญ่อายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไป อาการเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป หรือไม่มีอาการ มีรูปร่างอ้วน พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มักมีประวัติครอบครัวโดยเฉพาะญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน โดยปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานชนิดนี้ เช่น ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ หรือหญิงที่มีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น

1.2.3 โรคเบาหวานที่มีสาเหตุทุติยภูมิ, พันธุกรรมและอื่นๆ (Other Specific Type) ได้แก่ ความผิดปกติทางพันธุกรรมของเบต้าเซลล์ของตับอ่อน ความผิดปกติทางพันธุกรรมของฤทธิ์อินซูลิน โรคของตับอ่อน ยาหรือสารเคมีที่ทำลายเบต้าเซลล์ของตับอ่อน โรคติดเชื้อ ความผิดปกติของภูมิคุ้มกันและสาเหตุอื่นๆ

1.2.4 โรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus: GDM) ในระยะตั้งครรภ์อาจพบว่ามีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ หรือความทนต่อกลูโคสผิดปกติ ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกาย หญิงที่มีการตั้งครรภ์หลายครั้ง อาจเป็นเบาหวานได้ง่าย เพราะการตั้งครรภ์มีการหลั่งฮอร์โมนที่ช่วยในการเจริญเติบโตของทารก ฮอร์โมนเหล่านี้มักมีฤทธิ์ต้านการออกฤทธิ์ของอินซูลินมีผลทำให้เบต้าเซลล์ทำงานมาก เพื่อผลิตอินซูลินให้เพียงพอต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือด ถ้ามีการตั้งครรภ์บ่อยครั้งอาจทำให้เบต้าเซลล์ทำงานได้ไม่เต็มที่ มีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง

1.3 การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

การที่จะวินิจฉัยโรคเบาหวานทำได้ 3 วิธี (อภิชาติ วิชาณรัตน์ , 2548)

1.3.1 ระดับกลูโคสในพลาสมาขณะอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มก./ดล.

1.3.2 ระดับกลูโคสในพลาสมาเมื่อเวลาใดก็ตามมากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ดล. ร่วมกับมีอาการของโรคเบาหวาน (ที่มึนน้ำมาก ปัสสาวะมาก น้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ)

1.3.3 ระดับกลูโคสในพลาสมาที่ 2 ชั่วโมง หลังดื่มน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม (75 g OGTT) มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ดล.

ทั้ง 3 วิธีนี้จำเป็นต้องได้รับการตรวจซึ่งอีกครั้งหนึ่งเพื่อยืนยันเสมอไม่ว่าจะใช้วิธีใดก็ตาม ยกเว้นในรายที่มีอาการชัดเจน ร่วมกับมีความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมชนิดรุนแรงที่เกิดจากระดับน้ำตาลที่สูง เช่น ภาวะDiabetic ketoacidosis (DKA) หรือ Hyperosmolar hyperglycemic state (HHS) เนื่องจากภาวะดังกล่าวจะต้องได้รับการตรวจน้ำตาลหลายครั้งอยู่แล้ว อย่างไรก็ตาม สำหรับการตรวจโดยใช้ 75 gm. OGTT นั้น ไม่แนะนำให้ทำในทางปฏิบัติเนื่องจากยุ่งยาก ไม่สะดวก และใช้เวลา

สำหรับการวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ปัจจุบันมีอยู่ 2 วิธีที่นิยม คือ เกณฑ์ของ O' Sullivan และ Mahan ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่สหรัฐอเมริกาใช้อยู่ในปัจจุบัน และเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ซึ่งนิยมใช้ในทวีปยุโรป และออสเตรเลีย โดยใช้เกณฑ์ของ O' Sullivan และ Mahan หรือ NDDG (National Diabetes Data Group) ใช้การทดสอบความทนต่อกลูโคส 100 กรัม นาน 3 ชั่วโมง (3 hr. 100 gm. OGTT) การแปลผลเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เมื่อมีค่าพลาสมากลูโคสผิดปกติตั้งแต่ 2 ค่าขึ้นไปของค่า 105, 190, 165, 145 มก./ดล. ที่ขณะอดอาหาร 1 ชม. 2 ชม. และ 3 ชม. หลังดื่มน้ำตาลกลูโคสตามลำดับ ส่วนเกณฑ์ของ WHO แนะนำให้ใช้ 75 กรัม OGTT เช่นเดียวกับคนที่ไม่ได้ตั้งครรภ์โดยผู้ที่มีความผิดปกติของความทนกลูโคสขณะตั้งครรภ์ ให้ถือว่าเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes) ดังนั้นการวินิจฉัยจึงใช้ค่าพลาสมา กลูโคสที่ 2 ชั่วโมง หลังการดื่มกลูโคส 75 กรัม มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มก./ดล. เป็นเกณฑ์

1.4 กลไกการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคที่มีความผิดปกติของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้อยู่ในระดับที่ปกติ การเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆในร่างกายหลายระบบนำมาสู่การเพิ่มขึ้นของระดับน้ำตาลในเลือดอย่างช้าๆ โดยเริ่มจากระดับน้ำตาลที่อยู่ในระดับ Impaired fasting glucose และ impaired glucose tolerance จนเข้าสู่ระดับน้ำตาลที่เข้าได้กับการวินิจฉัยโรคเบาหวานในที่สุด (สารัช สุนทรโยธิน และปฏิณัฐ บุรณทรัพย์ขจร ,2555)

ขบวนการหลักของการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่

1.4.1 ความผิดปกติของการหลั่งอินซูลินจากเบต้าเซลล์ที่ตับอ่อน (Insulin secretory defect)

1.4.2 ภาวะต้านการออกฤทธิ์ของอินซูลินที่ตับและกล้ามเนื้อ (Insulin resistance)

นอกจากนี้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ยังพบความผิดปกติที่ระบบอื่นๆ อันประกอบด้วย

1.4.3 การเพิ่มการสลายไขมันที่เนื้อเยื่อไขมัน (Acceleration lipolysis)

1.4.4 ความผิดปกติของ Incretin hormones จากทางเดินอาหาร (Incretin deficiency resistance)

1.4.5 การเพิ่มการหลั่งกลูคากอนจากแอลฟาเซลล์ที่ตับอ่อน

1.4.6 การเพิ่มการดูดกลับของน้ำตาลที่ไต (Increased glucose reabsorption)

1.4.7 ภาวะต้านการออกฤทธิ์ของอินซูลินที่สมอง

1.5 ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ป่วยเบาหวาน เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นโดยตรงจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางตาไต ระบบประสาทหัวใจและหลอดเลือด (เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2548) เกิดขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงที่ หลอดเลือดขนาดเล็กและ หลอดเลือดขนาดใหญ่ นำไปสู่พยาธิสภาพเรื้อรังและทำให้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตได้

1.5.1 ระบบหัวใจและหลอดเลือด เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูง น้ำตาลจะไปเกาะที่เม็ดเลือดแดง (Glycosylate hemoglobin) ทำให้การปลดปล่อยออกซิเจนจากเม็ดเลือดแดงไปสู่ข้อ เนื้อเยื่อต่ำลง เนื้อเยื่อจึงขาดออกซิเจนและเกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงตามมา ทั้งหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ (macroangiopathy) และหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก (microangiopathy) อาจเกิดการอุดตัน โป่งพอง หรือสร้างหลอดเลือดที่ไม่แข็งแรงขึ้นใหม่ ทำให้เกิดปัญหาที่ตา (diabetic retinopathy) ที่ไต (nephropathy) นอกจากนี้โรคเบาหวานทำให้มีภาวะไขมันผิดปกติ คือ มีระดับกรดไขมันอิสระ และไตรกลีเซอไรด์สูง ไขมันชนิด HDL (High Density Lipoprotein) ต่ำลง LDL (Low Density Lipoprotein) สูงขึ้น ระดับโคเลสเตอรอลอาจปกติ หรือสูง ระดับไขมันที่สูงขึ้นมีผลต่อหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ทำให้เกิดปัญหาผนังหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) โรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคอัมพาตจากหลอดเลือดสมองตีบ

1.5.2 ระบบประสาท ระบบประสาทส่วนปลายประกอบด้วยแอกซอน (axon) ที่หุ้มด้วยเยื่อไมยอิลิน (myelin sheaths) เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานมีผลทำให้เกิดความเสื่อมของระบบประสาทส่วนปลาย การนำกระแสประสาทช้ากว่าปกติ ผู้ป่วยจะมีปัญหาการสูญเสียการรับรู้ความรู้สึก ชาปลายมือ ปลายเท้า ปวดตามแขน ขา มีอาการปวดแสบปวดร้อนบริเวณขาและเท้า เจ็บปวดเหมือนเข็มแทง อาการมักจะเป็นรุนแรงเวลากลางคืน และการลงน้ำหนักของเท้าผ่านกระดูกในขณะที่มีอาการขาทำให้เกิดแผลขอบแข็งที่ตรงฝ่าเท้าได้ บางรายมีอาการเสื่อมของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้มีปัญหาอาหารไม่ย่อย ท้องผูก หรือถ่ายอุจจาระบ่อย ระบบประสาทที่กระเพาะปัสสาวะเสื่อมทำให้ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะให้เป็นปกติได้

1.5.3 ภาวะแทรกซ้อนทางตา การเสื่อมของจอตาจากโรคเบาหวาน(Diabetic retinopathy) เป็นสาเหตุทำให้เกิดตาบอดได้ สาเหตุของความผิดปกติเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงเล็กๆ ที่จอตา เนื่องจากเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนนอกจากการเสื่อมของจอตาแล้ว ผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี ระดับน้ำตาลในเลือดสูง มักจะมีการเปลี่ยนแปลงของสายตาดำขึ้น คือ มองไกลๆ จะเห็นไม่ชัด ความผิดปกตินี้เกิดขึ้น เนื่องจากความเข้มข้นของกลูโคสภายในเลนส์ตาสูงขึ้น กลูโคสนี้จะถูกเปลี่ยนไปเป็นซอร์บิทอล ซึ่งจะสะสมอยู่ในเลนส์ตาและเกิด Osmolar gradient เลนส์จะดูดน้ำไว้ จึงบวมและเกิดความผิดปกติแบบคนสายตาสั้นดังกล่าว

1.5.4 ภาวะแทรกซ้อนทางไตและระบบทางเดินปัสสาวะ จากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทำให้เกิดพยาธิสภาพที่กรองไต (glomeruli) เกิดปัญหาที่เรียกว่า Diabetic nephropathy มีโปรตีนขนาดเล็กรั่วออกมาเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และขนาดใหญ่ขึ้น (macroalbuminuria) อัตราการกรองลดลง ผู้ป่วยจะมีอาการบวมมีของเสียดัง โปรตีนในเลือดต่ำจนในที่สุดเกิดภาวะไตวาย ผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมานานจะพบว่าหลอดเลือดแดงที่ไตแข็ง (arteriosclerosis) ทั้ง afferent และ efferent glomerular arteries ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ไตวายในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะความดันโลหิตสูง การรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง ปัจจัยทางพันธุกรรม เชื้อชาติ ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน โรคเบาหวานชนิดที่ 1 เสี่ยงต่อไตวายมากกว่าโรคเบาหวานชนิดที่ 2

1.5.5 ระบบเลือด ในภาวะที่การควบคุมโรคเบาหวานไม่ดีมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง หรือมีการสะสมของสารคีโตนในเลือด จะมีความผิดปกติของระบบเลือดได้หลายอย่าง พบว่าเม็ดเลือดแดงจะมีอายุสั้นลง เกล็ดเลือดจะยึดเกาะและรวมตัวกันได้ง่าย ความผิดปกติของเกล็ดเลือดนี้อาจมีบทบาททำให้เกิดการเสื่อมของหลอดเลือดที่มีอยู่แล้วรุนแรงมากขึ้น นอกจากนี้เม็ดเลือดขาวชนิด Polymorphonuclear ยังทำหน้าที่ต่อต้านเชื้อโรคได้ไม่ดี การฆ่าแบคทีเรียที่เสื่อมลงด้วย ลิมโฟไซต์ซึ่งมีบทบาทในการทำลายสิ่งแปลกปลอมที่อยู่ในกระแสเลือดและที่เกี่ยวข้องกับเซลล์ที่เสื่อมหน้าที่เช่นกัน ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความต้านทานโรคต่ำกว่าคนปกติ เกิดการติดเชื้อต่างๆ เช่น staphylococcus, streptococcus, วัณโรคปอด, เชื้อรา ได้ง่าย

1.5.6 แผลที่เท้า เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยเนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมักมีภาวะปลายประสาทอักเสบ (เท้าชา เกิดแผลง่าย) ภาวะขาดเลือดเนื่องจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและตีบ (เท้าเป็นแผลหายยาก หรือเป็นเนื้อตายเน่า) ร่วมกับภาวะติดเชื้อง่าย เนื่องจากภูมิคุ้มกันโรคต่ำ ดังกล่าวข้างต้น บางครั้งแผลอาจลุกลามรุนแรง หรือเป็นเนื้อตายเน่า (Gangrene) จำเป็นต้องตัดนิ้วเท้าหรือตัดเท้า เกิดภาวะพิการได้ ผู้ป่วยเบาหวานควรหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เพราะจะเสริมให้เกิดภาวะขาดเลือดเลี้ยงเท้าได้มากขึ้นและควรดูแลเท้าอย่าให้เกิดแผล

1.6 ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน

นอกจากปัญหาภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแล้วในผู้ป่วยเบาหวานยังมีปัญหาของภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่เป็นอันตราย และทำให้เสียชีวิตได้ คือ การหมดสติจากสาเหตุที่จำแนกออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่ (นุชรี อาบสุวรรณ และ นิตยา พันธุ์เวทย์, 2555)

1.6.1 หมดสติจากสาเหตุอื่น ที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน เช่น ได้รับสารพิษหรืออุบัติเหตุกระแทกกระเทือนทางสมอง เช่นเดียวกับคนปกติทั่วไป

1.6.2 หมดสติจากโรคเบาหวานเอง ซึ่งสาเหตุนี้แบ่งออกเป็น 2 กรณี คือ

1.6.2.1 ภาวะเบาหวานฉุกเฉินจากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยจะเริ่มต้นด้วยอาการมีนึ้รยะ เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย ใจสั่น เหงื่อออก เป็นความรู้สึกเดียวกับเวลาหิว ในระยะนี้ถ้าผู้ป่วยรับประทานน้ำตาลจะสามารถพ้นจากภาวะนี้ได้ ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานควรรับประทานอาหารให้ตรงเวลา และปริมาณคงที่ เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลต่ำ ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยหมดสติได้

1.6.2.2 ภาวะเบาหวานฉุกเฉินจากน้ำตาลสูง ได้แก่ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมากหรือ มีความผิดปกติของระบบเผาผลาญพลังงานของร่างกาย ทำให้มีภาวะกรดคั่งในร่างกายทำให้ผู้ป่วยหมดสติ อาการที่บ่งชี้ว่าอาจเกิดสาเหตุเหล่านี้คือ ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย ปัสสาวะบ่อยซึมลง หรืออาการหอบ หายใจลึก ในกรณีภาวะกรดคั่งในร่างกายมากขึ้น

1.7 การรักษาโรคเบาหวาน

วัตถุประสงค์ของการรักษาโรคเบาหวานที่สำคัญ คือ

1.7.1 การรักษาอาการที่เกิดขึ้นจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

1.7.2 ป้องกันและรักษาการเกิดโรคแทรกซ้อนเฉียบพลัน

1.7.3 ป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง ทั้ง Microvascular และ Macrovascular

1.7.4 ทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นใกล้เคียงกับคนปกติ

1.7.5 ให้เด็กและวัยรุ่นมีการเจริญเติบโตเป็นปกติ

ในการรักษาโรคเบาหวานให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าวต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้ใกล้เคียงกับปกติที่สุด หลีกเลี่ยงและลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เป็นตัวส่งเสริมให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น การควบคุมระดับความดันโลหิต การควบคุมระดับไขมันในเลือด การใช้ยาในกลุ่ม ACEI และยาต้านเกร็ดเลือดเกาะตัว Aspirin เป็นต้น อย่างไรก็ตามพบว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยให้เหมือนคนปกติอยู่ตลอดเวลา นั้นทำได้ยาก และทำไม่ได้ในผู้ป่วยทุกรายหรือไม่จำเป็นในผู้ป่วยบางราย เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ ดังนั้นในการรักษาโรคเบาหวานควรจะต้องตั้งเป้าหมาย

ในการรักษาผู้ป่วยในแต่ละรายและให้การศึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยทราบเป้าหมายในการควบคุมเพื่อจะได้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว (อภิชาติ วิษณุวัฒน์, 2548)

ยารักษาโรคเบาหวานที่ใช้ในปัจจุบันมี 2 กลุ่มใหญ่

1. อินซูลิน

การออกฤทธิ์ : ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการปล่อยกลูโคสจากตับเพิ่มการใช้กลูโคสโดยเนื้อเยื่อปลายทางที่ไวต่ออินซูลิน เช่น กล้ามเนื้อไขมัน นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการสะสมพลังงานในรูปไขมัน

ชนิดของอินซูลิน : การแบ่งชนิดของอินซูลินนั้น สามารถแบ่งได้ตามลักษณะต่างๆเช่น ตาม Species ของอินซูลิน ตามความบริสุทธิ์ หรือตามระยะเวลาการออกฤทธิ์ ในปัจจุบันนิยมใช้ชนิดที่เป็น Human insulin โดยวิธี Biogenetic engineering (Recombinant DNA Techniques) ซึ่งมีความบริสุทธิ์และมีโครงสร้างเหมือนคน จึงทำให้เกิด Antibody น้อยซึ่งเป็นผลทำให้คุมเบาหวานได้ดีขึ้น สิ่งที่แพทย์ควรทราบซึ่งมีความสำคัญในการปรับขนาดหรือเวลาของการฉีด ได้แก่ ระยะเวลาของการออกฤทธิ์ นอกจากนี้ปัจจุบันมีการผลิตอินซูลินชนิดใหม่ที่เรียกว่า Insulin analogue ซึ่งมีทั้งชนิดที่ออกฤทธิ์เร็วได้แก่ Insulin lispro, Aspart และชนิดที่ออกฤทธิ์ยาวเป็น Basal insulin ได้แก่ Insulin glargine

ข้อบ่งชี้

1. สามารถใช้ได้ในทุกกรณีที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
2. ข้อบ่งชี้จำเพาะได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 1 โรคตับอ่อน, Ketoacidosis, Hyperosmolar nonketotic coma, ภาวะตั้งครรภ์, ภาวะแพ้ยามีด, ภาวะเครียด, ภาวะติดเชื้อรุนแรง, การบาดเจ็บ, ได้รับการผ่าตัด, ตับและไตวาย, ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงรุนแรง และกรณีไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ด้วยการควบคุมอาหารหรือการกินยาเม็ดลดระดับน้ำตาล

ผลข้างเคียง

1. ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
2. Lipodystrophy
3. ภาวะแพ้ยามีด
4. ในระยะแรก ๆ ที่ฉีดยาผู้ป่วยอาจมีอาการบวมเนื่องจาก/ๆมีการเก็บกักโซเดียมเพิ่มขึ้นอาจมีอาการตามัวมากขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลง ความเข้มข้นของกลูโคสในAqueous humorภายในตา และน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

2. ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด

ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดที่ใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ปัจจุบันแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ตามกลไกการออกฤทธิ์ ดังนี้

2.1 ยาที่กระตุ้นให้ตับอ่อนสร้างและหลั่งอินซูลิน

(Insulin secretagogue)

2.1.1 ยาจะกระตุ้นการหลั่งอินซูลินจากตับอ่อน (Sulfonylurea) โดยผ่านทาง Sulfonylurea receptor ซึ่งเป็น ATP-dependent K⁺ channel ที่ plasma membrane ของ Beta cell ทำให้ Cytosolic calcium เพิ่มขึ้นทำให้มีการหลั่งอินซูลิน ยาช่วยลด Hepatic glucose output และเพิ่ม Insulin sensitivity ได้แก่ Chlorpropamide, Glibenclamide, Glipizide, Glicazide, Gliquidone, Glimepiride และ Glicazide SR

2.1.2 เป็นยากลุ่มใหม่ที่ไม่ใช่กลุ่มซัลฟา (Rapid acting non-sulfonylurea insulin secretagogue) ออกฤทธิ์เช่นเดียวกับ Sulfonylurea แต่ที่ตำแหน่ง Receptor ต่างกันมีประสิทธิภาพใกล้เคียงกับ Sulfonylurea แต่ออกฤทธิ์เร็วกว่าเนื่องจากมี Half life สั้นเพียง 1 ชั่วโมง ทำให้มีอุบัติการณ์ของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำน้อยกว่า ต้องรับประทานก่อนอาหารแต่ละมื้อประมาณ 15 นาที ควรเลือกใช้ในผู้ป่วยที่แพ้ยาซัลฟา หรือผู้ที่ทานอาหารไม่ค่อยเป็นเวลาหรือในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้มาก ได้แก่ Repaglinide (Novonorm) และ Nateglinide (Starlix)

2.2 ยาที่ทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น (Insulin sensitizer)

2.2.1 ยาลดไขมัน ยาที่ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการสร้างกลูโคสจากตับเป็นหลัก (Metformin) ทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ที่กล้ามเนื้อดีขึ้น บางส่วนทำให้น้ำตาลเข้าเซลล์กล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ผลข้างเคียงที่พบบ่อยได้แก่ เบื่ออาหาร ลิ้นไม่รับรส คลื่นไส้ ท้องเสีย ไม่สบายท้อง แต่อาการจะดีขึ้นได้เองเมื่อใช้ยาติดต่อกันไปสักระยะ ผลข้างเคียงที่สำคัญคือ Lactic acidosis ซึ่งจะพบในผู้ป่วยที่มี Renal insufficiency (Cr > 1.5 มก./ดล.) หรือในผู้ป่วยที่มีโรคที่เสี่ยงต่อการเกิด Lactic acidosis เช่นโรคตับโรคหัวใจล้มเหลว เป็นต้น สำหรับข้อดีของ Metformin คือไม่ทำให้เกิด Hypoglycemia และน้ำหนักตัวจะไม่เพิ่มขึ้นหรืออาจลดลงในบางราย

2.2.2 ยาที่ออกฤทธิ์โดยทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ที่กล้ามเนื้อ (Thiazolidinedione) เป็นผลทำให้น้ำตาลเข้าสู่เซลล์กล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น นอกจากนั้นยังทำให้อินซูลิน ออกฤทธิ์ที่ตับเพิ่มขึ้นและยับยั้งการสร้างกลูโคสจากตับด้วย ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Rosiglitazone (Avandia) และ Pioglitazone (Actos) ยากลุ่มนี้เป็นยาใหม่สามารถใช้เป็นยาเดี่ยวในการรักษา (Monotherapy) หรือใช้ร่วมกับยากลุ่มอื่นหรืออินซูลิน ผลเสียของยา ได้แก่ ทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นประมาณ 5 กิโลกรัมเนื่องจากการคั่งของน้ำ พบว่าระดับ Hemoglobin ลดลง และ

ถึงแม้ยังไม่มีอาการเกิดพิษต่อตับที่รุนแรง ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับยากลุ่มนี้ควรได้รับการตรวจเอนไซม์ตับก่อนการใช้ยา และภายหลังได้รับยาเป็นระยะและถ้าระดับเอนไซม์ตับมีค่าสูงขึ้นกว่าค่าปกติเกิน 2 เท่าควรหยุดยา

2.3 ยาที่ยับยั้งการดูดซึมอาหารคาร์โบไฮเดรตในลำไส้ ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ Alpha- glucosidase ที่ผนังลำไส้ทำให้การดูดซึมกลูโคสลดลงและช้าเป็นผลทำให้ลดระดับน้ำตาลหลังอาหาร (Postprandial glucose) เป็นส่วนใหญ่ ยาในกลุ่มนี้ถูกดูดซึมเข้าร่างกายน้อยมากทำให้ไม่มี Systemic side effects ผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ ท้องอืด แน่นท้อง ผายลมบ่อย ถ่ายเหลว ปวดท้อง โดยเฉพาะถ้าได้รับยาในขนาดสูง การเริ่มยาในขนาดต่ำและค่อยๆปรับเพิ่มขึ้นจะช่วยลดการเกิดผลข้างเคียงดังกล่าว ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ Acarbose (Glucobay) และ Voglibose (Basen)

3. การปฏิบัติตัวเมื่อรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด

- 3.1 รับประทานอาหารให้สม่ำเสมอ และตรงต่อเวลา
- 3.2 รับประทานยาตามมือที่แพทย์สั่ง
- 3.3 หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา
- 3.4 ควรทราบผลข้างเคียงของยา โดยสอบถามจากแพทย์หรือศึกษาจากคู่มือในการใช้ยาเมื่อสงสัยว่าจะเกิดอาการแพ้ยาควรปรึกษาแพทย์
- 3.5 ควรแจ้งแพทย์ว่ามีประวัติแพ้ยาอะไรบ้าง
- 3.6 ควรทราบวิธีแก้ไขเมื่อมีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ
- 3.7 ทราบวิธีปฏิบัติตัวเมื่อเวลาเจ็บป่วย
- 3.8 หากการควบคุมน้ำตาลยังไม่ดี ควรจะเจาะน้ำตาลปลายนิ้วที่บ้าน

4. วิธีป้องกันมิให้ล้มรับประทานยา

- 4.1 รับประทานยาเวลาเดียวกันทุกวัน
- 4.2 รับประทานยาเวลาเดียวกับยาอื่นๆที่ใช้อยู่หรือสัมพันธ์กับกิจกรรมอื่นเช่นหลังแปรงฟัน
- 4.3 เก็บยาไว้ในที่มองเห็นง่ายและหยิบง่าย ไม่ต้องแช่เย็น
- 4.4 ให้ความสนใจมือที่มักลืมเสมอ
- 4.5 แบ่งขนาดยาเป็นมือๆต่อวัน

5. การตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเอง

การรักษาโรคเบาหวานมีจุดประสงค์เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นการให้การศึกษาแก่ผู้ป่วยรวมทั้ง

ตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเองจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและเห็นความสำคัญของการรักษาและสามารถทำให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลปกติหรือใกล้เคียงคนปกติได้ เป็นการชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ การตรวจวัดระดับน้ำตาลที่ทำอยู่ในปัจจุบันเป็นการตรวจเป็นครั้งคราวและสุ่มตรวจบางช่วงของวันระยะการตรวจจะถี่มากน้อยเท่าใดขึ้นกับระดับน้ำตาลของผู้ป่วยตลอดจนอาการหรือโรคอื่น ๆ ที่มีร่วมอยู่ด้วย อาจต้องตรวจทุกวัน ทุก 2-3 วันทุกสัปดาห์ หรือทุก 1-2 เดือนแพทย์จะต้องพิจารณาเป็นรายๆ ไป

การตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเอง ทำได้ 2 วิธี คือ

5.1 การวัดปริมาณน้ำตาลในปัสสาวะ เป็นวิธีที่ง่าย ค่าใช้จ่ายไม่สูงแต่มีข้อเสียที่ไม่สามารถบอกระดับน้ำตาลในเลือดได้โดยตรงและระดับน้ำตาลในปัสสาวะขึ้นอยู่กับสภาพการทำงานของไตด้วย

5.2 การวัดปริมาณน้ำตาลในเลือด ปัจจุบันการวัดน้ำตาลโดยใช้แผ่นตรวจวัดโดยใช้เลือดที่เจาะจากปลายนิ้วและอ่านค่าระดับน้ำตาลได้ทันที ความแม่นยำขึ้นกับทักษะของผู้ตรวจหรือผลิตภัณฑ์ที่ใช้ ในกรณีที่ผู้ป่วยฉีดยาอินซูลิน สามารถปรับอาหารและยาทันที เมื่อรู้ค่าระดับน้ำตาลที่ตรวจได้

1.8 อุบัติการณ์โรคเบาหวานในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

สำหรับอุบัติการณ์โรคเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในปี พ.ศ. 2555 มีอัตราป่วยของโรคเบาหวานเป็นลำดับที่สองของประเทศ คือ 603.46 ต่อประชากรแสนคน (อมรา ทองหงส์, 2555) และจากข้อมูลรายงาน 21 แห่งมาตรวจพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานมากที่สุด คือ นครราชสีมา รองลงมาคือ อุบลราชธานี แต่หากคำนวณจากอัตราป่วยต่อประชากร พบว่าจังหวัดอุบลราชธานีเป็นจังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุดคือในปี พ.ศ. 2553 มีอัตราป่วยเท่ากับ 889.3 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยทั้งประเทศ นอกจากนี้ยังพบว่าในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างมีอัตราการป่วยของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในและอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ดังเช่นในจังหวัดอุบลราชธานีที่พบว่าอัตราการเป็นผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2548-2553 เป็น 1.5 เท่า อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน เท่ากับ 17.13 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2555 ดังนั้นจะเห็นได้ว่าโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่ยังต้องการการแก้ปัญหาทั้งในระบบการบริการการแพทย์และสาธารณสุข

2. ภาวะซึมเศร้า

2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความหมายของภาวะซึมเศร้าได้มีผู้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ดังต่อไปนี้

Beck et al. (1979) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า คือ ภาวะที่ทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางด้านอารมณ์ ด้านปัญญา ด้านแรงจูงใจ และด้านร่างกาย เมื่อเผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิต ทำให้มีความคิดด้านลบทั้งต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า หดหู่ใจ มีการประเมินตนเองต่ำ คิดว่าตนเองทำอะไรก็ไม่สำเร็จไม่มีความสามารถ แรงจูงใจในการทำสิ่งต่างๆ ลดลง มีการคิด การพูด และการเคลื่อนไหวช้า ความรับผิดชอบต่อหน้าที่ลดลง หลีกเลียงปัญหามากกว่าที่จะแก้ไข แยกตนเองออกไป รู้สึกสิ้นหวังในอนาคต จนถึงมีความคิดอยากตายได้

Beeber (1998) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า คือ ภาวะที่บุคคลแสดงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ เบื่ออาหารนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย มีความคิดทางลบกับตนเอง มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดน้อยลงไม่มีความหวัง มองโลกในแง่ร้าย เป็นต้น

