


ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2
ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี

นางสาวจันจิรา กิจแก้ว

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
กุมภาพันธ์ 2553
ลิขสิทธิ์นี้เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ จันจิรา กิจแก้ว ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้


คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

(ดร.รวีวรรณ เผ่ากัณหา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกรณ์ ทรัพย์กรานนท์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

(ดร.นัยนา พิพัฒน์วิศิษฐา)

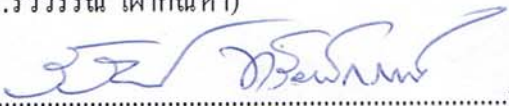
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธาน


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญใจ อำนวยศักดิ์เชื้อ)

.....กรรมการ

(ดร.รวีวรรณ เผ่ากัณหา)


.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกรณ์ ทรัพย์กรานนท์)

.....กรรมการ

(ดร.เขมรดี มาสิงบุญ)

คณะพยาบาลศาสตร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกรณ์ ทรัพย์กรานนท์)

วันที่ 14 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2553

ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก อาจารย์.ดร.รวิวรรณ เผ่ากัณหา อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกรณ์ ทรัพย์กรานนท์ และอาจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วิชชา อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วนและเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ไพรัตน์ วงษ์นาม อาจารย์ประจำภาควิชาวิจัยและสถิติ ที่กรุณาให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ด้านสถิติและการแปลผล จึงทำให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ยังได้รับความอนุเคราะห์จากท่านผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชลบุรี ในการขอเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เนื่องจากงานวิจัยครั้งนี้ส่วนหนึ่งได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยของบัณฑิตวิทยาลัย จึงขอขอบพระคุณ บัณฑิตวิทยาลัยมา ณ ที่นี้ด้วย

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อภคพล คุณแม่อัจฉรา และพี่ ๆ น้อง ๆ ทุกคนในหน่วยงานที่ให้กำลังใจ และสนับสนุนผู้วิจัยเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตาแด่ บุษปารีย์ บุรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

จันจิรา กิจแก้ว

49911536: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้สูงอายุ; พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า/ โรคเบาหวานชนิดที่ 2/ ผู้สูงอายุ

จันจิรา กิจแก้ว: ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี (PREDICTIVE FACTORS OF DEPRESSION AMONG THE OLDER ADULTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE II IN CHONBURI HOSPITAL)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: รวีวรรณ เผ่ากัณหา, กศ.ค., รัชนิภรณ์ ทรัพย์กรานนท์, Ph.D., นัยนา พิพัฒน์วิมลชชา, Ph.D., 104 หน้า. ปี พ.ศ. 2553.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี จากปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ภาวะโรคร่วม และยาที่ได้รับกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี จำนวน 250 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการเผชิญความเครียด แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดทักษะคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย โดยแบบวัดการเผชิญความเครียด แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดทักษะคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีค่าความเที่ยง เท่ากับ .80, .85, .85 และ .78 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่ร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 80 โดยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดในการทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ และคัดกรองภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

49911536: MAJOR: GERONTOLOGICAL NURSING; M.N.S. (GERONTOLOGICAL NURSING)

KEYWORDS: DEPRESSION/ DIABETES MELLITUS TYPE II/ IN HOSPITAL/ OLDER ADULTS

CHANJIRA KITKAW: PREDICTIVE FACTORS OF DEPRESSION AMONG THE OLDER ADULTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE II IN CHONBURI HOSPITAL

THESIS ADVISORS: RAWEEWAN PAOKUNHA, Ed.D., RARCHARNEEPORN

SUBGRANON, Ph.D., NAIYANA PIPHATVANITCHA, Ph.D., 104 P. 2010.

The purpose of this research was to determine Predictive Factors of Depression among the older adults with Diabetes Mellitus Type II in Chonburi Hospital based on selected factors stress coping, social support, attitude about Diabetes Mellitus, knowledge about Diabetes Mellitus, perceive severity of disease, duration of illness, comorbidity and drugs. The samples consisted of 250 elderly patients with Diabetes Mellitus Type II in Chonburi Hospital. Data were collected via interviewing using seven questionnaires: These are as follows: a questionnaire on demographic data, a questionnaire on stress coping, a questionnaire on social support, a questionnaire on attitude about Diabetes Mellitus, a questionnaire on knowledge about Diabetes Mellitus, a questionnaire on perceive severity of disease, a questionnaire on Thai Geriatric Depression Scale. The was use questionnaire on stress coping, a questionnaire on social support, a questionnaire on attitude about Diabetes Mellitus, a questionnaire on knowledge about Diabetes Mellitus. Their reliability were .80, .85, .85 and .78, respectively. Data were analyzed though stepwise multiple regression.

The results showed that four predictive factors: knowledge about Diabetes Mellitus, social support, perceives severity of disease and duration of illness were contribute 80 percent of the depression among the elderly with Diabetes Mellitus type II at the statistical significance ($p < .05$). And the highest predictive factors was the knowledge about Diabetes Mellitus.

The results suggested knowledge about Diabetes Mellitus type 2. And screening depression Diabetes in the elderly to receive treatment in hospital.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	จ
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
สมมติฐานของการวิจัยและเหตุผลสนับสนุน.....	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย.....	9
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	10
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	11
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ.....	13
ภาวะซีมเสร์ราในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2.....	18
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซีมเสร์ราในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2.....	28
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	37
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	37
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	38
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย.....	42
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	43
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	44
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	44

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	46
ส่วนที่ 1 ค่าสถิติพื้นฐานของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ภาวะโรคร่วม ยาที่ได้รับ ระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และ ระดับภาวะซึมเศร้า	
วิเคราะห์และนำเสนอผลการวิเคราะห์ โดยการหาความถี่ ร้อยละ.....	47
ส่วนที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของคะแนน การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	
โรคเบาหวานชนิดที่ 2.....	50
ส่วนที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม.....	51
ส่วนที่ 4 วิเคราะห์สมการในการทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี.....	52
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	56
สรุปผลการวิจัย.....	56
อภิปรายผล.....	57
ข้อเสนอแนะ.....	62
บรรณานุกรม.....	64
ภาคผนวก.....	73
ภาคผนวก ก แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล.....	74
ภาคผนวก ข การทดสอบสภาพจิตจุฬา.....	77
ภาคผนวก ค แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย.....	81
ภาคผนวก ง แบบวัดการเผชิญความเครียด.....	84
ภาคผนวก จ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม.....	89
ภาคผนวก ฉ แบบวัดทักษะคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน.....	94
ภาคผนวก ช แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน.....	98
ภาคผนวก ซ แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย.....	102
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	104

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน..... 47
2	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย..... 49
3	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน..... 49
4	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า..... 50
5	คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามคะแนนการเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย..... 50
6	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ กับตัวแปรตาม..... 51
7	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ โดยแสดงในรูปตารางเมตริกทริกสหสัมพันธ์..... 52
8	ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม..... 53

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	12

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้น จากการสำรวจในประเทศไทย พบว่าในปี 2551 มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 7.0 ล้านคน หรือร้อยละ 11.16 และคาดว่าใน พ.ศ. 2568 ประชากรสูงอายุจะเพิ่มเป็น 14.4 ล้านคน หรือร้อยละ 20 ของประชากร (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2551) ดังนั้นผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มประชากรที่ควรได้รับความสนใจ เนื่องจากในวัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ทำให้สมรรถภาพการทำงานของร่างกายและความต้านทานต่อโรคลดลง เกิดความเจ็บป่วยได้ง่าย โดยเฉพาะ โรคเรื้อรัง

โรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อด้านสาธารณสุข และมีแนวโน้มจะทวีจำนวนสูงขึ้นเรื่อย ๆ คือ โรคเบาหวาน องค์การอนามัยโลก รายงานว่าโรคเบาหวาน เป็นสาเหตุการตายอันดับสามของโรคที่ไม่ติดต่อ โดยมีประชากรมากกว่า 130 ล้านคน ป่วยเป็นโรคเบาหวาน อยู่ในประเทศที่พัฒนาแล้ว ร้อยละ 24.60 และประเทศที่กำลังพัฒนาร้อยละ 45.40 (WHO, 2006) ในประเทศไทย พบอัตราชุกของโรคเบาหวานในกลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 15- 20 (กระทรวงสาธารณสุข, 2549) สำหรับโรงพยาบาลชลบุรี พบผู้สูงอายุป่วยโรคเบาหวานเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ในปี พ.ศ. 2546, 2547, 2548, 2549 และ 2550 จำนวน 1,353, 1,264, 1,447, 1,537 และ 1,665 ตามลำดับ (หน่วยงานเวชระเบียนโรงพยาบาลชลบุรี, 2551) ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นในแต่ละปี

โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรัง ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด และสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรม ก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง ซึ่งเกิดจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี ไม่สามารถควบคุมอาหารได้ ขาดการออกกำลังกาย ขาดการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการดูแลตนเองที่เหมาะสม โรคเบาหวานจึงเป็นโรคเรื้อรังที่คุกคามต่อผู้สูงอายุด้านสภาพร่างกาย วิถีชีวิต คุณค่าและภาพลักษณ์ กระทบต่อการทำงาน และการเงิน (วัลลา ตันตโยทัย, 2540) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ คือ บุคคลที่ไม่สามารถรักษาสมดุลของจิตใจและอารมณ์ได้ (เพลินพิศ ฐานิวัฒน์นันทน์, 2544)

นอกจากโรคเบาหวานจะเป็นปัญหาที่สำคัญ ยังพบว่าภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะหนึ่งพบบ่อยในผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 20-40 ของผู้สูงอายุ (Miller, 2007) และพบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะในรายที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สูงถึงร้อยละ 33.33 (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543) เพราะการต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้ผู้สูงอายุต้องแยกจากบุคคลในครอบครัว ต้องเผชิญกับสิ่งที่ไม่คุ้นเคย ต้องพบกับ

การรักษาในลักษณะต่าง ๆ ต้องเผชิญกับปัญหาที่เป็นผลจากการที่ต้องเข้ารับการรักษา ไม่สามารถทำหน้าได้ตามบทบาทเดิมได้ จึงมีโอกาสทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (จอม สุวรรณ โณ, 2541) จากการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของโรคเบาหวานกับภาวะซึมเศร้าในต่างประเทศ พบว่าบุคคลที่เป็นโรคเบาหวานพบภาวะซึมเศร้าเกิดร่วมได้ถึงร้อยละ 15- 30 (Anderson, 2001) สำหรับในประเทศไทย พบว่าอัตราชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ร้อยละ 14 (พวงสร้อย วรกุล และมลิวัดย์ โมลี, 2547) พยาธิสรีรวิทยาของระบบประสาทต่อมไร้ท่อเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า เกี่ยวเนื่องมาจากความเครียด โดยความเครียดจะทำให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาการตอบสนอง โดยกระตุ้นการทำงานของระบบ Hypothalamic-Pituitary-Adrenocotical Axis (HPA Axis) ทำให้หลั่งสาร Corticotrophin Releasing Factor (CRF) เพิ่มขึ้นทำให้สารคอร์ติซอลสูงขึ้นในระบบไหลเวียน ซึ่งเป็นสารที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และยังไปขัดขวางการทำงานของอินซูลิน นำไปสู่การเกิดภาวะน้ำตาลและไขมันในเลือดสูงกว่าปกติ นอกจากนี้ความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานและเรื้อรัง จะทำให้สารสื่อประสาทนอร์อิพิเนพรีน และซีโรโตนิน มีจำนวนลดลง เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า (Kaplan, 1994 อ้างถึงใน จุฑารัตน์ บุญวัฒน์, 2552) จากกลไกดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ผล การดำเนินชีวิตประจำวันไม่เป็นไปตามปกติวิสัย และมีภาวะแทรกซ้อนตามมา (นพดล เตมียะประดิษฐ์, อัญชลิ เตมียะประดิษฐ์ และสุรีย์ เกื้อศิริกุล, 2536) ตลอดจนส่งผลด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพ ซึ่งจะสูญเสียค่าใช้จ่ายสูงมากถึง 4.5 เท่า โดยสูงกว่าบุคคลที่เป็นเบาหวาน ซึ่งไม่มีภาวะซึมเศร้าร่วม (Egede, Zheng & Simpson, 2002) ดังนั้นบุคคลที่เป็นเบาหวานและมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยจึงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง นอกจากทำให้สุขภาพกายเสื่อมลงได้เร็วแล้ว ยังเกิดการเจ็บป่วยทางจิต (พิไลรัตน์ ทองอุไร, 2542) เพราะฉะนั้นจำเป็นต้องแก้ไขปัญหภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเอง และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต้องแยกจากครอบครัว ได้รับการสนับสนุนทางสังคมลดน้อยลง ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาและต้องปรับตัวต่อบทบาทการเป็นผู้ป่วยจึงทำให้ผู้สูงอายู้สึกว่าการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรุนแรงต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาไปตลอดชีวิต และผู้สูงอายุมักมีการเจ็บป่วยมากกว่า 1 โรค จึงทำให้ต้องได้รับยาหลายชนิดร่วมกัน ปัจจัยดังกล่าวจึงมีผลให้ผู้สูงอายุ มีความรู้สึกด้านลบต่อตนเอง เกิดความรู้สึกไร้คุณค่า บางรายอาจท้อแท้ สิ้นหวังกับการรักษา ทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดภาวะซึมเศร้าได้

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อจะนำไปสู่การหาแนวทางในการพยาบาลผู้สูงอายุโรคเบาหวานให้ครอบคลุมปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมและดูแลตนเอง ได้สอดคล้องกับเป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวานที่เน้นการควบคุมดูแลตนเองและนำไปสู่เป้าหมายทางการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ

คำถามการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ภาวะโรคร่วม และยาที่ได้รับ สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรีหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี
2. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ภาวะโรคร่วม และยาที่ได้รับกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี

สมมติฐานของการวิจัยและเหตุผล

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จึงตั้งสมมติฐานว่า

1. การเผชิญความเครียด สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้
2. การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้
3. ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

4. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน สามารถทำนายภาวะซิมเซร่าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

5. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย สามารถทำนายภาวะซิมเซร่าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

6. ระยะเวลาของการเจ็บป่วย สามารถทำนายภาวะซิมเซร่าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

7. ภาวะโรคร่วม สามารถทำนายภาวะซิมเซร่าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

8. ยาที่ได้รับสามารถทำนายภาวะซิมเซร่าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

9. การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ภาวะโรคร่วม และยาที่ได้รับ สามารถร่วมทำนายภาวะซิมเซร่าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

เหตุผลสนับสนุนการตั้งสมมติฐานการวิจัย

การเผชิญความเครียด

การเผชิญความเครียด เป็นกลไกที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เมื่อประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียด บุคคลจะเลือกวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ผลลัพธ์ที่ตามมาอาจจะเหมือนหรือแตกต่างกันก็ได้ หากบุคคลสามารถเผชิญความเครียดได้เหมาะสม หรือปรับตัวได้ ก็จะดำเนินชีวิตเป็นปกติสุข ในทางตรงข้ามถ้าไม่สามารถปรับตัวได้ย่อมก่อให้เกิดความผิดปกติทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ตามมา

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ที่ผู้ป่วยต้องเข้าออกโรงพยาบาลอยู่ตลอด และต้องรับการรักษาตลอดชีวิต ต้องปรับพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จึงส่งผลต่อสภาพจิตใจ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2546) ทำให้รู้สึกกังวลใจ เกิดความไม่แน่นอนในชีวิต และเมื่อเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล นับเป็นภาวะวิกฤตอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุ (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543) ผู้สูงอายุต้องพบกับสภาพแวดล้อมใหม่ เปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ป่วย รวมทั้งต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้แก่ สภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลที่ไม่คุ้นเคย การพบผู้คนที่แปลกหน้า การต้องเผชิญกับความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย เผชิญกับวิธีการตรวจรักษาพยาบาลต่าง ๆ ความไม่แน่ใจในการรักษาและการพยาบาลที่จะได้รับ ทั้งหมดที่กล่าวมาส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกเครียดมากขึ้นทำให้แยกตนเองออกจากสังคม รู้สึกเป็นภาระแก่ผู้อื่น ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง มีความรู้สึกในคุณค่าของตนเองลดลง ท้อแท้และสิ้นหวังกับการรักษา จึงทำให้เกิดภาวะซิมเซร่าตามมา

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลต้องเผชิญกับปัญหา หรือมีความเครียดจากสถานการณ์วิกฤติในชีวิตไม่สามารถควบคุมหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้นได้ (Beck, 1967) ซึ่งสอดคล้องกับ Miller (2007) ที่กล่าวว่าเป็นผลมาจากการที่บุคคลสูญเสียสุขภาพที่ดีของตนเอง ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังจึงมีพฤติกรรมแยกตนเองออกจากสังคม รู้สึกว่าตนเองไร้ที่พึ่งและสูญเสียความมีคุณค่าในตนเองในที่สุด ถ้าผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับความเครียดได้ก็สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดความสมดุลทางด้านอารมณ์ สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ แต่ในทางกลับกันถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมจะทำให้มีความคิดในด้านลบต่อตนเอง รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง (หทัยรัตน์ บำเพ็ญแพทย์, 2544) ดังนั้นปัจจัยด้านการเผชิญความเครียดในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จึงน่าจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่น ๆ ในสังคม ได้แก่ สามี ภรรยา บิดามารดา บุตร และผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านหรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุข (เสฐียรพงษ์ ศิวินา, 2546) การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยทำให้บุคคลปลอดภัยจากความเครียดหรือป้องกันไม่ให้ความเครียดนั้นมากกระทบจนเกิดความผิดปกติ ช่วยทำให้บุคคลมองโลกในแง่ดี ส่งผลให้เกิดการกระทำที่ดีและภาวะสุขภาพจิตดี (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543) การเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ผู้ป่วยจึงต้องพึ่งพาผู้อื่น มีผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ป่วยต้องการสนับสนุนทางสังคมและการดูแลอย่างเป็นระบบ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานสตรี (อำภพร พัววิไล และวิมลรัตน์ บุญเสถียร, 2544) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาการสนับสนุนทางครอบครัวพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีคู่สมรสอยู่ด้วยกัน จะสามารถดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่ไม่มีคู่สมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เดือนใจ เสือดี และสุวรรณณี สมระสิทธิ์, 2545) และการศึกษาแบบการทางการแพทย์ที่ส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 30 คน เป็นเวลา 4 เดือน ประกอบด้วย ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ 8 วิธี โดยหลังเข้าร่วมโครงการครบ 4 เดือน ระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงขึ้น ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะลดลง และผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการบริการที่ได้รับ (สุขุมล แสนพวง, 2543) ดังนั้นปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จึงน่าจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ทัศนคติเป็นการรับรู้ และความรู้สึกเชิงประมาณค่าที่เป็นได้ทั้งด้านบวกและด้านลบ ทำให้บุคคลพร้อมที่จะแสดงออกตอบโต้ต่อสิ่งต่าง ๆ ทัศนคติเป็นนามธรรมและเป็นตัวการสำคัญอันหนึ่งที่เป็นเครื่องมือกำหนดพฤติกรรมของบุคคล (นงนุช โอบะ ชุลีวรรณ ด่านยุทธศิลป์ และ สมจิตร ชัยรัตน์, 2545)

การเจ็บป่วยที่ยาวนานส่งผลให้อัตมโนทัศน์ของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปในทางลบ เช่น ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง จากการศึกษานี้ของ Beck (1967) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากบุคคลเกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง ต่อโลก ต่ออนาคต ซึ่งสอดคล้องกับ Miller (2007) ซึ่งอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วยทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theories) ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดกับผู้สูงอายุ เกิดจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ประกอบกับประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาในด้านลบ มีความคิดที่ยึดมั่นกับเหตุการณ์ดังกล่าวจึงแปลเหตุการณ์ปกติเป็นเหตุการณ์ที่เลวร้าย สำหรับการศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 จำนวน 28 คน พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 21.4 รับรู้ว่าการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 มีผลกระทบต่อคุณค่าและภาพลักษณ์ของตนเอง และในผู้ป่วย 3 ราย รับรู้คุณค่าของตนเองลดลง (ภาวนา กิริติยดวงศ์, 2546) ซึ่งสอดคล้องกับพิไลลักษณ์ ทองอุไร (2542) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มักเกิดความไม่มั่นใจในตนเอง และการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ที่ผ่านมาที่ว่าเบาหวานเป็นแล้วรักษาไม่หาย ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย อาหารที่เคยชอบรับประทานก็รับประทานไม่ได้เหมือนเคย ซึ่งส่งผลต่อการปรับตัวภาพลักษณ์ และรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลงความสนใจในสิ่งรอบข้างน้อยลง จึงทำให้แยกตัวและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ดังนั้นปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จึงน่าจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานจัดเป็น โรคเรื้อรังที่มีลักษณะเฉพาะในการดำเนินของโรค มีระยะที่โรคสงบและระยะที่โรคกำเริบ ในระยะที่โรคสงบ ผู้ป่วยอาจไม่แสดงอาการผิดปกติอะไร แต่ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ ด้วยพยาธิสภาพของโรคที่ซับซ้อนและทำความเข้าใจยากสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งการจัดการกับเรื่องที่จะต้องดูแลตนเองยากต่อการปฏิบัติให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน (ภาวนา กิริติยดวงศ์, 2546) ส่งผลให้เกิดความเครียด โดยความเครียดจะทำให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเครียดโดยกระตุ้นการทำงานของระบบ Hypothalamic-Pituitary-Adrenocortical Axis (HPA Axis) ทำให้หลั่งสาร Corticotrophin Releasing Factor (CRF) เพิ่มขึ้นทำให้สารคอร์ติซอลสูงขึ้นในระบบไหลเวียน ซึ่งเป็นสารที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และยังไปขัดขวางการทำงานของอินซูลิน นำไปสู่การเกิดภาวะน้ำตาลและไขมันในเลือดสูงกว่าปกติ

(Kaplan, 1994 อ้างถึงใน จุฑารัตน์ บุญวัฒน์, 2552) จากการศึกษาของ สิริลักษณ์ สุพรรณรัตนกุล (2549) กล่าวว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานจะสามารถเผชิญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ สำเร็จนั้น ผู้สูงอายุจะต้องเกิดความสามารถในการจัดการตนเอง ด้วยการเรียนรู้ในเรื่องของสาเหตุของการเกิด โรคเบาหวาน ผลกระทบของการเกิด โรคเบาหวาน และการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การช้ยา และการมาตรวจตามนัด เมื่อผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ก็จะสามารถเผชิญกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่จะเปลี่ยนแปลงไปได้เกิดความรู้สึกมั่นใจ ภูมิใจและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดังนั้นปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จึงน่าจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย

ความเจ็บป่วยเป็นสภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ ส่งผลให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ตามมา การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและการเข้าพักรักษา อยู่ในโรงพยาบาลก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทั้งด้านร่างกาย และจิตใจซึ่งปฏิกิริยาดังกล่าวมีอิทธิพลในทางลบต่อพยาธิสภาพของโรค หรือความเจ็บป่วย ทำให้โรคหรือความเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นเป็นผลเสียแก่ผู้ป่วยมากขึ้น (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) นอกจากนี้ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้ามากที่สุด คือการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ดังนั้นปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จึงน่าจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (บุษรา ราชรักษ์, 2549)

ระยะเวลาของการเจ็บป่วย

การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นเวลานานมักทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติซึ่งทางลบเกี่ยวกับการดูแลตนเอง มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เป็นภาระแก่บุคคลอื่น เมื่อความรู้สึกนี้เกิดขึ้นเป็นเวลานานจะนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ (Beck, 1967) นอกจากนี้การเกิดความเครียดซึ่งเป็นผลมาจากความเจ็บป่วยที่ต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา ส่งผลทำให้ไม่สามารถควบคุมการทำงานของอินซูลินได้ ทำให้ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงได้ และยังส่งผลให้สารสื่อประสาทนอร์อิพิเนพริน และซีโร โทนิินลดลง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Kaplan, 1994 อ้างถึงใน จุฑารัตน์ บุญวัฒน์, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของ Garduno, Tellez & Hernandez (1998) เรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยมากกว่า 15 ปีขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 46 ดังนั้นปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จึงน่าจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

ภาวะโรคร่วม

ภาวะโรคร่วม คือ การที่ผู้ป่วยมีโรคมกกว่าหนึ่งโรคในช่วงชีวิตทั้งหมด (Lifetime) หรือในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง (พิเชฐ อุดมรัตน์, 2548) จากการศึกษาในต่างประเทศที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะซึมเศร้าสูงเป็น 2 - 3 เท่าของกลุ่มประชากรปกติ สำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปจะมีการเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างน้อย 2 หรือ 3 โรค (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543) ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปจะมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค หรือมากกว่า และผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป จะมีโรคเรื้อรังประจำตัวอย่างน้อย 3 โรค ในขณะที่ Mion, Frenley and Adam (1986) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 64 - 69 ปีจะพบโรคเรื้อรัง 4 โรค ส่วนผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปจะพบประมาณ 5 โรคและเป็นการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

สำหรับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีโรคทางกายอื่น ๆ ร่วมด้วย ยังทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น โดยเฉพาะการเกิดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นร่วมกับโรคเบาหวาน (Eaton, 2002) และโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่พบได้บ่อย เช่น พาร์กินสัน สมองเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจวาย รูมาตอย มะเร็ง วันโรค เบาหวาน โรคตับ ไทรอยด์ ภาวะไม่สมดุลของกรด - ด่าง เชื้อหุ้มสมองอักเสบ ปอดอักเสบ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (Miller, 2007) การมีโรคร่วมหลาย ๆ โรค ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย เกิดความลำบากยุ่งยากในการดูแลสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า (Anderson, 2001) ดังนั้นปัจจัยด้านภาวะ โรคร่วมในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จึงน่าจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

ยาที่ได้รับ

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมถอยลงตามกระบวนการสูงอายุ จึงทำให้มีความเจ็บป่วยด้านร่างกายได้บ่อย ซึ่งผู้สูงอายุโดยทั่วไปมักมีโรคประจำตัวเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค (Miller, 2007) จึงทำให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับยาเป็นประจำ และมักได้รับยาร่วมกันหลายชนิด เนื่องจากอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมักเกี่ยวข้องกับข้อบกพร่องสำคัญของระบบ รวมทั้งมักมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาโรคในผู้สูงอายุ นอกจากการมีระดับที่ทำให้เกิดพิษและการมีอาการผิดปกติเมื่อมีการหยุดใช้ยาแล้ว ยังเป็นสาเหตุของอาการทางจิตอีกด้วย ซึ่งความผิดปกติทางจิตเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาที่พบบ่อย อาการทางจิตที่มักเกิดขึ้นได้แก่ การเพ้อคลั่ง ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล หูแว่ว เป็นต้น (Alessi & Cassel, 1996) ยาที่ใช้ในการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีหลายชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ (Marsh, 1997) ยาลดความดันโลหิต ยานอนหลับ ยาต้านอาการพาร์กินสัน ฮอร์โมน ยารักษาโรคมะเร็ง ยารักษาโรคจิต ยากระตุ้น ยาลดความอ้วน ยาต้านการอักเสบ ยาแก้ปวด ยารักษาหัวใจ ยาขับปัสสาวะ ยารักษาโรค