Stefanis (2002) ให้ความหมายของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า คือ ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตอย่างหนึ่งที่มีความรุนแรง มีโอกาสที่จะเกิดซ้ำ ก่อให้เกิดความเสียหายอย่างมากมีนัยทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องให้การวินิจฉัยและให้การรักษาอย่างถูกต้อง เช่น มีอาการเศร้ามากเกินไป และนานเกินไป อาการไม่ดีขึ้นแม้ได้รับกำลังใจ หรืออธิบายด้วยเหตุผล รู้สึกด้อยค่า รู้สึกผิดอยากตาย มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต หน้าที่การงาน กิจกรรมประจำวัน ครอบครัวและสังคมทั่วไป ในรายที่รุนแรงจะมีอาการทางกาย เช่น นอนมากเกินไป หรือนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มมากขึ้น

Karren et al. (2006) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้าไว้ 4 แบบ คือ

- 1) เป็นความรู้สึกที่เกิดจากการรบกวนสมดุลภาวะปกติของชีวิตมนุษย์
- 2) เกิดจากอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายหรือเป็นผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยา
- 3) ภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากความผิดปกติทางคลินิก เช่น เกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง
- 4) ภาวะซึมเศร้าที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากภาวะวิกฤต

ชัดเจน จันทรพัฒน์ (2543) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า ว่าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤติ หรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกในรูปของความเป็ยเบนทางด้านอารมณ์ ความเป็ยเบนด้านความคิดและการรับรู้ และความเป็ยเบนด้านร่างกาย

และพฤติกรรม ซึ่งได้แก่ โศกเศร้าเสียใจ หดหู่อ้างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีความคิดรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ สิ่งแวดล้อมทั้งในปัจจุบันและอนาคต

สมภพ เรื่องตระกูล (2543) ได้ให้ความหมายโรคซึมเศร้าไว้ว่า ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่นชัดร่วมกับอาการสำคัญอย่างอื่น เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้คุณค่าและมีความคิดเบียดชีวิต

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2549) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นปฏิกิริยาจากการสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกมีดมน เหนื่อยหน่าย หดหู่จิตใจ อ่อนเพลีย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า อาจทำให้เกิดความรู้สึกไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไปและทำร้ายตนเองในที่สุด

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นจึงสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า คือ เป็นกลุ่มอาการของความผิดปกติ ด้านอารมณ์การคิดรู้ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่แสดงออก มีอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นจากการตอบสนองต่อประสบการณ์ชีวิตที่เกิดขึ้น ซึ่งมีผลต่อบุคลิกภาพและการทำหน้าที่การทำงานของบุคคล

2.2 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

การเกิดภาวะซึมเศร้ามีการอธิบายถึงสาเหตุร่วมกันทั้งปัจจัยทางด้านชีวภาพและปัจจัยทางด้านจิตสังคมดังต่อไปนี้ (ธิตินันท์ ธานีรัตน์, 2551)

2.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพ แนวคิดปัจจุบันมองว่าโรคซึมเศร้าเป็น Brain Disorder โดยมีการพบหลักฐานที่สนับสนุนสาเหตุทางชีวภาพในด้านต่างๆ มากขึ้นเรื่อยๆ ได้แก่

2.2.1.1 การเปลี่ยนแปลงของระบบสารชีวเคมีในสมองสารสื่อประสาทที่พบว่ามีสำคัญต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ได้แก่ สารสื่อประสาทในกลุ่ม Biogenic Amine โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Serotonin (5-HT) และ Norepinephrine (NE) โดยพบว่าทั้ง 5-HT และ NE มีปริมาณลดลงในสมองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และภาวะที่มี 5-HT ในสมองต่ำ สัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายที่มากขึ้นอย่างชัดเจน และยาที่ออกฤทธิ์ผ่านทาง NE system หรือยาที่สามารถเพิ่มระดับ Serotonin ในสมองสามารถรักษาโรคซึมเศร้าได้ Dopamine (DA) เป็นสารสื่อประสาทที่สำคัญอีกตัวหนึ่ง เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคหรือใช้ยาที่มีผลในการลดระดับ DA ในสมองสามารถมีอาการซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ ยาที่เพิ่มระดับ DA เช่น tyrosine และ amphetamine สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ และพบว่าโดยส่วนใหญ่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความผิดปกติของ Mesolimbic DA pathway และ Hypoactivity ของ D₁ receptor นอกจากนี้ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร่ายังพบการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทอีกหลายตัว เช่น มีการลดลงของระดับ GABA ในสมอง ในขณะที่มีการเพิ่มขึ้นของ Glutamate (ทำให้เกิด Neuron Toxicity) และ Acetylcholine ในสมองและยังพบมีการ

เปลี่ยนแปลงในระบบการทำงานของ G-protein และ second messengers ต่างๆ อีกมากมายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2.2.1.2 การเปลี่ยนแปลงทางฮอร์โมนและระบบต่อมไร้ท่อ เชื่อว่าความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผลทำให้เกิดการทำงานมากผิดปกติของ Hypothalamus-Pituitary- Adrenal (HPA) Axis ซึ่งกระตุ้นให้มีการหลั่ง Cortisol มากขึ้นและลดการสร้าง Brain-derived neurotropic factors (BDNF) ส่งผลให้เกิด การตายของ Neuron และเกิดอาการซึมเศร้าตามมานอกจากการทำงานมากผิดปกติของ HPA axis แล้ว ผู้ป่วยโรคซึมเศร่ายังมีการเปลี่ยนแปลงทางฮอร์โมนและระบบต่อมไร้ท่ออีกหลายอย่าง เช่น 5-10% ของผู้ป่วยโรคซึมเศร่ามีการทำงานผิดปกติของไทรอยด์ที่ตรวจไม่พบ (undetected thyroid dysfunction) อยู่ก่อน ซึ่งมักจะทำให้มี anti-thyroid antibody สูงขึ้นและส่งผลต่ออาการซึมเศร้าหากไม่ได้รับการรักษาโรค thyroid ที่มีร่วมด้วย, พบมีการหลั่ง Somatostatin ลดลง และมี Blunted prolactin response to various serotonin agonist ในผู้ป่วยซึมเศร่าด้วย

2.2.1.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านประสาทสรีรวิทยาของการนอนหลับ มีหลักฐานที่ยืนยันถึงการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างในการนอนหลับของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ Loss of deep sleep (slow wave) ซึ่งเชื่อว่าเกิดจาก Blunted GH secretion, พบว่ามีการเพิ่มขึ้นของ nocturnal arousal, REM sleep, Nocturnal Awakening และ Core body temperature ในระหว่างการนอนหลับ และพบว่ามีการเพิ่ม REM latency และ Total sleep time ลดลงในผู้ป่วยซึมเศร่า โดยพบว่ารูปแบบการนอนหลับที่ผิดปกติที่เกิดขึ้นนี้ มักจะไม่ค่อยตอบสนองต่อ psychotherapy และมีโอกาสเกิดเป็นซ้ำได้สูงหลังการรักษา แต่พบว่าจะตอบสนองต่อ pharmacotherapy ได้ดีกว่า

2.2.1.4 การเปลี่ยนแปลงของระบบภูมิคุ้มกันโรค มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าและภาวะ hypercortisolism โดยพบมีการลดลงของ Lymphocyte proliferation (in respond to mitogens) และ Cellular immunity เช่น IL-1, CRF เป็นต้น

2.2.1.5 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและการทำงานของสมอง จากทฤษฎีในปัจจุบันพบว่า สมองมนุษย์มีส่วนที่ทำงานเกี่ยวกับเรื่องอารมณ์หลายส่วนด้วยกัน แต่มีเพียง 4 Areas เท่านั้นที่ทำหน้าที่เป็นหลักเกี่ยวกับการควบคุมอารมณ์ ได้แก่ Prefrontal cortex (PFC), Anterior cingulated gyrus, Hippocampus และ Amygdala โดยหลายๆ การวิจัยชี้ให้เห็นถึงหลักฐานในการบอกความเปลี่ยนแปลงทั้งทางโครงสร้าง และการทำงานของสมอง ได้แก่ มีการพบ Abnormal Hyper-intensity Lesions ในบริเวณ Subcortical area โดยเฉพาะที่ Periventricular regions, Basal ganglia และ Thalamus, มี Ventricular enlargement และ Cortical atrophy ร่วมกับ Sulcal widening, พบมีการลดลงของขนาด Hippocampus และ Caudate nucleus, พบมี Diffused and focal areas of atrophy ซึ่งสัมพันธ์กับ severity of illness, bipolarity และ

hypercortisolism นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยซึมเศร้ายังมีการทำงานของสมองหลายส่วนที่เปลี่ยนไป เช่น มีการลดลงของ Metabolism ในบริเวณ anterior brain (กระทบกับสมองซีกซ้ายมากกว่าซีกขวา) มีการเพิ่มขึ้นของ non-dominant hemisphere activity และพบว่าผู้ป่วยจะมี Reversal of hypofrontality เกิดขึ้นภายหลังจากการเปลี่ยนจากภาวะซึมเศร้าเป็น hypomania พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีการทำงานของสมองซีกซ้ายที่น้อยลง รวมถึงมีการลดลงของ cerebral blood flow และ metabolism ใน DA tracts โดยเฉพาะใน Mesocortical และ Mesolimbic systems อีกด้วย และยังมี Glucose metabolism ใน limbic systems ที่เพิ่มขึ้นด้วย

2.2.1.6 ทางด้านพันธุกรรม มีหลักฐานหลายอย่างชี้ให้เห็นถึงความสำคัญ ของพันธุกรรมที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ทั้งใน Family studies และ Adoption studies ที่ บ่งว่าครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่เป็นโรคอารมณ์ผิดปกติ มีโอกาสที่ลูกจะเป็นโรคด้วย 10-25% และยังมี สมาชิกในครอบครัวเป็น mood disorder มากเท่าไร หรือยิ่งโรคมีความรุนแรงมากเท่าไร เด็กที่เกิด มากก็มีโอกาสเป็นโรคมามากขึ้นเท่านั้น และพบว่าทั้ง MDD และ Bipolar disorders มีความสัมพันธ์กัน ในทางพันธุกรรมและสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ (แม้ว่า Bipolar disorders จะถ่ายทอดทาง พันธุกรรมได้มากกว่า Depression ก็ตาม โดยอัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้น 3 เท่าใน Bipolar disorders และเพิ่มขึ้น 2 เท่าใน MDD) และจาก Twins studies พบว่าโรคในกลุ่ม mood disorders มี Concordant rate ใน Monozygotic twins สูงถึง 70-90% และใน Dizygotic twins เท่ากับ 16-35% และการศึกษา Linkage studies พบว่า Mood disorders จัดเป็น “Genetically linked” disorders และมี gene-environment interaction โดยพบว่า Depression มี linkage กับ The locus for CREB-1 on chromosome 2 และ serotonin transporter gene

2.2.2. ปัจจัยด้านจิตและสังคม

นอกจากปัจจัยด้านชีวภาพแล้ว พบว่าปัจจัยด้านจิตและสังคมก็มีส่วนสำคัญในการ ก่อให้เกิดโรคซึมเศร้าเช่นกัน กล่าวคือ Life events และ Environmental stresses มีส่วนทำให้เกิด โรคซึมเศร้าได้ในรายที่มีความเปราะบางทางชีวภาพอยู่แล้ว โดยมักจะสัมพันธ์กับ first episode มากกว่า subsequent episodes เนื่องจากเชื่อว่า Stress ที่เกิดขึ้นส่งผลให้มี long-lasting changes ใน brain's biology ซึ่งทำให้มีความเสี่ยงที่สูงขึ้นที่จะเกิด subsequent episodes ตามมา แม้ว่าจะไม่มี external stressor ปรากฏให้เห็นชัดเจนก็ตามพบว่าความหมายของ stressor ที่เกิดขึ้นในมุมมองของผู้ป่วย มีความสำคัญอย่างมากในการเกิดโรคซึมเศร้าตามมา โดย Meaning of the stressors ที่กระทบต่อ self-esteem จะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย และพบว่าเหตุการณ์ ในชีวิตที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้ามากที่สุดคือ การสูญเสียพ่อหรือแม่ไปที่อายุก่อน 11 ปี และ เหตุการณ์ความเครียดที่ส่งผลมากที่สุดได้แก่ การสูญเสียคู่สมรส บุคลิกภาพเดิม เป็นปัจจัยหนึ่งซึ่ง สำคัญต่อการเกิดโรคซึมเศร้าด้วย โดยพบว่ามีบุคลิกภาพบางอย่างที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรค

ซึมเศร้า เช่น Obsessive-Compulsive personality, Borderline personality, Histrionic personality, Antisocial personality และ Paranoid personality นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่เป็น Dysthymic disorder มีความเสี่ยงสูงกว่าบุคคลทั่วไป ในการเกิดโรคซึมเศร้าในเวลาต่อมา

2.3 การประเมินภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนพบว่าการสร้างและใช้เครื่องมือในการประเมินภาวะซึมเศร้าค่อนข้างหลากหลาย ดังต่อไปนี้

2.3.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depressive Inventory, BDI) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค สร้างขึ้นครั้งแรกในปี 1961 เพื่อประเมินอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ แบบประเมินประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางด้านจิตใจ 15 ข้อ และ อาการทางด้านร่างกาย 6 ข้อ เป็นเครื่องมือที่มีความคงที่ในแต่ละข้อและมีความน่าเชื่อถือสูง และมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้า ทำให้มีผู้นำมาใช้ในการพัฒนางานบริการ และงานวิจัยมาก สามารถคัดกรองภาวะซึมเศร้าและประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ใช้ในประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยอายุรกรรม และมีประโยชน์มากในผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 ได้มีการแปลเป็นภาษาไทยโดย โสรณี โทรสุม (2540) เรียกว่า Thai version of the Beck depression inventory (BDI) ต่อมาได้มีการปรับปรุงแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบคใหม่ในปี 1987 เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าฉบับที่สอง (Beck Depression Inventory [BDI-II]) ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าเพื่อคัดกรองและวินิจฉัยโรคตามการวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา(DSM-IV-TR) คุณภาพเครื่องมือมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 แต่ยังไม่มีการนำมาใช้ในประเทศไทย

2.3.2 แบบวัดภาวะซึมเศร้า The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D Scale) ที่พัฒนาโดย Radloff และคณะ (1977) เพื่อประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เช่น กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ประชาชนทั่วไป ที่ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ โดยแบ่งการให้คะแนนเป็น 4 ระดับ แต่ละข้อมีค่าคะแนน 0-3 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-60 แปลเป็นไทยโดย ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) นำมาศึกษาและปรับปรุงโดย วิไล คุปต์นิรัตศัยกุล และ พนม เกตุมาน (2544) ประกอบด้วยข้อความ 20 ข้อ ถามภาวะซึมเศร้าใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

2.3.3 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) แบบคัดกรอง 2 คำถามนี้มีความไวอยู่ในเกณฑ์ดีเยี่ยม การใช้แบบคัดกรองนี้จะทำให้ค้นพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยง

2.3.4 แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ธรณินทร์ กองสุข และคณะ (2549) ได้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการของโรคซึมเศร้าที่ตรงกับบริบทของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยจุดตัดคะแนน ที่ 7 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีภาวะซึมเศร้า เป็นแบบประเมินแบบ 9 คำถาม มีความแม่นยำในการวัดการเปลี่ยนแปลงของโรคซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง ใช้เวลาน้อย มีจำนวนข้อไม่มาก เหมาะสำหรับในการประเมินอาการของโรค เมื่อเทียบกับเครื่องมือมาตรฐานระดับสากล โดยพบว่ามีความ Cronbach's Coefficient Alpha เท่ากับ 0.82 มีความเที่ยงในระดับดีมาก และมีความจำเพาะค่อนข้างสูง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการวิจัยที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน ที่พบมีการใช้ คือ The Center for Epidemiologic Studies –Depression scale (CES-D) เช่น การศึกษาวิจัยของ สิตานันท์ พูนผลทรัพย์ (2548) เรื่อง ภาวะซึมเศร้ากับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า The Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D) โดยศึกษาจากตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งหมด 210 คน พบว่าประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ป่วย (ร้อยละ 25.2) มีภาวะซึมเศร้า ในการศึกษาของ รสมาลิน ชาบรรทมและพรรณทิภา ศักดิ์ทอง (2552) ซึ่งใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า The Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D) เช่นกันในการศึกษาผลของภาวะซึมเศร้าต่อความร่วมมือในการใช้ยาและการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 303 ราย มีค่า Cronbach's Coefficient Alpha เท่ากับ 0.9 และในการศึกษาของประอรทิพย์ สุทธิสาร (2550) ที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและบริบทชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองคาย ซึ่งใช้แบบวัด ภาวะซึมเศร้า The Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D) เช่นกัน ซึ่งได้ค่า Cronbach's Coefficient Alpha เท่ากับ 0.92 โดยมีความไวและความจำเพาะต่อภาวะซึมเศร้าที่สูง คือ ร้อยละ 93.3 และ 94.2 ตามลำดับ ส่วนการศึกษาในต่างประเทศจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบโดย Park ,Katon ,and Wolf (2013) พบว่าเครื่องมือที่ใช้วัดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ค่อนข้างมากคือ CES-D และ PHQ-9 และในการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อศึกษาความเหมาะสมของการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานโดย Holt and van der Feltz-Cornelis (2012) พบว่าแบบวัดภาวะซึมเศร้า CES-D มีความไวที่ร้อยละ 60-100 ความจำเพาะ ร้อยละ 86.7 และค่า Cronbach's Coefficient Alpha เท่ากับ 0.80

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D Scale) ที่พัฒนาโดย Radloff และคณะ (1977) แปลเป็นไทยโดย ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) นำมาศึกษาและปรับปรุงโดยวิไล

คุปต์นิรัตศัยกุล และ พนม เกตุมาน (2544) เนื่องจากเป็นการประเมินเพื่อคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า โดยเครื่องมือนี้สะดวกที่จะนำไปใช้ ประหยัดเวลาต่อการแปลผล และมีความแม่นยำสูง ดังเช่นในการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาภาวะซึมเศร้าพบว่าแบบประเมินที่ถูกเลือกใช้ส่วนใหญ่ คือ CES-D Scale เพราะเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดภาวะซึมเศร้ากับกลุ่มตัวอย่างจำนวนมาก สามารถตอบได้ด้วยตนเองเข้าใจง่าย และมีข้อคำถามไม่มากนัก (สุธานันท์ ชุมแจ่ม, โสภณิ แสงอ่อน และ ทศนา ทวีคุณ, 2554)

2.4 ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ความสัมพันธ์ระหว่างโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับ ภาวะซึมเศร้า

การเกิดภาวะซึมเศร้าและโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นภาวะที่เกิดร่วมกันที่พบได้บ่อย ซึ่งมีสมมติฐานการเกิด ดังนี้ หนึ่งคือ ผลจากสิ่งแวดล้อมและพันธุกรรมที่ทำให้เกิดทั้งสองภาวะ สอง คือ จากผลของโดปามีนในร่างกายที่เชื่อมโยงกับภาวะอ้วน และภาวะย่ำคิดย่ำทำ สาม คือ ภาวะซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องทางอ้อมกับการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพราะผลจากพฤติกรรม เช่น การรับประทานอาหารที่เปลี่ยนไป น้ำหนักที่เพิ่มขึ้น การไม่มีกิจกรรมทางกาย และการสูบบุหรี่สี่คือสมมติฐานที่กล่าวภาวะซึมเศร้าและความเครียดเรื้อรังเป็นผลร่วมกันที่กระตุ้นการทำงานของ hypothalamic – pituitary-adrenal system ซึ่งไปเพิ่มระดับ cortisol และ catecholamine ซึ่งสมมติฐานนี้ได้รับความสนใจพอๆกับความสัมพันธ์กับเนื้อเยื่อไขมันส่วนกลางที่มีการสะสมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบเช่น high-sensitivity C-reactive protein (hs-CRP) และ Interleukin-6 ที่เป็นสาเหตุให้เกิดการต้านอินซูลินและเป็นตัวที่จะไปเพิ่มภาวะซึมเศร้าและอาการผิดปกติที่เกี่ยวข้อง และ ทำ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจะไปกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำ จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดขนาดเล็ก และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะแสดงอาการซึมเศร้าและหรือเพิ่มความอ่อนแอต่อภาวะซึมเศร้า (Ismali, 2009) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Stuart and Baune (2012) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับเบาหวานชนิดที่สอง พบความสัมพันธ์แบบสองทางของภาวะซึมเศร้ากับเบาหวาน ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลง ทางชีววิทยาที่อธิบายผ่านกระบวนการอักเสบของร่างกาย การเพิ่มขึ้นของการสร้างสารสื่อกลางของปฏิกิริยาก่อนอักเสบ และสารนี้ผ่านเส้นเลือดสมองเข้าสู่ระบบไฮลเวียน มีปฏิกิริยากับความไวของอินซูลินทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้น้อยลง และทำให้หน้าที่ของเบต้าเซลล์ในตับอ่อนเสียไป ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงตามมา ในส่วนของโรคเบาหวานมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้านั้น ใช้การอธิบายผ่านกระบวนการอักเสบเช่นเดียวกันที่เมื่อผู้เป็นเบาหวานหรือมีภาวะโรคอ้วน การมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง และการมีระดับอินซูลินในเลือดสูง เกี่ยวข้องกับกระบวนการก่อการอักเสบในทุกเนื้อเยื่อ ซึ่งทำให้เกิดผลต่อการสร้างสารสื่อประสาทที่ทำให้เกิดการ

กระตุ้นนำไปสู่อาการซึมเศร้า ดังนั้นจะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานมีปัจจัยการเกิดที่เกี่ยวข้องทั้งทางชีวภาพและปัจจัยทางด้านพฤติกรรมและจิตสังคม

จากรายงานการศึกษาในต่างประเทศพบความชุกของภาวะซึมเศร้าร่วมกับเบาหวานตั้งแต่ 3.8-60 % ในไทยพบระหว่าง 14-28 % และพบว่าผู้เป็นเบาหวานเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า 1.24- 2 เท่า การเป็นโรคเบาหวานเพิ่มความเสี่ยง 1.15 เท่าหรือ 24 % ในการเกิดภาวะซึมเศร้ารายใหม่เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน ภาวะซึมเศร้ามีผลทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกที่เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดและเพิ่มอัตราการตาย ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไม่ดี ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานได้แก่ เพศหญิง การมีโรคร่วมเรื้อรังอื่นๆ หรือการมีโรคแทรกจากโรคเบาหวาน การมีเศรษฐกิจไม่ดี มีประวัติการเคยป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามาก่อน มีประวัติการสูญเสีย มีประวัติการถูกทารุณกรรมหรือกระทำชำเราในวัยเด็ก มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีประวัติครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า (สารัช สุนทรโยธิน และปริญญ์ บุรณะทรัพย์ขจร, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานในต่างประเทศ Egede and Ellis (2010) ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างเบาหวานและภาวะซึมเศร้า โดยใช้ฐานข้อมูลจาก Medline ในระหว่างปี1966-2009 โดยทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างเบาหวานและภาวะซึมเศร้า พบว่ามีภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 17.6 % มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน ที่พบ 9.8% และยังพบว่าผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานเพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้า 3.7 เท่า ในการศึกษาแบบติดตามระยะยาวของ Hsu et al. (2012) พบว่า อุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานเป็น 1.8 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน จากการติดตามระยะ 6.5 ปี ส่วนในการศึกษาของ Roy and Lloyd (2012) ที่ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับระดับความชุกของภาวะซึมเศร้าและโรคเบาหวานพบรายงานความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบความชุกอยู่ระหว่าง 6.5-33 % ซึ่งมีความชุกเป็นสองเท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน

2.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

จากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามดังต่อไปนี้

2.5.1 เพศ เป็นคุณลักษณะที่สังคมกำหนดว่าเพศหญิงควรเป็นอย่างไร เพศชายควรเป็นอย่างไร จากแนวคิดที่อธิบายถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงพบว่ามีหลายแนวคิด

ซึ่งต่างก็มีจุดเน้นเฉพาะแต่ส่วนใหญ่ล้วนกล่าวถึงความเกี่ยวข้องกับความรู้สึกด้อยค่าทั้งสิ้น ซึ่งทุกแนวคิดให้ความสำคัญกับมิติทางวัฒนธรรมที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในเพศหญิง และพบว่าเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย อาจเนื่องมาจากค่านิยม ความคาดหวัง การเลี้ยงดู บทบาททางสังคม การขาดพลังอำนาจ ขาดโอกาส รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า และเมื่อมีความยุ่งยากในชีวิตเกิดขึ้น ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ จึงนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในที่สุด (ธรรณิทร์ กองสุข, 2550) ในต่างประเทศ Pouwer et al. (2010) พบว่าเพศหญิงมีสัดส่วนการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย 1.7 เท่า ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และจากการศึกษาแบบภาคตัดขวางในไต้หวันของ Chan et al. (2012) ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานในเพศหญิงพบ 60.1 % มากกว่าเพศชาย และยังพบว่าในผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงมีสัดส่วนของการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชายถึง 1.9 เท่า (Al-Amer et al., 2011) และจากการศึกษาของ พิรุณี สัพโส (2553) พบว่าในเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชายถึงสองเท่า

2.5.2 สถานภาพสมรส สถานภาพความผูกพันระหว่างชายหญิง ในการเป็นสามีภรรยาในปัจจุบัน ซึ่งเป็นรูปแบบการใช้ชีวิตของบุคคลและการอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัว แบ่งเป็นประเภท คือ คู่ โสด หม้าย หย่า และแยกกันอยู่ ในต่างประเทศ Pouwer et al. (2010) พบว่าผู้ที่มีสถานภาพโสดมีแนวโน้มที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การศึกษาของ Chan et al. (2012) พบว่าผู้ที่มีสถานภาพไม่มีคู่อุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Egede , Grubaugh and Ellis (2010) ที่พบว่าผู้ที่มีสถานภาพไม่มีคู่อุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่มีคู่ ส่วนการศึกษาในประเทศไทยของ ธิติพันธ์ ธาณิรัตน์ (2551) พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีสถานภาพสมรสคู่อุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มสถานภาพไม่มีคู่อุบัติการณ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประอรรถิพย์ สุทธิสาร (2550) ที่พบว่า การพลัดพราก แยกจาก การสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รัก เช่น คู่สมรสเสียชีวิต ปัญหาการแยก การหย่าร้าง ปัญหา ลูกหลานแยกครอบครัว หรือไปทำงานและศึกษาต่างถิ่น เป็นต้น พบว่าผู้ป่วยจะความรู้สึกเหงา อ้างว้างทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ รู้สึกสิ้นหวังจนไม่คาดหวังอะไรในอนาคต ไม่สนุกสนาน ไม่ได้คิดว่าตนเองมีความดีทัดเทียมคนอื่น ความภาคภูมิใจและคุณค่าในตนเองลดลง

2.5.3 รายได้ เป็นปัจจัยที่บอกถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม การที่ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถทำงานได้หรือไม่สามารถทำหน้าที่ในการหารายได้ส่งผลให้เกิดปัญหาทางจิต อารมณ์ตามมา จากการศึกษาของ ประอรรถิพย์ สุทธิสาร (2550) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีรายได้น้อยหรือไม่มีงานทำ ซึ่งการพึ่งพารายได้จากคู่สมรส หรือบุตรหลาน เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายทั้งในเรื่องค่าครองชีพประจำวันและค่ารักษาพยาบาล พบว่าผู้ป่วยบางคนที่มีรายได้น้อยเพียงพอกับค่าใช้จ่ายจะมีความวิตกกังวลมาก เพราะหาเงินเองไม่ได้ต้องพึ่งจากคนอื่น จะขอหรือหยิบยืมก็ทำให้ลำบากใจมากยิ่งขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ ธิติพันธ์ ธาณิรัตน์ (2551) ที่พบว่ากลุ่มที่มี

รายได้ต่ำกว่า 15,000 บาทต่อเดือน มีค่าคะแนนภาวะซีมเศร้าสูงกว่า และในการศึกษาของต่างประเทศก็เช่นกัน พบว่าปัจจัยทางด้านรายได้ กลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่ามีความชุกของภาวะซีมเศร้ามากกว่า (Egede, Grubaugh and Ellis ,2010)

2.5.4 ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C)

2.5.4.1 ความหมาย

อภิชาติ วิชญาณรัตน์ (2548) ให้ความหมายของฮีโมโกลบินเอวันซี คือ ฮีโมโกลบินทุกโมเลกุลที่มีส่วนประกอบของน้ำตาลกลูโคสติดอยู่ที่ตำแหน่งของกรดอะมิโนไลซีน (lysine) และวาเลีน (valine) ที่อยู่ในสาย แอลฟาและเบต้า ปริมาณของฮีโมโกลบินเอวันซี จะขึ้นอยู่กับระดับของน้ำตาลในกระแสเลือดเกิดขึ้นโดยปฏิกิริยาระหว่างกลูโคสกับกลุ่มอะมิโนของสายฮีโมโกลบิน ที่มีอาศัยเอนไซม์ ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างช้าๆในช่วงชีวิต 120 วัน ของเม็ดเลือดแดง

สันต์ ใจยอดศิลป์ (2553) ให้ความหมายว่า Hemoglobin คือ ส่วนประกอบของเม็ดเลือดที่ทำหน้าที่พาออกซิเจน เมื่อฮีโมโกลบินได้สัมผัสกับน้ำตาลในเลือดนานเข้า จะเกิดปฏิกิริยา glycation กลายเป็น glycated hemoglobin หรือ hemoglobin A1C หรือ HbA1C ยังมีน้ำตาลในเลือดมาก ยังมีระดับของ HbA1C มาก และเนื่องจากเม็ดเลือดมีอายุเฉลี่ยประมาณ 120 วัน ค่า ร้อยละของ HbA1C จึงสะท้อนถึงค่าเฉลี่ยของน้ำตาลในเลือดตลอดช่วงประมาณ 4 - 12 สัปดาห์ที่ผ่านมาได้ค่อนข้างดี

กรรณิกา สายแดง (2554) ให้ความหมายว่า ค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) หมายถึง ดัชนีบอกถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ผ่านมา เป็นการตรวจฮีโมโกลบินที่เกิดจากการรวมตัวของฮีโมโกลบินและกลูโคส เม็ดเลือดแดงตัวแก่จะมีระดับ HbA1C มากกว่าเม็ดเลือดแดงตัวอ่อน การตรวจระดับ HbA1C จึงเหมาะสำหรับผู้ป่วยเบาหวานเนื่องจากค่า HbA1C จะไม่เปลี่ยนแปลงไปโดยการกินอาหาร การกินยา และการออกกำลังกายในวันที่เจาะเลือด ค่าเฉลี่ยในคนปกติประมาณร้อยละ 4-6 ส่วนผู้ป่วยเบาหวานค่าเฉลี่ยไม่ควรเกินร้อยละ 7

การเทียบค่าHbA1กับระดับน้ำตาลในเลือด

ทั้งสมาคมเบาหวานอเมริกัน (ADA), ภาควิชาเบาหวานนานาชาติ (IDF) และวิทยาลัยแพทยโรคต่อมไร้ท่ออเมริกา (ACE) ได้ตกลงกันใช้สูตรแปลงค่า HbA1C ไปเป็นค่าเฉลี่ยของน้ำตาล (estimated average glucose) ในหน่วยมิลลิโมลของสหพันธ์เคมีคลินิกนานาชาติ (IFFC)และหน่วยเมตรกร่วมกัน ได้มีผู้ ปรับสูตรให้ง่ายต่อการคำนวณ ดังนี้

$$\text{ค่าเฉลี่ยน้ำตาลเป็น mg/dl} = 28.7 \times \text{HbA1C} - 46.7$$

$$\text{ค่าเฉลี่ยน้ำตาลเป็น mmol/l} = 1.59 \times \text{HbA1C} - 2.59$$

โดยในการวิจัยนี้ใช้ค่า HbA1C ตรวจสอบติดตามการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยใช้เกณฑ์ตาม American Diabetes Association (ADA) guidelines ดังนี้

Good Controlled น้อยกว่า 7.0 %

Poor controlled ตั้งแต่ 7.0 % ขึ้นไป

2.5.4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับ HbA1C กับภาวะซิมเซร่า

การศึกษาที่ศึกษาความสัมพันธ์ของระดับ HbA1C กับภาวะซิมเซร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างค่า HbA1C ที่เพิ่มขึ้นกับประวัติการมีภาวะซิมเซร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 (Gendelman et al.2009 cited in Roy and Lloyd,2012) และในการศึกษาภาคตัดขวางที่ศึกษาในผู้ป่วยนอกทั้งเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 โดย Pouwer et al.(2010) พบว่า ภาวะซิมเซร่ามีผลกระทบต่อ การควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 แต่ไม่มีในเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วน Siddiqui (2013) ได้พบทวนการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับภาวะซิมเซร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลจากการศึกษาพบว่า ระดับของน้ำตาลในเลือดมีผลในการควบคุมอารมณ์ โดยเฉพาะถ้าระดับน้ำตาลในเลือดสูง หรือสูงระดับรุนแรงสามารถกระตุ้นอารมณ์ในด้านลบของผู้ป่วยเบาหวาน และจากรายงานการศึกษาในทางคลินิก พบรายงานที่บ่งชี้ว่าภาวะซิมเซร่ามีความเกี่ยวข้องกับระดับน้ำตาลสูงในเลือด ผู้ที่มีภาวะซิมเซร่าควบคุมน้ำตาลได้ไม่ดีเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มีปัญหาทางด้านอารมณ์ ซึ่งสอดคล้องกับ Kivimaki et al.(2009) ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างระดับน้ำตาลในเลือดกับคะแนนภาวะซิมเซร่าที่เปลี่ยนแปลงพบว่าระดับ HbA1C ที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับคะแนนภาวะซิมเซร่าที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ Holt et al. (2009) รายงานว่าค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารที่สูง ,ความเข้มข้นของระดับน้ำตาล 2 ชั่วโมงหลังอาหาร และระดับการต้านอินซูลิน มีความสัมพันธ์กับค่าคะแนนภาวะซิมเซร่าที่สูงในการศึกษาแบบตัดขวาง

2.5.5 ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน

2.5.5.1 ความหมาย

ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประวัติการรักษาโรคเบาหวานที่บันทึกในเวชระเบียน หรือจากการซักประวัติของแพทย์ที่ระบุว่าผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่เมื่อ ปี พ.ศ. ไต โดยการระบุเป็นจำนวนเดือน หรือ ปีเต็มที่ได้รับการวินิจฉัย (ราม รั้งสินธุ์ และคณะ ,2555)

ระยะเวลาของการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยหนึ่งที่อยู่ในส่วนของรูปแบบอาการแสดงผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมักจะมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ในผู้ป่วยเรื้อรังความ

รุนแรงและระยะเวลาจึงเป็นประเด็นหลักในการพิจารณา (Mishel,1999:275 อ้างถึงใน สุมาพร บรรณสาร, 2545)

โดยสรุป ระยะเวลาในการป่วย หมายถึง จำนวนวัน เดือน ปี ที่นับเริ่มจากที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีการเจ็บป่วยด้วยโรคนั้นๆ โดยเฉพาะในโรคเบาหวานเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการนับระยะเวลาการเจ็บป่วยในผู้ป่วยเบาหวานมีลักษณะการนับเป็นจำนวนปีเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนับระยะเวลาการเจ็บป่วยในการวิจัยครั้งนี้เป็นจำนวนปี โดยนับจากระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งมีบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วยจนกระทั่งถึงวันที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล สำหรับผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 6 เดือน ขึ้นไปจะนับเป็น 1 ปี

2.5.5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานกับภาวะซึมเศร้า

Bruce et al. (2005) ได้ศึกษาติดตามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและสาเหตุการเสียชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้ามีระยะเวลาการป่วยด้วยเบาหวานเฉลี่ยนานกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ในทางตรงข้าม Katon ,Russo et al. (2009) พบว่าระยะเวลาการป่วยด้วยเบาหวานในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ามักกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tsai et al. (2008) ที่พบว่าปัจจัยด้านระยะเวลาการป่วยด้วยเบาหวานไม่มีความแตกต่างกันในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้ามักกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า เช่นเดียวกับการศึกษาของ Al-Amer et al. (2011) ส่วนการศึกษาในประเทศไทย ธิติพันธ์ ธาณรัตน์ (2551) พบว่าระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานระยะเวลาที่ใช้ยารักษาโรคเบาหวานทั้งหมด เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับคะแนน Depressive scores ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิรุณีสัปโส (2553) ที่พบว่าปัจจัยด้านระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในการศึกษาของประอรทิพย์ สุทธิสาร (2550) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการเจ็บป่วยเท่ากับ 7 ปี

2.5.6 ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน

2.5.6.1 ความหมาย

จากการทบทวนวรรณกรรมมีการให้ความหมายของภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวานตามการวินิจฉัย ดังนี้

ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน หมายถึง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ป่วยเบาหวาน เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นเกิดกับระบบทางตา ไต ระบบประสาทหัวใจและหลอดเลือด

เลือดเป็นโดยตรงจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง เกิดขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงที่ microvascular และ macrovascular ซึ่งได้แก่ ภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) โรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคอัมพาตจากหลอดเลือดสมองตีบ ภาวะ Diabetic retinopathy ,Diabetic Nephropathy, Diabetic neuropathy และ Diabetic foot (รวม รังสินธุ์,2555)

ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เป็นปัญหาที่ค่อยเป็นค่อยไป และเกิดขึ้นกับอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย คือ หากมีโรคนาน หรือควบคุมโรคไม่ดีก็จะมีโรคแทรกซ้อนเหล่านี้เกิดขึ้น แบ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนตามตำแหน่งอวัยวะ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือดขนาดใหญ่ เช่น โรคหลอดเลือดตีบแข็ง โรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ ส่วนภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดขนาดเล็ก เช่น การเสื่อมของจอตาจากโรคเบาหวาน (Diabetic retinopathy) การเสื่อมของหน่วยไตจากโรคเบาหวาน (Diabetic nephropathy) การเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทมือการชาหรือปวดร่วมด้วย (Diabetic neuropathy) เป็นแผลที่เท้า (Diabetic foot ulcer) และการติดเชื้อ (Infection) ในทุกระบบ (กรรณิกา สายแดง, 2554)

โดยสรุป ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง หมายถึง ความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้กับอวัยวะทุกส่วนของร่างกายจากโรคเบาหวาน มีสาเหตุจากการเจ็บป่วยที่นาน การควบคุมโรคไม่ดี โดยแบ่งเป็น สองกลุ่มใหญ่ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับระบบหัวใจและหลอดเลือดขนาดใหญ่ และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับหลอดเลือดขนาดเล็ก ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้ผลการวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนจากแพทย์ที่มีการบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วยโดยในผู้ป่วยแต่ละรายอาจตรวจพบภาวะแทรกซ้อนมากกว่า 1 ภาวะ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.5.6.2 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังกับภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนพบว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังเป็นผลที่เกิดกับหลอดเลือดขนาดเล็กและขนาดใหญ่ เป็นภาวะที่เกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งผลจากการที่เกิดกับหลอดเลือดทำให้เกิดพยาธิสภาพได้ในทุกอวัยวะของร่างกาย โดยเฉพาะสมองและระบบประสาทที่มีผลโดยตรงต่อการสร้างสารสื่อประสาทลดลงซึ่งส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า การศึกษาของ Katon et al. (2009) ที่พบว่าจำนวนของภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานเป็นปัจจัยทำนายที่มีอำนาจการทำนายต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงจากการศึกษาติดตามในระยะ 5 ปี Pouwer et al. (2010) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ Neuropathy มีคะแนนภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะ Neuropathy และจากรายงานการศึกษาติดตามในระยะ 5 ปีของ Lin et al. (2010) พบว่าภาวะซึมเศร้ารุนแรงมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดใหญ่ถึง 25% และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็ก ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนในประเทศไทยจากการศึกษาของ อิติพันธ์ ธาณินทร์ (2551) พบว่าการมีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง

จากโรคเบาหวาน คือ Diabetic Nephropathy และ Diabetic Foot มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.5.7 การสนับสนุนทางสังคม

2.5.7.1 ความหมาย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม ดังต่อไปนี้

Cobb (1976) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ว่าคุณค่าของคนให้กำลังใจ การได้รับความรัก การยอมรับจากสังคม ทำให้ตนเองเกิดการรับรู้ รู้สึกมีคุณค่า มีการรับรู้ว่าคุณค่าตัวเองคือส่วนหนึ่งของสังคม โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการยอมรับและมีคุณค่า การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Jacobson (1986) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลซึ่งเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านวัตถุ และได้รับความรู้ความเข้าใจ ทำให้บุคคลนั้นมีกำลังใจในการจัดการปัญหา และการรับรู้ว่าคุณค่า โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านารู้คิดการสนับสนุนด้านวัตถุ

Schaefer et al. (1981) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งประคับประคองทางจิตใจของบุคคลในสังคมเมื่อบุคคลนั้นต้องเผชิญกับความเครียดในชีวิต

Pender (2000) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นโดยได้รับจากกลุ่มบุคคลในระบบสังคมนั้น เป็นผู้ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจอารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลนั้นสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

โดยสรุป การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนจากสังคม ไม่ว่าจะเป็นด้านอารมณ์ การประเมิน ข้อมูล ข่าวสาร สิ่งของและบริการ ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคง ได้รับการยอมรับและเอาใจใส่ ทำให้สามารถเผชิญกับปัญหา ความเจ็บป่วย และความเครียดที่เกิดขึ้นได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น

2.5.7.2 เครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคม

Dean และ Lin (1977) ได้รวบรวมเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นที่รู้จักและยอมรับทั้งด้านความตรงและความเที่ยง ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (รุ่งทิพย์ เบ้าตุ่น, 2546 อ้างถึงใน สุจิตราภรณ์ พิมพโพธิ์, 2554)

1. Social Support Questionnaire (SSQ) ได้รับการพัฒนาและทดสอบโดย Sarason และคณะ ในปี ค.ศ. 1983 ใช้วัดจำนวนของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ และความพึงพอใจในการสนับสนุนทางสังคมที่มีหรือหามาได้ ซึ่งประกอบด้วยความสัมพันธ์ส่วนบุคคล การปรับตัวหรือการจัดการ และการเปลี่ยนแปลงของชีวิต มี 27 ข้อคำถาม แต่ละข้อคำถามจะประกอบด้วยบุคคลที่สามารถพึ่งพา และความพึงพอใจในการสนับสนุนที่ได้รับ โดยคำตอบจะเป็นมีหรือไม่มี และถ้าตอบว่ามีจะต้องประเมินความพึงพอใจในการสนับสนุนที่ได้รับ เป็นมาตราส่วนประมาณค่าจาก 1 คะแนน หมายถึง พึ่งพอใจมาก ถึง 6 คะแนน หมายถึง ไม่พึงพอใจมากทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาได้ .94 และการวัดซ้ำห่างกัน 4 สัปดาห์ได้ค่าอัลฟา .48-.72 และมีค่าความคงที่ภายในสูง

2. Inventory of Socially Supportive Behaviors (ISSB) พัฒนาโดย Barrera และคณะ ในปี ค.ศ. 1981 เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความถี่ของการได้รับการสนับสนุนจากผู้ที่มีความผูกพันการตามธรรมชาติ เช่น บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อแม่ ลูก และครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ผู้รู้จักคุ้นเคย มี 40 ข้อคำถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ในการประเมินความถี่ในเหตุการณ์ระหว่าง 1 เดือน ที่ผ่านมา จาก 1 คะแนน หมายถึง ไม่ได้รับ ไปจนถึง 5 คะแนน หมายถึง ได้รับทุกวัน ทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าความคงที่ภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา 0.93 และ 0.94 และการวัดซ้ำได้ค่าอัลฟา 0.88 และคะแนน ISSB มีความสัมพันธ์กับขนาดของเครือข่ายและการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว

3. Social Support Questionnaire พัฒนาโดย Schaefer และคณะ ในปี ค.ศ. 1981 มี 2 ส่วน คือ 1) สถานการณ์ 9 สถานการณ์เพื่อการวัดการสนับสนุนด้านวัตถุ 2) จำนวนเครือข่ายที่เฉพาะ เช่น คู่สมรส เพื่อน ความสัมพันธ์ในโรงเรียนหรือที่ทำงาน โดยมี 1 คำถามที่ถามเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และอีก 4 คำถาม เกี่ยวกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ผ่านการหาค่าความเที่ยงโดยการวัดซ้ำห่างกันที่ระยะมากกว่า 9 เดือน ได้ ค่าอัลฟาของการสนับสนุนด้านวัตถุ 0.56 การสนับสนุนด้านอารมณ์ 0.68 หาค่าความคงที่ภายในของการสนับสนุนด้านอารมณ์ และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารได้ค่าอัลฟา 0.81 และการสนับสนุนด้านวัตถุได้ 0.31

4. The ENCRICH Social Support Questionnaire ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย จันทนา หล่อตจะกุล (2549) มีข้อคำถาม 7 ข้อ ข้อคำถามที่ 1-6 มีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่มีเลย มีบ้างเล็กน้อย บางครั้ง เกือบตลอดเวลา และตลอดเวลาผู้ป่วยจะถูกสอบถามความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในช่วง 1 เดือนโดยคะแนนเฉลี่ยน้อย แปลว่ามีการสนับสนุนทางสังคมน้อย คะแนนเฉลี่ยมาก แปลว่า มีการสนับสนุนทางสังคมมากทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าความคงที่ภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา 0.83 และการวัดซ้ำได้ค่าอัลฟา 0.81

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของเอ็นริช (The ENCRICH Social Support Questionnaire) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่มีค่าความเที่ยงสูง จากการทบทวนพบว่าเคยมีการใช้ประเมินในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ ซึ่งเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังเช่นเดียวกับโรคเบาหวาน

2.5.7.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า

การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยความรักใคร่ผูกพันกัน ความช่วยเหลือเรื่องข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนให้ความมั่นใจในควมมีคุณค่าหรือความสามารถในบทบาทการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และโอกาสในการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน การที่ผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ (Cobb, 1967) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่าผู้ที่ไม่ใช่ภาวะซึมเศร้า (Egede ,et al , 2010) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nau , Aikens and Pacholski (2007) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ทั้งในเพศชายและเพศหญิง และจากการศึกษาของสุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์ (2554) พบว่าผู้ป่วยการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบ(-0.3) กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย สอดคล้องกับการศึกษาของธัญญพร ชอบตรง(2549) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของสตรีใกล้หมดประจำเดือน ดังเช่นกับการศึกษาของราตรี ตาลเชื้อ (2554) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคลมชัก

2.5.8 กลวิธีการเผชิญปัญหา (Coping Strategies)

2.5.8.1 ความหมาย มหาวิทยาลัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีผู้ให้ความหมายของกลวิธีการเผชิญปัญหาไว้ ดังนี้

Lazarus and Folkman (1984) ให้ความหมายของการเผชิญปัญหา หมายถึง ความพยายามทางปัญญา และพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่หยุดยั้งเพื่อจะจัดการกับปัญหาหรือข้อเรียกร้องทั้งจากภายนอกและภายในตนเองที่บุคคลประเมินว่าถูกคุกคาม หรือเกินกว่าความสามารถที่ตนจะรับได้ โดยได้จำแนกการเผชิญปัญหาออกเป็น 2 วิธี

1. วิธีการเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหา (Problem-Focused Coping) เป็นวิธีการเผชิญปัญหาที่พยายามจัดการกับสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดความตึงเครียดหรือความกดดันทางอารมณ์โดยตรง เป็นการใช้กระบวนการแก้ปัญหาในการตัดสินใจเลือกวิธีการที่จะจัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์โดยมุ่งเน้นที่ต้นเหตุของปัญหา

2. วิธีการเผชิญปัญหาที่มุ่งปรับอารมณ์ (Emotional-Focused Coping) เป็นวิธีการที่บุคคลแสดงออกเพื่อลดความกดดัน โดยการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นใน

สถานการณ์มากกว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง หรือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ เช่น การร้องไห้ การออกกำลังกาย การดื่มสุรา การใช้ยาเสพติด การหัวเราะเป็นต้น

Kleinke (1991) ให้ความหมายการเผชิญปัญหา คือ เป็นความพยายามในการจัดการกับสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นสิ่งคุกคาม อันตราย หรือก่อให้เกิดความรู้สึกเครียด

นันทินี ศุภมงคล (2547) ให้ความหมายกลวิธีการเผชิญปัญหา คือ พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมาในรูปแบบต่างๆ เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด โดยเป็นกระบวนการทางความคิด และแสดงออกเป็นพฤติกรรมซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อขจัดหรือบรรเทาภาวะที่คุกคามตัวบุคคล

พัชราภรณ์ ภูสีฤทธิ์ (2555) กลวิธีการเผชิญปัญหาเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง แสดงออกเป็นพฤติกรรมประกอบด้วยพฤติกรรมที่มีอิทธิพลเริ่มจากการใช้การรู้คิดโดยประเมินสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากนั้นจึงเกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ ทางร่างกายเพื่อเป็นการปรับสมดุลให้กับตนเอง ซึ่งการเผชิญปัญหานั้นจะแสดงออกมา 3 แบบ คือ แบบมุ่งจัดการกับปัญหา แบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม หรือแบบหลีกเลี่ยงแต่จะแสดงออกมาทั้ง 3 แบบ แต่ต่างกันที่คนไหนจะแสดงออกมาแบบใดในระดับที่มากกว่า

สรุปได้ว่า การเผชิญปัญหา หมายถึง กระบวนการความพยายามของบุคคลที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรม เพื่อจัดการปัญหาหรือสิ่งคุกคามต่อชีวิตหรือความเป็นอยู่ของบุคคล โดยการแสดงพฤติกรรมต่างๆ เพื่อให้ความเครียดหรือสิ่งที่คุกคามนั้นคลี่คลายไปในทางที่ดีขึ้น

2.5.8.2 เครื่องมือประเมินกลวิธีการเผชิญปัญหา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีแบบประเมินกลวิธีการเผชิญปัญหาดังนี้

1. The way of coping checklist ที่สร้างจากกรอบแนวคิดของ Lazarus โดย Lazarus and Folkman (1984) มีการนำมาปรับปรุงโดย Vitaliano et al (1985) โดยมี 42 ข้อคำถาม ใช้มาตรวัดเป็น ลิเคิร์ต สเกล แบบรายงานด้วยตนเอง ประเมินการเผชิญปัญหาที่มุ่งจัดการกับปัญหา และการมุ่งจัดการด้านอารมณ์ ในแต่ละด้านมีข้อคำถาม 21 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-84 โดยทั้งสองหัวข้อมีค่า Cronbach's Coefficient Alpha เท่ากับ 0.84 และ 0.94

2. The Coping Inventory for Stressful Situations. (CISS) โดย Endler and Parker (1999) อ้างถึงใน Rafnsson et al. (2006) โดยเป็นแบบวัดที่มีมาตรวัดเป็น ลิเคิร์ต 5 ระดับ มีค่าคะแนน 1-5 (ไม่เลย จนถึง มากที่สุด) ข้อคำถามเป็นการถามความถี่ของ

กิจกรรมแต่ละอย่างเมื่อต้องเผชิญปัญหา หรือความเครียด แบ่งเป็น ทางด้านการจัดการปัญหา การจัดการด้านอารมณ์และการหลีกเลี่ยง มีทั้งหมด 48 ข้อคำถาม

3. แบบวัดการเผชิญปัญหา (The COPE Inventory) ของ Carver et al.(1989) อ้างถึงใน Tuncay et al.(2008) ซึ่งเป็นแบบวัดแบบรายงานด้วยตนเอง มีสองด้านที่วัดคือ การจัดการปัญหาและการจัดการด้านอารมณ์ แต่ละหัวข้อมี 14 ข้อคำถามรวมเป็น 28 ข้อคำถาม มาตรฐานวัดเป็นลิเคิร์ต มี 4 ระดับ ที่ถามเกี่ยวกับการกระทำและความรู้สึกเมื่อเจอเหตุการณ์ที่ทำให้เครียด (คะแนน 1 คือไม่เคยทำแบบนี้เลย ถึง 5 คือทำแบบนี้มากที่สุด ซึ่งมีค่าความเที่ยง Cronbach's Coefficient Alpha เท่ากับ 0.82 (Tuncay et al.,2008)

4. แบบวัดการเผชิญปัญหา (The Coping Strategies Inventory : CSI) ของ Tobin et al.(1989) เป็นแบบวัดที่ปรับปรุงจาก "Way of Coping" ของ Lazarus โดยแบ่งเป็น 4 รายด้านย่อย คือ การจัดการที่ปัญหา การจัดการกับอารมณ์ การหลีกเลี่ยงปัญหา และการหลีกเลี่ยงทางอารมณ์ โดยมีค่า Cronbach's Coefficient Alpha เฉลี่ยเท่ากับ 0.83 มีทั้งหมด 72 ข้อ คำถาม มาตรฐานวัดเป็น ลิเคิร์ต 5 ระดับ มีคำถามเชิงบวกและเชิงลบ (ค่าคะแนน 1-5)

ในการวิจัยครั้งนี้แบบวัดกลวิธีการเผชิญปัญหา (The Coping Strategies Inventory :CSI) ของ Tobin et al.(1989)เป็นแบบวัดที่ปรับปรุงจาก "Way of Coping" ของ Lazarus ซึ่งผู้วิจัยแปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2.5.8.3 ความสัมพันธ์ระหว่างกลวิธีการเผชิญปัญหากับภาวะซึมเศร้า

กลวิธีการเผชิญปัญหา เป็นวิธีการ การแสดงออกด้านพฤติกรรมอารมณ์ ความคิดที่บุคคลใช้จัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์ ดังนั้นหากบุคคลมีพฤติกรรมจัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่เหมาะสมย่อมส่งผลต่อจิตใจ อารมณ์โดยตรง โดยพบว่าการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ คือ การโทษตัวเอง การคิดใคร่ครวญ การโทษผู้อื่น และการปฏิเสธ มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น ส่วนการปรับมุมมองในทางบวก การเปลี่ยนมุมมอง มีความสัมพันธ์ในทางลบกับการเกิดภาวะซึมเศร้า (Kraaij & Garnefski, 2012) วิธีการเผชิญปัญหา การจัดการอารมณ์ที่ดี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการควบคุมเบาหวานที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Smalls et al., 2012) ความมั่นใจในการเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าที่น้อยลง (HarrisA.H.S. et al., 2006) และยังพบว่า การใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาโดยการหลีกเลี่ยง การยอมจำนนต่อปัญหา และการใช้ชีวิตอยู่กับโรคเบาหวาน โดยไม่มีการปรับตัวที่ดี มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่มากขึ้น (Shah et al., 2012) ส่วนในการศึกษาของ Clarke and Goosen (2009) พบว่าการเผชิญปัญหาที่มุ่งเน้นการจัดการด้านอารมณ์ เป็นปัจจัยที่เป็นสื่อกลางที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความคิดด้านลบและมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

2.5.9 การจัดการตนเอง (Self - management)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเองมีการให้ความหมายของการจัดการตนเอง ดังต่อไปนี้

2.5.9.1 ความหมาย

Tobin et al. (1986) กล่าวว่า การจัดการตนเอง หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพหรือการป้องกันการเกิดโรคด้วยตนเองโดยมีการร่วมมือกับบุคลากรในทีมสุขภาพ

Creer (2000) กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง เพื่อควบคุมความเจ็บป่วยเรื้อรังของตนเอง ซึ่งขั้นตอนนี้ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การประมวลผลข้อมูลและการประเมินผล การตัดสินใจการปฏิบัติและการประเมินผลการปฏิบัติ

Dilorio et al. (2003) กล่าวว่า การจัดการตนเอง หมายถึง พฤติกรรมการเรียนรู้ของบุคคลในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและการจัดการความเจ็บป่วย มีการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงในอาการที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย มีการสังเกตและการติดตามอาการของตนเองที่มีการเปลี่ยนแปลง มีกระบวนการรู้คิด บุคคลจะต้องแยกแยะถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของตนได้

การจัดการตนเอง (Self - management) เป็นแนวคิดที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในทุก ๆ กระบวนการ เนื่องจากแนวคิดนี้มีพื้นฐานว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใด ๆ นั้น ต้องเกิดจากกระบวนการคิด ตัดสินใจ ประเมินผลดี ผลเสีย ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ด้วยตนเองมองเห็นคุณค่าของสิ่งที่จะปฏิบัติด้วยตนเอง รับรู้ถึงสิ่งที่จะมาคุกคามชีวิตของตนเอง เพราะเมื่อบุคคลประเมินแล้วว่าพฤติกรรมนั้น ๆ มีคุณค่า และตระหนักถึงสิ่งที่จะมาคุกคามชีวิต ก็จะส่งผลถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการดำเนินชีวิตและปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไป (Kanfer & Goldstein, 1980; Coates & Boore, 1995 & Nakagawa-Kogan, 1996 อ้างถึงใน ขวัญแก้ว ปานลำเลิศ , 2552)

สรุปได้ว่า การจัดการตนเอง หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อจัดการกับอาการของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ด้วยตนเอง ตามแนวทางหรือคำแนะนำที่ได้รับจากบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆได้อย่างเหมาะสม เพื่อควบคุมอาการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคด้วยตนเอง

2.5.9.2 เครื่องมือประเมินการจัดการตนเอง

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีการใช้แบบประเมินการจัดการตนเอง ดังต่อไปนี้

1. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (The Summary of Diabetes Self-Care Activities) ตามแนวคิดของ Toobert, Hamton et al. (2000) โดยอุษาศรี แสงสง่า (2554) ดัดแปลงและพัฒนาจากแบบสอบถามที่ แปลและพัฒนาโดย ภาวนา กิริติยตวงศ์ (2548) เป็นแบบวัดการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองในรอบ 7 วันที่ผ่านมา 5 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การประเมินตนเองเกี่ยวกับอาการ การดูแลเท้าและสุขอนามัย การรับประทานยา ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 8 ระดับ ซึ่งมีค่า Cronbach's Coefficient Alpha เท่ากับ 0.89 (ุษาศรี แสงสง่า, 2554) ประกอบไปด้วยข้อความทางบวกจำนวน 16 ข้อ และข้อความทางลบจำนวน 4 ข้อ

2. แบบประเมินการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของ รีเกล คาร์สัน โมเซอร์ และ ซีโพซ (2002) ประกอบด้วย การคงไว้ซึ่งการดูแลตนเอง และการจัดการการดูแลตนเองซึ่งประกอบด้วยกระบวนการตัดสินใจ (การรับรู้อาการและอาการแสดง การประเมินอาการ การลงมือปฏิบัติ)และการประเมินผล ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อค่า Cronbach's Coefficient Alpha เท่ากับ 0.80 (ศิริวรรณ ตั้งวิจิตรสกุล,2550)

3. แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองของ Cutin et al.(2008) ซึ่งเป็นแบบประเมินการจัดการตนเอง มีข้อคำถาม 37 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการเป็นผู้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง 7 ข้อ ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง 11 ข้อ ด้านการพิทักษ์สิทธิ์ของตน 10 ข้อ และด้านการปฏิบัติตามในเรื่องการใช้ยา 1 ข้อ ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.78 และค่า Cronbach's Coefficient Alpha เท่ากับ 0.84 (ปานจิต นามพลกรัง,2547)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน(The Summary of Diabetes Self-Care Activities) ตามแนวคิดของ Toobert,Hamton et al.(2000) โดยอุษาศรี แสงสง่า(2554) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้ในผู้ป่วยเบาหวานมีค่าความเชื่อมั่นในระดับที่ดี Cronbach's Coefficient Alpha เท่ากับ 0.89

2.5.9.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการตนเองกับภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเป็นส่วนสำคัญในการรักษาเบาหวานนอกจากการใช้ยา สิ่งที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้ผลลัพธ์ที่ต้องการ คือ ความพยายามและการดูแลตนเองทั้งการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการติดตามระดับน้ำตาลอย่างสม่ำเสมอ หากการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานไม่ดีก็จะส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดซึ่งระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงมีผลต่อทั้งอารมณ์โดยตรง นอกจากนั้นจะมีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดสมอง ซึ่งเหล่านี้ก็จะมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา จึงมีการศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับพฤติกรรมจัดการตนเอง

ของผู้ป่วยเบาหวานพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซิมเศร่าขาดการออกกำลังกายมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะซิมเศร่า ภาวะซิมเศร่ายังเกี่ยวข้องกับการรับประทานผักผลไม้ที่น้อยลง และมีการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงมากกว่า การเคลื่อนไหวร่างกายน้อยกว่า พบอุบัติการณ์การสูบบุหรี่มากเป็นสองเท่าในกลุ่มที่มีภาวะซิมเศร่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มี(Lin et al.(2004) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Al-Amer et al. (2011) ที่ศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ด้านการรับประทานอาหารตามคำแนะนำ การออกกำลังกายที่เหมาะสม การควบคุมน้ำตาลด้วยตนเองและการให้ความร่วมมือในการรักษามีผลในการควบคุมโรคเบาหวาน ซึ่งพบว่าการไม่รับประทานอาหารตามคำแนะนำของนักโภชนาการ การขาดการเฝ้าระวังการตรวจเลือดด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร่า เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซิมเศร่าจะขาดความพยายามในการจัดการกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง การประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจน้ำตาลด้วยตนเอง การตรวจเท้าและการสูบบุหรี่ (Lin et al., 2004) การให้ความร่วมมือในการรับประทานอาหารตามคำแนะนำน้อย การรับประทานผักผลไม้ที่น้อย การรับประทานอาหารเช้ามากเกินไป ความต้องการต่อวัน การออกกำลังกายตามคำแนะนำน้อย ความถี่ในการตรวจน้ำตาลด้วยตนเองน้อยมีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร่า (Gonzalez et al., 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของ Wagner et al. (2010) ที่พบว่า ในเพศหญิงที่มีช่วงเวลาของภาวะซิมเศร่าและเป็นเบาหวานเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะซิมเศร่า มีการเจาะน้ำตาลด้วยตนเองน้อยกว่า มีแนวโน้มมากกว่าที่จะมองข้ามการเจาะน้ำตาลด้วยตนเอง การรับประทานอาหารตามคำแนะนำน้อยกว่า และจากการศึกษาของ Chan et al. (2012) ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซิมเศร่ามีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าและมีการออกกำลังกายและมีแบบแผนสุขภาพที่ตึ้นน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซิมเศร่า

2.5.10 ความร่วมมือในการใช้ยา

2.5.10.1 ความหมาย

Koop (2005) อ้างใน Osterberg & Blaschke (2005) กล่าวว่า ความร่วมมือในการใช้ยา หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีการร่วมมือในการใช้ยาตามที่ได้กำหนดให้ผู้ป่วยเพื่อการดูแลสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย

Haynes et al.(1979) อ้างใน Joyce et al.(2004) กล่าวว่า ความร่วมมือในการใช้ยา พฤติกรรมของบุคคลในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพว่าด้วยเป็นพฤติกรรมของบุคคลในการรับประทานยาเพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษา

WHO (2003) อ้างใน Al-Qazaz et al.(2010) ให้คำจำกัดความว่า ความร่วมมือ หมายถึง การที่บุคคลมีพฤติกรรม การรับประทานยา การรับประทานอาหารและหรือ การเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิต ซึ่งเป็นการทำตามคำแนะนำของผู้ดูแลทางสุขภาพ

จากความหมายดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า ร่วมมือในการใช้ยา หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยในการรับประทานยา อย่างถูกต้อง สม่าเสมอ และต่อเนื่องตามแผนการรักษา ของแพทย์ เป็นไปโดยสมัครใจของผู้ป่วยเอง เพื่อให้เกิดผลดีต่อการรักษาและลดภาวะแทรกซ้อนของ โรคที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

2.5.10.2 เครื่องมือการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา

1. แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของ Streicker, Amdur & Dincin (1986) ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ มีจำนวน 10 ข้อ วัดเนื้อหาครอบคลุมในเรื่องผลการรักษาของยา ผลข้างเคียงจากการใช้ยา การใช้ยาต่อเนื่องผล ของยาในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการรับรู้ตราบาจากการรับประทานยา ตรวจสอบหา ความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .88 (นิตยา แก้วร่วมวงศ์, 2542)

2. แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาซึ่ง อีสริย์กร สรุศรีสกุล (2555) ดัดแปลงมาจาก Fung (2009) ที่ประยุกต์แบบสอบถามความร่วมมือในการ รับประทานยามาจาก Johnson (2002) มีข้อความจำนวน 16 ข้อ โดยนำแบบประเมินความร่วมมือ ในการรับประทานยาของ Fung (2009) แปลเป็นภาษาไทย ให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านภาษาเป็นผู้ ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา หลังตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ตัดข้อคำถามและปรับข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับโรค บริบท ของคนไทย และเพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนของข้อคำถาม จึงเหลือข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ แล้ว นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลตำรวจจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .43 ได้ปรับข้อคำถามและตัดข้อคำถาม โดยพิจารณาเลือกจากเกณฑ์ Corrected item-total correlation ในข้อที่คงไว้ควรมีค่ามากกว่า 0.3 (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2554) จึงเหลือข้อ คำถามทั้งหมด 7 ข้อ โดยยังคงความหมายของความร่วมมือในการรับประทานยาตามคำจำกัดความที่ ใช้ในการวิจัย (อีสริย์กร สรุศรีสกุล, 2555) จึงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .70 โดยเป็นข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก 5 ข้อได้แก่ และข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ 2 ข้อ ใช้ มาตรฐานวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ทำเป็นประจำ ทำบ่อย ทำเป็น บางครั้ง ทำนานๆครั้ง ไม่เคยทำเลย

3. Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) ตาม กรอบแนวคิดของ Morisky et al.(2008) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย โดย พรรณธิภา ศักดิ์ทองและ รสมา ลิน ชาบรรทม (2553) ที่นำมาใช้ในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ โดยข้อคำถาม 7 ข้อเป็นมาตรวัดแบบนามบัญญัติโดยให้เลือกตอบ 2 คำตอบ และข้อคำถาม 1 ข้อเป็นตัวเลือก 5 ระดับ และพัฒนาโดย ปชาณัฐ์ ตันติโกสุม (2553) นำมาใช้เพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาโดยผ่านสายสวนหรือการผ่าตัดทางเบี่ยง ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.90 และนำมาตรวจสอบหาความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.69 (ปชาณัฐ์ ตันติโกสุม, 2553)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาของ Morisky ฉบับภาษาไทยโดย ปชาณัฐ์ ตันติโกสุม (2553) นำมาใช้เพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาโดยผ่านสายสวนหรือการผ่าตัดทางเบี่ยง ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.90 และนำมาตรวจสอบหาความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.69 (ปชาณัฐ์ ตันติโกสุม, 2553)

2.5.10.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับภาวะซิมเศร่า

ความร่วมมือในการใช้ยาเป็นปัจจัยหนึ่งที่บ่งบอกความสำเร็จในการรักษาหรือการควบคุมโรค การศึกษาพบว่าความร่วมมือในการใช้ยามีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร่า (Al-Amer, Sobeh, Zaye and Al-domi, 2011) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Lin et al. (2004) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซิมเศร่ามีความร่วมมือในการใช้ยาทั้งยาลดระดับน้ำตาล ยาลดความดันโลหิต และยาลดไขมัน น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซิมเศร่า เช่นเดียวกับในการศึกษาของ GonZales et al. (2007) ที่พบว่าระดับภาวะซิมเศร่าที่รุนแรงเป็นปัจจัยทำนายที่ดีในการไม่ให้ความร่วมมือในการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร รวมไปถึงการรับประทานยา ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี ซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานหลายภาวะรวมถึงทางด้านจิตอารมณ์ การทำหน้าที่ลดลง คุณภาพชีวิตต่ำ และทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Kocurek, 2009) และ Nau et al. (2007) พบว่าภาวะซิมเศร่ามีผลทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาเลวลง

2.6 ผลกระทบของภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

จากความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆที่กล่าวมาในข้างต้นกับภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานแล้วยังพบว่าภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และค่าใช้จ่ายในการดูแลที่เพิ่มขึ้นดังนี้

2.6.1 ผลกระทบต่ออัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

จากการศึกษาของ Lin et al.(2009) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับสาเหตุการเสียชีวิตทุกสาเหตุและสาเหตุเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวาน ในกลุ่มตัวอย่าง 4,184 ราย พบว่ามีผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการติดตาม 581 ราย ผู้ป่วยในกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าเสียชีวิตร้อยละ 12.9 กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงเสียชีวิตร้อยละ 17.9 และกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยเสียชีวิตร้อยละ 18.2 สาเหตุการเสียชีวิตเป็นโรคเกี่ยวกับหลอดเลือด และระบบหัวใจและหลอดเลือดเป็นร้อยละ 42.7 จากมะเร็งร้อยละ 26.9 ไม่ใช่จากระบบหัวใจหลอดเลือดหรือมะเร็งร้อยละ 30.5 จากการศึกษาประวัติโดยที่ผ่านมาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงเป็นเพศหญิงมากกว่า อายุค่อนข้างน้อย และได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน และมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดสูงกว่า และมีโรคร่วมมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ส่วนในด้านพฤติกรรมเสี่ยงกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่า เช่น การไม่มีกิจกรรมทางกายเลยและการสูบบุหรี่ การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าในแต่ละกลุ่มกับสาเหตุการตาย พบว่ากลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงมีความสัมพันธ์กับสาเหตุการตายทุกสาเหตุ

Egede, Nietert, and Zheng (2005) ที่ศึกษาผลของภาวะซึมเศร้าในทุกสาเหตุของการเสียชีวิตรวมสาเหตุจากโรคหัวใจในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ไม่เป็นเบาหวานและเป็นเบาหวาน จากการติดตามมากกว่า 8 ปี (83,624 ราย/ปี) พบว่า ร้อยละ 19 ของกลุ่มตัวอย่างเสียชีวิตจากโรคหัวใจหลอดเลือด และร้อยละ 27 ของผู้ที่เสียชีวิตเป็นเบาหวานและมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งจากการทบทวนพบว่า เป็นกลุ่มผู้ที่มีอายุมาก เพศหญิง มีแบบแผนชีวิตที่ไม่ค่อยเคลื่อนไหว มีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน มีประวัติความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดของสมอง และยังพบว่ากลุ่มที่เป็นเบาหวานและมีภาวะซึมเศร้าจะมีเศรษฐกิจไม่ดี ระดับการศึกษาน้อย และสถานภาพสมรสส่วนใหญ่ไม่มีคู่เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นๆ

Pan et al. (2011) ศึกษาเกี่ยวกับผลของภาวะซึมเศร้าและเบาหวานในทุกสาเหตุของอัตราการเสียชีวิตและที่มีสาเหตุจากโรคหลอดเลือดหัวใจในเพศหญิง เป็นการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าในระยะ 6 ปี ในกลุ่มตัวอย่าง 433,066 ราย เสียชีวิต 4,654 ราย พบว่าอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยทุกสาเหตุ โดยการจัดกลุ่มตัวแปรด้านอายุเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าเป็น 1.76 เท่าในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างเดียว ,1.71 เท่า ในกลุ่มที่เป็นเบาหวานอย่างเดียว และเป็น 3.11 เท่าในกลุ่มที่มีทั้งภาวะซึมเศร้าและเป็นเบาหวาน

2.6.2 ผลกระทบต่ออัตราค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น

Egede and Ellis (2010) ศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า มีรายงานการศึกษาที่ศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าที่ค่าใช้จ่ายในทางการแพทย์สูงกว่ากลุ่มที่เป็นเบาหวานอย่างเดียว (Le et al.,2006 cited in Egede and Ellis ,2010) สอดคล้องกับรายงานของ Ciechanowski et al

.,(2000) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซิมเศร่าร่วมมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพเป็น 2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะซิมเศร่า Finkelstein et al.,(2003) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซิมเศร่าค้นหาบริการในการรักษามากกว่า ใช้เวลามากกว่าในการดูแลแบบผู้ป่วยใน และมีค่าบริการทางการแพทย์ที่สูงกว่ากลุ่มที่เป็นเบาหวานเพียงอย่างเดียว และในรายงานอื่นๆที่ศึกษาในสหรัฐพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่มีเป็นเบาหวานและภาวะซิมเศร่ามีการใช้บริการดูแลผู้ป่วยนอกมากกว่าและมีการกำหนดนัดมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซิมเศร่า และยังพบว่าในกลุ่มที่มีภาวะซิมเศร่ามีมูลค่าค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพสูงกว่า 4.5 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะซิมเศร่า (Egede et al.,2002 cited in Egede and Ellis,2010)

2.6.3 ผลกระทบทางด้านจิตใจ

ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซิมเศร่าร่วมด้วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองที่ไม่ดีระดับความพึงพอใจในชีวิตน้อยกว่าผู้ที่ไม่มีการร่วมอย่างมีนัยสำคัญ(Egede et al.,2010; Papelbaum et al.,2010) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซิมเศร่ามีคะแนนการรับรู้คุณภาพชีวิตในระดับต่ำกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะซิมเศร่า

2.7 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซิมเศร่า

บทบาทของพยาบาลนอกจากการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานทางด้านร่างกายแล้ว ปัญหาทางด้านจิตใจเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องคำนึงถึง เพราะหากผู้ป่วยมีภาวะซิมเศร่าไม่ได้รับการประเมินและดูแลอย่างถูกต้องแล้วย่อมส่งผลให้การเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องทบทวนบทบาทดังนี้

อรพรรณ บุญวัชชัย (2544 : 173-178) อ้างถึงใน เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์ (2551) ได้เสนอกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซิมเศร่าดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ที่มีภาวะซิมเศร่า เพื่อกำหนดแผนการพยาบาลนั้น จะมุ่งที่ระดับของอารมณ์เศร่าว่าอยู่ที่ระดับใด โดยประเมินทั้ง 4 ด้าน คือ

- 1) ด้านอารมณ์ (Affective) พบระดับความผิดหวังหงุดหงิดเศร่าใจ
- 2) ด้านพฤติกรรม (Behavior) แสดงพฤติกรรมเศร่า เสียใจ ร้องไห้
- 3) ด้านความคิด (Cognitive) มักมีความคิดหมกมุ่นกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง
- 4) ด้านสรีรวิทยา (Physiological) พบความเหน็ดเหนื่อยล้า การ

รับประทานอาหาร การนอน และการดูแลสุขภาพอนามัย โดยพิจารณาว่า ระดับอารมณ์เศร่าอยู่ในระดับเศร่าตามสถานการณ์ เศร่าระดับต่ำ เศร่าระดับปานกลาง หรือเศร่าระดับรุนแรง

2. การวินิจฉัยทางการแพทย์ จากข้อมูลที่ประเมินได้ พยาบาลสามารถกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ได้ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อวางแผนการพยาบาลโดยพิจารณาความเสี่ยงด้านต่างๆ โดยเฉพาะการทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น การสูญเสียความสามารถในการทำงาน การดูแลตนเองด้านสุขอนามัย การแยกตัวจากสังคม ความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ กระบวนการในการทำหน้าที่ต่างๆเสีย กระบวนการคิดผั่นแปร บุคลิกภาพอ่อนแอ

3. การวางแผนการพยาบาล ซึ่งมีทั้ง

3.1 การวางแผนการพยาบาลระยะสั้น จะมุ่งให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลแต่ละข้อ โดยพิจารณาตามวัตถุประสงค์ของการพยาบาลตามสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย โดยเน้นการป้องกันอันตรายเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจเกิดขึ้น ทั้งภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัวของผู้ป่วย เน้นการสร้างสัมพันธภาพและส่งเสริมการปรับตัวโดยช่วยให้ผู้ป่วยระบายปัญหา และปรับตัวอย่างเหมาะสม มุ่งเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีและพัฒนาคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ดี มีพฤติกรรมเหมาะสม และเพิ่มคุณค่าในตนเอง

3.2 การวางแผนการพยาบาลระยะยาว ที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และเน้นการดำรงชีวิตที่เหมาะสมในอนาคต โดยช่วยให้ผู้ป่วยพูดถึงสิ่งที่จะสนับสนุนการบรรลุเป้าหมาย และความพึงพอใจในตนเองและคุณค่าแห่งตน

4. การปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยซึมเศร้า เน้นหลักการที่สำคัญดังนี้

4.1 การป้องกันอันตราย ผู้ที่มีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูง ทั้งในภาวะที่รู้ตัวและภาวะไม่รู้ตัว พยาบาลต้องดูแลใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบปลอดภัยจากสิ่งของผู้ป่วยจะใช้เป็นอาวุธ จัดบุคลากรให้อยู่ในสายตา

4.2 การใช้เทคนิคการสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพติดต่อกับผู้ป่วยรายบุคคล สร้างความไว้วางใจ แสดงความเห็นใจและเข้าใจ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ

4.3 การสอนผู้ป่วย ใช้เทคนิคการสอนรูปแบบต่างๆเช่น การสอนการปรับตัวต่อปัญหา การปรับตัวในสังคม การพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออก การฝึกการคลายเครียด รวมถึงการสอนทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

4.4 การให้คำปรึกษา เน้นการให้คำปรึกษา การปรับตัว การเผชิญปัญหา และการแก้ปัญหาต่างๆ ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวัน และการดำเนินชีวิตในสังคม

4.5 การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกและการฟื้นฟูทักษะการดำรงชีวิตในสังคม การให้ข้อมูลย้อนกลับที่เหมาะสม

4.6 การแนะนำแหล่งบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อมีปัญหาภายหลังการจำหน่าย

5. การประเมินผลการพยาบาล เป็นการพิจารณาถึงความสำเร็จของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ดำเนินการไปแล้วว่า ได้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้เพียงใด

2.8 อุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

การศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือด้านอุบัติการณ์ โดย นิตยา จรัสแสง และ คณະ (2555) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในคลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังร้อยละ 42.05 มีภาวะซึมเศร้า และในผู้ป่วยเบาหวานพบว่ามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 39.6 และในการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 50.01 (Thaitea , 2010 อ้างถึงใน นิตยา จรัสแสง และ คณະ, 2555) ประอรทิพย์ สุทธิสาร (2550) พบอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาลหนองคาย ร้อยละ 20.3 ส่วน พิรุณี สัพโส (2553) ทำการศึกษาในคลินิกผู้ป่วยนอกเบาหวาน โรงพยาบาลพังโคน พบอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 10.3 และในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างโดยการศึกษาของ ศิระ เมืองไทย (2555) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเครือข่ายบริการของโรงพยาบาลศรีสะเกษ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 22.6 ซึ่งในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานยังมีรายงานการศึกษาค่อนข้างน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นว่าควรมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างทั้งในด้านอุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และจะเห็นได้ว่าที่มีการศึกษาที่ผ่านมายังพบอุบัติการณ์ที่ค่อนข้างแตกต่างกันจึงเป็นประเด็นที่ยังต้องมีการศึกษาเพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริการในคลินิกและการใช้เป็นข้อมูลในการศึกษาต่อไป

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานมีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

Lin et al. (2004) ศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ความร่วมมือในการใช้ยาและการใช้บริการเชิงป้องกัน กับการเจ็บป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าภาวะซึมเศร้า

มีความสัมพันธ์กับ การมีกิจกรรมทางกายน้อย การรับประทานอาหารไม่มีคุณภาพ และความร่วมมือในการใช้ยาน้อยลง (ยาลดน้ำตาล,ยาลดความดันโลหิต และยาลดไขมัน แต่ในด้านการใช้บริการเชิงป้องกันไม่มีความแตกต่างกันในผู้ป่วยที่มีภาวะซิมเศร้า กับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซิมเศร้า

Harris et al. (2006) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย การใช้กลวิธี การเผชิญปัญหากับภาวะซิมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน โดยการติดตามเป็นระยะเวลา 10 ปี พบว่าการมีกิจกรรมทางกายที่สูงกว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซิมเศร้าที่น้อยลง และความมั่นใจในการใช้กลวิธีในการเผชิญปัญหาที่มีผลในการลดการเกิดภาวะซิมเศร้า ความมั่นใจในการใช้กลวิธีในการเผชิญปัญหาที่มากกว่าเป็นเกราะป้องกันการเกิดผลกระทบบจากโรคเรื้อรังและเหตุการณ์ในทางลบของบุคคล

GonZalez et al. (2007) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซิมเศร้า การดูแลตนเอง และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าในผู้ที่เป็นโรคซิมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาที่ไม่ดี การรับประทานผักและผลไม้มีน้อย มีการรับประทานแป้งมากเกินไปจนความจำเป็นในแต่ละวัน การออกกำลังกายตามคำแนะนำน้อยกว่า และมีการตรวจติดตามน้ำตาลด้วยตนเองน้อยกว่า แต่ไม่มีการรับประทานอาหารที่มากเกินไป หรือการดูแลตัวเองเปลี่ยนแปลง ส่วนการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานไม่เป็นโรคซิมเศร้า พบว่าค่าคะแนนซิมเศร้าที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ดี คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การรับประทานผักน้อย และการออกกำลังกายน้อย

Tsai et al. (2008) ศึกษาเกี่ยวกับความชุกของการไม่ได้รับการวินิจฉัยภาวะซิมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 167 คน พบว่าร้อยละ 13.7 มีคะแนนภาวะซิมเศร้ามากกว่าหรือเท่ากับ 17 แสดงให้เห็นว่าอย่างน้อยมีภาวะซิมเศร้าในระดับต่ำ จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบถดถอยพบว่า การใช้ยาฉีดควบคุมเบาหวานระดับโคเลสเตอรอลที่สูง มีความสัมพันธ์กับค่าคะแนนภาวะซิมเศร้าที่สูงกว่า ระยะเวลาในการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร้า

Katon et al. (2009) การศึกษาแบบสังเกตติดตามระยะยาวเพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานและภาวะซิมเศร้าที่เกิดขึ้น เป็นการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าในหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นเบาหวาน ในผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนใน 9 คลินิก ระหว่างปี 2000-2002 ได้รับการรักษามาแล้ว 12 เดือน รักษาโดยใช้ยาลดน้ำตาลหรืออินซูลิน ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด 2 ครั้งในรอบ 12 เดือน ระดับน้ำตาล 126 mg/dl ขึ้นไป ,สุ่มตรวจน้ำตาลในพลาสมาในรอบ 12 เดือน 200 mg/dl ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานรักษาแบบผู้ป่วยนอกสองครั้ง หรือรักษาโรคเบาหวาน แบบผู้ป่วยใน 1 ครั้ง ใช้แบบประเมิน PHQ-9 ในการคัดกรองภาวะซิมเศร้าเบื้องต้น และใช้ติดตามผล 5 ปี หลังจากการศึกษาติดตามพบว่า ระดับความรุนแรงของภาวะซิมเศร้าและประวัติการมีภาวะซิมเศร้า การได้รับการทำหัตถการเกี่ยวกับ

หลอดเลือดหัวใจอย่างน้อย 1 ครั้งขึ้นไประหว่างการติดตาม และระดับความรุนแรงของอาการเบาหวานเป็นปัจจัยที่ทำนายการเกิดภาวะซิมเศร้าจากการติดตามในระยะ 5 ปี

Egede, Grubaugh, and Ellis (2010) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซิมเศร้าระดับรุนแรง กับ การดูแลเชิงป้องกันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานวัยผู้ใหญ่ พบว่า ความแตกต่างของปัจจัยทางด้านเพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส สถานะการจ้างงานและการมีประกัน พบว่าภาวะซิมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ และในด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองเชิงป้องกันพบว่าผู้หญิงภาวะซิมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการมีโอกาสน้อยกว่าในการได้รับการตรวจคัดกรองด้วย mammogram ในรอบ 2 ปี (ในกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป และกลุ่มอายุ 50 ปี ขึ้นไป) ส่วนในด้านคุณภาพชีวิต กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซิมเศร้ามีการรับรู้สภาวะสุขภาพดี ความพึงพอใจในชีวิต และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซิมเศร้า และพบว่าในกลุ่มที่มีภาวะซิมเศร้ามีรายงานของการเกิดวันที่รู้สึกว่าคุณภาพกายและจิตแย่อย่างน้อย 1 วัน หรือ มากกว่าในรอบ 30 วัน เกิดขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซิมเศร้า สรุปได้ว่า ภาวะซิมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานวัยผู้ใหญ่มีความสัมพันธ์กับ ดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตที่ลดลงตลอดจนการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองเชิงป้องกันที่ไม่ได้จำกัดเฉพาะการจัดการเองที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน

Wagner et al. (2010) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการเคยมีประวัติเป็นโรคซิมเศร้ากับ การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานประเมินในขณะที่มีมีอาการของซิมเศร้า จากกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง 153 คน พบว่าผู้ป่วยที่เคยมีประวัติป่วยเป็นโรคซิมเศร้ามีความทุกข์จากโรคเบาหวาน และพบว่ามีอัตราการติดตามน้ำตาลด้วยตนเองน้อยกว่า ความร่วมมือในการรับประทานอาหารตามคำแนะนำน้อยกว่า และมีประวัติของการไปพบบุคลากรทางสุขภาพน้อยกว่า ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ปัจจัยที่เป็นตัวแปรกลาง อยู่ระหว่างความสัมพันธ์ของการมีประวัติเป็นโรคซิมเศร้าและการจัดการตนเอง

Shah et al. (2012) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเครียดจากเบาหวาน การประเมินค่า กลวิธีการเผชิญปัญหา และภาวะซิมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีความเครียดจากเบาหวาน หรือมีภาวะซิมเศร้าสูงกว่ามีความคิดทางลบต่อโรคเบาหวาน การให้คุณค่าทางลบมีความสัมพันธ์กับกลวิธีการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง การยอมจำนนกับโรค และการปรับตัวกับเบาหวานได้น้อยกว่า ในทางกลับกัน การหลีกเลี่ยงปัญหา การยอมจำนนและการปรับตัวกับโรคไม่ได้ มีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร้าและความเครียดจากเบาหวาน

Hsu et al. (2012) ศึกษาว่าเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มของความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซิมเศร้าอย่างไร โดยการจัดตัวแปรด้านอายุเป็นแต่ละกลุ่มอายุ เป็นการศึกษาแบบติดตามระยะยาว โดยสุ่มเลือก หนึ่งในล้านคน จากประชากร 23 ล้านคน ที่ลงทะเบียนในโปรแกรมประกัน

สุขภาพของไต้หวัน และเลือกผู้เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย 14,048 ราย อายุ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานระหว่างปี 2000-2002 และสุ่มเลือก ผู้เข้าร่วมที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน จำนวน 55,608 ราย เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ โดยจับกลุ่มความเหมือนด้านปีผู้ป่วย อายุและเพศ และนับอุบัติการณ์การเกิดภาวะซิมเศร้าสิ้นสุดเมื่อปี 2007 และเปรียบเทียบความเสี่ยงระหว่างสองกลุ่ม พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะซิมเศร้าในกลุ่มที่เป็นเบาหวานได้ 1.8 เท่า สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน จากการติดตามระยะ 6.5 ปี แต่ในการจัดเป็นกลุ่มอายุไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มอายุ

Kraaij and Garnefski (2012) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านกลวิธีการเผชิญปัญหาเพื่อพัฒนาโปรแกรมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยรุ่น พบว่า กลวิธีที่ใช้ในการเผชิญปัญหาแบบการโทษตัวเอง การคิดใคร่ครวญ การโทษผู้อื่นมีผลทำให้เกิดภาวะซิมเศร้ามากขึ้น ส่วนการปรับมุมมองในทางบวก การเปลี่ยนมุมมองมีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะซิมเศร้า

Stuart and Baune (2012) การศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซิมเศร้ากับเบาหวานชนิดที่สอง พบความสัมพันธ์แบบสองทางของภาวะซิมเศร้ากับเบาหวาน ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลง ทางชีววิทยาที่อธิบายผ่านกระบวนการอักเสบของร่างกาย การเพิ่มขึ้นของการสร้างสารสื่อกลางของปฏิกิริยาก่อนอักเสบ และสารนี้ผ่านเส้นเลือดสมองเข้าสู่ระบบไหลเวียน มีปฏิกิริยากับความไวของอินซูลินทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้น้อยลง และทำให้หน้าที่ของเบต้าเซลล์ในตับอ่อนเสียไป ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงตามมา ในส่วนของโรคเบาหวานมีผลทำให้เกิดภาวะซิมเศรานั้น ใช้การอธิบายผ่านกระบวนการอักเสบเช่นเดียวกันที่เมื่อผู้เป็นเบาหวาน หรือมีภาวะโรคอ้วน เกี่ยวข้องกับการมีกระบวนการของการอักเสบเพิ่มขึ้น การมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง และการมีระดับอินซูลินในเลือดสูง เกี่ยวข้องกับกระบวนการก่อการอักเสบในทุกเนื้อเยื่อ ซึ่งทำให้เกิดผลต่อการสร้างสารสื่อประสาทที่ทำให้เกิดการกระตุ้นนำไปสู่อาการซิมเศร้า

Van Dooren et al. (2013) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซิมเศร้าและทุกสาเหตุการเสียชีวิตและสาเหตุจากโรคหัวใจหลอดเลือดในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานในงานที่มีการศึกษาระยะยาวด้วยในงานวิจัย 16 งานที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือก พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซิมเศราร่วมด้วยร้อยละ 19.7 ที่เสียชีวิตระยะการศึกษาติดตามตั้งแต่ 2-10 ปี เฉลี่ย 6 ปี อายุเฉลี่ย 62- 76 ปี ยกเว้นในรายงานที่ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 เพียงอย่างเดียวที่อายุเฉลี่ยที่ 39 ปี ในรายงาน 12 การศึกษาที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซิมเศร้ากับอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซิมเศราร่วมด้วยอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับ

กลุ่มที่ไม่มีภาวะซิมเศร่า ส่วนรายงานที่ศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 23 ที่มีภาวะซิมเศร่าร่วมที่รายงานสาเหตุการเสียชีวิตด้วยโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด และพบว่า 2 จาก 5 การศึกษา มีความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซิมเศร่ากับอัตราการเสียชีวิตจากสาเหตุของระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสรุป ภาวะซิมเศร่ามีความสัมพันธ์ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น 1.5 เท่า การศึกษาต่อไปควรให้ความสนใจทั้งสาเหตุจากระบบหัวใจหลอดเลือดและที่ไม่ใช่สาเหตุจากระบบหัวใจและหลอดเลือด

สำหรับงานวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคเรื้อรัง มีดังต่อไปนี้