ลมชัก ยาฆ่าจุลชีพ และยาอื่น ๆ เช่น Cimetidine (Kurlowicz, 1997) ดังนั้นปัจจัยด้านยาที่ได้รับในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จึงน่าจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซิมเสร่าได้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ด้านการพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นตัวทำนายภาวะซิมเสร่าเป็นข้อมูลสนับสนุนในการวิเคราะห์และวางแผนในการให้การดูแลหรือพัฒนาโปรแกรมการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการระวังและป้องกันการเกิดภาวะซิมเสร่า
2. ด้านการวิจัย สามารถนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการทำวิจัยในประเด็นที่เป็นการสร้างโปรแกรมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซิมเสร่าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน และเป็นแนวทางในการวิจัยภาวะซิมเสร่าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ
3. ด้านการศึกษา สามารถนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลอ้างอิงในการสอนด้านการพยาบาลผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซิมเสร่าแก่นักศึกษาพยาบาล ซึ่งจะทำให้เกิดการประยุกต์ผลการวิจัยในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะซิมเสร่าและหาปัจจัยทำนายภาวะซิมเสร่าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมในโรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี ระหว่างเดือนกันยายน ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2551

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ดังนี้

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ภาวะโรคร่วม และยาที่ได้รับ
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ ภาวะซิมเสร่าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึง บุคคลที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และเข้ารับการรักษา ที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลชลบุรี ระหว่างเดือนกันยายน ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2551 โดยไม่จำกัด ความรู้ เพศ สถานภาพทางการศึกษา และอาชีพ สามารถได้ยินเสียงและสื่อสารได้ และยินดี ให้ความร่วมมือในการศึกษา
2. ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองทางจิตใจของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ต่อ ภาวะวิกฤติจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรมที่ ชัดเจน ได้แก่ โศกเศร้า เสียใจ หดหู่ อ่างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ประเมิน โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) (กลุ่มฟื้นฟู สมรรถภาพสมอง, 2537, หน้า 1 - 9)
3. การเผชิญความเครียด หมายถึง การที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีการกระทำหรือ ความรู้สึกนึกคิดที่ได้รับขณะที่ตนเองเจ็บป่วย เพื่อปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย การเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด การเผชิญความเครียดด้านการ แสดงออกทางอารมณ์ และการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ประเมิน โดยใช้แบบ วัดการเผชิญความเครียดของจาโลวิก (Jalowiec Coping Scale: JCS) ฉบับปรับปรุงปี ค.ศ. 1988 ที่ แปลโดย หทัยรัตน์ บำเพ็ญแพทย์ (2544)
4. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่น ๆ ในสังคม ได้แก่ สามี ภรรยา บิดา มารดา บุตร และผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านหรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ประเมิน โดยใช้แบบวัดการสนับสนุนทาง สังคมของ เสฐียรพงษ์ ศิวินา (2546)
5. ทักษะคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน หมายถึง การรับรู้และแสดงออกเป็นกระบวนการทาง ความคิดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีต่อการเจ็บป่วย ประเมินโดยใช้แบบวัดเจตคติต่อโรคเบาหวาน ของ เสฐียรพงษ์ ศิวินา (2546)
6. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจของผู้สูงอายุเกี่ยวกับ โรคเบาหวานด้านความหมาย สาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษาและการปฏิบัติตนของผู้ป่วย โรคเบาหวาน ประเมินโดยใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ของ เสฐียรพงษ์ ศิวินา (2546) จำนวน 26 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นการตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่
7. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย หมายถึง ความรู้สึกของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพทางกาย จิตใจ และสังคม ความไม่สบายจากอาการเจ็บป่วย

และผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เป็นอยู่ในขณะนั้น ประเมินโดยใช้แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของ บุษรา ราชรักษ์ (2549)

8. ระยะเวลาของการเจ็บป่วย หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยนับเป็นจำนวนปีเต็ม ซึ่งตรวจสอบจากข้อมูลของหน่วยเวชระเบียนโรงพยาบาลชลบุรีและประวัติการรักษาของผู้สูงอายุ

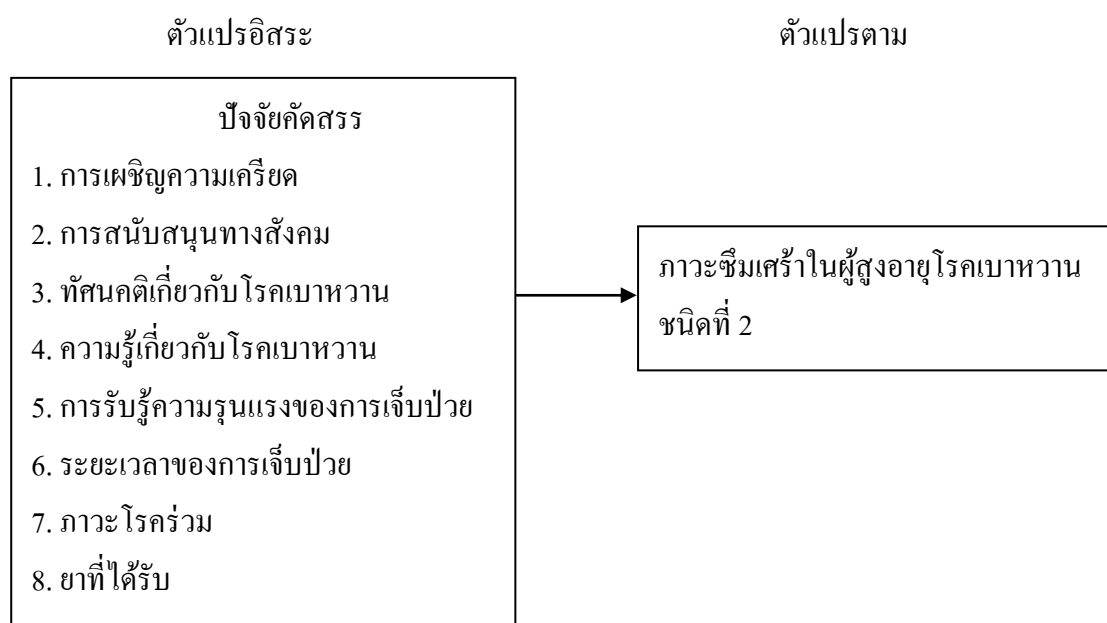
9. ภาวะโรคร่วม หมายถึง จำนวนโรคที่เกิดร่วมกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้สูงอายุ โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ประกอบด้วย โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรัง กล้ามเนื้อหัวใจตาย และโรคหัวใจวาย เท่านั้น และโรคร่วมดังกล่าวต้องอยู่ในระยะสงบ ไม่กำเริบ แบบวัดเป็นลักษณะข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ เป็นการตอบว่า มีโรคร่วม หรือ ไม่มีโรคร่วม

10. ยาที่ได้รับ หมายถึง จำนวนยาที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้รับในปัจจุบันขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและมีผลข้างเคียงให้เกิดภาวะซึมเศร้า ประเมินจากแบบวัดที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินของ Kurlowicz (1997) เป็นข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ โดยให้ตอบว่า ได้รับยา หรือ ไม่ได้รับยา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีทางปัญญาของ Beck (1967 อ้างถึงใน รัตนา เดิมเกษมสานต์, 2549) เป็นทฤษฎีการเรียนรู้เกี่ยวกับความคิด และการรับรู้ ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลพบกับภาวะวิกฤติในชีวิตและมีความคิดทางด้านลบ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะวิกฤติ ต้องปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง อาจมีวิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งการช่วยเหลือดูแลจากครอบครัว หรือสถานบริการ ที่ไม่เพียงพอ ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทำให้มีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม การมีทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ที่ไม่ถูกต้อง ต้องถูกจำกัดเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายไม่ได้ เพราะน้ำตาลในกระแสเลือดอาจต่ำได้ การรับรู้เหล่านี้เป็นกระบวนการทางความคิด เกิดความคิดที่บิดเบือนไปตามความรู้สึกของตนเอง เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความคิดทางด้านลบ ทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลงจนสิ้นหวัง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งสามารถอธิบายถึงพยาธิสรีรวิทยาของระบบประสาทต่อมไร้ท่อ กับภาวะซึมเศร้าว่า ความเครียดจะทำให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาการตอบสนอง ด้วยการกระตุ้นการทำงานของระบบ Hypothalamic-Pituitary-Adrenocortical Axis (HPA Axis) ทำให้หลั่งสาร Corticotrophin Releasing Factor (CRF) เพิ่มขึ้น ส่งผลให้สารคอร์ติซอล (Cortisol) สูงขึ้น ซึ่งเป็นสารที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Kaplan 1994 อ้างถึงใน จุฑารัตน์ บุญวัฒน์, 2552) และยังไปขัดขวาง

การทำงานของอินซูลิน นำไปสู่การเกิดภาวะน้ำตาลและไขมันในเลือดสูงกว่าปกติ นอกจากนี้ ความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานและเรื้อรัง จะทำให้สารสื่อประสาทนอร์อิพิเนพริน (Norepinephrin) และซีโรโตนิน (Serotonin) มีจำนวนลดลงเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ปัจจัยคัดสรรที่น่าจะมีผลโดยตรงต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิด ที่ 2 สามารถเขียน เป็นกรอบแนวคิดได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซิมเสร์ราในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งครอบคลุมหัวข้อดังนี้

1. โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ
2. ภาวะซิมเสร์ราในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2
3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซิมเสร์ราในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

ความหมาย

คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญการวินิจฉัยและการแบ่งประเภทของโรคเบาหวาน (The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 2000) ได้ให้คำจำกัดความของโรคเบาหวานว่า เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติเกี่ยวกับเมตาบอลิซึม (Metabolism) แสดงอาการโดยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติของการหลั่งอินซูลิน และการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างเรื้อรัง ทำให้เกิดการเสียหายที่และอวัยวะที่สำคัญหลายอวัยวะทำงานล้มเหลว ได้แก่ ตา ไต หัวใจ ระบบประสาท และหลอดเลือด (ภาวนา กิริติยดวงศ์, 2546)

ชนิดของโรคเบาหวาน

ปัจจุบันได้มีการแบ่งโรคเบาหวานออกเป็น 2 ชนิด ตามความแตกต่างของ ปริมาณอินซูลินที่มีอยู่ในร่างกาย คือ ชนิดพึ่งอินซูลิน (Insulin-Dependent Diabetes Mellitus: IDDM) และ ไม่พึ่งอินซูลิน (Non-Insulin Dependent Mellitus: NIDDM) (ภาวนา กิริติยดวงศ์, 2546)

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงขอเสนอเฉพาะโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ตามลำดับดังต่อไปนี้

พยาธิสภาพของโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

พยาธิสภาพของโรคเบาหวาน เกิดจากสาเหตุ 2 ประการดังนี้

1. มีการหลั่งอินซูลินน้อยกว่าปกติ (Insulin Deficiency) ในภาวะที่ร่างกาย มีการหลั่งอินซูลินน้อยกว่าปกติ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีอาการแสดงของโรคเบาหวาน แต่มักไม่ทำให้เกิดภาวะคีโตอะซิโดซิส (Ketoacidosis) ทำให้ร่างกายยังพอมีอินซูลินอยู่ในระดับที่สามารถนำ

กลูโคสเข้าเซลล์ได้บ้าง จึงไม่สามารถสลายไขมัน และโปรตีนมาใช้เป็นพลังงาน ร่างกายจึงไม่เกิดภาวะกรดคั่ง แต่เกิดภาวะวิกฤติจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia Hyperosmolar Nonketotic Coma: HHNC) (ภาวนา กิริติยดวงศ์, 2546)

2. เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin Resistance) คือภาวะที่รีเซพเตอร์ (Receptor) ต่ออินซูลินที่เนื้อเยื่อมีจำนวนลดลง ทำให้มีการใช้น้ำตาลของกล้ามเนื้อลดลง หรืออินซูลินจับกับรีเซพเตอร์ได้ แต่มีความผิดปกติในการทำปฏิกิริยาในเซลล์ ทำให้เนื้อเยื่อ ดับ หรือกล้ามเนื้อไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้ได้ ทำให้การเผาผลาญของคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และ โปรตีนผิดปกติ จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ซึ่งพบว่าพยาธิสภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวานเกิดจากการเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินมากกว่าการขาดอินซูลิน (ภาวนา กิริติยดวงศ์, 2546)

สาเหตุและปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

สาเหตุและปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ สรุปได้ดังนี้

(Lueckenotte, 2006)

1. ความผิดปกติของตับอ่อน มีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระตามธรรมชาติของผู้สูงอายุ เช่น มีพังผืดเกิดขึ้น และมีการสะสมของสารไฮยาลิน (Hyaline) ในไอส์เลท (Islets) ร่วมกับผนังหลอดเลือดที่แข็งและหนาขึ้น ทำให้ความต้านทานของเยื่อหุ้มเซลล์สูง อินซูลินซึมผ่านได้น้อยหรือไม่สามารถซึมผ่านได้ และภาวะที่หลอดเลือดแข็ง ทำให้เลือดไปเลี้ยงตับอ่อนลดลง ทำให้ตับอ่อนมีขนาดเล็กลง ผลที่ตามมาคือสมรรถภาพในการทำงานของตับอ่อนลดลง เนื่องจากตับอ่อนมีหน้าที่ในการสร้างอินซูลิน เมื่อใดที่ร่างกายมีอินซูลิน ไม่เพียงพอ ระดับน้ำตาลในเลือดก็จะสูงกว่าปกติ