ธิตินันท์ ธานีรัตน์ (2551) ทำการศึกษาความชุกของภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าจากจำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 250 ราย มีภาวะซิมเศร่าอยู่ที่ร้อยละ 28 และพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซิมเศร่าด้านข้อมูลส่วนบุคคล คือ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ด้านสุขภาพการมีโรคในกลุ่ม Degenerative diseases และการดื่มชา มีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร่า การมีประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะ Hypo/Hyperglycemia การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง การมีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน Diabetic nephropathy และ DM foot การมีประวัติโรคประจำตัวในครอบครัว โรคเบาหวานในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร่า ส่วนปัจจัยด้านระดับ HbA1C พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

การศึกษาของ รสมาลิน ชาบรรทม และพรรณทิพา ศักดิ์ทอง (2552) เกี่ยวกับผลของภาวะซิมเศร่าต่อความร่วมมือในการใช้ยาและการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ภาวะซิมเศร่ามีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และมีผลต่อการลดความร่วมมือในการใช้ยา

จุฑารัตน์ บุญวัฒน์, ภาวนา กิริติยดวงศ์ และชนิดดา แนบเกสร (2552) ที่ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซิมเศร่าในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 32 ระดับปานกลาง ร้อยละ 25.7 และอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 17.2 ด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร่าพบว่า อายุ จำนวนโรคร่วม และระยะเวลาของการเป็นเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซิมเศร่า ส่วนสัมพันธ์ภาพในครอบครัวและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะซิมเศร่า

การศึกษาของพิรุณี สัพโส(2553) เกี่ยวกับอุบัติการณ์พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซิมเศร่าร่วมด้วย ร้อยละ 10.3 พบว่าปัจจัยด้านเพศ อายุ การมีโรคร่วมทางกายมีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร่า

การศึกษาภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยเรื้อรังของคลินิกบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดย นิตยา จรัสแสง และคณะ (2555) จากจำนวนผู้ป่วย 283 ราย พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะซิมเศร่าอยู่ในอันดับสาม คิดเป็นร้อยละ 39.60

การศึกษาโดย ศิระ เมืองไทย (2555) ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานในเครือข่ายบริการของจังหวัดศรีสะเกษ พบว่ามีอุบัติการณ์ภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 22.6 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร่าได้แก่ เพศ อายุ และภาวะแทรกซ้อนที่ระบบประสาทส่วนปลาย

สรุปจากการศึกษาเอกสาร รายงานการวิจัย และตำราเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งต่างประเทศและในประเทศไทย พบว่า ภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานเป็นอุบัติการณ์ที่พบได้บ่อย โดยเฉลี่ยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดภาวะซิมเศร่ามากกว่าคนทั่วไปสองเท่า นอกจากนั้นยังพบว่าภาวะซิมเศร่ายังส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยทั้งในด้านคุณภาพชีวิต ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น อัตราการเกิดความพิการและเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยได้ทบทวนจากรายงานการวิจัยพบว่ามีหลายปัจจัย และในบางปัจจัยยังมีผลการศึกษาที่เป็นข้อขัดแย้งกันของข้อค้นพบซึ่งจากผลการทบทวนดังกล่าวทำให้ต้องศึกษาต่อในเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร่า

จากแนวเหตุผลที่ได้จากการทบทวนเอกสารตำราและหลักฐานจากงานวิจัยที่ผ่านมาทำให้ผู้วิจัยสรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนี้ ประกอบไปด้วยปัจจัยหลัก 4 ด้าน คือ ปัจจัยทางชีวภาพและปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน ระดับ HbA1C ปัจจัยทางด้านจิตสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม กลวิธีการเผชิญปัญหา และปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ การจัดการตนเอง และความร่วมมือในการใช้ยา และได้กำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

4. กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน ระดับ HbA1C การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหา ความร่วมมือในการใช้ยา กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุระหว่าง 18 -59 ปี ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของรัฐ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุระหว่าง 18 -59 ปี ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และโรงพยาบาลสุรินทร์ โดยมีวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ โดยใช้โปรแกรม Power Analysis Size for sample Size (รัตนศิริ ทาโต, 2552) เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 (Type II error) ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ระดับอำนาจทดสอบที่ 80% โดยใช้ค่า $r = 0.276$ จากการทบทวนงานวิจัยของ ธิติพันธ์ ธาณิรัตน์ (2551) มาคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 134 คน และป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการผิดพลาดของการเก็บข้อมูล จึงเก็บตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 10 (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากุล, 2550) ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้คือ $134 + 14 = 148$ คน ทั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเพิ่มเป็น 150 คน

2. เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้สุ่มเลือกโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างซึ่งมี 9 จังหวัด ทั้งหมด 9 โรงพยาบาล แบ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป สุ่มโดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่มา 2 จังหวัด โดยได้โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เป็นตัวแทนของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลสุรินทร์เป็นตัวแทนของโรงพยาบาลทั่วไป

3. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล โดยคำนวณตามสัดส่วนของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกในรอบเดือนที่ผ่านมา (เดือนเมษายน 2557) ซึ่งจำนวน

กลุ่มตัวอย่างในทั้งสองโรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 70 คน และ
โรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 80 คน

โดยใช้สูตร

จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล

$$= \frac{\text{จำนวนผู้มารับบริการในแต่ละโรงพยาบาล}}{\text{จำนวนผู้รับบริการทั้งสองโรงพยาบาล}} \times \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมด}$$

4. กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างการวิจัย โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

4.1 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก ไม่มีอาการทางจิตประสาท อันเป็นอุปสรรค
ในการเข้าร่วมวิจัย

4.2 อายุระหว่าง 18 -59 ปี

4.3 ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

4.4 อ่านและเขียนภาษาไทยได้

5. ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบจัดลำดับโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มี
คุณสมบัติตามที่กำหนดในทุกๆ 5 ลำดับของการมารอรับตรวจรักษาในแต่ละวันที่ทำการเก็บข้อมูลใน
วันและเวลาที่ได้รับอนุญาตให้มีการเก็บข้อมูล โดยเก็บข้อมูล ร้อยละ 25 ของจำนวนผู้มารับบริการใน
แต่ละวันจนครบตามจำนวนของแต่ละโรงพยาบาล

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 19-23 พฤษภาคม 2557 , 26-30
พฤษภาคม 2557 , 7-10 กรกฎาคม 2557 และ 28-30 กรกฎาคม 2557

โรงพยาบาลสุรินทร์ เก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 2-4 มิถุนายน 2557 , 9-13 มิถุนายน
2557 และ 18-20 มิถุนายน 2557

จากการเก็บข้อมูลพบปัญหาและอุปสรรค คือ ขณะที่มีการเก็บข้อมูลซึ่งเป็นคลินิกผู้ป่วย
นอกเรื้อรัง และในวันพุธเป็นคลินิกผู้ป่วยเบาหวานโดยเฉพาะ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาข้อมูลจากระบบ
การนัดผู้ป่วยล่วงหน้าก่อน 1 วัน และเมื่อถึงวันที่ทำการเก็บข้อมูล พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติ
ครบบางคนที่อยู่ลำดับที่ทำการสุ่มไม่สะดวกในการให้ข้อมูลเนื่องจากต้องรีบเดินทางกลับ อุปสรรค
ในการใช้แบบสอบถามที่บางครั้งกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจในคำถามผู้วิจัยต้องอธิบายข้อคำถามนั้นๆก่อน
ทำให้เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามค่อนข้างนาน และในการเข้าไปเก็บข้อมูลในแต่ละวันผู้วิจัย
สามารถเก็บข้อมูลได้ในช่วงเช้าเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ต้องดื่มน้ำดื่มน้ำอาหาร
เพื่อมาตรวจระดับน้ำตาลในช่วงเช้า และเมื่อรอตรวจเสร็จแล้วผู้ป่วยต้องรีบกลับ หรือรีบไป
รับประทานอาหารเช้าเนื่องจากยังไม่ได้รับประทานอาหารเช้า นอกจากผู้ป่วยบางรายที่บ้านอยู่ในเขตอำเภอ

เมืองที่มารถเดินทางมาเจาะเลือดก่อนล่วงหน้า 1 วัน แล้วมาตรวจเพื่อรับยาในวันถัดต่อมา ซึ่งทำให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการเก็บไม่เป็นไปตามที่กำหนดไว้

ซึ่งผลจากการศึกษา กลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา และรายได้

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=150)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	57	38
หญิง	93	62
อายุ (ปี)		
50 – 59	114	76
40 – 49	30	20
30 – 39	4	2.7
24 – 29	2	1.3
(\bar{x} = 52.9 , SD =6.76 , min =24 , max =59 ,range = 35)		
สถานภาพสมรส		
คู่	132	88
โสด	11	7.3
หม้าย	6	4
หย่า	1	0.7

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=150)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	1.3
ประถมศึกษาปีที่ 4	69	46
ประถมศึกษาปีที่ 6	35	23.3
มัธยมศึกษาปีที่ 3 หรือเทียบเท่า	9	6
มัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า	20	13.3
ปริญญาตรี	10	6.7
อื่นๆ	5	3.3
รายได้เฉลี่ย ต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	74	49.3
5,001 – 10,000 บาท	39	26
10,001 – 15,000 บาท	16	10.7
15,001 – 20,000 บาท	9	6
20,001 บาท ขึ้นไป	12	8
(\bar{x} = 8,910.6 , SD =8212.87 , min =0.0 , max = 52,000)		

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามประกอบไปด้วย 6 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม
- ส่วนที่ 3 แบบประเมินการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน
- ส่วนที่ 4 แบบประเมินกลวิธีการเผชิญปัญหา
- ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยา
- ส่วนที่ 6 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า

การสร้างและลักษณะของเครื่องมือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ของผู้ป่วย

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานที่พบว่าปัจจัยด้านชีวภาพ ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยอีกด้านหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งประกอบด้วย ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน ภาวะโรคร่วม และค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) จำนวน 4 ข้อ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ลงบันทึกเองโดยรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของเอ็นริช (The ENCRICH Social Support Questionnaire) เป็นแบบสอบถามที่แปลเป็นภาษาไทยโดย จันทนา หล่อตจะกุล (2549) มีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ข้อคำถามที่ 1-6 มีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่มีเลย มีบ้างเล็กน้อย บางครั้ง เกือบตลอดเวลา และตลอดเวลา แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนเต็ม 30 คะแนน ส่วนข้อคำถามที่ 7 เป็นคำถามแบบเลือกตอบ ใช่หรือไม่ใช่ โดยในคำถามข้อที่ 7 ไม่นำมาคิดคะแนนโดยแต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- 1 คะแนน คือ ไม่มีเลย หมายถึง ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลยน้อยกว่า 1วัน/สัปดาห์
- 2 คะแนน คือ มีบ้างเล็กน้อย หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 1-2วัน/สัปดาห์
- 3 คะแนน คือ บางครั้ง หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 3-4 วัน/สัปดาห์
- 4 คะแนน คือ เกือบตลอดเวลา หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 5-6วัน/สัปดาห์

5 คะแนน คือ ตลอดเวลา หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 7 วัน/สัปดาห์

เกณฑ์การแปลผล ข้อคำถามแต่ละข้อมีมาตรวัดเป็นแบบประมาณการ 5 ระดับ แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1- 5 คะแนน นำค่าคะแนนทุกข้อมารวมกัน คะแนนเต็ม 30 คะแนน คะแนนรวมสูง แสดงว่า มีการสนับสนุนทางสังคมดี

ระดับคะแนน 1- 10 คะแนน แสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมน้อย

ระดับคะแนน 11-20 คะแนน แสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

ระดับคะแนน 21-30 คะแนน แสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมมีขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 2 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านอายุรศาสตร์ 1 คน และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานการพยาบาลขั้นสูงสาขาอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 1 คน ซึ่งแบบประเมินข้อคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมทั้งหมด 7 ข้อ ใช้เกณฑ์ค่า CVI \geq 0.8 (Polit & Hunhler,1999) โดยข้อคำถามแต่ละข้อมีค่าคะแนนเป็น 4 3 2 1 (ค่าคะแนน 4 หมายถึง มีความเกี่ยวข้องกับเนื้อหาและสอดคล้องกับค่านิยมมากที่สุด และค่าคะแนน 1 หมายถึง ไม่มีความเกี่ยวข้องกับเนื้อหาและไม่สอดคล้องกับค่านิยมเลย) โดยใช้สูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้คะแนนความสอดคล้อง ระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถาม}}$$

ผลการคำนวณความตรงตามเนื้อหาได้ค่า CVI เท่ากับ .80 โดยไม่ได้มีการปรับข้อคำถามแต่อย่างใด

2. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach 's alpha coefficient) ก่อนนำเก็บรวบรวมข้อมูลจริงได้ค่า Cronbach 's alpha เท่ากับ .93 (ดังแสดงไว้ในภาคผนวก ค หน้า 126)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตามแนวคิดของ Toobert, Hamton et al.(2000) โดยอุษาศรี แสงสง่า (2554) เป็นแบบวัดการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองในรอบ 7 วัน ที่ผ่านมา 5 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การประเมินตนเองเกี่ยวกับอาการ การดูแลเท้าและสุขอนามัย การรับประทานยา ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ซึ่งมีค่า Cronbach's Coefficient Alpha เท่ากับ 0.89

1. ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 8 ข้อ
2. ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 2 ข้อ
3. ด้านการประเมินตนเองเกี่ยวกับอาการ จำนวน 3 ข้อ
4. การดูแลเท้าและสุขอนามัย จำนวน 5 ข้อ
5. ด้านการรับประทานยา จำนวน 2 ข้อ

โดยมีข้อความทางบวกจำนวน 16 ข้อ ข้อความทางลบจำนวน 4 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 8 ระดับ เริ่มจาก 0- 7 วัน กำหนดเกณฑ์มาตราส่วนประมาณค่าไว้ดังนี้

0 วัน หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการตนเอง

1 วัน หมายถึง ปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการตนเอง 1 วัน ใน 7 วันที่ผ่านมา

2 วัน หมายถึง ปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการตนเอง 2 วัน ใน 7 วันที่ผ่านมา

3 วัน หมายถึง ปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการตนเอง 3 วัน ใน 7 วันที่ผ่านมา

4 วัน หมายถึง ปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการตนเอง 4 วัน ใน 7 วันที่ผ่านมา

5 วัน หมายถึง ปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการตนเอง 5 วัน ใน 7 วันที่ผ่านมา

6 วัน หมายถึง ปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการตนเอง 6 วัน ใน 7 วันที่ผ่านมา

7 วัน หมายถึง ปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการตนเอง 7 วัน ใน 7 วันที่ผ่านมา

เกณฑ์ในการให้คะแนน มีดังนี้

	ข้อความที่เป็นด้านบวก	ข้อความที่เป็นด้านลบ
0 วัน	0 คะแนน	7 คะแนน
1 วัน	1 คะแนน	6 คะแนน
2 วัน	2 คะแนน	5 คะแนน
3 วัน	3 คะแนน	4 คะแนน
4 วัน	4 คะแนน	3 คะแนน
5 วัน	5 คะแนน	2 คะแนน
6 วัน	6 คะแนน	1 คะแนน
7 วัน	7 คะแนน	0 คะแนน

เกณฑ์ในการแปลผล คะแนนรวมมาก หมายถึงพฤติกรรมการจัดการตนเองดี และคิดคะแนนเป็นค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการจัดการตนเองในแต่ละด้าน ความหมายของคะแนนเฉลี่ยด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการประเมินตนเองเกี่ยวกับอาการ ด้านการดูแลเท้าและสุขอนามัย ด้านการรับประทานยา ใช้วิธีการคำนวณหาอันตรภาคชั้น (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย,2549)

คะแนนเฉลี่ย 4.67-7.00 หมายถึง มีการปฏิบัติการจัดการตนเองด้านนั้นในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.34-4.66 หมายถึง มีการปฏิบัติการจัดการตนเองด้านนั้นในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 0.00-2.33 หมายถึง มีการปฏิบัติการจัดการตนเองด้านนั้นในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ เอกสารงานวิจัย งานวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือแบบประเมินการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานตามแนวคิดของ Toobert, Hamton et al.(2000) ที่แปลและพัฒนาโดย ภาวนา กิริติยวงศ์ (2548) โดยอุษาศรี แสงสง่า (2554) ได้ดัดแปลงและพัฒนาไปใช้ในการประเมินกิจกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

2. การตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง

2.1 นำแบบประเมินการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความครอบคลุมของเนื้อหาในข้อคำถาม ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ดังที่กล่าวในข้างต้น ผลปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้มีการปรับคำถามบางข้อให้เข้าใจง่ายขึ้น ได้แก่ ในข้อคำถามข้อที่ 6 เปลี่ยนจาก ท่านใช้หลักการแลกเปลี่ยนอาหารในการกินอาหารได้กี่วัน (หลักการแลกเปลี่ยนอาหารหมายถึง อาหารในแต่ละหมวด มีหลายชนิดสามารถเลือกกินทดแทนกันได้ตามปริมาณที่กำหนด เช่น กินข้าวเหนียว 1 ปั้น เท่าไข่ไก่ แทนการกินข้าว 1 ทัพพี กินปลา 1 ตัวเล็กแทนเนื้อหมูไม่ติดมัน 2 ช้อนโต๊ะ กินส้ม 1 ผล แทนกินเงาะ 6 ผล เป็นต้น) เป็น ท่านใช้หลักการแลกเปลี่ยนอาหารในการกินอาหารได้กี่วัน (หลักการแลกเปลี่ยนอาหารหมายถึง อาหารในแต่ละหมวด มีหลายชนิดสามารถเลือกกินทดแทนกันได้ตามปริมาณที่กำหนด เช่น กินข้าวเหนียว 1 ปั้นเท่ามะนาวลูกเล็ก แทนการกินข้าว 1 ทัพพี กินปลา 1 ตัวเล็กแทนเนื้อหมูไม่ติดมัน 2 ช้อนโต๊ะ กินส้ม 1 ผล แทนกินเงาะ 6 ผล เป็นต้น)

2.2 นำแบบประเมินการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองที่ผ่านการตรวจสอบไปแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) โดยใช้เกณฑ์ $CVI \geq 0.8$ (Polit & Hungler, 1999) ได้เท่ากับ 1.0

3. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบประเมินการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach 's alpha coefficient) ก่อนนำเก็บรวบรวมข้อมูลจริงได้ค่า Cronbach 's alpha เท่ากับ .74 (ดังแสดงในภาคผนวก ค หน้า 127)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินกลวิธีการเผชิญปัญหา (The Coping Strategies Inventory :CSI) ของ Tobin et al.(1989)เป็นแบบประเมินที่ปรับปรุงจาก “Way of Coping” ของ Lazarus ซึ่งผู้วิจัยแปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประกอบไปด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ ซึ่งวัด 2 ารายด้านย่อย คือ การมุ่งจัดการปัญหา จำนวน 9 ข้อ และการมุ่งจัดการด้านอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ ซึ่งแต่ละด้านมีค่า Cronbach’s Alpha เท่ากับ 0.82 และ 0.83 ตามลำดับ โดยลักษณะข้อคำถามใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

ไม่เคยเลย	เท่ากับ	1 คะแนน
ไม่ค่อยได้ทำ	เท่ากับ	2 คะแนน
ทำและไม่ทำพอๆกัน	เท่ากับ	3 คะแนน
ทำค่อนข้างบ่อย	เท่ากับ	4 คะแนน
ทำบ่อยมาก	เท่ากับ	5 คะแนน

เกณฑ์ในการแปลผล โดยนำค่าคะแนนที่ได้มาทำเป็นค่าเฉลี่ย และแปลผลคะแนน ใช้วิธีการคำนวณหาอันตรายภาคชั้น (เพชรน้อย สิ่งช่างชัย,2549) ดังนี้

3.51-5.00 คะแนน :ใช้กลวิธีการจัดการปัญหาทางสร้างสรรค์สูง

2.26-3.50 คะแนน : ใช้กลวิธีการจัดการปัญหาทางสร้างสรรค์ปานกลาง

1.00- 2.25 คะแนน: ใช้กลวิธีการจัดการปัญหาทางสร้างสรรค์ต่ำ

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบประเมินกลวิธีการเผชิญปัญหา มีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้า เอกสาร งานวิจัย วิทยานิพนธ์ และจากหนังสือที่เกี่ยวข้อง ของ Tobin et al.(1989) เกี่ยวกับแนวคิดและคู่มือการประเมินกลวิธีการในการเผชิญปัญหาของบุคคลเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ ซึ่งผู้วิจัยได้แปล และได้ใช้อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทางภาษาเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องโดยอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทางภาษาได้พิจารณาและปรับปรุงข้อคำถามให้ถูกต้องตามหลักภาษาและความถูกต้องตามเนื้อหาเดิม โดยได้เปลี่ยนสรรพนามในแบบสอบถาม จาก “ฉัน” เป็น “ท่าน”

2. การตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินกลวิธีการเผชิญปัญหา

2.1 นำแบบประเมินกลวิธีการเผชิญปัญหาไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความครอบคลุมของเนื้อหาในข้อคำถาม ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ดังที่กล่าวในข้างต้น ผลปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้มีการปรับคำถามบางข้อให้เข้าใจง่ายขึ้น ดังนี้

ข้อ 5. ฉันแก้ไขปัญหาสุขภาพตนเองที่สาเหตุ ให้ปรับแก้เป็น
ท่านแก้ไขสาเหตุปัญหาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น

ข้อ 6. ฉันรู้ว่าต้องดูแลตนเองอย่างไรจึงจะเป็นผลดี แม้ต้องใช้
ความพยายามอย่างมาก ปรับแก้เป็น ท่านรู้ว่าการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้นเป็นเรื่องยากแต่ท่านก็พยายามที่
จะทำ

ข้อ 7. ถึงแม้ว่ามันจะยุ่งยากแต่ฉันก็จะดูแลตนเองอย่างดีเพื่อให้
สุขภาพดีขึ้น ปรับแก้เป็น ท่านดูแลตนเองอย่างดีเพื่อให้สุขภาพดีขึ้นแม้ว่าจะมีความยุ่งยาก

ข้อ 9. ฉันพยายามที่จะปรับปรุงการดูแลตนเอง ปรับแก้เป็น ท่าน
พยายามที่จะแก้ไขปัญหาสุขภาพ

ข้อ 10. ฉันพบหลากหลายวิธีที่ระบายนเวลามีความโกรธ ปรับแก้
เป็น ท่านมีวิธีการระบายนอารมณ์ที่หลากหลายวิธี

ข้อ 12. ฉันปลดปล่อยอารมณ์ไปตามรู้สึกของฉัน ปรับแก้เป็น ท่าน
แสดงออกตามอารมณ์ของท่าน

ข้อ 14. ฉันปล่อยความรู้สึกออกมาตามที่ เป็น ปรับแก้เป็น ท่าน
แสดงออกตามความรู้สึก

ข้อ 16. เมื่อความรู้สึกของฉันท่วมท้นและมันพร้อมจะระเบิด
ออกมา ปรับแก้เป็น ท่านระเบิดความรู้สึกเมื่อทนไม่ได้

ข้อ 17. ฉันสัมผัสได้ถึงความรู้สึกเครียดและเพียงแค่นี้ผ่านไป
ปรับแก้เป็น ท่านรับรู้ความรู้สึกของตัวเองและปล่อยให้มันผ่านไป

ข้อ 18. ฉันรู้สึกโกรธและปล่อยให้มันระเบิดขึ้นมาจริงๆ ปรับแก้
เป็น เมื่อท่านรู้สึกโกรธจะแสดงออกมาทันที

2.2 นำแบบประเมินกลวิธีการเผชิญปัญหาที่ผ่านการตรวจสอบไปแก้ไข
ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity
index) โดยใช้เกณฑ์ $CVI \geq 0.8$ (Polit & Hungler , 1999) ได้เท่ากับ 0.8

3. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบประเมินกลวิธีการเผชิญปัญหาที่
ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีคุณสมบัติ
ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สูตร
สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach 's alpha coefficient) ก่อนนำเก็บรวบรวมข้อมูลจริง
ได้ค่า Cronbach 's alpha เท่ากับ .92 (ดังแสดงไว้ในภาคผนวก ค หน้า 128)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา ของ Morisky Medication
Adherence Scale (MMAS) ตามกรอบแนวคิดของ Morisky et al.(2008) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย

โดย พรรณธิดา คักดิ์ทอง และรสมาลิน ชาบรรทม (2553) ที่นำมาใช้ในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ โดยข้อคำถาม 7 ข้อเป็นมาตรวัดแบบนามบัญญัติโดยให้เลือกตอบ 1 คำตอบ และข้อคำถาม 1 ข้อเป็นตัวเลือก 5 ระดับ และพัฒนาโดย ปชานัญญ์ ตันติโกสุม (2553) นำมาใช้เพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาโดยผ่านสายสวนหรือการผ่าตัดทางเบี่ยง ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.90 และนำมาตรวจสอบหาความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.69 (ปชานัญญ์ ตันติโกสุม, 2553)

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

ข้อคำถามข้อ 1,2,3,4,6,7 ใช่ เท่ากับ 0 คะแนน และ ไม่ใช่ เท่ากับ 1 คะแนน ส่วนคำถามข้อ 5 ใช่ เท่ากับ 1 และ ไม่ใช่ เท่ากับ 0

ข้อคำถามข้อ 8

0-1 ครั้งต่อสัปดาห์	เท่ากับ 1 คะแนน
1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	เท่ากับ 0.75 คะแนน
3-4 ครั้งต่อสัปดาห์	เท่ากับ 0.5 คะแนน
5-6 ครั้งต่อสัปดาห์	เท่ากับ 0.25 คะแนน
ตลอดเวลา	เท่ากับ 0 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล

คะแนนรวมน้อยกว่า 6 หมายถึง ระดับความร่วมมือในการใช้ยาต่ำ

คะแนนรวม 6 – 7.9 หมายถึง ระดับความร่วมมือในการใช้ยาปานกลาง

คะแนนรวม 8 ขึ้นไป หมายถึง ระดับความร่วมมือในการใช้ยาสูง

การตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา มีการตรวจสอบดังนี้

1. นำแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความครอบคลุมของเนื้อหาในข้อคำถาม ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ดังที่กล่าวในข้างต้น ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิไม่ได้มีการปรับแก้ในส่วนนี้

2. นำแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาที่ผ่านการตรวจสอบโดยของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไม่ได้มีการปรับข้อคำถาม นำมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) โดยใช้เกณฑ์ $CVI \geq 0.8$ (Polit & Hungler , 1999) ได้เท่ากับ 0.85

3. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สูตร

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach 's alpha coefficient) ก่อนนำเก็บรวบรวมข้อมูลจริง ได้ค่า Cronbach 's alpha เท่ากับ .67 (ดังแสดงในภาคผนวก ค หน้า 130)

ส่วนที่ 6 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale ,CES-D) พัฒนาโดย Radloff และคณะ (1977) แปลเป็นไทยโดย ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) นำมาศึกษาและปรับปรุงโดย วิไล คุปต์นิรัตศัยกุล และ พนม เกตุมาน (2544) ประกอบด้วยข้อความ 20 ข้อคำถามภาวะซึมเศร้าใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ข้อคำถามแต่ละข้อ มีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน เครื่องมือนี้ ประกอบด้วยคำถามที่เกี่ยวกับพฤติกรรม ความรู้สึกอารมณ์ต่างๆ จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบ 16 ข้อคำถามเชิงบวก 4 ข้อ โดยแบ่งเป็น 4 ส่วนใหญ่ๆ คือ วัดความรู้สึกด้านซึมเศร้า 7 ข้อ ความรู้สึกด้านดี 4 ข้อ วัดอาการทางกาย 7 ข้อ และวัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่นอีก 2 ข้อ โดยผู้ป่วยจะถูกสอบถามว่าเหตุการณ์หรือพฤติกรรมนั้นๆ เกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้ คือ	คำถามเชิงลบ	คำถามเชิงบวก
- ไม่เกิดขึ้นเลย (น้อยกว่า 1 วันในหนึ่งสัปดาห์)	คะแนนเท่ากับ 0	3
- นานๆ ครั้ง (1-2 วันในหนึ่งสัปดาห์)	คะแนนเท่ากับ 1	2
- เกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย (3-4 วันในหนึ่งสัปดาห์)	คะแนนเท่ากับ 2	1
- บ่อยครั้ง (5-7 วันในหนึ่งสัปดาห์)	คะแนนเท่ากับ 3	0

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ค่าคะแนนรวมมีตั้งแต่ 0-60 ซึ่งการแปลผลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า คือ มีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 16 ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า ค่าคะแนนต่ำกว่า 16 คะแนน ถือว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า (ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ, 2533)

การตรวจสอบคุณภาพแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า มีการตรวจสอบดังนี้

1. นำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความครอบคลุมของเนื้อหาในข้อคำถาม ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ดังที่กล่าวในข้างต้น

2. นำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่ผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิ นำมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) โดยใช้เกณฑ์ $CVI \geq 0.8$ (Polit & Hungler , 1999) ได้เท่ากับ 1.0 โดยผู้ทรงคุณวุฒิได้มีการปรับแก้ข้อคำถามแต่อย่างใด

3. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา

ของครอนบาค (Cronbach 's alpha coefficient) ก่อนนำเก็บรวบรวมข้อมูลจริงได้ค่า Cronbach 's alpha เท่ากับ .81 (ดังแสดงภาคผนวก ค หน้า 131)

สรุปผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือพบว่า เครื่องมือมีคุณภาพในระดับที่ยอมรับได้ในระดับได้ในระดับต่ำ คือ แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา เครื่องมือที่อยู่ในระดับยอมรับได้ คือ แบบประเมินการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง และในที่อยู่ระดับดีมาก คือ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินกลวิธีการเผชิญปัญหา และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า โดย ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค อยู่ระหว่าง .65-.7 ยอมรับได้ในระดับต่ำ .7-.8 ยอมรับได้ และ .8-.9 อยู่ในระดับดีมาก (DeVellis,1991:85 อ้างใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2554)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังต่อไปนี้
ขั้นการเตรียมการเก็บข้อมูล

1. นำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และแบบเสนอเพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน เสนอต่อ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ของโรงพยาบาล ทั้ง 2 แห่ง

2. เมื่อได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากผู้อำนวยการแต่ละโรงพยาบาลเข้าพบหัวหน้าแผนก และเจ้าหน้าที่พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3. การรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดย

3.1 ผู้วิจัยทำการสำรวจชื่อผู้ป่วย และชื่อโรคจากแฟ้มประวัติในแผนกผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง ก่อนวันเก็บข้อมูล 1 วันเพื่อคัดเลือกผู้ป่วยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

3.2 สำรวจแฟ้มประวัติผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

3.3 เก็บข้อมูลผลการตรวจ HbA1C จากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยเป็นผล HbA1C ที่เจาะในรอบไม่เกิน 6 เดือน โดยมีเกณฑ์การแปลผลคือ

ระดับ HbA1C < 7% หมายถึง การควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี

ระดับ HbA1C ≥ 7% หมายถึง การควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี

และเก็บข้อมูลภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจคัดกรองการเกิดภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วยการตรวจคัดกรองจอประสาทตา การตรวจคัดกรองเท้า ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และบันทึกการตรวจพบภาวะแทรกซ้อนโดยแพทย์

3.4 แนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยในวันที่ผู้ป่วยมารับบริการ

4. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัย เกี่ยวกับแบบสอบถาม การขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ป่วย เมื่อกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูล และหนังสือยินยอม และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5. อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดพร้อมทั้งอธิบายวิธีตอบแบบประเมิน แต่ละส่วนจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ จึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินด้วยตนเอง เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับแบบประเมินสามารถสอบถามได้ โดยผู้วิจัยเป็นผู้อธิบายจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตอบแบบสอบถามจนครบถ้วน

6. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจนได้กลุ่มตัวอย่าง ครบตามที่กำหนด คือ 150 ราย จึงนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ต้องได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจในวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย และตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยจะมีเอกสารให้ลงนามยินยอม โดยไม่มีการบังคับใดๆคำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้นผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุด โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบที่ระดับ .05

1. วิเคราะห์ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. วิเคราะห์ภาวะซิมเคร่าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้านรายได้ ระดับ HbA1C ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน การสนับสนุนทางสังคม กลวิธีการเผชิญปัญหา การจัดการตนเอง และความร่วมมือในการใช้ยาโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าพิสัย

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง รายได้ ระดับน้ำตาลสะสม ระยะเวลาการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม กลวิธีการเผชิญปัญหา การจัดการตนเอง และความร่วมมือในการใช้ยา กับ ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน

5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส ภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน กับ ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi- square)



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหา ความร่วมมือในการใช้ยา กับภาวะซีมีเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง จำนวน 150 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ตารางประกอบบรรยายดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลการเจ็บป่วย ระยะเวลาในการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน การมีโรคร่วม และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

ตอนที่ 2 การศึกษาภาวะซีมีเศร่าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหา ความและร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง รายได้ ระดับ HbA1C ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหา ความร่วมมือในการใช้ยา กับภาวะซีมีเศร่าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

ตอนที่ 5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน กับภาวะซีมีเศร่าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

ตอนที่ 6 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหา และความร่วมมือในการใช้ยา

ตอนที่ 1 ข้อมูลการเจ็บป่วย ระยะเวลาในการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน การมีโรคร่วม และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลการเจ็บป่วย จำแนกตามระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน การมีโรคร่วม และระดับน้ำตาลสะสม (n=150)

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา	จำนวน (n=150)	ร้อยละ
ระยะเวลาการป่วยด้วยเบาหวาน (ปี)		
1 – 5 ปี	64	42.7
6 – 10 ปี	52	34.7
11 – 15 ปี	23	15.3
16 – 20 ปี	5	3.3
> 20 ปี	6	4
(\bar{x} = 7.56 , SD = 5.35 , min = 1 , max = 29 , range = 28)		
ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่มี	120	80
มี DM foot	5	3.3
Nephropathy	3	2
Retinopathy	16	10.7
Neuropathy	5	3.3
Micro albuminemia	1	0.7
การมีโรคร่วม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่มี	55	36.7
มี ไขมันในเลือดสูง	70	46.6
ความดันโลหิตสูง	67	44.6
หัวใจ	1	0.6
อื่นๆ	10	6.6
ค่าระดับ HbA1C (%)		
HbA1C \leq 7%	69	46
HbA1C > 7%	81	54
(\bar{x} = 7.65 , SD = 1.91 , min = 4.9 , max = 15.9 , range = 11)		

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง ส่วนใหญ่มีระยะเวลาของการป่วยด้วยเบาหวานส่วนใหญ่ว่า 1- 5 ปี ร้อยละ 42.7 ,รองลงมาคือ 6-10 ปี ร้อยละ 34.7 (\bar{x} =7.56 ปี) ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวานพบมี ร้อยละ 20 ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ Diabetic retinopathy พบร้อยละ 16 และรองลงมาคือ Diabetic foot และ Diabetic neuropathy พบร้อยละ 5 เท่ากัน สำหรับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยวัดจากค่า HbA1C พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าระดับ HbA1C > 7% ร้อยละ 54 ซึ่งถือว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี การมีโรคร่วมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วมร้อยละ 63.3 โรคร่วมที่พบมากที่สุด คือ ไชมันในเลือดสูงพบร้อยละ 46.6 และรองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูงพบร้อยละ 44.6

ตอนที่ 2 การศึกษาภาวะซีมเศร้า ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซีมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างจำแนกตามภาวะซีมเศร้า (n= 150)

ภาวะซีมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ	\bar{x}	SD
ไม่มีภาวะซีมเศร้า	77	51.3	10.09	3.60
มีภาวะซีมเศร้า	73	48.7	22.97	5.37
รวม	150	100	16.36	7.89

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง มีค่าคะแนนภาวะซีมเศร้าเฉลี่ย 16.36 (SD = 7.89) จำแนกเป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานไม่มีภาวะซีมเศร้าร้อยละ 51.3 (\bar{x} =10.09, SD=3.60) และเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซีมเศร้า (ค่าคะแนนตั้งแต่ 16 ขึ้นไป) ร้อยละ 48.7 (\bar{x} = 22.97, SD=5.37)

ตารางที่ 4 แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายข้อ (n=150)

ข้อความ	\bar{x}	SD
1. ท่านรู้สึกหงุดหงิดง่าย	1.34	0.86
2. ท่านรู้สึกเบื่ออาหาร	1.21	0.89
3. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่สามารถจัดความหม่นหมองออกไปได้ แม้ว่าจะมีคนในครอบครัวหรือเพื่อนคอยช่วยเหลือ	1.13	0.93
4. ท่านรู้สึกว่าตนเองมีความดีทัดเทียมคนอื่น ๆ	1.36	0.94
5. ท่านรู้สึกลำบากในการตั้งสมาธิเพื่อทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง	0.76	0.88
6. ท่านรู้สึกหดหู่ใจ	0.62	0.88
7. ท่านรู้สึกว่าทุกๆ สิ่งที่ท่านกระทำต้องฝืนใจทำ	0.58	0.80
8. ท่านรู้สึกมีความหวังเกี่ยวกับอนาคต	1.45	1.09
9. ท่านคิดว่าชีวิตท่านมีแต่ความล้มเหลว	0.34	0.70
10. ท่านรู้สึกหวาดกลัว	0.24	0.61
11. ท่านนอนไม่ค่อยหลับ	1.22	0.92
12. ท่านมีความสุข	0.88	0.75
13. ท่านพูดคุยน้อยกว่าปกติ	0.59	0.83
14. ท่านรู้สึกอ้างว้างเดียวดาย	0.38	0.72
15. ผู้คนทุกๆ ไปไม่มีความเป็นมิตร	0.72	0.92
16. ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้สนุกสนาน	1.14	0.94
17. ท่านมักร้องไห้	0.29	0.58
18. ท่านรู้สึกไม่มีความสุข	0.87	0.94
19. ท่านรู้สึกว่าบุคคลรอบข้างไม่ชอบท่าน	0.64	0.83
20. ท่านรู้สึกว่าท้อแท้ในชีวิต	0.57	0.80
รวม	16.36	7.89

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าข้อที่ผู้ป่วยเบาหวานมีต่ำที่สุด คือ ความรู้สึกหวาดกลัว ($\bar{x} = 0.24$,SD=0.61) ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าข้อที่ผู้ป่วยเบาหวานมีมากที่สุดคือ ความรู้สึกมีความหวังเกี่ยวกับอนาคต ($\bar{x} = 1.45$, SD= 1.09)

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหา และความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง โดยรวม (n =150)

การสนับสนุนทางสังคม	\bar{x}	SD	Min	Max	Range
1.ท่านมีคนที่พร้อมจะรับฟังคุณในเวลาที่ท่านต้องการหรือไม่	3.82	.87	1.00	5.00	4.00
2.ท่านมีคนที่พร้อมจะให้คำแนะนำที่ดีเวลาท่านมีปัญหาหรือไม่	3.81	.92	2.00	5.00	3.00
3.ท่านมีคนที่พร้อมจะให้ความรัก และห่วงใยท่านหรือไม่	4.03	.83	2.00	5.00	3.00
4.ท่านมีคนที่พร้อมจะช่วยท่านทำงานบ้านประจำวันหรือไม่	3.88	1.06	1.00	5.00	4.00
5.ท่านสามารถวางใจใครสักคนที่จะพูดคุยเรื่องปัญหาต่างๆหรือช่วยท่านตัดสินใจในเรื่องยากๆหรือไม่	3.90	.98	1.00	5.00	4.00
6.ท่านมีการติดต่อกับคนที่ท่านรู้สึกใกล้ชิดเชื่อใจและไว้วางใจได้มากกว่าที่ท่านต้องการหรือไม่	3.78	1.00	2.00	5.00	3.00
คะแนนรวมการสนับสนุนทางสังคม	23.23	4.63	11	30	19

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง มีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก ($\bar{x}=23.3$, $SD=4.63$) การสนับสนุนทางสังคมข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การมีคนที่รักและห่วงใย ($\bar{x}= 4.03$, $SD= 0.83$) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การติดต่อกับคนที่รู้สึกใกล้ชิดและไว้วางใจเท่าที่ต้องการ ($\bar{x} = 3.78$, $SD= 1.00$)

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการจัดการตนเองรายด้านของผู้ป่วยเบาหวาน ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง รายด้าน และโดยรวม (n =150)

การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน	\bar{x}	SD	Min	Max	Range
ด้านการรับประทานยา	6.35	1.05	2	7	5
ด้านการรับประทานอาหาร	4.40	1.07	2.63	8	5.38
ด้านการดูแลเท้าและสุขอนามัย	4.38	2.13	0	7	7
ด้านการประเมินตนเองเกี่ยวกับอาการ	3.30	1.52	0	7	7
ด้านการออกกำลังกาย	1.88	1.80	0	7	7
โดยรวม	4.23	1.15	2	6.60	4.60

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 4.23$, $SD=1.15$) การจัดการตนเองด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูงที่สุดคือด้านการรับประทานยา ($\bar{x}=6.35$, $SD=1.05$) การจัดการตนเองที่มีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง ได้แก่การจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร ($\bar{x}=4.40$, $SD=1.07$) ด้านการดูแลเท้าและสุขภาพอนามัย ($\bar{x}=4.38$, $SD=2.13$) และด้านการประเมินตนเองเกี่ยวกับอาการ ($\bar{x} = 3.30$, $SD=1.52$) ส่วนการจัดการตนเองที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยในระดับต่ำ ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย ($\bar{x} = 1.88$, $SD=1.80$)

ตารางที่ 7 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง โดยรวมและรายด้าน (n = 150)

กลวิธีการเผชิญปัญหา	\bar{x}	SD	min	Max	Range
ด้านการมุ่งจัดการปัญหา	3.08	1.20	1.22	5.0	3.08
ด้านการมุ่งการจัดการด้านอารมณ์	2.86	1.09	1.00	5.00	4.00
โดยรวม	2.97	1.07	1.39	4.89	3.50

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง มีคะแนนเฉลี่ยการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาโดยรวมในระดับปานกลาง ($\bar{x}=2.97$,

SD=1.07) ในการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาหลายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้กลวิธีด้านจัดมุ่งจัดการปัญหาในระดับปานกลาง ($\bar{x}=3.08$, SD=1.20) และด้านการมุ่งจัดการกับอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง($\bar{x}=2.86$, SD=1.09)

ตารางที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ยระดับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง (n =150)

ความร่วมมือในการใช้ยา	\bar{x}	SD	Min	Max	Range
1. มีบางครั้งที่คุณลืมรับประทานยา	.60	.49	0	1	1
2. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีบางวันที่คุณไม่ได้รับประทานยา	.88	.32	0	1	1
3. คุณเคยลดขนาดยาหรือหยุดรับประทานยา เนื่องจากรู้สึกว่าการแ่ล้งโดยที่ไม่ได้ปรึกษาแพทย์	.94	.22	0	1	1
4. มีบางครั้งที่คุณลืมพกยาติดตัวไปด้วยเมื่อคุณออกจากบ้านหรือเดินทางไกล	.68	.46	0	1	1
5. เมื่อวานนี้ คุณรับประทานยาครบ	.98	.14	0	1	1
6. เมื่อคุณรู้สึกว่าอาการของโรคที่คุณเป็นควบคุมได้แล้ว บางครั้งคุณหยุดรับประทานยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์	.95	.21	0	1	1
7. คุณเคยรู้สึกอึดอัดที่ต้องรับประทานยาอย่างเคร่งครัดหรือเข้มงวด	.74	.43	0	1	1
8. คุณรู้สึกว่ามีความยุ่งยากมากน้อยเพียงใด ในการจดจำยาทั้งหมดที่ต้องรับประทาน	.84	.25	0	1	1
คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา	6.63	1.33	1.75	8	6.25

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=6.63$, SD=1.33) คะแนนเฉลี่ยรายข้อสูงสุดคือ เมื่อวานนี้ผู้ป่วยรับประทานยาครบ ($\bar{x}=0.98$, SD=0.14) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาดำสุด คือ มีบางครั้งที่ผู้ป่วยลืมรับประทานยา ($\bar{x}=0.60$, SD=0.49)

ตอนที่ 4 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ระดับ HbA1C การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง การใช้กลวิธีการเผชิญปัญหา ความร่วมมือในการใช้ยา กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

ตารางที่ 9 แสดงค่าสหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่าง รายได้ ระดับ HbA1C ระยะเวลาการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหาและความร่วมมือในการใช้ยากับ ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง (n= 150)

ตัวแปร	ค่าสหสัมพันธ์	p-value
รายได้	-0.277	0.001
HbA1C	-0.159	0.052
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	-0.042	0.608
การสนับสนุนทางสังคม	-0.477	0.000
การจัดการตนเอง	-0.275	0.001
กลวิธีการเผชิญปัญหา	-0.344	0.000
ความร่วมมือในการใช้ยา	-0.196	0.016

จากตารางที่ 9 พบว่า ระดับHbA1C และระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน เท่ากับ $-.277$, การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน เท่ากับ $-.477$, การจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน เท่ากับ $-.344$ ความร่วมมือใน

การใช้ยามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซีมีเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน เท่ากับ $-.196$

ตอนที่ 5 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สถานภาพ และการมีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน กับภาวะซีมีเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

ตารางที่ 10 แสดงภาวะซีมีเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง จำแนกตามเพศ (n= 150)

เพศ	ภาวะซีมีเศร้า		รวม		ค่า Chi-square df=1	P-value
	มีภาวะซีมีเศร้า	ไม่มีภาวะซีมีเศร้า	จำนวน	ร้อยละ		
ชาย	23	40	34	60	2.54	0.111
หญิง	50	54	43	46		
รวม	73	77			C=0.129	

จากตารางที่ 10 พบว่า เพศหญิงมีภาวะซีมีเศร้าร้อยละ 54 เพศชายมีภาวะซีมีเศร้าร้อยละ 40 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปรพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 11 แสดงภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง จำแนกตามสถานภาพสมรส (n= 150)

สถานภาพสมรส	ภาวะซึมเศร้า		ค่า Chi-square	P-value
	มีภาวะซึมเศร้า	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โสด	2	18.2	9	81.8
คู่	67	50.8	65	49.2
หม้าย	3	50	3	50
หย่า	1	100	0	0
รวม	73		77	

รวม 150

ค่า Contingency C= 0.18

จากตารางที่ 11 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรสถานภาพสมรสกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 12 แสดงภาวะซิมเซร่าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง จำแนกตามภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน (n= 150)

ภาวะแทรกซ้อน	ภาวะซิมเซร่า				รวม	ค่า Chi-square df=5	P-value	
	มีภาวะซิมเซร่า		ไม่มีภาวะซิมเซร่า					ค่า Contingency
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ไม่มี	58	48.3	62	51.7	120	3.61	.60	
มี DM foot	2	40	3	60	4	C=0.15		
Nephropathy	1	33.3	2	66.7	3			
Retinopathy	7	43.8	9	56.3	16			
Neuropathy	4	80	1	20	5			
Microalbuminemia	1	100	0	0	1			
รวม	73		77					

จากตารางที่ 12 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวานกับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเซร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 6 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหา และความร่วมมือในการใช้ยา

ตารางที่ 13 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างตัวแปรต้น ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหา และความร่วมมือในการใช้ยา (n=150)

	การสนับสนุนทางสังคม	การจัดการตนเอง	กลวิธีการเผชิญปัญหา	ความร่วมมือในการใช้ยา
การสนับสนุนทางสังคม	1	.532 ^{**}	.522 ^{**}	.097
		.000	.000	.238
การจัดการตนเอง		1	.752 ^{**}	.062
			.000	.449
กลวิธีการเผชิญปัญหา			1	.016
				.845
ความร่วมมือในการใช้ยา				1

จากตารางที่ 13 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .01 ($r=.532$, และ $.522$ ตามลำดับ) และการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับกลวิธีการเผชิญปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.752$) ส่วนตัวแปรความร่วมมือในการใช้ยาไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรต้นอื่น

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหา ความร่วมมือในการใช้ยา กับภาวะซีมีเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างโดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อศึกษาภาวะซีมีเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหา ความร่วมมือในการใช้ยา กับภาวะซีมีเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีสมมุติฐานการวิจัยดังนี้

1. เพศ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซีมีเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
2. สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซีมีเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
3. ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซีมีเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
4. ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับภาวะซีมีเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
5. ระดับ HbA1C มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับภาวะซีมีเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
6. รายได้ มีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะซีมีเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
7. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะซีมีเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
8. การจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะซีมีเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
9. กลวิธีการเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะซีมีเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

10. ความร่วมมือในการใช้ยา มีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุระหว่าง 18 -59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุระหว่าง 18 -59 ปี ที่เข้ารับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และโรงพยาบาลสุรินทร์ โดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ ดังนี้

1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ที่เข้ารับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยนอก ไม่มีอาการทางจิตประสาท อันเป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมวิจัย

2) อายุระหว่าง 18 -59 ปี

3) ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

4) อ่านและเขียนภาษาไทยได้

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Power Analysis Size for sample size เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 (Type II error) ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ระดับอำนาจทดสอบที่ 90 % โดยจากการทบทวนงานวิจัยของ ธิติพันธ์ ธาณีรัตน์ (2551) ใช้ค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร 0.276 นำมาคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 6 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน ภาวะโรคร่วม ค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ของ จันทนา หล่อตจะกุล (2548) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่แปลจาก The Enrich Social Support Questionnaire มีข้อคำถาม 7 ข้อ ข้อคำถามที่ 1-6 ค่าคะแนนเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ ส่วนข้อคำถามข้อ 7 เป็นแบบเลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ ไม่นำมาคิดคะแนน คะแนนเต็ม 30 คะแนน โดยระดับคะแนน 1- 10 คะแนน แสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมน้อย ระดับคะแนน 11-20 คะแนน แสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ระดับคะแนน 21-30 คะแนน แสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมมาก

แบบประเมินได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .80 นำไปทดลองใช้วิเคราะห์ค่าความเที่ยงได้เท่ากับ .93

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ของ อูซาครี แสงสง่า (2554) ที่แปลและพัฒนาโดย ภาวนา กิริติยดวงศ์ (2548) จาก Summary of Diabetes Self-care Activities ของ Toobert , Hamton et al.(2000) เป็นแบบวัดการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองในรอบ 7 วัน ที่ผ่านมา 5 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร 8 ข้อ การออกกำลังกาย 2 ข้อ การประเมินตนเองเกี่ยวกับอาการ 3 ข้อ การดูแลเท้าและสุขอนามัย 5 ข้อ การรับประทานยา จำนวน 2 ข้อ การให้คะแนนเป็นแบบประมาณค่า 8 ระดับ เริ่มจาก 0 - 7 คะแนน นำคะแนนมาหาค่าเฉลี่ย คะแนน 0.00-2.33 หมายถึง มีการจัดตนเองในระดับน้อย คะแนน 2.34-4.66 หมายถึง มีการจัดการตนเองในระดับปานกลาง คะแนน 4.67-7.00 หมายถึง มีการจัดการตนเองในระดับมาก ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.0 นำไปทดลองใช้วิเคราะห์ค่าความเที่ยงได้เท่ากับ .74

ส่วนที่ 4 แบบประเมินกลวิธีการเผชิญปัญหา (The Coping Strategies Inventory : CSI) ของ Tobin et al.(1989) ซึ่งผู้วิจัยได้แปล และได้รับตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษา ประกอบด้วยข้อคำถาม รายด้าน 2 ด้าน คือ การมุ่งจัดการกับปัญหา จำนวน 9 ข้อ การมุ่งจัดการกับอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ มาตราวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ 1-5 คะแนน หาค่าเฉลี่ยคะแนน โดยคะแนน 1.00-2.25 คะแนน หมายถึง ใช้กลวิธีการจัดการปัญหาในทางสร้างสรรค์ต่ำ คะแนน 2.26-3.50 คะแนน หมายถึง ใช้กลวิธีการจัดการปัญหาทางสร้างสรรค์ปานกลาง คะแนน 3.51-5.00 คะแนน หมายถึง ใช้กลวิธีการจัดการปัญหาทางสร้างสรรค์สูง และมีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .80 นำไปทดลองใช้วิเคราะห์ค่าความเที่ยงได้ เท่ากับ .92

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา Morisky Medication Adherence Scale (Morisky et al, 2008) ที่พัฒนาโดย ปชานัญญ์ ตันติโกสม(2553) ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ คำถามข้อ 1-7 เป็นมาตราวัดแบบนามบัญญัติ โดยให้เลือกตอบ ใช่ กับ ไม่ใช่ ส่วนข้อคำถามข้อที่ 8 เป็นแบบตัวเลือก 5 ระดับ แปลงเป็นคะแนน ดังนี้ 0-1 ครั้ง/สัปดาห์ เท่ากับ 1 คะแนน 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ เท่ากับ 0.75 คะแนน 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ เท่ากับ 0.5 คะแนน 5-6 ครั้ง/สัปดาห์ เท่ากับ 0.25 คะแนน ตลอดเวลา เท่ากับ 0 คะแนน นำคะแนนที่ได้มารวมกันและแปลผล คือ คะแนนรวมน้อยกว่า 6 คะแนน หมายถึง ระดับความร่วมมือในการใช้ต่ำ คะแนนรวม 6-7.9 คะแนน หมายถึง ระดับความร่วมมือในการใช้ยาปานกลาง คะแนนรวม 8 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ระดับความร่วมมือในการใช้ยาสูงได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.85 นำไปทดลองใช้วิเคราะห์ค่าความเที่ยงได้เท่ากับ .67

ส่วนที่ 6 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale, CES-D) โดย Radloff et al.(1977) แปลเป็นไทยโดย ธวัชชัย วรพงศธร และ คณะ(2533) และปรับปรุงโดยวิไล คุปต์นิรัตศัยกุล และพนม เกตุมาน (2544) ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ มาตราวัดแบบประมาณค่า 4 ระดับ คะแนน 0-3 เป็นคำถามเชิงลบ 16 ข้อ คำถามเชิงบวก 4 ข้อ ค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0-60 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 16 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า คะแนนต่ำกว่า 16 หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน นำไปทดลองใช้วิเคราะห์หาความเที่ยงได้ เท่ากับ 0.81

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าพิสัย และใช้สถิติทดสอบความสัมพันธ์สัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติไคสแควร์

สรุปผลการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย 16.36 (SD=7.89) จัดอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 48.7 (\bar{x} =22.97, SD=5.37) กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 51.3 (\bar{x} =10.09, SD=3.60)
2. เพศ ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน และระดับ HbA1C ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
3. สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
4. รายได้ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r =-.277)
5. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r =-.477)
6. การจัดการตนเอง และกลวิธีการเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r =-.275 และ -.344 ตามลำดับ)
7. ความร่วมมือในการใช้ยา มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r =-.196)

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมุติฐานการวิจัยได้ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 .ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์มีภาวะซึมเศร้า ($\bar{x} = 16.36, SD=7.89$) ซึ่งเมื่อจัดกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าจำแนกตามคะแนน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 48.7 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าที่ผ่านมา ในต่างประเทศ พบรายงานที่ ร้อยละ 19 -31 (Anderson et al.,2001) ในการศึกษาของ Raval et al.(2010) ที่ศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 41 ส่วนการศึกษาในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ที่ ร้อยละ 10-39.6 (ประอรทิพย์ สุทธิสาร, 2550 ; พิรุณี สัพโส,2553 ; ธิติพันธ์ ธาณิรัตน์,2551 ; นิตยา จรัสแสงและคณะ,2555) ส่วนในการศึกษาของ จุฑารัตน์ บุญวัฒน์ และคณะ (2552) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้า ระดับเล็กน้อย ร้อยละ 32 ระดับปานกลางถึงมาก ร้อยละ 42.9 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการศึกษานี้พบอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานค่อนข้างสูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าในการศึกษานี้ เป็นแบบประเมินเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้า ซึ่งสามารถแบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า กับไม่มีภาวะซึมเศร้า ไม่ได้มีการแบ่งเป็นระดับของภาวะซึมเศร้า และกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาในวัยผู้ใหญ่ อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 52.9 ปี ซึ่งช่วงวัยระหว่าง 37-59 ปี เป็นช่วงวัยของผู้ใหญ่ตอนปลายที่เริ่มมีความเสื่อมถอยสุขภาพ เมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ต้องมีการปรับตัวเนื่องจากอาการเจ็บป่วยส่งผลให้เกิดความรู้สึกด้อยค่า เป็นภาระ มีความคิดด้านลบต่อตนเอง คือ การรับรู้ที่ตนเองบกพร่อง ไร้คุณค่า ไม่ยอมรับตนเอง โทษตนเอง รู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งนำไปสู่การเกิดความรู้สึกซึมเศร้าตามมา (Beck ,1967)

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน ระดับ HbA1C การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหา และความร่วมมือในการใช้ยา กับภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

2.1 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการศึกษาพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ซึ่งปัจจัยทางด้านเพศกับภาวะซิมเศร่าผลการศึกษาขัดแย้งกับการศึกษาที่ผ่านมา ได้แก่ในการศึกษาของ Faisal et al. (2010) และ Yavari and Mashinchi (2010) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงมีภาวะซิมเศร่ามากกว่าเพศชาย เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทยโดย พิรุณี สัพโส (2553) ที่พบว่าเพศหญิงมีภาวะซิมเศร่ามากกว่าเพศชายถึงสองเท่าในผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากค่านิยม ความคาดหวัง การเลี้ยงดู บทบาททางสังคม การขาดพลังอำนาจ ขาดโอกาสทางสังคม และเมื่อมีความยุ่งยากในชีวิตเกิดขึ้นไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ทำให้เกิดภาวะซิมเศร่าตามมา (ธรรณิษฐ์ กองสุข, 2550) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ Zho, Chen, Lin and Sigal (2006) ที่พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุน้อยเพศหญิงมีภาวะซิมเศร่ามากกว่า แต่ในกลุ่มอายุมากกลับไม่พบความแตกต่างของภาวะซิมเศร่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ที่อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ($\bar{x} = 52.9$ ปี) ทั้งนี้ผู้หญิงในวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่สามารถรักษาสมดุลหน้าที่บทบาทภายนอกและภายในครอบครัวได้ ดังเช่นในการศึกษาของ สมพร จิงรุ่งเรืองกลกิจ และ คณะ (2553) ที่พบว่าการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ตามที่ของผู้หญิงทำให้ผู้หญิงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซิมเศร่าแต่หากสามารถดำเนินบทบาทตามที่สังคมคาดหวังไว้ได้โอกาสเกิดภาวะซิมเศร่าของผู้หญิงจะน้อย ดังนั้นเพศจึงไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร่าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2.2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสถานภาพสมรสมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะซิมเศร่าน้อยกว่าสถานภาพไม่มี

คู่ หรือการแยกกันอยู่ (Chan et al,2012;Egede,Grough & Ellis,2010) เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ ธิติพันธ์ ธานีรัตน์ (2551) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยเห็นว่าที่ปัจจัยทางด้านสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอาจเนื่องมาจากมิติทางวัฒนธรรมของกลุ่มตัวอย่างที่ยังเป็นสังคมกึ่งชนบทที่ยังมีการอยู่ร่วมกันแบบครอบครัวใหญ่ แม้สถานภาพสมรสจะเปลี่ยนไปแต่การอยู่กับครอบครัวใหญ่ทำให้การได้รับการดูแล และการมีปฏิสัมพันธ์จากบุคคลในครอบครัวคนอื่นยังมีอยู่ และในกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยกลางคนถึงวัยผู้ใหญ่ตอนปลายที่มีความมั่นคงทางด้านการสร้างฐานะและความมั่นคงทางด้านจิตใจ

2.3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=-.277$) รายได้เป็นสิ่งที่บอกสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เมื่อมีภาวะเจ็บป่วยเกิดขึ้นการทำงานเพื่อหารายได้ หรือการทำหน้าที่ลดลงทำให้รายได้ลดลง จึงส่งผลให้เกิดปัญหาทางจิตอารมณ์ตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของประอรทิพย์ สุทธิสาร (2550) ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มียาได้น้อย และในการศึกษาของ ธิติพันธ์ ธานีรัตน์ (2551) พบว่าในกลุ่มที่รายได้ต่ำกว่า 15,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนภาวะซึมเศร้าสูงกว่า เช่นเดียวกับในต่างประเทศ กลุ่มที่มีรายได้น้อยมีความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่มีรายได้สูง (Egede et al,2010) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ใหญ่วัยกลางคนถึงวัยผู้ใหญ่ตอนปลายที่ยังมีสถานภาพทางการทำงานที่มั่นคง สามารถทำงานหารายได้เป็นกำลังสำคัญของครอบครัวการที่มีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นย่อมส่งผลให้เกิดปัญหาด้านจิตอารมณ์มีภาวะซึมเศร้าตามมา ดังนั้นรายได้จึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2.4 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการป่วยด้วยโรคเบาหวานกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 7.56 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ Tsai, Chiang and Lee (2008) ที่พบว่าระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยเบาหวานไม่มีความแตกต่างกันในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ากับกลุ่มที่ไม่มี ซึ่งในการศึกษาของ Al-Amer, Sobeh, Zayed and Al-domi (2011)