2. ความผิดปกติของเซลล์เป้าหมาย (Target Cell) พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ คือมีการสะสมสารไลโปฟัสซิน (Lipofuscin) เพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีเบต้าเซลล์ (Beta Cell) จำนวนน้อยลง ทำให้การหลั่งอินซูลินลดลง ร่วมกับความผิดปกติเกี่ยวกับการออกฤทธิ์ของอินซูลินในเนื้อเยื่อการตอบสนองต่ออินซูลินของรีเซพเตอร์จึงน้อยกว่าปกติ ทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin Resistance)

3. ความเครียด ส่งผลกระทบต่อโดยตรงต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนที่มีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น คือ ฮอร์โมน แคททีโคลามีน (Catecholamine) กลูคากอน (Glucagon) กลูโคคอร์ติคอยด์ (Glucocorticoid) และ โกรทฮอร์โมน (Growth Hormone) มากผิดปกติ ทำให้ร่างกายไม่สามารถสร้างฮอร์โมนอินซูลิน เพื่อนำน้ำตาลไปใช้เป็นพลังงานได้ทั้งหมด น้ำตาลที่เหลือจึงคั่งอยู่ในระบบไหลเวียนโลหิตในระดับสูง

4. พันธุกรรม เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป พันธุกรรมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน จากการศึกษาในกลุ่มแฝดชนิดแฝดจากไข่ใบเดียวกัน (Identical Twins) พบว่าถ้าคู่แฝดคนหนึ่งเป็นเบาหวานเมื่ออายุมากกว่า 40 ปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ร้อยละ 90 ของคู่แฝดอีกคนหนึ่งจะเป็นโรคเบาหวานชนิดนี้ด้วย และมักพบโรคนี้ในผู้ที่มิบิดา มารดา และญาติพี่น้อง มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน

5. ผลจากยาหรือสารเคมีบางอย่าง ผู้สูงอายุมักจะเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ เรื้อรังอยู่เสมอ จึงมีโอกาสได้รับยาหลายชนิด ซึ่งยาบางชนิดมีผลทำให้ความทนต่อกลูโคสของร่างกายเสื่อมลง ซึ่งยาบางชนิดมีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น เช่น สเตรปโตโซโตซิน (Streptozotocin) ยาคลายเครียด (Anti-Depressants) แอสไพริน (Aspirin) ยาบางอย่างยับยั้งการหลั่งอินซูลิน เช่น ยาขับปัสสาวะ พวกไทอะไซด์ (Thiazide)

6. อิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม อาจจะเป็นแบคทีเรีย ไวรัส หรือสารเคมีบางชนิด เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะไปทำลายเบต้าเซลล์ของตับอ่อน ทำให้โครงสร้าง และการทำงานของตับอ่อนผิดปกติ จึงทำให้ไม่สามารถหลั่งอินซูลินได้เพียงพอ เป็นผลให้ร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาล เป็นพลังงานได้ตามปกติ

7. ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น การไม่ออกกำลังกาย ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้อ้วน และเสื่อมประสิทธิภาพในการใช้น้ำตาลกลูโคสให้เป็นพลังงาน เมื่อร่างกายไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้ได้ ระดับน้ำตาลในเลือดจึงสูงขึ้น

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวานเกิดขึ้นเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติในระยะแรกจะพบอาการที่สำคัญ 4 อย่าง ดังนี้ (ภาวนา กิริติยวงศ์, 2546)

1. ถ่ายปัสสาวะจำนวนมาก (Polyuria) เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงจนเกินขีดจำกัดของไต (ปกติประมาณ 180 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์) ร่างกายจะขับออกทางปัสสาวะทำให้แรงดันออสโมติกของปัสสาวะสูงขึ้น ไตจึงไม่สามารถดูดซึมน้ำกลับเข้าสู่ร่างกายได้ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานจึงถ่ายปัสสาวะออกมาจำนวนมากและบ่อยครั้ง

2. ดื่มน้ำมาก (Polydipsia) เนื่องจากร่างกายเสียน้ำทางปัสสาวะจำนวนมาก จึงเกิดการขาดน้ำอย่างรุนแรง ทำให้มีอาการกระหายน้ำมาก ดื่มน้ำบ่อยและจำนวนมาก

3. น้ำหนักลด (Weight Loss) เมื่อเซลล์ไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้ ร่างกายก็จะสลายไขมัน และโปรตีนที่เก็บสะสมไว้มาใช้เป็นพลังงานแทน จึงเกิดการสูญเสียเนื้อเยื่อ ร่วมกับภาวะที่ร่างกายขาดน้ำ น้ำหนักตัวจึงลดลงอย่างรวดเร็ว

4. รับประทานอาหารจุ (Polyphagia) จากการที่ร่างกายมีการสลายเอาเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ มาใช้ จึงทำให้มีภาวะขาดอาหาร (Starvation) เกิดขึ้น เพื่อชดเชยต่อภาวะนี้ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานจึงมีอาการหิวบ่อยและรับประทานอาหารจุ

นอกจากนี้ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน มักมีอาการและอาการแสดงในระยะหลัง ซึ่งเกิดจากภาวะแทรกซ้อน ดังต่อไปนี้

1. มีผื่นคัน หรือเชื้อราขึ้นตามผิวหนัง โดยเฉพาะซอกอับ เช่น รักแร้ ใต้ราวนม ขาหนีบ และอวัยวะเพศ
2. เป็นแผลเรื้อรังตามแขน ขา หรือเป็นฝีบ่อย ๆ และรักษาหายยาก
3. สายตามัวลงเรื่อย ๆ ต้องเปลี่ยนแว่นตาบ่อย ๆ หรืออาจเป็นต้อกระจกได้ง่าย
4. มีอาการชา หรือปวดแสบปวดร้อนตามปลายมือปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง โดยมากมักจะเป็นที่เท้าก่อน บางรายหมดความรู้สึกทางเพศ บางรายมีอาการหนังตาตก หรือมีอาการอัมพาตของใบหน้าซีกใดซีกหนึ่ง

5. มีอาการหลอดเลือดตีบในอวัยวะต่าง ๆ เช่น ที่เท้าทำให้เกิดแผลเนื้อตาย ที่หัวใจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เกิดอาการเจ็บหน้าอก หรือที่สมอง ทำให้เป็นอัมพาตได้

การวินิจฉัยโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานใหม่ในปี 2541 ถ้าพบว่าอยู่ในเกณฑ์หนึ่งในสามข้อถือว่าเป็น โรคเบาหวาน (ภวานา กิริติยดวงศ์, 2546)

1. การวัดระดับ Casual (Random) Plasma Glucose คือการวัดระดับความเข้มข้นของน้ำตาลกลูโคสในเลือด โดยการเจาะเลือดเวลาใดก็ได้ของวัน ซึ่งไม่คำนึงถึงเวลาที่รับประทาน อาหาร ค่าปกติน้อยกว่า 100 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ถือว่าเป็น โรคเบาหวาน
2. การวัดระดับ Fasting Plasma Glucose คือการวัดระดับความเข้มข้นของน้ำตาลกลูโคสในเลือดก่อนอาหารเช้า โดยงดอาหารและเครื่องดื่มที่มีแคลอรีทุกชนิด เป็นเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ก่อนเจาะเลือด ค่าปกติ 80-110 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ถ้าระดับน้ำตาลในเลือด มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ถือว่าเป็น โรคเบาหวาน
3. การทดสอบ Glucose Tolerance Test คือ การทดสอบความทนต่อกลูโคส โดยให้ดื่ม น้ำตาลกลูโคส 75 กรัม ละลายในน้ำประมาณ 250-300 มิลลิลิตร โดยดื่มภายใน 5 นาที เก็บตัวอย่างเลือดดำหลังจากดื่มสารละลายกลูโคส 2 ชั่วโมง ค่าปกติน้อยกว่า 140 มิลลิกรัม เปอร์เซ็นต์ ถ้าค่าระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ถือว่าเป็น โรคเบาหวาน

4. การวัดระดับปริมาณฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะในเลือด (Hemoglobin A_{1c}) เป็นการวัดระดับฮีโมโกลบิน (Hemoglobin) ซึ่งเป็นสารสีแดงของเม็ดเลือดที่มีน้ำตาลกลูโคสไปจับอยู่ สามารถบอกถึงภาวะการควบคุมโรคเบาหวานได้ โดยปริมาณของฮีโมโกลบิน เอวันซึ่งจะมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับความเข้มข้นของปริมาณน้ำตาลในเลือด การรวมตัวของฮีโมโกลบิน และกลูโคส จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตของเม็ดเลือดแดง ดังนั้นการวัดปริมาณของฮีโมโกลบินจึงเป็นค่าที่แสดงภาวะการควบคุมโรคเบาหวานในช่วง 4-12 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ADA, 1997. อ้างถึงในสมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน, 2551) ซึ่งมีค่าปกติระหว่าง 4%-6% ถ้าระดับฮีโมโกลบินเอวันซีมากกว่า 6 เปอร์เซ็นต์ ถือว่าเป็นโรคเบาหวาน

ผลกระทบของโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุโรคเบาหวานทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย ส่วนใหญ่จะเกิดพยาธิสภาพของโรค ทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงอยู่เป็นเวลานาน จะทำให้เกิดอาการแสดงและภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง ดังที่กล่าวมาแล้ว
2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ เนื่องจากเบาหวานเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด และทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานต้องปรับกิจกรรมในการดำรงชีวิตหลายอย่าง เช่น การรับประทานอาหาร เฉพาะโรค การออกกำลังกาย การรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ และการดูแลสุขภาพร่างกายทั่วไป ซึ่งผู้สูงอายุโรคเบาหวานต้องปรับวิถีการดำเนินชีวิตที่เคยปฏิบัติมาแต่เดิมและต้องนำมาสอดแทรกเข้าเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิตประจำวัน ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานบางรายได้ใช้ความพยายามในการปรับกิจกรรมการดูแลต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดความเครียดสูง การที่ต้องรับการรักษาและต้องดำเนินชีวิตอยู่กับโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายไปตลอด ผู้สูงอายุโรคเบาหวานบางคนจะเกิดความรู้สึกวิตกกังวล เบื่อหน่าย ท้อแท้ และเป็นภาระต่อผู้อื่น ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ อาการของโรคจึงรุนแรงขึ้น และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเลวลง
3. ผลกระทบทางด้านสังคม พบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีการทำกิจกรรมลดลงหลีกเลี่ยงการพบผู้อื่น เพราะมีความต้องการที่จะควบคุมภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานและควบคุมพลังงานที่เกินความต้องการของตน ทำให้แยกตัวจากสังคม สูญเสียบทบาทหน้าที่ของตนเอง สูญเสียความเป็นอยู่โดยทั่วไป ซึ่งมีผลต่อสัมพันธภาพในครอบครัวและสังคมตามมา
4. ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจเนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง และสามารถก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุในโรคเบาหวานต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการใช้เป็นค่ารักษา และค่าเดินทาง ซึ่งส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจของ

ครอบครัว สำหรับประเทศชาติ ต้องใช้งบประมาณจำนวนมากในการดูแลและรักษาที่ต่อเนื่องเป็นเวลานาน ในประเทศสหรัฐอเมริกาต้องใช้งบประมาณถึงแสนล้านบาทในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โดยที่งบประมาณจำนวนมากใช้ในการรักษาโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือด (Lucekenotte, 2006) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานในอังกฤษ ที่พบว่ารัฐบาลต้องใช้งบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 6-7 ของงบประมาณทั้งหมด และร้อยละ 80 ของงบประมาณส่วนนี้ใช้ในการรักษาภาวะแทรกซ้อนระยะยาว ที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือด (Lucekenotte, 2006)

จะเห็นได้ว่าภาวะแทรกซ้อนเป็นปัญหาที่สำคัญ ซึ่งจะทำลายชีวิตและศักยภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้เป็นอย่างมาก ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ดังนั้นเป้าหมายที่สำคัญในการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

การเกิดภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะโรคร่วมของโรคเรื้อรังเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ การรักษาที่ใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนาน ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานจากพยาธิสภาพของโรค รู้สึกเบื่อหน่ายกับความเจ็บป่วยเรื้อรังของตนเอง จากการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ต้องมาตรวจตามนัด ต้องควบคุมอาหาร ควบคุมอาการของโรคไม่ให้มีอาการกำเริบ ลักษณะอาการของโรคมั้ทั้งช่วงสงบและกำเริบ จึงมีโอกาที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความไม่แน่นอนต่าง ๆ เกิดความเครียด วิตกกังวลและรู้สึกถึงความไม่ปลอดภัย รวมทั้งการได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม (ประคอง อินทรสมบัติ, 2536) และโรคเรื้อรังยังหมายถึงการเสียหน้าที่หรือภาวะที่เบี่ยงเบนออกไปจากภาวะปกติ มีพยาธิสภาพหรือโรคที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งอย่าง ได้แก่ ความเบี่ยงเบนเป็นไปอย่างถาวร เกิดความพิการหรือพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถแก้ไขหรือรักษาให้หายหรือกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ ต้องการการฟื้นฟูสภาพ การดูแลจากแพทย์ พยาบาล เป็นระยะเวลายาวนาน คณะกรรมการ โรคเรื้อรัง (Commission of Chronic Illness, 1957 cited in Lubkin & Larsen, 2006) ความเจ็บป่วยจะสะสมทวีเพิ่มขึ้น หรือซ่อนอยู่ในตัวบุคคลมีผลกระทบต่อตัวบุคคล สิ่งแวดล้อม การดูแลตนเอง (Lubkin, 1995 อ้างถึงใน ภานา กิรติคุณวงศ์, 2544) ผู้ป่วยจะต้องมีความรับผิดชอบต่อการดูแลตนเอง (Cluff, 1981 cited in Lubkin & Larsen, 2006)

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ที่ชัดเจน เช่น อารมณ์เศร้า ความรู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง ไร้อารมณ์ มีความคิดต่อตนเองในด้านลบ มีการถดถอย และต้องการลงโทษตนเอง หลบหนี หลบซ่อน มีการเปลี่ยนแปลงที่เฉื่อยชาลง เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ขาดความสนใจเรื่องเพศ ซึ่งภาวะซึมเศร้ามีอาการแสดงออกโดยแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านปัญญา ด้านแรงจูงใจ และด้านร่างกาย (Beck, 1967. อ้างถึงใน รัตนา เดิมเกษมสานต์, 2549) สรุปได้ดังนี้

1. ด้านอารมณ์ (Emotion) บุคคลแสดงออกในลักษณะอารมณ์เศร้าสลด (Dejected Mood) มีความรู้สึกต่อตนเองในด้านลบ (Negative Feeling Toward Self) ความพึงพอใจในตนเองลดลง (Reduction in Gratification) สูญเสียความผูกพันทางอารมณ์ (Loss of Emotional Attachment) ร้องไห้ง่าย (Crying Spells) ปฏิกริยาตอบสนองต่อความร่าเริงลดลง (Loss of Mirth Response)

2. ด้านปัญญา (Cognition) บุคคลจะมีการประเมินเกี่ยวกับตนเองต่ำ มองสิ่งต่าง ๆ ในแง่ร้าย มีความคาดหวังเกี่ยวกับอนาคตในทางลบ รู้สึกสิ้นหวัง มีการตำหนิตนเอง รู้สึกว่าตนเองจะต้องถูกตำหนิและลงโทษ ขาดความมั่นใจในตนเอง ลำบากในการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ รับรู้ภาพลักษณ์ของตนเองไม่ตรงกับความเป็นจริง

3. ด้านแรงจูงใจ (Motivation) เมื่อบุคคลเริ่มมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น จะมีความคิดและการเคลื่อนไหว การพูดเชื่องช้า ความสนใจในสิ่งต่าง ๆ ลดลง ไม่กระตือรือร้นในชีวิต บุคคลจะรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงนี้แต่ไม่เข้าใจ และไม่สามารถจัดการได้จึงทำให้เกิดความกังวลใจมากเพราะไม่ทราบสาเหตุ และจะพยายามฝึกตัวเองในการกระทำต่าง ๆ แต่ก็ทำไม่ได้ ประกอบกับความจำและสมาธิลดลง มีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นสูง จึงทำให้บุคคลขาดแรงจูงใจที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ทำให้รู้สึกเหนื่อยง่าย ต้องการแยกตัวออกจากสังคม ทำให้มีความคิดอยากตายได้

4. ด้านร่างกาย (Physical symptoms) บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า มักจะมีความอยากรับประทานอาหารลดลง น้ำหนักลด หรืออาจรับประทานอาหารมากขึ้น มีน้ำหนักเพิ่ม นอนหลับยาก แบบแผนการนอนผิดปกติ ขาดความสนใจเรื่องเพศ มีความเชื่อว่าตนเองเจ็บป่วยทางกาย เนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีอาการทางกายร่วมด้วย อาการที่พบบ่อย เช่น ปวดท้อง ท้องอืด อาหารไม่ย่อย ปวดศีรษะ และเจ็บหน้าอก เป็นต้น

ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกริยาการตอบสนองของบุคคลในภาวะปกติ ซึ่งเป็นการแสดงออกของการเสียสมดุลทางอารมณ์ อาการจะประกอบด้วย อารมณ์ซึมเศร้า อารมณ์ หงุดหงิด รู้สึกหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ความคิดและการ

เคลื่อนไหวช้าลง หรือพุ่งผ่านกระวนกระวาย รู้สึกไร้ค่า ต่ำหนืดตนเองมากผิดปกติ สมาธิเสีย มีความคิดอยากตาย ซึ่งถ้ามีอาการดังกล่าวตลอดเวลา และอาการเป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป จนมีผลกระทบต่ออาชีพ การทำงาน หรือการเรียน ซึ่งเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ (ดวงใจ กสานติกุล, 2543)

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ได้ใช้กรอบแนวคิดของ Beck (Beck, 1967 อ้างถึงใน รัตนา เดิมเกษมสานต์, 2549) ซึ่งเป็นทฤษฎีพฤติกรรมนิยม-ปัญญานิยม Cognitive Behavior Theory Beck (Beck, 1967 อ้างถึงใน รัตนา เดิมเกษมสานต์, 2549) ได้อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้จาก ปัจจัย 2 ประการ คือ 1) เกิดจากการที่บุคคลได้เผชิญภาวะวิกฤตในชีวิต เช่นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยต้องเผชิญกับพยาธิสภาพของโรคการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากโรคและการรักษานับเป็น ภาวะวิกฤตในชีวิต และ 2) เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต มีการกล่าวถึงพื้นฐานของความสัมพันธ์ระหว่างความคิดที่เกิดจากการมีความเชื่อในด้านลบ 3 ลักษณะ ดังนี้ (Beck, 1967. อ้างถึงใน รัตนา เดิมเกษมสานต์, 2549)

1. รูปแบบความคิดทางลบต่อตนเอง (Negative View of Self) ผู้ที่มีความคิดซึมเศร้า มองตนเองว่าบกพร่อง ไม่มีคุณค่า ไม่เป็นที่ปรารถนา อันเนื่องจากข้อบกพร่องที่ตนเองคิดขึ้นเอง ซึ่งมีแนวโน้มจะไม่ยอมรับตนเอง เมื่อเกิดเหตุการณ์ต่าง ๆ ขึ้นจะโทษว่าทั้งหมดเกิดความผิดพลาด ของตนเอง ทำให้มีความสำนึกในคุณค่าของตนเองต่ำ และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2. รูปแบบความคิดทางลบต่อสิ่งแวดล้อม (Negative View of World) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จะแปลการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวในเชิงสูญเสีย มองเห็นชีวิตเต็มไปด้วยอุปสรรค หรือสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวดทำให้คุณค่าในตนเองลดลง มองโลกว่าเป็นสิ่งโหดร้าย และต้อง หลีกหนี

3. รูปแบบความคิดทางลบต่ออนาคต (Negative View of Future) ผู้มีภาวะซึมเศร้าจะ ทำนายว่าความทุกข์ยากปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด มองข้างหน้าก็มีแต่ความยากลำบาก เมื่อพบกับสถานการณ์ในปัจจุบันก็จะมองว่าอนาคตจะเป็นสิ่งที่มีปัญหา และมองว่าอนาคตไม่มี ความหวัง ทำให้มีลักษณะการแสดงออก คือ ต่ำหนืดและลงโทษตนเอง ประเมินตนเอง ไร้ประสิทธิภาพ ประเมินคุณค่า ตนเองต่ำ เกิดความเบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจและตั้งกระตุ้น สิ้นหวัง มีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่าง ๆ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นน้อยลง (Beck, 1967. อ้างถึงใน รัตนา เดิมเกษมสานต์, 2549)

ความคิดทางด้านลบทั้ง 3 ลักษณะนี้ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ เกิดขึ้นเองโดยไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งเป็นความคิดครั้งแรกและไม่ผ่านกระบวนการไตร่ตรอง เป็นผลจาก กระบวนการคิด การเรียนรู้จากประสบการณ์ ซึ่งไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ เมื่อเกิดภาวะ

วิกฤตในชีวิต ก็จะประมวลเรื่องราวในอดีต กระตุ้นให้บุคคลเกิดความคิดทางด้านลบต่อตนเอง นำสู่การบิดเบือนข้อมูลและนำไปสู่การจัดการที่ไม่เหมาะสม ซึ่งลักษณะความคิดแบบนี้ได้แก่ การสรุปเอาเองหรือการด่วนลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ การเลือกรับข้อมูลมุ่งประเด็นไปในรายละเอียดที่ไม่สำคัญหรือเพิกเฉยต่อสิ่งสำคัญของเหตุการณ์ การคิดและการแปลความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง การขยายภาพและการทำให้ลดลง เป็นลักษณะการสะท้อนให้เห็นถึงความคิดที่บิดเบือนในการประเมินค่าความสำคัญหรือขนาดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความคิดตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากระทบ ในลักษณะที่พิจารณาสถานการณ์เพียงด้านใดด้านหนึ่ง โน้มเอียงไปในทางลบมากกว่าทางบวก ความคิดเหล่านี้จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและจะทำให้รู้สึกไม่มีคุณค่าในตัวเอง (Beck, 1967. อ้างถึงใน รัตนา เต็มเกษมสานต์, 2549)

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเกิดได้จากหลายสาเหตุ ขึ้นอยู่กับแนวคิดที่ใช้พิจารณาถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีความแตกต่างกันหลายทฤษฎี มีรายละเอียดดังนี้

1. ทฤษฎีด้านชีวภาพ (Biological Theories of Depression)

ทฤษฎีทางด้านชีวภาพได้อธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้าดังต่อไปนี้

1.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetics Factor) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเป็นคู่แฝดจากไข่ใบเดียวกัน (Monozygotic Twins) คู่แฝดจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 76 ส่วนในคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ (Dizygotic Twins) มีโอกาสเป็นด้วยร้อยละ 19 บิดาหรือมารดาหรือทั้งบิดาและมารดาเป็นโรคซึมเศร้า ลูกจะมีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าได้ร้อยละ 32-67 ถ้าบิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า ลูกจะมีโอกาสเป็นด้วยในอัตราสูงกว่าเด็กทั่วไป 2 เท่าสำหรับญาติในอันดับหนึ่ง (First-Degree Generation) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีโอกาสป่วยด้วยโรคซึมเศร้าสูงกว่าคนทั่วไปประมาณ 1.5-3 เท่า (ดวงใจ กษานติกุล, 2544)

1.2 ปัจจัยด้านสารเคมีของระบบประสาท (Neurochemical Theories) อธิบายพยาธิสรีรวิทยาของระบบประสาทต่อมไร้ท่อที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าว่า เกี่ยวเนื่องมาจากความเครียด โดยความเครียดจะทำให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาการตอบสนองโดยกระตุ้นการทำงานของระบบ Hypothalamic-Pituitary-Adrenocortical Axis (HPA Axis) ทำให้หลั่งสาร Corticotrophin Releasing Factor (CRF) เพิ่มขึ้นทำให้สารคอร์ติซอล (Cortisol) สูงขึ้นในระบบไหลเวียน ซึ่งเป็นสารที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และยังไปขัดขวางการทำงานของอินซูลิน นำไปสู่การเกิดภาวะน้ำตาลและไขมันในเลือดสูงกว่าปกติ นอกจากนี้ความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานและเรื้อรัง จะทำให้สารสื่อประสาทนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrin) และซีโรโตนิน (Serotonin) มีจำนวนลดลงซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า (Kaplan, 1994. อ้างถึงใน จุฑารัตน์ บุญวัฒน์, 2552)

2. ทฤษฎีทางจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory)

อธิบายภาวะซึมเศร้าเกิดจากการสูญเสียเป็นสาเหตุที่สำคัญ อาจเป็นการสูญเสียในชีวิตจริงหรือเป็นการสูญเสียในมโนภาพ (Real or Fantasy) การสูญเสียมักทำให้ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองเสีย (Self Image) นอกจากนี้ยังเกิดได้จากการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตอย่างกะทันหัน หรือเชื่อว่าอาจมีการสูญเสียในอดีตที่ผ่านมาแต่ถูกเก็บกดความรู้สึกเอาไว้ จึงปรากฏอาการซึมเศร้าให้เห็นได้ในระยะต่อมา (ดวงใจ กสถานติกุล, 2544)

3. สาเหตุทางจิตสังคม (Psychosocial Cause)

ภาวะซึมเศร้าเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพก่อนเกิดโรค (Premorbid Personality Factor) ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้อีกอย่างหนึ่งได้แก่ ลักษณะบุคลิกภาพแบบย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive-Compulsive Personality Disorder) บุคลิกภาพผิดปกติชนิดพึ่งพิง (Dependent Personality Disorder) บุคลิกภาพผิดปกติชนิดแสดงท่าทางละคร (Histrionic) บุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่ง (Borderline) ส่วนบุคลิกภาพชนิดต่อต้านสังคม (Antisocial Personality Disorder) และบุคลิกภาพผิดปกติชนิดหวาดระแวง (Paranoid Personality Disorder) ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Kaplan & Sandock, 1995)

อาการของภาวะซึมเศร้า

สมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association, 1994) ได้กำหนดเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Major Depression) ซึ่งได้แก่อาการทางด้านอารมณ์ (Mood) ความสนใจ (Interest) ความอยากอาหาร (Appetite) การนอนหลับ (Sleep) การเคลื่อนไหว (Psychomotor) พลังงาน (Energy) ความรู้สึกผิด (Guilt) สมาธิ (Concentration) และความคิดฆ่าตัวตาย (Suicide) ลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้า สรุปได้ดังนี้

1. อารมณ์ มีอารมณ์ซึมเศร้า หดหู่ สิ้นหวังอยู่ตลอดเวลา หรือมีการร้องไห้ด้วย
2. ความสนใจ จะขาดหรือลดความสนใจจากกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยสนใจทำ เช่น การเข้าสังคม งานอดิเรก การสังสรรค์ ความสนใจหรือความต้องการทางเพศ
3. ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลงไป อยากอาหารลดลง เบื่ออาหาร น้ำหนักลดแต่บางรายจะมีอาการน้ำหนักเพิ่มได้ หรือมีน้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงไปมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวภายในระยะเวลา 1 เดือน
4. การนอนหลับ จะมีอาการนอนไม่หลับตอนกลางคืน โดยพบบ่อยว่าจะตื่นเช้ากว่าปกติ แต่ในบางรายจะพบว่านอนมากกว่าปกติและกลางวันก็นอนมากด้วย
5. การเคลื่อนไหว มีการเคลื่อนไหว เฉื่อย แต่ในบางรายจะพบอาการกระสับกระส่าย ผลุดลุกผลุดนั่ง หงุดหงิดง่าย