ซึ่งได้ผลเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ผู้วิจัยเห็นว่า ในผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยรับรู้ ว่าโรคนี้อันตรายไม่หายแต่ต้องมีการรักษาไปตลอดชีวิต ระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับ ภาวะนี้จึงมีไปตลอด ไม่ว่าจะอยู่ในช่วงระยะเวลาใดของการเจ็บป่วยผู้ป่วยยังคงต้องเฝ้าระวัง ดูแล รักษาสุขภาพของตนไปตลอด ความเครียดที่ต้องเผชิญกับโรคหรือภาวะจึงยังคงมีอยู่ตลอด ดังนั้น ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับการภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2

2.5 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวานกับ ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการศึกษาพบว่าภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับ ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งขัดแย้งกับ การศึกษาที่ผ่านมาโดย Katon et al. (2009) ที่พบว่าจำนวนของภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานเป็น ปัจจัยทำนายที่มีอำนาจการทำนายต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงจากการศึกษาติดตามใน ระยะเวลา 5 ปี Pouwer et al. (2010) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ Neuropathy มีคะแนนภาวะ ซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะ Neuropathy และอิติพันธ์ ธานีรัตน์ (2551) พบว่าการมี ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน คือ Diabetic Nephropathy และ Diabetic Foot มี ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมี ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากเบาหวาน ร้อยละ 20 เมื่อเปรียบเทียบกับทั้งกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ากับกลุ่ม ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีการเกิดภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน ดังนั้นการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจาก โรคเบาหวานจึงไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2.6 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับ HbA1C กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2

ผลการศึกษา พบว่าระดับ HbA1C กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่มี ความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Knol et al. (2007) ที่ไม่พบความสัมพันธ์ของระดับน้ำตาลในเลือดกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เช่นเดียวกับ Gendelmah et al. (2009) ที่พบว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ดีในผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 1 มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าแต่กลับไม่พบว่ามีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่ม ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และจากผลการศึกษาในประเทศไทยโดย อิติพันธ์ ธานีรัตน์ (2551) พบว่า

กลุ่มที่ควบคุม HbA1C เลือดในเกณฑ์ดีกับไม่ดี มีภาวะซิมเสร์ราไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ผู้วิจัยเห็นว่าผลของการควบคุม HbA1C ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซิมเสร์ราอาจเนื่องมาจากวิธีการรักษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่ได้มีความซับซ้อนจากการต้องใช้อินซูลินอย่างต่อเนื่อง ผลของการควบคุมนอกจากการใช้ยา ยังมาจากพฤติกรรม การปฏิบัติตัว การเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดจึงเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป ไม่มีผลต่อการเกิดภาวะทางอารมณ์ ต่างจากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดต้องพึ่งอินซูลินอย่างต่อเนื่องเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงระดับของน้ำตาลในเลือดจึงเป็นแบบฉับพลันซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาต่อภาวะทางอารมณ์ได้มากกว่า ดังนั้นระดับ HbA1C จึงไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเสร์ราในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2.7 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซิมเสร์ราในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซิมเสร์ราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=-.477$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nau, Aiken, and Pacholski (2007) และ Eged, Grough and Ellis (2010) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยมีการเกิดภาวะซิมเสร์รามากกว่า การสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยลดระดับภาวะซิมเสร์ราได้ (Cobb, 1967) เช่นเดียวกับ ราตรี ตาลเชื้อ (2554) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซิมเสร์ราในผู้ป่วยโรคลมชักพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซิมเสร์รา และการศึกษาของ สุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์ (2554) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่กล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซิมเสร์รา ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซิมเสร์ราในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2.8 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการตนเองกับภาวะซิมเสร์ราในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการศึกษาพบว่าการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์กันในทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=-.275$) ซึ่งสอดคล้องกับ Lin et al. (2004) ศึกษาพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยกว่ามีภาวะซิมเสร์รามากกว่า ทางด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มที่มีภาวะซิมเสร์รา มีอุบัติการณ์ของการสูบบุหรี่มากกว่า เช่นเดียวกับในการศึกษาโดย Chan, Lin, Chau, and Chang. (2012) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่

ดื่มแอลกอฮอล์ มีภาวะซึมเศร้ามากกว่า และมีการออกกำลังกายและแบบแผนสุขภาพที่ด้อยกว่า กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยเห็นว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานในทุกด้าน ล้วนเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าก็ส่งผลให้พฤติกรรมการจัดการตนเองไม่ดีเช่นกัน ดังนั้นการจัดการตนเองจึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2.9 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลวิธีการเผชิญปัญหากับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการศึกษาพบว่ากลวิธีการเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์กันในทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.344$) กล่าวคือ ผู้ที่มีการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาในทางสร้างสรรค์สูงมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า สอดคล้องกับ Kraaij and Garnefski (2012) ที่พบว่าวิธีการเผชิญปัญหา การปรับเปลี่ยนมุมมองในทางบวกมีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะซึมเศร้า ตรงกันข้ามกับผู้ที่ใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบการโทษตนเอง การคิดใคร่ครวญการโทษผู้อื่น และการปฏิเสธมีภาวะซึมเศร้ามากกว่า เช่นเดียวกับ Smalls et al. (2012) ศึกษาวิธีการเผชิญปัญหา กับการจัดการอารมณ์ที่ดีส่งผลให้มีพฤติกรรมควบคุมเบาหวานที่ดีกว่า ทั้งนี้ผู้วิจัยเห็นว่ากลวิธีการเผชิญปัญหาของบุคคลส่งผลต่อการเกิดปัญหาทางอารมณ์โดยตรง เพราะการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาเป็นความพยายามทางปัญญาโดยตรงที่จะจัดการกับสิ่งที่คุกคาม หากกลวิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม สิ่งที่คุกคามยังคงอยู่ย่อมส่งผลต่อภาวะอารมณ์ซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ดังนั้นการใช้กลวิธีในการเผชิญปัญหาจึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2.10 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการศึกษาพบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาที่มีความสัมพันธ์กันในทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.196$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาโดย Al-Amer, Sobeh, Zaye, and Al-domi (2011) ที่พบว่าระดับความร่วมมือในการใช้ยามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เช่นเดียวกัน Nau et al. (2007) พบว่าภาวะซึมเศร้ามัผลทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาเลวลง ทั้งนี้ผู้วิจัยเห็นว่าในผู้ป่วยเบาหวานเป็นกลุ่มที่มีการใช้ยา หรือต้องควบคุมพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับที่เหมาะสม ความร่วมมือในการใช้ยาจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่บ่งบอกความสำเร็จในการรักษา ดังนั้นในผู้ที่ใช้ยาไม่เหมาะสม

หรือขาดความร่วมมือในการใช้ยาจึงส่งผลต่อการควบคุมโรคโดยตรง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองล้มเหลว หรือเกิดความท้อแท้ซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ดังนั้นความร่วมมือในการใช้ยาจึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาในครั้งนี้สะท้อนให้เห็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ รายได้ การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง การใช้กลวิธีในการเผชิญปัญหา และความร่วมมือในการใช้ยา ดังนั้นนอกจากพยาบาลต้องให้ความสำคัญกับการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานเป็นระยะแล้ว ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานดังนี้

1. การประเมินปัจจัยส่วนบุคคล โดยเฉพาะปัจจัยด้านรายได้ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ถึงแม้ว่าจะเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถจัดกระทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ แต่ทั้งนี้การประเมินปัจจัยนี้สามารถใช้เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมในการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลและชุมชน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าตลอดจนการลดภาวะซึมเศร้าในรายที่เกิดภาวะซึมเศร้าแล้ว

2. จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ การจัดการตนเอง และความร่วมมือในการใช้ยา ดังนั้นการจัดโปรแกรมทางการพยาบาลที่เหมาะสมที่ส่งเสริมความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การส่งเสริมด้านความร่วมมือในการใช้ยาโดยมีการประสานงานกับสหวิชาชีพ ทั้งแพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการในการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานร่วมกันอย่างเป็นระบบทั้งการดูแลขณะที่ผู้ป่วยมารับบริการในโรงพยาบาลและการดูแลร่วมกันในชุมชน โดยบทบาทของพยาบาลนอกจากการเป็นผู้ดูแลแล้วการเป็นผู้ประสานกับทั้งสหวิชาชีพ ชุมชนและผู้ป่วยเป็นบทบาทสำคัญที่พยาบาลต้องกระทำเพื่อให้ระบบการดูแลผู้ป่วยเป็นองค์รวมเพื่อลดหรือป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน

3. การสนับสนุนทางสังคม เป็นอีกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยหากมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคงกับเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และส่งผลต่อสุขภาพทางอ้อม คือทำให้สามารถประเมินสถานการณ์ได้ เกิดขวัญกำลังใจในการเผชิญความเครียดและปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Cohen and Will, 1985 อ้างถึงใน ดรุณวรรณ จันทร์แก้ว, 2554) ดังนั้นการจัดโปรแกรมที่เสริมสร้างความเข้มแข็งของการดูแลสุขภาพ

ตนเองของผู้ป่วยในชุมชนตลอดจนการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้มากขึ้น ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมกับผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้งควรมีการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องเหล่านี้เป็นระยะ

4. การจัดโปรแกรมที่ส่งเสริมทางด้านสุขภาพจิตกับผู้ป่วย เช่น การจัดค่ายเพื่อเสริมสร้างทักษะกลวิธีการเผชิญปัญหา การจัดคลินิกให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาเฉพาะโรคเบาหวานในหน่วยบริการที่เป็นเครือข่ายบริการขนาดเล็ก ทั้งนี้เพื่อให้เข้าถึงผู้ป่วยและชุมชนให้มากขึ้น การประเมินความเครียดและการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาเป็นระยะทุก 6 เดือน เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีความเครียดหรือมีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสมพยาบาลสามารถให้คำปรึกษาเบื้องต้นเพื่อลดหรือป้องกันการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตที่จะเกิดขึ้นได้ทันที



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรรณิกา สายแดง. (2554). **กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนแม่หล่าย อำเภอเมือง จังหวัดแพร่**. ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ขวัญแก้ว ปานล้ำเลิศ. (2552). **ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุเบาหวานกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทนา หล่อตจะกุล. (2549). **การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไทยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฑาวัฒน์ บุญวัฒน์, ภาวนา กิรติยุตวงศ์, และ ชนัดนา แนนเกษร. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีคร่าในผู้ที่เป็เบาหวานชนิดที่ 2. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา**, 17(2), 32-47.
- เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์. (2551). **การพยาบาลแบบองค์รวมในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซีมีคร่า**. นนทบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี.
- ฉวีวรรณ ยี่สุน, สุกัญญา พรหมาศ, อูมา จันทรวิเศษ, และ จารุวรรณ กฤตย์ประชา. การจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. **พยาบาลสงขลานครินทร์**, 30, 15.
- ชัดเจน จันทรพัฒน์. (2543). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซีมีคร่าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ดรอุวรรณ จันทรแก้ว. (2554). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีคร่าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดาราวรรณ ต๊ะปิงตา. (2555). **ภาวะซีมีคร่า : การบำบัดและการให้การศึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม**. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- เทพ หิมะทองคำ. (2550). **ความรู้เรื่องเบาหวานฉบับสมบูรณ์**. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์.

- ธณินทร์ กองสุข, และ คณะ. (2549). **การประเมินโรคซึมเศร้า : การทบทวนหลักฐานทางวิชาการ**. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซตการพิมพ์.
- ธณินทร์ กองสุข. (2550). **โรคซึมเศร้าองค์ความรู้จากการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ**.
อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซต.
- ธวัชชัย วรพงศธร, วงเดือน บัณฑิต, และ สมพร เตรียมชัยศรี. (2533). คุณลักษณะความตรงของแบบวัดภาวะซึมเศร้า CES-D. **วารสารจิตวิทยาคลินิก**, 21(1), 26-45.
- ธัญญพร ขอบตรง. (2549). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของสตรีใกล้หมดประจำเดือน**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธิตพันธ์ ธานีรัตน์. (2551). **ความชุกของภาวะซึมเศร้า ระดับน้ำ ตาลสะสมในเลือด และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก คลินิกต่อมไร้ท่อโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทินี ศุภมมงคล. (2547). **ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และกลวิธีการเผชิญปัญหาของนิสิตนักศึกษา**. กรุงเทพมหานคร:
- นิตยา แก้วร่วมวงศ์. (2542). **ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อโรคเอดส์จากแม่สู่ลูก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิตยา จรัสแสง. (2555). **ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง**. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**, 57(4), 439-446. CHULALONGKORN UNIVERSITY
- นุชรี อาบสุวรรณ และ นิตยา พันธุ์เวทย์. (2555). **ประเด็นรณรงค์วันเบาหวานโลก**. สำนักโรคไม่ติดต่อ.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2550). **ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- ปานจิต นามพลกรัง. (2547). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประอรทิพย์ สุทธิสาร. (2550). **ภาวะซึมเศร้าและบริบทชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวาน ร.พ.หนองคาย**. วิทยานิพนธ์การค้นคว้าอิสระสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- พัชรารณณ์ ภูสีฤทธิ. (2555). **ความเครียดและกลวิธีการเผชิญปัญหาของพนักงานฝ่ายช่างสายการบินนกอแอร์ จำกัด**. ปรินญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิรุณี สัพโส. (2553). ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพังโคน. **ศรีนครินทร์เวชสาร**, 25(4), 272-279.
- เยี่ยม คงเรืองราช. (2554). **ผลของการออกกำลังกายแบบพื้อมลล้ากลอนต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รสมาลิน ชาบรรทม, & พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. (2552). ผลของภาวะซึมเศร้าต่อความร่วมมือในการใช้ยาและการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. **สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)**, 19(1), 17-26.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). **การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราตรี ตาลเชื้อ. (2554). **ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราบาป การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา สมรรถนะแห่งตน และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคลมชัก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราม รังสินธุ์. (2555). **รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2555**. **เครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**.
- ศิระ เมืองไทย. (2556). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายโรงพยาบาลศรีสะเกษ. **วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์**, 28(2).
- ศิริวรรณ ตั้งวิจิตรสกุล. (2550). **ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์. (2556) **เอกสารข้อมูล: สถานการณ์โรคเบาหวาน / ความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนในประเทศไทย**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

สันต์ ใจยอดศิลป์. (2010). การเทียบค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C) กับค่าน้ำตาลในเลือด (FBS).

Health.Co.Th Journal.

สมพร จิ้งรุ่งเรื่องกลกิจ. (2553). ความแตกต่างทางเพศภาวะ ปัจจัยประชากรทางสังคมที่เสี่ยงต่อโรค
ซิมเศร่า. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 55(4), 337-346.

สมภพ เรื่องตระกูล. (2543). โรคซิมเศร่าและการฆ่าตัวตาย. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
สุทธนันท์ ชุนแจ่ม, โสภิณ แสงอ่อน, และ ทศนา ทวีคุณ. (2554). การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ
ภาวะซิมเศร่าในประเทศไทย. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 17(3), 18.

สุมาพร บรรณสาร. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาของการ
เจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับการปรับตัว
ของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาล
ศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สาธิต พุฒขาว. (2541). ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สายฝน เอกวารงกูร. (2553). รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซิมเศร่า. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สารัช สุนทรโยธิน, และ ปฎิณัฐ บุรณะทรัพย์ขจร. (2555). ตำราโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สิตานันท์ พูนผลทรัพย์. (2548). ภาวะซิมเศร่ากับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวาน
ชนิดที่2. วารสารศรีนครินทร์วิโรฒ, 1, 17-25.

สุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทาง
สังคม กลุ่มอาการ และภาวะซิมเศร่าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย
เฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาล
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

โสธรณี ไทรสุท. (2540). Thai version of the Beck Depression Inventory. วารสารสวนปรุง, 1.

อภิชาติ วิชญาณรัตน์. (2546). ตำราโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

อภิชาติ วิชญาณรัตน์. (2548). หลักการรักษาและติดตามผู้ป่วยเบาหวาน กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการ
พิมพ์.

อมรา ทองหงษ์. (2555). โรคเบาหวาน. สรุปรายงานเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2555.

อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพลีธา, และ ภาคภูมิจงพิริยะอนันต์. (2555). รายงานการเฝ้าระวังโรค
ไม่ติดต่อ พ.ศ. 2555.

- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2549). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. กรุงเทพฯ: ด้านสุขภาพการพิมพ์.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2554). **เอกสารคำสอนวิชา การพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล**. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อำนวยการ อาษานอก. (2549). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเรื้อรังอกสมอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อิสริย์กร สุรศรีสกุล. (2555). **ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทายยาของผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุษาศรี แสงสง่า. (2554). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาต่างประเทศ

- Al-Amer, R. M., Sobeh, M. M., Zayed, A. A., and Al-domi, H. A. (2011). Depression among adults with diabetes in Jordan: risk factors and relationship to blood sugar control. **Diabetes Complications**, 25(4), 247-252.
- Al-Qazaz, H. K., Hassali, M. A., Shafie, A. A., Sulaiman, S. A., Sundram, S., and Morisky, D. E. (2010). The eight-item Morisky Medication Adherence Scale MMAS: translation and validation of the Malaysian version. **Diabetes Research Clinical Practice**, 90(2), 216-221.
- Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E., and Lustman, P. J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes a meta-analysis. **Diabetes Care**, 24(6), 1069-1078.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., and Emery, G. 1979. **Cognitive therapy of depression**, Guilford: New York.
- Beeber, L. S. (1998). Social Support, Self-esteem, and Depressive Symptoms in Young American Women. **Image: the Journal of Nursing Scholarship**, 30(1), 91-92.

- Bruce, D., Davis, W., Starkstein, S., and Davis, T. (2005). A prospective study of depression and mortality in patients with type 2 diabetes: the Fremantle Diabetes Study. **Diabetologia**, *48*(12), 2532-2539.
- Chan, H.-L., Lin, C.-K., Chau, Y.-L., and Chang, C.-M. (2012). The impact of depression on self-care activities and health care utilization among people with diabetes in Taiwan. **Diabetes Research Clinical Practice**, *98*(1), e4-e7.
- Ciechanowski, P. S., Katon, W. J., and Russo, J. E. (2000). Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. **Archives of Internal Medicine**, *160*(21), 3278-3285.
- Clarke, D., and Goosen, T. (2009). The mediating effects of coping strategies in the relationship between automatic negative thoughts and depression in a clinical sample of diabetes patients. **Personality and Individual Differences**, *46*(4), 460-464.
- Cobb, S. (1976). Presidential Address-1976. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**, *38*(5), 300-314.
- Creer, T. (2000). Self-management of chronic illness. **Handbook of selfregulation**, 601-630.
- De Groot, M., Anderson, R., Freedland, K. E., Clouse, R. E., and Lustman, P. J. (2001). Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis. **Psychosomatic Medicine**, *63*(4), 619-630.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., and Gollan, J. K. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. **Journal of consulting and clinical psychology**, *74*(4), 658.
- Egede, L. E., and Ellis, C. (2010). Diabetes and depression: global perspectives. **Diabetes Research Clinical Practice**, *87*(3), 302-312.
- Egede, L. E., Grubaugh, A. L., & Ellis, C. (2010). The effect of major depression on preventive care and quality of life among adults with diabetes. **General Hospital Psychiatry**, *32*(6), 563-569.

- Egede, L. E., Nietert, P. J., and Zheng, D. (2005). Depression and all-cause and coronary heart disease mortality among adults with and without diabetes. **Diabetes Care**, 28(6), 1339-1345.
- Faisal, F., Asghar, S., Hydrie, M. Z. I., Fawwad, A., Basit, A., Shera, A. S., and Hussain, A. (2010). Depression and diabetes in high-risk urban population of pakistan. **Open Diabetes Journal**, 3, 1-5.
- Folkman, S. (1984). **Stress, appraisal, and coping**: Springer Publishing Company LLC.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., and Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. **Journal of Personality and Social Psychology**, 50(5), 992.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., J.Gruen, R., and DeLngis, A. (1986). Appraisal ,Coping,Health Status, and Psychological Symptoms. **Journal of Personality and Social Psychology**, 50(3), 9.
- Fung, S. C. (2009). **Factors associated with medication adherence of patients with congestive heart failure**: ProQuest.
- Gonzalez, J. S., Safren, S. A., Cagliero, E., Wexler, D. J., Delahanty, L., Wittenberg, E., and Grant, R. W. (2007). Depression, self-care, and medication adherence in type 2 diabetes relationships across the full range of symptom severity. **Diabetes Care**, 30(9), 2222-2227.
- Gonzalez, J. S., Safren, S. A., Cagliero, E., Wexler, D. J., Delahanty, L., Wittenberg, E., and Grant, R. W. (2007). Depression, self-care, and medication adherence in type 2 diabetes relationships across the full range of symptom severity. **Diabetes Care**, 30(9), 2222-2227.
- Harris, A. H., Cronkite, R., and Moos, R. (2006). Physical activity, exercise coping, and depression in a 10-year cohort study of depressed patients. **Journal of Affective Disorders**, 93(1), 79-85.
- Hsu, Y.-M., Su, L.-T., Chang, H.-M., Sung, F.-C., Lyu, S.-Y., and Chen, P.-C. (2012). Diabetes mellitus and risk of subsequent depression: a longitudinal study. **International Journal of Nursing Studies**, 49(4), 437-444.
- International Diabetes Federation (2013). **IDF Diabetes Atlas Sixth edition**.
- Ismail, K. (2009). Depression and Diabetes. **Psychiatry and Medicine**, 8(6), 5.

- Jacobson, D. E. (1986). Types and timing of social support. **Journal of health and Social Behavior**, 250-264.
- Katon, W., Russo, J., Lin, E. H., Heckbert, S. R., Ciechanowski, P., Ludman, E. J., and Von Korff, M. (2009). Depression and diabetes: factors associated with major depression at five-year follow-up. **Psychosomatics**, 50(6), 570-579.
- Katon, W. J., Rutter, C., Simon, G., Lin, E. H., Ludman, E., Ciechanowski, P., and Von Korff, M. (2005). The association of comorbid depression with mortality in patients with type 2 diabetes. **Diabetes Care**, 28(11), 2668-2672.
- Kleinke, C. L. (1991). How chronic pain patients cope with depression: Relation to treatment outcome in a multidisciplinary pain clinic. **Rehabilitation Psychology**, 36(4), 207.
- Kocurek, B. (2009). Promoting medication adherence in older adults and the rest of us. **Diabetes Spectrum**, 22(2), 80-84.
- Kraaij, V., and Garnefski, N. (2012). Coping and depressive symptoms in adolescents with a chronic medical condition: A search for intervention targets. **Journal of Adolescence**, 35(6), 1593-1600.
- Lazarus, R. S., and Folkman, S. (1984). **Stress, appraisal and Coping**. Newyork: Spring Publish.
- Lin, E. H., Heckbert, S. R., Rutter, C. M., Katon, W. J., Ciechanowski, P., Ludman, E. J., and Von Korff, M. (2009). Depression and increased mortality in diabetes: unexpected causes of death. **The Annals of Family Medicine**, 7(5), 414-421.
- Lin, E. H., Katon, W., Von Korff, M., Rutter, C., Simon, G. E., Oliver, M., and Young, B. (2004). Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. **Diabetes Care**, 27(9), 2154-2160.
- Nau, D. P., Aikens, J. E., and Pacholski, A. M. (2007). Effects of gender and depression on oral medication adherence in persons with type 2 diabetes mellitus. **Gender medicine**, 4(3), 205-213.
- Osterberg, L., and Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. **New England Journal of Medicine**, 353(5), 487-497.
- Pachanat, T. (2010). **The Effect of Behavior Management Program on Blood Cholesterol in patients with coronary revasenlarization "Dissertation "**.

Degree of Nursing Science Program in Nursing Science Chulalongkorn University.

- Park, M., Katon, W. J., & Wolf, F. M. (2013). Depression and risk of mortality in individuals with diabetes: a meta-analysis and systematic review. **General Hospital Psychiatry**, *35*(3), 217-225.
- Pouwer, F., Geelhoed-Duijvestijn, P., Tack, C., Bazelmans, E., Beekman, A. J., Heine, R., and Snoek, F. (2010). Prevalence of comorbid depression is high in out-patients with Type 1 or Type 2 diabetes mellitus. Results from three out-patient clinics in the Netherlands. **DIABETIC Medicine**, *27*(2), 217-224.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale a self-report depression scale for research in the general population. **Applied psychological measurement**, *1*(3), 385-401.
- Rafnsson, F. D., Smari, J., Windle, M., Mears, S. A., and Endler, N. S. (2006). Factor structure and psychometric characteristics of the Icelandic version of the Coping Inventory for Stressful Situations (CISS). **Personality and Individual Differences**, *40*(6), 1247-1258.
- Raval, A., et al. (2010). Prevalence & determinants of depression in type 2 diabetes patients in a tertiary care center. **Indian Journal MEDICATION RESEARCH**. *132*(2010), 195-200.
- Redman, B.K. (2004). **Patient self-management of chronic disease: The health care provider's challenge**. Sudbury, MA: Jones & Bartlett,
- Riegel, B., Carlson, B., and Glaser, D. (2000). Development and testing of a clinical tool measuring self-management of heart failure. **Heart & Lung** *29*(1):4-15.
- Rotella, F., and Mannucci, E. (2013). Diabetes mellitus as a risk factor for depression. A meta-analysis of longitudinal studies. **Diabetes Research Clinical Practice**, *99*(2), 98-104. doi: 10.1016/j.diabres.2012.11.022
- Roy, T., & Lloyd, C. E. (2012). Epidemiology of depression and diabetes : Asystematic review. **Journal of Affective Disorders**, *142*s1(2012), 14.

- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. **Journal of Personality and Social Psychology**, *44*(1), 127.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., and Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. **Journal of Behavioral Medicine** *4*(19): 381-402.
- Shah, B. M., Gupchup, G. V., Borrego, M. B., Raisch, D. W., and Knapp, K. K. (2012). Depressive Symptoms in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: **Do Stress and Coping Matter? Stress and Health** *28*(2012), 12. doi: 10.1002/smi.1410
- Siddiqui, S. (2013). Depression in type 2 diabetes mellitus -A brief review. **Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Review**. Retrieved from doi:10.1016/j.dsx.2013.06.010
- Smalls, B. L., Walker, R. J., Hernandez-Tejada, M. A., Campbell, J. A., Davis, K. S., and Egede, L. E. (2012). Associations between coping, diabetes knowledge, medication adherence and self-care behaviors in adults with type 2 diabetes. [Research Support, N.I.H., Extramural]. **General Hospital Psychiatry**, *34*(4), 385-389. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2012.03.018
- Stefanis, N., Hanssen, M., Smirnis, N., Avramopoulos, D., Evdokimidis, I., Stefanis, C., . . . Van Os, J. (2002). Evidence that three dimensions of psychosis have a distribution in the general population. **Psychological medicine**, *32*(02), 347-358.
- Streicker, S. K., Amdur, M., and Dincin, J. (1986). Educating patients about psychiatric medications: Failure to enhance compliance. **Psychosocial Rehabilitation Journal**, *9*(4), 15.
- Stuart, M. J., & Baune, B. T. (2012). Depression and type 2 diabetes : Inflammatory Mechanisms of a psychoneuroendocrine co-morbidity. **Neuroscience and Biobehavioral reviews**, *36*, 19.
- Tobin, D.L. (2001). **User Manual for The Coping Strategies Inventory**.
- Tobin, D.L., et al. (1986). Self-management and Social Learning Theory. In K.A. Holroyd and T.L. Creer. (Eds), **Self-management of chronic Disease : Handbook of clinical Intervention and Research**. New York : Academic Press ,Inc.