6. พลังงาน มักจะรู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่กระฉับกระเฉง เฉยชา ตลอดวัน
 ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง หรือใช้เวลาในการทำกิจกรรมประจำวันมากกว่าปกติถึงสองเท่า
7. ความรู้สึกผิด มักจะบ่นว่าตำหนิตนเอง คิดว่าตนเองไม่ดี เป็นภาระของผู้อื่นหรือไร้ค่า
 มีความผิดที่ไม่น่าให้อภัย และรำพึงถึงความผิดพลาดเพียงเล็กน้อยในอดีต
8. สมาธิ มีสมาธิเสีย พุดซ้ำ คิดซ้ำ ตอบซ้ำ การตัดสินใจบกพร่อง
9. ความคิดฆ่าตัวตาย มีความคิดบ่อย ๆ เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายหรือการตาย พยายามฆ่า
 ตัวตาย มีความรู้สึกที่ชีวิตไม่มีค่าพอที่จะอยู่ต่อ ต้องการที่จะตาย ซึ่งความคิดที่จะฆ่าตัวตายนี้อาจ
 เกิดขึ้นเพียง 1 - 2 นาที หรืออาจคิดย้อนกลับไปที่กลับมาประมาณ 1 - 2 ครั้งต่อสัปดาห์

จากอาการทั้งหมดที่กล่าวถึง ผู้ป่วยจะต้องมีอาการอย่างน้อย 5 อาการใน 9 อาการอย่าง
 ต่อเนื่อง ร่วมกับอารมณ์ซึมเศร้า และเบื่อหรือหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ อย่างน้อย 2 สัปดาห์
 จึงจะวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า สุดสบาย จุลกัทพพะ (2540, หน้า 1200 - 1202 อ้างถึงใน กนกศรี
 จาดเงิน, 2543) กล่าวว่า ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ามักจะมีอาการวิตกกังวล (Anxiety) อาการทาง
 กายต่าง ๆ (Somatic or Hypochondriacal Symptoms) ความจำไม่ดี (Difficulty with Memory)
 ปวดเรื้อรัง (Chronic Pain) ความจำเสื่อม (Dementia) ไม่รวมมือในการรักษา (Non - Compliance
 with Medication and Other Treatments) ไม่สนใจตนเอง (Self - Neglect) โดยผู้ป่วยในกลุ่มนี้ แม้จะ
 ไม่พูดถึงอารมณ์เศร้า แต่เมื่อถามถึงอาการต่าง ๆ ของภาวะซึมเศร้า เช่น นอนไม่หลับ ความสนใจ
 เสีย ฯลฯ จะพบว่ามีอาการเหล่านี้ร่วมด้วยเสมอ จะเห็นได้ว่าลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้าใน
 ผู้สูงอายุนั้น มักจะเริ่มปรากฏอาการทางกายก่อน เช่น เหนื่อยไม่มีแรง อ่อนเพลีย ทำกิจวัตร
 ประจำวันไม่ได้ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เป็นต้น ซึ่งอาการดังกล่าวนี้จะเป็นผลให้
 ผู้สูงอายุเกิดอาการทางจิตใจ เช่น การมองตนเองในทางลบ การไม่มีสมาธิ ความพอใจในชีวิตลดลง
 ตำหนิตนเอง ท้อแท้สิ้นหวัง มีอารมณ์เศร้า และถ้าผู้สูงอายุเป็นมาก ๆ อาจทำให้เกิดอาการเบื่อชีวิต
 บางรายอาจถึงขั้นคิดฆ่าตัวตายได้

การรักษาภาวะซึมเศร้า

การรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป้าหมายของการรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ คือ
 ลดอาการของภาวะซึมเศร้า ลดความเสี่ยงที่จะกลับมาเป็นมากขึ้น (Relapse) หรือกลับมาเป็นอีก
 (Recurrent) เพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมสุขภาพอนามัยและลดค่าใช้จ่ายในการดูแล
 รักษา Hippus (1974 cited in Fischbach, 1973) กล่าวว่าแผนการรักษาอารมณ์เศร้าเป็นแบบ
 “Multidimensional Therapy” โดยพิจารณาการให้การบำบัดรักษาทุก ๆ ด้านที่เรียกว่า Overall
 Treatment Programs มีหลักการรักษาอารมณ์เศร้าในปัจจุบัน คือ ชีวิตสังคม (Psycho-Bio -Social)
 ซึ่งแบ่งได้ดังนี้

1. การทำจิตบำบัด (Psychotherapy) มุ่งเน้นไปที่คุณค่าในตนเอง (Self - Esteem) ของผู้ป่วย ลักษณะการทำจิตบำบัดเป็นแบบการทำจิตบำบัดตามอาการ (Supportive Psychotherapy) โดยเห็นว่าภาวะอารมณ์เศร้านั้นเป็นความผิดปกติที่สามารถรักษาให้หายได้ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยอารมณ์เศร้าส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกสิ้นหวัง (Helplessness) หมดหวัง (Hopelessness) และรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า

ผู้ป่วยอารมณ์เศร้าที่รับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลควรได้รับการบำบัดรักษาทั้งการบำบัดแบบรายบุคคล (Individual Psychotherapy) และการบำบัดเป็นกลุ่ม (Group Psychotherapy) และอาชีพบำบัด (Occupational Therapy)

2. การรักษาทางสังคม (Social Therapy) ที่นิยมกันในปัจจุบัน ได้แก่ นันทนาการบำบัด (Recreational Therapy) เพื่อช่วยในเรื่องการฟื้นฟู (Rehabilitation) ในด้านการกลับสู่สังคม (Resocialization)

3. กายภาพบำบัด (Physical Therapy) ได้แก่ การออกกำลังกาย การบริหารร่างกาย การนวดร่างกาย

4. การรักษาอาการทางกาย (Somatic Treatment) แบ่งเป็น 2 ทางที่สำคัญ คือการรักษาทางยา (Drug Treatment) และการรักษาด้วยการกระตุ้นให้ชักด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy: ECT) การรักษาด้วยยาถือว่ามีผลสำคัญสูงสุด ได้แก่ ยาด้านอารมณ์เศร้า และยาอื่น ๆ แล้วแต่กรณี เช่น ยาด้านโรคจิต ยาคลายกังวล ยานอนหลับ และยาที่ใช้ในการรักษาโรคทางกาย จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าการรักษาอาการเศร้านั้นมีหลายวิธี แต่ละวิธีการใช้ขึ้นอยู่กับผู้สูงอายุแต่ละคน การรักษาทางด้านจิตใจนั้นมีความสำคัญ

การประเมินภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้ามีเครื่องมือที่ใช้วัด แบ่งออกเป็น วัดเชิงปริมาณ (Quantitative Measurement) และวัดเชิงคุณภาพ (Qualitative Measurement) และมีการจัดแบ่งตามบุคลิกลักษณะ (Classification of Personality) (Lehman, 1994) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่นิยมใช้กับผู้สูงอายุมีดังนี้

1. Beck Depression Inventory (BDI) เป็นแบบประเมินที่เน้นการประเมินด้านร่างกายและด้านจิตใจ โดยการใช้ในตอนแรกจะมีคนสัมภาษณ์แล้วให้ผู้สูงอายุตอบ หลังจากนั้นผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้กรอกคำตอบในกระดาษคำถามเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาความผิดพลาดในการรายงานจากผู้สูงอายุ ต่อมาจึงให้ผู้สูงอายุตอบเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ

2. Zung Self - Rating Depression Scale เน้นการประเมินความไม่สมดุลด้านอารมณ์ (Affect Disturbance) ความไม่สมดุลด้านร่างกาย (Physiological Disturbance) ด้านระบบประสาทที่ควบคุมการทำงานของร่างกาย (Psychomotor Disturbance) ด้านระบบประสาทที่ควบคุมการทำงานของร่างกาย (Physiological Disturbance) และด้านจิตใจ (Psychological Disturbance) เดิมเป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่นิยมนำไปใช้วัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ ในระยะหลังแบบประเมินนี้ไม่ค่อยได้รับความนิยมเนื่องจากไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร ข้อดีของแบบประเมินนี้สามารถวัดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และจิตใจที่มักแสดงให้เห็นได้ง่ายในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ

3. Zenssen Adjective Check List เป็นแบบประเมินที่มีความไวสูงต่อการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ซึ่งเกิดขึ้นในระยะสั้น ๆ และแต่ละข้อจะไม่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่มีอยู่ได้อย่างละเอียดพอ มีข้อดีคือง่ายต่อการพิจารณาตัวเลือกต่าง ๆ ในการตอบ มีจำนวนข้อคำถาม 28 ข้อ ในแต่ละข้อมีคำตอบเพียง 2 ข้อ ซึ่งเป็นคำคุณศัพท์เกี่ยวกับความรู้สึกต่าง ๆ โดยผู้ตอบเลือกคุณศัพท์มาเพียงข้อเดียวให้ตรงกับความรู้สึกของตนเองมากที่สุด

4. Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale (CES - D Scale) สร้างโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกัน ปรับปรุงจาก Beck, Raskin, Zung Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) และ Gardner (Weissman et al., 1977; Radloff, 1977 cited in Fishcher, & Corcoran, 1994 อ้างถึงใน ชูลีพร ศรีไชยวาน, 2542) ออกแบบมาเพื่อวัดอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในการสำรวจหาภาวะซึมเศร้าในชุมชนเป็นการวัดอาการซึมเศร้าในแง่ของกลุ่มอาการในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีข้อคำถาม 20 ข้อ ข้อจำกัดของแบบวัดนี้คือ ไม่สามารถแยกได้ว่า ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแบบเฉียบพลัน โดยที่ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นมาก่อน หรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตหรือเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น

5. แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยโดย TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) เป็นแบบวัดที่สร้างโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ นักจิตวิทยา ทั้งหมด 29 คน จาก 14 สถาบันทั่วประเทศไทย มาประชุมร่วมกันเป็นเวลา 1 ปี (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2537, หน้า 1 - 9) แบบวัดนี้ได้ใช้ต้นแบบของแบบทดสอบ Geriatric Depression Screening Scale - GDS ของ Yesavage (1983) และอรวรรณ สี่ทองเงิน (2533) คณะผู้วิจัยได้แปลเป็นภาษาไทยโดยมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.94 ลักษณะของแบบวัดความเศร้านี้เป็น การตอบประเมินความรู้สึกของตัวเองในช่วงระยะเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมาโดยการตอบข้อความ

ว่า “ใช่” “ไม่ใช่” ใน 30 ข้อคำถามและในการให้คะแนนจะเป็นระบบได้คะแนน 0 หรือ 1 คะแนนในแต่ละคำถาม ลักษณะของคำถามจะเป็นความรู้สึกรู้สึกเกี่ยวกับตนเองทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมโดยมีข้อความที่เกี่ยวกับความรู้สึกทางบวก 10 ข้อ ได้แก่ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 และ 30 ถ้าตอบ “ไม่ใช่” ในข้อความเหล่านี้จะได้คะแนนข้อละ 1 คะแนน ส่วนข้อที่เหลืออีก 20 ข้อ เป็นข้อความเกี่ยวกับตนเองทางด้านลบ ซึ่งถ้าตอบว่า “ใช่” จะได้คะแนนข้อละ 1 คะแนน

การกำหนดเกณฑ์ค่าคะแนนปกติของแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทยฉบับนี้ ได้ใช้คะแนนเฉลี่ยรวมเป็นหลัก โดยกำหนดค่าปกติให้มีคะแนนได้ไม่เกินกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยรวมกับค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังนั้นการที่จะนำแบบวัดภาวะซึมเศร้าฉบับนี้ (TGDS) ไปใช้จะต้องมีการกำหนดค่าคะแนน ดังนี้

ค่าคะแนนปกติในคนไทยสูงอายุ	เท่ากับ 0 - 12 คะแนน
ค่าคะแนนของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	เท่ากับ 13 - 18 คะแนน
ค่าคะแนนของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง	เท่ากับ 19 - 24 คะแนน
ค่าคะแนนของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง	เท่ากับ 25 - 30 คะแนน

คณะผู้วิจัยได้นำแบบวัดนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 – 70 ปี จำนวน 275 ราย ทั่วประเทศ จำแนกเป็นเพศชาย 121 ราย เพศหญิง 154 ราย ซึ่งผลของการรวบรวมและการวิเคราะห์พบว่าเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการทดสอบแบบวัดภาวะซึมเศร้านี้ คือ 10.09 นาที (ค่าช่วงเวลาอยู่ระหว่าง 5 - 15 นาที จากนั้นได้นำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยสูตร KR 20 พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุเพศหญิงเท่ากับ 0.94 และผู้สูงอายุเพศชายเท่ากับ 0.91 โดยมีค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ 0.93 จึงสรุปได้ว่าแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทยฉบับนี้ (TGDS) มีความเชื่อมั่น และเชื่อถือได้

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย TDGS (Thai Geriatric Depression Scale) เนื่องจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยฉบับนี้ (TGDS) เป็นแบบวัดที่มีความสะดวก เข้าใจง่าย ใช้เวลาในการทดสอบสั้น มีความเที่ยงสูง และเหมาะสมกับวัฒนธรรมประเพณีของคนไทยเป็นอย่างดี (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2537, หน้า 1 - 9)

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าต่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

โรคเบาหวานเป็น โรคเรื้อรัง ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายถือเป็นวิกฤติของชีวิต เนื่องจากผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานต้องเผชิญกับพยาธิสภาพของโรคที่คุกคามชีวิต ต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต บางรายต้องสูญเสียภาพลักษณ์จากการเกิดภาวะแทรกซ้อน ประการที่สอง การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการเป็นโรคเบาหวาน ผู้ป่วยจะมีการรับรู้ที่ไม่ถูกต้อง เช่น การมีทัศนคติทางด้านลบต่อโรคเบาหวาน เชื่อว่าการเป็นโรคเบาหวานทำให้ตนเอง

ต้องแยกจากสังคม เนื่องจากต้องปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ออกกำลังกายไม่ได้ เพราะน้ำตาลในกระแสเลือดอาจต่ำได้ การรับรู้เหล่านี้เป็นกระบวนการทางความคิด เกิดความคิดที่บิดเบือนไปตามความรู้สึกของตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ ทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมรอบตัวและอนาคต อาจรู้สึกสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง มีคุณค่าในตนเองต่ำและสิ้นหวัง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วย ดังนี้

1. ด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้าเป็นผลมาจากความเครียดที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วย การรักษาและการฟื้นฟู (Griffiths, 2002; Srihar & Madhu, 2003; Trigwell, 2001) ซึ่งจะมีผลทำให้เป็นปัจจัยขัดขวางการดูแลตนเอง เป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะแสดงอาการพฤติกรรมที่เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง (Griffiths, 2002; Trigwell, 2001) ความสนใจในตนเองและสิ่งแวดล้อมรอบข้างลดลง ความมั่นใจในตนเองลดลง (Ciechanowski, Katon, & Russo (2000) ส่งผลกระทบต่อการควบคุมดูแลตนเองและไม่สนใจตนเอง ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงมากขึ้น (Griffiths, 2002; Trigwell, 2001) จากการศึกษาของ Arroyo, Hu, Ryan, Kawachi, & Colditz (2004) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิง กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าจะส่งผลทำให้เกิดอาการของโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น เพราะผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำให้สารเคมีในสมองได้แก่นอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrin) โดปามีน (Dopamine) และอะดรีนาลิน (Adrenaline) เพิ่มมากขึ้น ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และภาวะซึมเศร้าจะส่งผลต่อการทำงานของ Hypothalamic - Pituitary Adrenal Axis ทำให้หลังสาร คอร์ติซอล (Cortisol) เพิ่มขึ้น ส่งผลให้การดึงเอาน้ำตาลในเลือดกลับไปใช้ได้น้อยลง ทำให้น้ำตาลในเลือดมากขึ้นก่อให้เกิดอาการของโรคเบาหวานได้ง่าย โดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 นอกจากนี้การศึกษาเรื่องความสำคัญของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเบาหวานและภาวะซึมเศร้าของ Goodnick, Lustman, & Jacobson (2004) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าจะควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ค่อยได้ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น เส้นเลือดสมองตีบตัน อัมพาต และโรคหัวใจได้ ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 15 – 30 ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า (Piette, Richardson, & Valenstein, 2004) เนื่องจากการหลั่งสาร Serotonin ลดลง ซึ่งไปตอบสนองต่ออินซูลิน โดยไปขัดขวางการทำงานของอินซูลิน ทำให้การดึงเอาน้ำตาลในเลือดกลับไปใช้ได้น้อยลงจึงทำให้น้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Lustman, Griffith, and Clouse (1988) ที่พบว่าร้อยละ 10 ของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าร่วมด้วยมักมีภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและจากการศึกษาของ Clouse, Lustman, Freedland, Griffiths, McGill, and Carney (2003)

เรื่องภาวะซึมเศร้า และโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้หญิงที่เป็นเบาหวาน พบว่า ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานถ้ามากกว่า 10 ปี และมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยยิ่งจะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะโรคหัวใจได้มากขึ้น

2. ด้านจิตใจ ภาวะซึมเศร้าทำให้บุคคลเกิดปัญหาความผิดปกติทางจิต ทำให้แสดงออกทางด้านอารมณ์ที่ไม่เป็นสุข อารมณ์เศร้า ความรู้สึกเศร้าเสียใจ เกิดร่วมกับความรู้สึกสิ้นหวังท้อแท้ ทำให้ขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม ความคิดช้า และเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง ซึ่งเป็นสภาวะอารมณ์ที่แสดงถึงความรู้สึกกระทบต่อการดำเนินชีวิต จนทำให้ไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ และรู้สึกว่าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมได้ จึงทำให้บุคคลรู้สึกหมดหนทางคิดว่าไม่มีทางที่ใครจะช่วยเหลือได้ ต่ำหนืดตนเองในความล้มเหลวและรู้สึกคับข้องใจต่อสิ่งรอบข้าง อารมณ์ที่ไม่เป็นสุข ความรู้สึกสิ้นหวังหากมีในระดับมากจะทำให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเองได้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2549; วีระ ชูรุจิพร, 2542; Sand, 2001) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและเบาหวาน หลากหลายการศึกษาพบว่า อาการของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน จะมีความคิดที่จะฆ่าตัวตายร่วมด้วย

3. ด้านครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ การที่ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยจะเป็นภาระต่อครอบครัว และสังคมรอบข้างมากขึ้น ทั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น (Egede, Zheng, & Simpson, 2002) โดยพบร้อยละ 86 ของกลุ่มตัวอย่างมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพสูงมาก (Ciechanowski, Katon, & Russo, 2000) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Polonsky, and Parkin (2001) เรื่องภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ร้อยละ 51 ถึง ร้อยละ 73 ของกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการของภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพสูงกว่าบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยแยกตัวเอง สนใจต่อบุคคลอื่นลดลง มองสิ่งต่าง ๆ ในแง่ลบ จึงเป็นผลให้ไม่ยอมรับการช่วยเหลือในการแก้ปัญหาต่าง ๆ จากบุคคลอื่น (เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์, 2544)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้อง ดังนี้

1. การเผชิญความเครียด

การเผชิญความเครียด (Coping) หมายถึง กระบวนการที่บุคคลพยายามทั้งการกระทำ (Behavior) และความรู้สึกนึกคิดของตนเอง (Cognitive) ในการจัดการกับความเครียด ซึ่งความพยายามนี้จะต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้อย่างเต็มที่ หรือเกินกว่าธรรมดา จาโลวิก

ได้พัฒนาแบบวัดการเผชิญความเครียด ภายใต้กรอบแนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) โดยแบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 ด้าน ซึ่งเป็นผลมาจากการวิเคราะห์องค์ประกอบของแบบวัด Jalowice (1988) ได้แก่ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive) ด้านการแสดงออกทางอารมณ์ (Emotive) และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด (Palliative)

1.1. ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา เป็นวิธีการที่มุ่งควบคุมปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดให้เป็นที่ไปในทางที่ดีขึ้น โดยพยายามปัญหาและคิดวิธีต่าง ๆ เพื่อควบคุมปัญหา มุ่งที่จะแก้ปัญหานั้นเองหรือปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม เช่น ตั้งเป้าหมายที่จะแก้ปัญหานั้น แสวงหาข้อมูล รายละเอียดที่จะแก้ปัญหานั้น จัดการกับปัญหาเป็นขั้นตอน การขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น การมีกิจกรรมเพื่อเตรียมพร้อมแก้ปัญหานั้น เป็นต้น

1.2. การแสดงออกทางอารมณ์ เป็นวิธีการที่มุ่งแก้ไขหรือควบคุมความรู้สึกที่เป็นทุกข์หรือความรู้สึกไม่สบายใจต่าง ๆ โดยแสดงออกถึงความรู้สึกหรือการระบายอารมณ์ เช่น ระบายอารมณ์เครียดไปสู่ผู้อื่น มีอารมณ์โกรธ โทษหรือตำหนิผู้อื่น คิดเพื่อผ่อนคลาย มีพฤติกรรม การบริโภคอาหารเปลี่ยนไป สูบบุหรี่ เป็นต้น

1.3. การบรรเทาความรู้สึกเครียด เป็นวิธีการที่ใช้ในการควบคุมเหตุการณ์หรือแก้ปัญหานานๆ เพื่อให้ความเครียดที่เกิดขึ้นน้อยลง ด้วยการพยายามเปลี่ยนการรับรู้ปัญหา เช่น นอนหลับ ปล่อยใจตนเอง คิดว่าเป็นเคราะห์กรรม หวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น ขอมรับสถานการณ์ สวดมนต์อ่อนน้อม ปล่อยให้ผู้อื่นเข้ามาแก้ไขให้ เป็นต้น

ในการศึกษานี้ ได้ใช้แบบวัดการเผชิญความเครียด ซึ่งแบ่งการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการแสดงออกทางอารมณ์ และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด มาใช้ในการประเมินการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี

การศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศแคนาดา จำนวน 97 ราย ประกอบด้วยโรคเบาหวาน 36 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้การเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้านผสมผสานกัน โดยใช้การเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด (Arklie, 1989 อ้างถึงใน สุภาพ อารีเอื้อ, 2540) เบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ที่ผู้ป่วยต้องเข้าออกโรงพยาบาลอยู่ตลอดเวลา และต้องรับการรักษาตลอดชีวิต ต้องปรับพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จึงส่งผลต่อสภาพจิตใจ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) ทำให้รู้สึกกังวลใจ เกิดความไม่แน่นอนในชีวิต และเมื่อเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล นับเป็นภาวะวิกฤตอย่างหนึ่งของผู้ป่วยสูงอายุ (Creditor, 1993; Payne, 1994; Stanley & Bearer, 1995) ผู้สูงอายุต้องพบกับสภาพแวดล้อมใหม่ เปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ป่วย รวมทั้งต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้แก่ สภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลที่ไม่คุ้นเคย การพบผู้คนแปลกหน้า

การต้องเผชิญกับความเจ็บปวด ความไม่สบายเผชิญกับวิธีการตรวจรักษาพยาบาลต่าง ๆ ความไม่แน่ใจในการรักษาและการพยาบาลที่จะได้รับ ทั้งหมดที่กล่าวมาส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกเครียดมากขึ้นทำให้แยกตนเองออกจากสังคม รู้สึกเป็นภาระแก่ผู้อื่น ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง มีความรู้สึกในคุณค่าของตนเองลดลง ท้อแท้และสิ้นหวังกับการรักษา จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลต้องเผชิญกับปัญหา หรือมีความเครียดจากสถานการณ์วิกฤติในชีวิต ไม่สามารถควบคุมหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้นได้ (Beck, 1967. อ้างถึงใน รัตนา เดิมเกษม ศานต์, 2549) ซึ่งสอดคล้องกับ Miller (2007) ที่กล่าวว่าเป็นผลมาจากการที่บุคคลสูญเสียสุขภาพที่ดีของตนเอง ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังจึงมีพฤติกรรมแยกตนเองออกจากสังคม รู้สึกว่าตนเองไร้ที่พึ่ง และสูญเสียความมีคุณค่าในตนเองในที่สุด ถ้าผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับความเครียดได้ก็จะสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ก็จะทำให้เกิดความสมดุลทางด้านอารมณ์ สามารถกำจัดภาวะซึมเศร้าได้ แต่ในทางกลับกันถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมจะทำให้มีความคิดในด้านลบต่อตนเอง รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง (ช่อลัดดา พันธุเสนา, 2536) ดังนั้นปัจจัยด้านการเผชิญความเครียดในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จึงน่าจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

2. การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่น ๆ ในสังคม ได้แก่ สามี ภรรยา บิดามารดา บุตร และผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านหรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุข (เสฐียรพงษ์ ศิวินา, 2546)

ในการศึกษาค้นคว้าได้นำแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) มาใช้ในการวัดการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นการให้และได้รับความรัก ความผูกพัน รวมถึงการได้รับการดูแลเอาใจใส่ ไว้วางใจซึ่งกันและกัน

House (1985, cited in Tilden, & Weinert, 1987) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

2.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการสนับสนุนที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าได้รับความรัก ความไว้วางใจ การเอาใจใส่ ยกย่องเห็นคุณค่าและมีความผูกพัน

2.2 การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal Support) เป็นการเห็นพ้อง การรับรองการให้ข้อมูลป้อนกลับ เพื่อนำไปใช้ประเมินตนเอง หรือเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน หรือสังคมเดียวกัน

2.3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และการให้ข้อมูลข่าวสารที่จะช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจ สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้

2.4 การสนับสนุนด้านวัสดุ สิ่งของ การเงิน และแรงงาน (Instrumental Support) เป็นพฤติกรรมการให้การช่วยเหลือโดยตรงกับบุคคล

จากการศึกษาของ รุจิรา พูลเพิ่มทรัพย์ (2537) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 100 คน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวม ($r = .46, p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับ อำภาพร พัววิไล และวิมลรัตน์ บุญเสถียร (2544) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานสตรี นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางครอบครัวพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีคู่สมรสอยู่ด้วยกัน จะสามารถดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่ไม่มีคู่สมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เดือนใจ เสือดี และสุวรรณี สมประสิทธิ์, 2545, หน้า 11 - 28) และการศึกษารูปแบบการทางการแพทย์ที่ส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจำนวน 30 คน เป็นเวลา 4 เดือน ประกอบด้วย ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ 8 วิธี โดยหลังการเข้าร่วมโครงการครบ 4 เดือน ระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงขึ้น ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะลดลง และผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการบริการที่ได้รับ (สมจิต หนูเจริญกุล, ภาวนา กิรติยวงศ์, สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, วิรัตน์ โปคะรัตน์ และอนงค์ สุขยิ่ง, 2540, หน้า 115 - 135) การสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับความความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานและเมื่อผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองดี จะทำให้มีกำลังใจ ไม่ท้อแท้ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จึงน่าจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

3. ทักษะเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ทักษะนี้ หมายถึง กระบวนการทางความคิดของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ (เสฐียรพงษ์ ศิวินา, 2546) ทักษะนี้เป็นการรับรู้ และความรู้สึกเชิงประมาณค่าที่เป็นได้ทั้งด้านบวกและด้านลบ ทำให้บุคคลพร้อมที่จะแสดงออกตอบโต้ต่อสิ่งต่าง ๆ ทักษะนี้เป็นนามธรรมและเป็นตัวการสำคัญอันหนึ่งที่เป็นเครื่องมือกำหนดพฤติกรรมของบุคคล (นงนุช โอบะ และคณะ, 2545) แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ดังนี้