- Toobert, D. J.; Hampson, S. E.; Glasgow, R. E. The summary of diabetes self-care activities measure. **Diabetes Care** 23,7 (2000): 943–50.
- Tsai, K.-W., Chiang, J.-K., & Lee, C.-S. (2008). Undiagnosed Depression in Patients with Type 2 Diabetes and Its Associated Factors. **Tzu Chi Medical Journal**, 20(1), 5.
- Tuncay, T., Musabak, I., Gok, D. E., and Kutlu, M. (2008). The relationship between anxiety, coping strategies and characteristics of patient with diabetes. **Health and Quality of Life Outcome**, 6(79), 9.
- Toobert, D. J., Hampson, S. E., and Glasgow, E. (2000). The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. **Diabetes Care**, 23(7), 943-950.
- Turk, D. C., Okifuji, A., and Scharff, L. (1995). Chronic pain and depression: role of perceived impact and perceived control in different age cohorts. **Pain**, 61(1), 93-101.
- Van Dooren, F. E., Nefs, G., Schram, M. T., Verhey, F. R., Denollet, J., and Pouwer, F. (2013). Depression and risk of mortality in people with diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. **PLoS One**, 8(3), e57058.
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Carr, J. E., Maiuro, R. D., and Becker, J. (1985). The ways of coping checklist: Revision and psychometric properties. **Multivariate behavioral research**, 20(1), 3-26.
- Wagner, J. A., Tennen, H., & Osborn, C. Y. (2010). Lifetime depression and diabetes self-management in women with Type 2 diabetes : a case-control study. **DIABETIC Medicine**, 27, 5. doi: 10.1111/j.1464-5491.2010.02996.x
- Yavari, A., and Mashinchi, N. (2010). Diabetes and Depression. **Journal of Stress Physiology & Biochemistry**. 6(3), 38-43.
- Zhang, X., Norris, S. L., Gregg, E. W., Cheng, Y. J., Beckles, G., and Kahn, H. S. (2005). Depressive symptoms and mortality among persons with and without diabetes. **American Journal Epidemiology**, 161(7), 652-660. doi: 10.1093/aje/kwi089

Zhao,W., et al.(2006).Association between diabetes and depression :Sex and age differences. **Public Health**.120(2006),696-704.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
นายแพทย์อาทิตย์ อรัญญาเกษมสุข	นายแพทย์ชำนาญการ สาขาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลห่าสิบพรรษาวิชราลงกรณ์ อุบลราชธานี
แพทย์หญิงภาณี รัตนภักขิต	นายแพทย์ชำนาญการ สาขาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
ผศ.ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ อาจารย์ ดร.นุสรุ ประเสริฐศรี	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ อาจารย์พยาบาลกลุ่ม วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
นางเบญจมาภรณ์ รักษมณี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ด้านอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ ตึกอายุรกรรม โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี



ที่ ศธ 0512.11/18๕4



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

20 พฤศจิกายน 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหินพรชาวชิราลงกรณ์

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

เนื่องด้วย นางจงลักษณ์ ทวีแก้ว นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวานภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน ระดับ HbA1C การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหา ความร่วมมือในการใช้ยา กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์อาทิตย์ อรัญญาเกษมสุข นายแพทย์ชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ชนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นายแพทย์อาทิตย์ อรัญญาเกษมสุข

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

ชื่อนิสิต

นางจงลักษณ์ ทวีแก้ว โทร. 088-549-9225

ที่ ศธ 0512.11/1854



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๗ พฤศจิกายน 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางจงลักษณ์ ทวีแก้ว นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวานภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน ระดับ HbA1C การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหา ความร่วมมือในการใช้ยา กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ แพทย์หญิงภานินี รัตนาภิชาติ นายแพทย์ชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุธีพร ธนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	แพทย์หญิงภานินี รัตนาภิชาติ
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
ชื่อนิสิต	นางจงลักษณ์ ทวีแก้ว โทร. 088-549-9225



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11/1854

วันที่ 20 พฤศจิกายน 2556

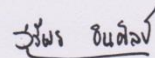
เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวีเจริญ

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

เนื่องด้วย นางจงลักษณ์ ทวีแก้ว นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวานภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน ระดับ HbA1C การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหา ความร่วมมือในการใช้ยา กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้



(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
ชื่อนิสิต นางจงลักษณ์ ทวีแก้ว โทร. 088-549-9225

ที่ ศธ 0512.11/1894



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

20 พฤศจิกายน 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

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

เนื่องด้วย นางจงลักษณ์ ทวีแก้ว นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวานภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน ระดับ HbA1C การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหา ความร่วมมือในการใช้ยา กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร. นุสรา ประเสริฐศรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุธีพร ธนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	อาจารย์ ดร. นุสรา ประเสริฐศรี
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
ชื่อนิสิต	นางจงลักษณ์ ทวีแก้ว โทร. 088-549-9225

ที่ ศธ 0512.11/1854



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๐ พฤศจิกายน 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

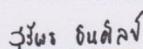
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวารินชำราบ

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

เนื่องด้วย นางจงลักษณ์ ทวีแก้ว นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวานภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน ระดับ HbA1C การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหา ความร่วมมือในการใช้ยา กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางเบญจมาภรณ์ รักษ์มณี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางเบญจมาภรณ์ รักษ์มณี

ฝ่ายวิชาการ

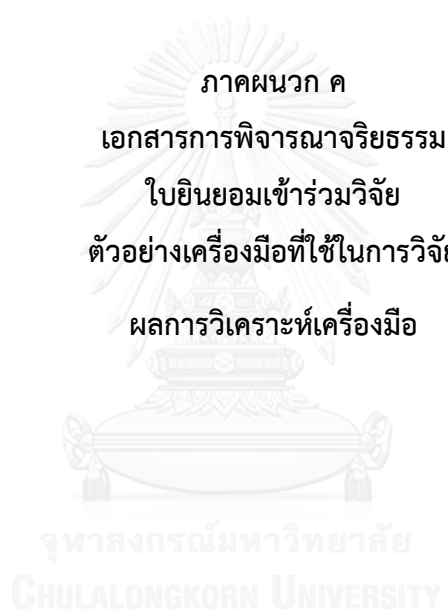
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

ชื่อนิสิต

นางจงลักษณ์ ทวีแก้ว โทร. 088-549-9225





เอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยในมนุษย์

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

ชื่อโครงการ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน ระดับ HbA1C การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหา ความร่วมมือในการใช้ยา กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

Relationships Among Personal Factors, Duration Of Diabetes, Diabetes Complications, HbA1C, Social Support, Self Management, Coping, Medicationadherence, And Depression In Adult Patients With Type 2 Diabetes In Lower Northeastern Region

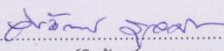
ผู้วิจัยหลัก

นางจงลักษณ์ ทวีแก้ว

หน่วยงาน/สถาบัน

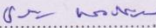
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ได้พิจารณารายละเอียดของโครงการวิจัย เอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร เอกสารแสดงความยินยอม เข้าร่วมการวิจัยภาษาไทยแล้ว มีมติสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบเขตของโครงการที่เสนอได้



(นายแพทย์จිරวัฒน์ มุลศาสตร์)

ประธานคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์



(นายแพทย์ชลิต ทองประยูร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

วันที่รับรอง : 18 มิ.ย. 2557

วันหมดอายุของการรับรอง: 17 มิ.ย. 2558

เอกสารที่รับรองรวมถึง

1. โครงการวิจัย
2. ใบยินยอมและเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร
3. ผู้วิจัย/คณะผู้วิจัย
4. แบบสอบถาม/แบบบันทึกข้อมูล



ผู้วิจัยที่ได้รับการรับรองต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทราบว่าเป็นการวิจัยที่รวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาก่อนโครงการได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
2. กิจกรรมของโครงการวิจัยต้องจบภายในวันหมดอายุของการรับรอง ถ้าต้องการขยายเวลา ต้องยื่นแสดงความจำนงก่อนวันหมดอายุ 30 วัน
3. ผู้วิจัยต้องทำการศึกษาตรงตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เพียงแบบฟอร์มที่คณะกรรมการจริยธรรมฯ ได้รับรอง (ใบยินยอมและเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร, แผ่นประชาสัมพันธ์ เป็นต้น) และ คณะกรรมการจริยธรรมฯ มีสิทธิ์ตรวจสอบเอกสารดังกล่าวได้ทุกครั้งเมื่อต้องการ
5. ในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ข้างเคียงร้ายแรง ต้องรายงานคณะกรรมการจริยธรรมฯ ภายใน 5 วันทำการ
6. ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมไปจากเดิมที่รับรองไว้ ต้องรายงานคณะกรรมการจริยธรรมฯ ก่อนที่จะเริ่มทำกิจกรรมนั้นๆ
7. ส่งรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์หลังโครงการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว จำนวน 1 ฉบับ



โรงพยาบาลสุรินทร์
68 ถนนหลักเมือง ตำบลในเมือง
อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ 32000

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ องค์การแพทย์ โรงพยาบาลสุรินทร์

เลขที่หนังสือรับรอง3 / 2557.....

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน ระดับ HbA1C การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหา ความร่วมมือในการใช้ยา กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง
ชื่อโครงการ/ ภาษาอังกฤษ	RELATIONSHIPS AMONG PERSONAL FACTORS, DURATION OF DIABETES, DIABETES COMPLICATIONS, HbA1C, SOCIAL SUPPORT, SELF-MANAGEMENT, COPING, MEDICATION ADHERENCE, AND DEPRESSION IN ADULT PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES IN LOWER NORTHEASTERN REGION
ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	นางจงลักษณ์ ทวีแก้ว นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (กลุ่มการพยาบาลผู้ใหญ่) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รหัสโครงการ	-
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลสุรินทร์
เอกสารรับรอง	-แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณา -หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการ -แบบบันทึกข้อมูล
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ องค์การแพทย์ โรงพยาบาลสุรินทร์
วันที่รับรอง	26 กุมภาพันธ์ 2557
วันหมดอายุ	25 กุมภาพันธ์ 2558

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์ องค์การแพทย์ โรงพยาบาลสุรินทร์ ตามเกณฑ์สากล (ICH-GCP)

(นายวินัย อิงพิณิจวงศ์)

เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลสุรินทร์

(นายชูสิทธิ์ พานิชวิทิตกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลสุรินทร์

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามแนบท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหา ความร่วมมือในการใช้ยา กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

ชื่อผู้วิจัยนางจงลักษณ์ ทวีแก้ว **สถานที่ติดต่อผู้วิจัย(ที่ทำงาน)**วิทยาลัยพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

โทรศัพท์(ที่ทำงาน) 045 255709 **โทรศัพท์ที่บ้าน** – **โทรศัพท์มือถือ** 0885499225

E-mail: chong.noo@gmail.com

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด ขั้นตอนต่างๆที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงสมัครเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสัมภาษณ์ เรื่องปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 81 ข้อ เป็นเวลานาน 30 นาที ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น โดยยังได้รับการรักษาและการพยาบาลอย่างเดิม

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยและข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับและจะทำลายเอกสารข้อมูลเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย โดยจะนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail : eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางจงลักษณ์ ทวีแก้ว)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน



ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหา ความร่วมมือในการใช้ยา กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

ชื่อผู้วิจัย : นางจงลักษณ์ ทวีแก้ว

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) วิทยาลัยพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

(ที่บ้าน) เลขที่ 224 ถนน พลแพน ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

โทรศัพท์(ที่ทำงาน) 045 255709 **โทรศัพท์ที่บ้าน** – **โทรศัพท์มือถือ** 0885499225

E-mail:chong.noo@gmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่า งานวิจัยนี้ทำเพราะต้องการทราบว่าปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กรุณาใช้เวลาในการอ่านหรือทำความเข้าใจข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ โดยท่านสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการวิจัยเพื่อ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามาร่วมด้วย จะทำให้อาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่รุนแรงยิ่งขึ้น หรือหายจากความเจ็บป่วยช้ากว่าปกติ ทั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคมรอบข้างมากขึ้น ปัญหาดังกล่าวจะส่งผลต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หากไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาเรื่องภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย 1) เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ระดับ HbA1C การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหา ความร่วมมือในการใช้ยา กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

4. รายละเอียดของกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4.1 กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 18 – 59 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกผู้ป่วยเรื้อรังของโรงพยาบาลของรัฐในเขตจังหวัดอุบลราชธานี ยินดีในการเข้าร่วมการวิจัย สามารถ อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ สื่อสารภาษาไทยได้ และไม่เคยมีอาการหรือได้รับการวินิจฉัยทางจิตประสาทมาก่อน มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้น 150 คน

4.2 วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยสุ่มเลือกโรงพยาบาลของรัฐในเขตจังหวัดอุบลราชธานี แล้วคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์ โดยการศึกษาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

ที่มาหรือรับบริการตรวจรักษาในวันและเวลาที่คลินิกเปิดให้บริการ และเป็นวันที่ได้รับอนุญาตให้มีกาเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลแต่ละแห่ง

5. ความเสี่ยงหรือความไม่สะดวกสบายต่ออันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับท่าน การตอบแบบสอบถามนี้ไม่มีความเสี่ยงหรืออันตรายต่อตัวท่าน

6. ค่าชดเชย/หรือการรักษาที่ท่านจะได้รับในกรณีเกิดอันตรายอันเป็นผลจากการวิจัย เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ และให้ท่านตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ไม่มีการใช้ยา หรือให้ท่านทำกิจกรรมใดๆเป็นพิเศษ หากท่านมีอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างการตอบแบบสอบถาม ท่านจะได้รับการดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ข้อมูลที่ได้รับจากการตอบแบบสอบถามของท่าน ถือเป็นว่ามีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพื่อเป็นแนวทางในการประเมิน วางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

8. ท่านจำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือไม่ การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นการตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ ท่านสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่เกิดผลกระทบใดๆต่อท่าน และแม้ว่าท่านจะปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจรักษาและได้รับบริการเช่นเดิม

9. การรักษาความลับของท่าน ในการตอบแบบสอบถามของท่านจะไม่มีการระบุชื่อและที่อยู่ของท่าน ข้อมูลที่ท่านตอบจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับสำหรับการทำวิจัย จะรวบรวมข้อมูลในลักษณะภาพรวม และสรุปผลการวิจัย โดยแปลผลเป็นค่าทางสถิติ ซึ่งไม่มีการระบุข้อมูลเกี่ยวกับตัวบุคคลแต่อย่างใด

10. สิ่งที่ท่านได้รับ เมื่อท่านยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านจะได้รับแบบสอบถามที่มีคำถามเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าเป็นแบบสอบถามจำนวน 6 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการจัดการตนเอง แบบสอบถามกลวิธีการเผชิญปัญหา แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า

11. บุคคลที่ท่านสามารถติดต่อได้ หากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการวิจัยและสิทธิของท่าน โปรดสอบถามและติดต่อได้ที่ นางจงลักษณ์ ทวีแก้ว นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทรศัพท์เคลื่อนที่ 0885499225

“หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 หรือ 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail : eccu@chula.ac.th”

(ตัวอย่าง)

แบบสอบถามข้อมูลสำหรับการวิจัย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายถูกลงใน หรือ เติมข้อความในช่องว่างตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ ปี
3. สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่า อื่นๆ(ระบุ).....
5. เชื้อชาติ ไทย อื่นๆ (ระบุ).....
6. รายได้ บาท/เดือน
7. ระดับการศึกษาสูงสุด

<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียนหนังสือ	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษาปีที่ 4
<input type="checkbox"/> ประถมศึกษาปีที่ 6	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาปีที่ 3 หรือเทียบเท่า
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> ปริญญาโท	<input type="checkbox"/> ปริญญาเอก
<input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)	
8. ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน..... ปี
9. โรคหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน(ระบุได้มากกว่า1 ภาวะ จากOPD card)
.....
10. ภาวะโรคร่วม(ระบุได้มากกว่า 1 ภาวะ).....
11. ค่าระดับน้ำตาลสะสม(HbA1C) ครั้งล่าสุด% (จาก OPD card)

ส่วนที่ 2. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ และกาเครื่องหมายถูกในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ไม่มีเลย หมายถึง ท่านไม่เคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆ หรือ < 1วัน/สัปดาห์

มีบ้างเล็กน้อย หมายถึง ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆ 1-2วัน/สัปดาห์

บางครั้ง หมายถึง ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆ 3-4 วัน/สัปดาห์

เกือบตลอดเวลา หมายถึง ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆ 5-6วัน/สัปดาห์

ตลอดเวลา หมายถึง ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆ 7 วัน/สัปดาห์

ข้อความ	ไม่มีเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	เกือบตลอดเวลา	ตลอดเวลา
1.ท่านมีคนที่พร้อมจะรับฟังคุณในเวลาที่ท่านต้องการหรือไม่ ?					
2.ท่านมีคนที่พร้อมจะให้คำแนะนำที่ดีเวลาท่านมีปัญหาหรือไม่ ?					
3.ท่านมีคนที่พร้อมจะให้ความรัก และห่วงใยท่านหรือไม่ ?					
4..... ?					
5.....?					
6.....?					
7.ปัจจุบันท่านแต่งงานแล้ว หรืออาศัยอยู่กับคู่ของท่านใช่หรือไม่ ?	<input type="checkbox"/> ใช่		<input type="checkbox"/> ไม่ใช่		

ส่วนที่ 3. แบบประเมินการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ

คำชี้แจง: กรุณาขีดเครื่องหมายถูกในหมายเลขที่ตรงกับจำนวนวันที่ท่านปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการจัดการตนเองจริงในช่วง 7 ที่ผ่านมา ถ้าหากท่านป่วยในรอบ 7 วันที่ผ่านมา โดยนี้ก็ย้อนไปอีก 7 วัน ก่อนช่วงที่ท่านจะเจ็บป่วย

- 0 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการตนเอง
- 1 หมายถึง ความถี่ของการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการตนเองในด้านนั้น 1 วัน ใน 7 วัน
- 2 หมายถึง ความถี่ของการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการตนเองในด้านนั้น 2 วัน ใน 7 วัน
- 3 หมายถึง ความถี่ของการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการตนเองในด้านนั้น 3 วัน ใน 7 วัน
- 4 หมายถึง ความถี่ของการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการตนเองในด้านนั้น 4 วัน ใน 7 วัน
- 5 หมายถึง ความถี่ของการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการตนเองในด้านนั้น 5 วัน ใน 7 วัน
- 6 หมายถึง ความถี่ของการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการตนเองในด้านนั้น 6 วัน ใน 7 วัน
- 7 หมายถึง ความถี่ของการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการตนเองในด้านนั้น 7 วัน ใน 7 วัน

ข้อ	คำถาม
1	ท่านกินอาหารในแต่ละมื้อพอดี ไม่มากเกินไป เหมาะกับการใช้แรงงานประจำวันของท่าน <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
2	ท่านกินอาหารจุกจิบระหว่างมื้อกี่วัน <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
3	ท่านกินอาหารที่มีน้ำตาลมาก (เช่น น้ำหวาน หวานเย็น ผลไม้รสหวานจัด เช่น ทุเรียน มะม่วง ลำไย ลิ้นจี่ ละมุด) โดยไม่คำนึงถึงปริมาณที่กินได้ กี่วัน <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
4	ท่านกินอาหารไขมันสูงกี่วัน (เช่น หมูสามชั้น ขาหมู หนังเป็ด หนังไก่ กะทิ อาหารทอดต่างๆ ไข่แดง หอยนางรม ปลาหมึก) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
5	ท่านกินอาหารตรงเวลาครบ 3 มื้อ กี่วัน <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
6 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7

ข้อ	คำถาม
7	<p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7</p>
8	<p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7</p>
9	<p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7</p>
10	<p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7</p>
11	<p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7</p>
12	<p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7</p>
13	<p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7</p>
14	<p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7</p>
15	<p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7</p>
19	<p>ท่านกินยาเบาหวานครบทุกมื้อและตามขนาดที่แพทย์กำหนดกี่วัน</p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7</p>
20	<p>ท่านกินยาเบาหวานได้ตรงเวลาครบทุกมื้อกี่วัน</p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7</p>

ส่วนที่ 4. แบบประเมินกลวิธีการเผชิญปัญหา

คำชี้แจง : เมื่อท่านเกิดความรู้สึกเครียดจากอาการป่วย หรือสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ท่านทำอย่างไร เพื่อจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น และเพื่อควบคุมสถานการณ์ที่ทำให้เครียดนั้น ท่านคิดว่าท่านได้ใช้วิธีการในข้อใดต่อไปนี้อย่างไรในการจัดการกับปัญหาที่ทำให้ท่านเกิดความรู้สึกเครียดมากน้อยเพียงใด โปรดใส่เครื่องหมายถูกลงในช่องซึ่งตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ทำบ่อยมาก	หมายถึง	ท่านใช้วิธีนี้ในการจัดการกับปัญหาแทบทุกครั้ง
ทำค่อนข้างบ่อย	หมายถึง	ท่านใช้วิธีนี้ในการจัดการกับปัญหาค่อนข้างบ่อย
ทำและไม่ทำพอๆกัน	หมายถึง	ท่านใช้และไม่ใช้วิธีนี้ในการจัดการปัญหาเท่าๆกัน
ไม่ค่อยได้ทำ	หมายถึง	ท่านเคยใช้วิธีนี้ในการจัดการกับปัญหาในบางครั้ง
ไม่เคย	หมายถึง	ท่านไม่เคยใช้วิธีนี้ในการจัดการกับปัญหา

ข้อความ	ทำบ่อยมาก	ทำค่อนข้างบ่อย	ทำและไม่ทำพอๆกัน	ไม่ค่อยได้ทำ	ไม่เคย
<u>ด้านการมุ่งจัดการกับปัญหา</u>					
1.ท่านมีความสนใจในการดูแลปัญหาสุขภาพของตนเองอย่างเป็นขั้นตอน					
2.....					
3.....					
4.....					
5.....					
8.ท่านเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหากจากสถานการณ์					
9.ท่านพยายามที่จะแก้ไขปัญหาสุขภาพ					

ข้อความ	ทำบ่อย มาก	ทำ ค่อนข้าง บ่อย	ทำและไม่ ทำ พอๆกัน	ไม่ค่อยได้ ทำ	ไม่เคย
ด้านการมุ่งจัดการกับอารมณ์					
10.ท่านมีวิธีการระบายอารมณ์ที่หลากหลายวิธี					
11.....					
12.....					
13.....					
14.....					
15.....					
16.ท่านระเบิดความรู้สึกเมื่อทนไม่ได้					
17.ท่านรับรู้ความรู้สึกของตัวเองและปล่อยให้มัน ผ่านไป					
18.เมื่อท่านรู้สึกโกรธจะแสดงออกมาทันที					

ส่วนที่ 5. แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา จำนวน 8 ข้อ

คำชี้แจง : กรุณาภาเครื่องหมาย / ลงในช่อง ในคำถามต่อไปนี้ให้ตรงกับความเป็นจริง

1. มีบางครั้งที่คุณลืมรับประทานยา	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
2. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีบางวันที่คุณไม่ได้รับประทานยา	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
3.	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
4.	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
5.	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
6.	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
7. คุณเคยรู้สึกอึดอัดที่ต้องรับประทานยาอย่างเคร่งครัดหรือเข้มงวด	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
8. คุณรู้สึกว่าคุณมีความยุ่งยากมากน้อยเพียงใด ในการจดจำยาทั้งหมดที่ต้องรับประทาน (ภาเครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> ลงในกล่อง <input type="checkbox"/> โดยเลือกเพียง 1 ข้อเท่านั้น)		
<input type="checkbox"/> 8.1) ไม่รู้สึกหรือแทบจะไม่รู้สึกว่าคุณมีความยุ่งยากในการจดจำยาที่ใช้ (หรือมี 0 ถึง 1 ครั้งต่อสัปดาห์ที่จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนทานอย่างไร)		
<input type="checkbox"/> 8.2) รู้สึกว่ายุ่งยากบ้างเล็กน้อย ในการจดจำวิธีทานยาแต่ละอย่างให้ถูกต้อง (หรือมี 1 ถึง 2 ครั้งต่อสัปดาห์ที่จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนทานอย่างไร)		
<input type="checkbox"/> 8.3) รู้สึกว่ายุ่งยากปานกลาง ในการจดจำวิธีทานยาแต่ละอย่างให้ถูกต้อง (หรือมี 3 ถึง 4 ครั้งต่อสัปดาห์ที่จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนทานอย่างไร)		
<input type="checkbox"/> 8.4) รู้สึกว่ายุ่งยากมากในการจดจำวิธีทานยาแต่ละอย่างให้ถูกต้อง (หรือมี 5 ถึง 6 ครั้งต่อสัปดาห์ที่จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนทานอย่างไร)		
<input type="checkbox"/> 8.5) รู้สึกว่ายุ่งยากมากที่สุดหรือตลอดเวลา ในการจดจำวิธีทานยาแต่ละอย่างให้ถูกต้อง (มีความยุ่งยากทุกวัน จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนทานอย่างไร)		

ส่วนที่ 6. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า จำนวน 20 ข้อ

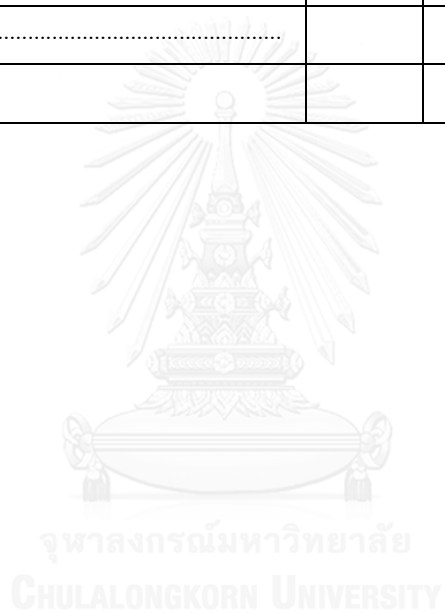
คำชี้แจง โปรดพิจารณาว่าข้อใดตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาแล้วทำ

เครื่องหมายถูกลงในช่องว่างของแต่ละกิจกรรมที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

- ไม่เลย หมายถึง ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย หรือ < 1วัน/สัปดาห์
 มีบ้างเล็กน้อย หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นบ้างเล็กน้อย หรือ 1-2 วัน/สัปดาห์
 บางครั้ง หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นบางครั้ง หรือ 3-4 วัน/สัปดาห์
 เกือบตลอดเวลา หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเกือบตลอดเวลา หรือ 5-6 วัน/สัปดาห์

ข้อความ	ไม่เลย	มีบ้างเล็กน้อย	บางครั้ง	เกือบตลอดเวลา
1. ท่านรู้สึกหงุดหงิดง่าย				
2. ท่านรู้สึกว่าเป็นอาหาร				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8. ท่านรู้สึกมีความหวังเกี่ยวกับอนาคต				
9. ท่านคิดว่าชีวิตท่านมีแต่ความล้มเหลว				
10. ท่านรู้สึกหวาดกลัว				
11. ท่านนอนไม่ค่อยหลับ				
12. ท่านมีความสุข				
13. ท่านพุดคุยน้อยกว่าปกติ				

ข้อความ	ไม่เลย	มีบ้าง เล็กน้อย	บางครั้ง	เกือบ ตลอดเวลา
14. ท่านรู้สึกอ้างว้างเดียวดาย				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20. ท่านรู้สึกว่าท้อแท้ในชีวิต				



ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือ

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.936	.943	6

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ss1	17.5000	17.707	.852	.727	.927
ss2	17.5667	16.875	.810	.661	.926
ss3	17.4333	16.323	.757	.604	.931
ss4	17.5333	14.120	.876	.775	.918
ss5	17.4000	15.076	.839	.716	.921
ss6	17.5667	15.357	.830	.729	.922

แบบประเมินการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.743	.840	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
sm1	65.0333	379.482	.270	.793	.736
sm2	66.0667	389.099	.105	.781	.745
sm3	65.6333	386.309	.191	.831	.740
sm4	67.4000	404.869	-.111	.863	.761
sm5	66.3667	375.344	.269	.783	.736
sm6	69.0667	389.995	.148	.799	.742
sm7	64.2000	398.510	-.008	.692	.749
sm8	66.9333	358.271	-.034	.598	.858
sm9	69.2000	380.924	.256	.697	.737
sm10	69.1667	354.351	.704	.843	.713
sm11	69.0000	379.862	.259	.712	.737
sm12	65.7000	376.355	.232	.834	.738
sm13	67.0000	335.655	.733	.964	.701
sm14	67.6667	330.299	.775	.967	.696
sm15	66.9000	331.955	.652	.879	.702
sm16	67.4667	326.533	.865	.957	.691
sm17	67.7333	325.789	.822	.955	.692
sm18	65.9667	337.551	.706	.916	.703
sm19	63.9667	375.620	.612	.886	.728
sm20	63.9667	378.033	.569	.869	.729

แบบประเมินกลวิธีการเผชิญปัญหา

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.956	.963	18

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
co1	38.5000	221.914	.910	.	.951
co2	38.5333	223.706	.907	.	.951
co3	38.4667	229.982	.291	.	.967
co4	38.9333	218.616	.810	.	.952
co5	39.0333	220.930	.798	.	.952
co6	39.1667	220.282	.806	.	.952
co7	38.9667	219.068	.821	.	.952
co8	38.9333	220.478	.840	.	.952
co9	39.0000	219.655	.853	.	.952
co10	38.6333	226.516	.789	.	.953
co11	38.5000	221.914	.910	.	.951
co12	38.7667	222.461	.866	.	.952
co13	38.8333	222.351	.751	.	.953
co14	39.0333	220.861	.724	.	.954
co15	39.4333	231.564	.569	.	.956
co16	39.5667	231.426	.648	.	.955
co17	39.4333	232.392	.639	.	.955
co18	39.2333	227.564	.644	.	.955

การวิเคราะห์รายด้าน

1. ด้านการมุ่งการจัดการกับปัญหา

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.927	.948	9

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
co1	18.8333	64.351	.935	.979	.909
co2	18.8667	65.568	.916	.974	.911
co3	18.8000	67.131	.315	.195	.963
co4	19.2667	63.651	.761	.734	.916
co5	19.3667	64.102	.794	.837	.915
co6	19.5000	63.362	.826	.858	.913
co7	19.3000	62.976	.825	.865	.912
co8	19.2667	63.720	.848	.929	.912
co9	19.3333	63.540	.845	.945	.912

2. ด้านการมุ่งการจัดการกับอารมณ์

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.927	.928	9

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
co10	17.0667	48.547	.582	.935	.927
co11	16.9333	46.064	.743	.938	.918
co12	17.2000	44.510	.845	.855	.911
co13	17.2667	43.651	.779	.886	.916
co14	17.4667	42.740	.761	.826	.918
co15	17.8667	46.464	.698	.837	.921
co16	18.0000	47.379	.717	.794	.920
co17	17.8667	47.637	.728	.861	.919
co18	17.6667	44.437	.785	.925	.915

แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.668	.673	8

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.810	.830	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
depress1	18.3333	50.299	.470	.809	.797
depress2	18.2333	50.530	.507	.609	.796
depress3	18.3333	50.092	.491	.551	.796
depress4	18.8000	55.476	-.024	.781	.819
depress5	18.9000	48.990	.405	.817	.800
depress6	19.1000	49.472	.416	.831	.799
depress7	19.2667	50.340	.341	.456	.804
depress8	18.5667	60.737	-.382	.628	.851
depress9	19.6333	52.102	.332	.659	.804
depress10	19.7667	52.392	.456	.862	.801
depress11	18.3000	48.838	.681	.858	.788
depress12	18.8000	49.890	.604	.762	.792
depress13	19.3000	47.872	.567	.815	.790
depress14	19.4333	48.599	.595	.724	.790
depress15	19.0333	50.102	.341	.702	.804
depress16	18.5000	51.293	.339	.738	.804
depress17	19.6000	49.352	.580	.823	.792
depress18	18.6000	48.800	.443	.506	.798
depress19	19.0667	50.754	.362	.766	.802
depress20	19.1667	48.626	.525	.858	.793



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางจงลักษณ์ ทวีแก้ว เกิดวันที่ 22 กันยายน 2517 ที่จังหวัดอุบลราชธานี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์(เทียบเท่าปริญญาตรี) เกียรตินิยมอันดับหนึ่ง จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2540 ได้เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2554 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ปฏิบัติงานในหน้าที่อาจารย์พยาบาล (ช่วยราชการ) ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