3.1. องค์ประกอบด้านพุทธิปัญญา (Cognitive Component) ได้แก่ ความคิด ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่มนุษย์ใช้คิด ความคิดนี้อาจจะซ่อนอยู่ในรูปใดรูปหนึ่งแตกต่างกัน

3.2. องค์ประกอบด้านท่าทีความรู้สึก (Affective Component) เป็นส่วนประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึก ซึ่งเป็นตัวเร้า “ความคิด” อีกต่อหนึ่ง

3.3. องค์ประกอบทางการปฏิบัติ (Behavioral Component) องค์ประกอบนี้เป็น

องค์ประกอบที่มีแนวโน้มในการปฏิบัติ หรือถ้ามีสิ่งเร้าที่เหมาะสม จะเกิดการปฏิบัติหรือมีปฏิกิริยาอย่างใดอย่างหนึ่ง (ศิริพร ปาระมะ, 2545)

การเจ็บป่วยที่ยาวนานส่งผลให้อัตมโนทัศน์ของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปในทางลบ เช่น ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นไป ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง Beck (Beck, 1967. อ้างถึงในรัตนา เต็มเกษมสานต์, 2549) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากบุคคลเกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง ต่อโลก ต่ออนาคต ซึ่งสอดคล้องกับ Miller (2007) ที่ได้อธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วย ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theories) ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ เกิดจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ประกอบกับประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาในด้านลบ มีความคิดที่ยึดมั่นกับ เหตุการณ์ดังกล่าวจึงแปลเหตุการณ์ปกติเป็นเหตุการณ์ที่เลวร้าย สำหรับการวิจัยในกลุ่มผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 1 จำนวน 28 คน พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 21.4 ระบุว่า การเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 มีผลกระทบต่อคุณค่าและภาพลักษณ์ของตนเอง และในผู้ป่วย 3 ราย ระบุว่าคุณค่าของตนเองลดลง รู้สึกว่าไม่เป็นที่ต้องการของครอบครัว (ภาวนา กิรติคุณวงศ์, 2546) ซึ่งสอดคล้องกับ พิไลลักษณ์ ทองอุไร (2542) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยเรื้อรัง มักเกิดความไม่มั่นใจในตนเอง และการรับรู้เกี่ยวกับ ประสบการณ์ที่ผ่านมาที่ว่าเบาหวานเป็นแล้วรักษาไม่หาย ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย อาหารที่เคยชอบรับประทานก็รับประทานไม่ได้เหมือนเคย ซึ่งส่งผลต่อการปรับตัว คุณค่าในตนเอง ลดลงความสนใจในสิ่งรอบข้างน้อยลง จึงทำให้แยกตัวและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ดังนั้นปัจจัย ด้านทัศนคติเกี่ยวกับ โรคเบาหวาน ในกลุ่มผู้สูงอายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 จึงน่าจะเป็นปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

4. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ซึ่งได้แก่ ความหมาย สาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษาและการปฏิบัติตนของผู้ป่วย โรคเบาหวาน (เสฐียรพงษ์ ศิวินา, 2546)

โรคเบาหวานจัดเป็นโรคเรื้อรังที่มีลักษณะเฉพาะในการดำเนินของโรค มีระยะที่โรคสงบและระยะที่โรคกำเริบ ในระยะที่โรคสงบ ผู้ป่วยอาจไม่แสดงอาการผิดปกติอะไร แต่ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ ด้วยพยาธิสภาพของโรคที่ซับซ้อนและทำความเข้าใจยากสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งการจัดการกับเรื่องที่จะต้องดูแลตนเองยากต่อการปฏิบัติให้สอดคล้องกับ ชีวิตประจำวัน (ภาวนา กิรติคุณวงศ์, 2546) ส่งผลให้เกิดความเครียด โดยความเครียดจะทำให้ร่างกาย เกิดปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเครียด โดยกระตุ้นการทำงานของระบบ Hypothalamic-Pituitary-Adrenocortical Axis (HPA Axis) ทำให้หลั่งสาร Corticotrophin Releasing Factor (CRF) เพิ่มขึ้นทำให้สารคอร์ติซอลสูงขึ้นในระบบไหลเวียน ซึ่งเป็นสารที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และยังไป

ขีดขวางการทำงานของอินซูลิน นำไปสู่การเกิดภาวะน้ำตาลและไขมันในเลือดสูงกว่าปกติ (Kaplan, 1994 อ้างถึงใน จุฑารัตน์ บุญวัฒน์, 2552)จากการศึกษาของ สิริลักษณ์ สุทธิรัตนกุล (2549) กล่าวว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานจะสามารถเผชิญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ สำเร็จนั้น ผู้สูงอายุจะต้องเกิดความสามารถในการจัดการตนเอง ด้วยการเรียนรู้ในเรื่องของสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวาน ผลกระทบของการเกิดโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการตรวจตามนัด เมื่อผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ก็จะสามารถเผชิญกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่จะเปลี่ยนแปลงไปได้เกิดความรู้สึกมั่นใจ ภูมิใจและมีคุณค่าในตนเอง ดังนั้นปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จึงน่าจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

5. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย หมายถึง การแสดงออกในด้านความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพทางกาย จิตใจ และสังคม ความไม่สุขสบายจากอาการเจ็บป่วยและผลกระทบจากความเจ็บป่วยด้วยโรคที่เป็นอยู่ในขณะนั้นว่าอยู่ในระดับใด (บุษรา ราชรักษ์, 2549)

ความเจ็บป่วยเป็นสภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ ส่งผลให้เกิดความเครียดวิตกกังวล ซึมเศร้า ตามมา การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและการเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทั้งด้านร่างกาย และจิตใจซึ่งปฏิกิริยาดังกล่าวมีอิทธิพลในทางลบต่อพยาธิสภาพของโรค หรือความเจ็บป่วย ทำให้โรคหรือความเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นเป็นผลเสียแก่ผู้ป่วยมากขึ้น (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) การเปลี่ยนแปลงหน้าที่ปกติได้ 3 ทาง ดังนี้

5.1. การเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อมภายใน ซึ่งสามารถตรวจสอบได้โดยการวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ

5.2. มีการเปลี่ยนแปลงลักษณะรูปร่างของอวัยวะเสื่อม ชำรุด เปลี่ยนไปจากลักษณะปกติเช่น บวมโต หรือเหี่ยว ฝ่อลง

5.3. มีการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึก อารมณ์หรือพฤติกรรม เช่น ความเจ็บปวด ซึมลง กระตุก กระสับกระส่าย หงุดหงิด

จากการศึกษาของ บุษรา ราชรักษ์ (2549) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้ามากที่สุด คือการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ดังนั้นปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จึงน่าจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

6. ระยะเวลาของการเจ็บป่วย

ระยะเวลาของการเจ็บป่วย เป็นประสบการณ์ในการเจ็บป่วยของบุคคลนั้นมีความแตกต่างกัน โดยขึ้นอยู่กับระยะของความเจ็บป่วย แบ่งได้เป็น 5 ระยะ (รุจิรา ภูโพนุลย์, 2541) ดังนี้

6.1. ระยะเริ่มต้น เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นแต่อาจยังไม่เป็นที่สังเกต โดยระยะบุคคลยังไม่ตระหนักถึงความเจ็บป่วย อาจไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และบุคคลมักจะแสวงหาวิธีช่วยเหลือบำบัดตนเอง

6.2. ระยะยอมรับว่ามีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นเห็นได้ชัดเจน โดยบุคคลเริ่มตระหนักถึงความเจ็บป่วย ในระยะนี้บุคคลจะเริ่มแสวงหาการรักษาในขอบเขตที่กว้างขึ้น เช่น การปรึกษาผู้ใกล้ชิด ต้องการขวัญและกำลังใจ

6.3. ระยะแสวงหาการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญ บุคคลเริ่มค้นหาแหล่งช่วยเหลือที่สำคัญ เช่น พบและปรึกษาแพทย์

6.4. ระยะยอมรับว่าต้องพึ่งพาผู้อื่น เมื่อบุคคลรับรู้ความเจ็บป่วยมาพบและปรึกษาแพทย์ ยอมรับการรักษาในโรงพยาบาล ตลอดจนปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

6.5. ระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วย บุคคลยอมรับการรักษาได้ปฏิบัติตามคำแนะนำก็อาจกลับคืนสู่สภาพปกติ หรือใกล้เคียงกับภาวะปกติ หรือความเจ็บป่วยอาจจะรุนแรงมากจนบุคคลอาจมีความพิการหรือข้อจำกัดอันเป็นผลมาจากความเจ็บป่วยนั้น ๆ

การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นเวลานานมักทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดเบื้องต้น ท้อแท้สิ้นหวัง ทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เป็นภาระแก่บุคคลอื่น เมื่อความรู้สึกนี้เกิดขึ้นเป็นเวลานานจะนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ (Beck, 1967) นอกจากนี้การเกิดความเครียดซึ่งเป็นผลมาจากความเจ็บป่วยที่ต้องใช้ระยะเวลายาวนานในการรักษา ส่งผลทำให้ไม่สามารถควบคุมการทำงานของอินซูลินได้ ทำให้ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงได้ และยังส่งผลให้สารสื่อประสาทนอร์อิพิเนพริน และซีโรโตนินลดลง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Kaplan, 1994 อ้างถึงใน จุฑารัตน์ บุญวัฒน์, 2552) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Garduno, Tellez and Hernandez (1998) เรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยมากกว่า 15 ปีขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 46 ดังนั้นปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จึงน่าจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

7. ภาวะโรคร่วม

ภาวะโรคร่วม คือ การที่ผู้ป่วยมีโรคมกกว่าหนึ่งโรคในช่วงชีวิตทั้งหมด (Lifetime) หรือในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง (พิเชฐ อุคมรัตน์, 2548)

จากการศึกษาในต่างประเทศที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะซึมเศร้าสูงเป็น 2 - 3 เท่าของกลุ่มประชากรปกติ สำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปจะมีการเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างน้อย 2 หรือ 3 โรค (Birren, Sloane, & Cohen, 1992) สอดคล้องกับ O'Brien (1975) ที่กล่าวว่า 4 ใน 5 คนของผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปจะมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค หรือมากกว่า และผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป จะมีโรคเรื้อรังประจำตัวอย่างน้อย 3 โรค ในขณะที่ Mion, Frenley and Adam (1986) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 64 - 69 ปีจะพบโรคเรื้อรัง 4 โรค ส่วนผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปจะพบประมาณ 5 โรคและเป็นการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

สำหรับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีโรคทางกายอื่น ๆ ร่วมด้วยยังทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น โดยเฉพาะการเกิดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นร่วมกับโรคเบาหวาน (Eaton, 2002) และโรคเรื้อรังอื่น ที่มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่พบได้บ่อย เช่น พาร์กินสัน สมองเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจวาย รูมาตอย มะเร็ง วัณโรค เบาหวาน โรคตับ ไทรอยด์ ภาวะไม่สมดุลของกรด - ด่าง เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ปอดอักเสบ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (Miller, 2007) การมีโรคร่วมหลาย ๆ โรค ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย เกิดความลำบาก ยุ่งยากในการดูแลสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า (Anderson, 2001) ดังนั้นปัจจัยด้านภาวะโรคร่วมในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จึงน่าจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

8. ยาที่ได้รับ

ผู้สูงอายุมักมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายทางเสื่อมถอยลงตามกระบวนการสูงอายุ จึงทำให้ผู้สูงอายุมักจะมีความเจ็บป่วยด้านร่างกายที่เกิดขึ้นได้บ่อยเสมอ ซึ่งผู้สูงอายุโดยทั่วไปมักมีโรคประจำตัวเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค (Ruegg, Zisook, & Swerdlow, 1988) จึงทำให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับยาเป็นประจำ และด้วยความสูงวัย จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยของอวัยวะที่สำคัญและเกี่ยวเนื่องกับการใช้ยาอีกประการหนึ่งที่มักพบ คือ ผู้สูงอายุมักได้รับยาร่วมกันหลายชนิด เนื่องจากอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมักเกี่ยวข้องกับข้อกับอวัยวะสำคัญหลายระบบ

การศึกษาของ Alessi and Cassel (1996) กล่าวว่าปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาโรคในผู้สูงอายุ นอกจากการมีระดับที่ทำให้เกิดพิษและที่มีอาการผิดปกติเมื่อมีการหยุดใช้ยาแล้ว ยังเป็นสาเหตุของอาการทางจิตอีกด้วย ซึ่งความผิดปกติทางจิตเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาที่พบบ่อย อาการทางจิตที่มักเกิดขึ้นได้แก่ การเพ้อคลั่ง ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล หนาว เป็นต้น (Marsh,

1997) โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าที่มักพบบ่อยในผู้สูงอายุซึ่งยาที่ใช้ในการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้แก่ ยาลดความดันโลหิต ยาในกลุ่มนี้ คือ Reserpine, Methylopa, Propanolol, Quanehtine และ Clonidine ยานอนหลับ จัดเป็นยาที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากที่สุด คือ Benzodiazepine ยาต้านอาการพาร์กินสัน (Parkinson) คือ Levodopa และ Carbidopa ฮอรัโมน คือ Estrogen และ Progesterone ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทาน ยารักษาโรคมะเร็ง คือ Vineristine และ Vinblastine ยารักษาโรคจิต คือ Phenothiazine, Enanthate/ Deconoate, Haloperidol และ Fluphenazine ยากระตุ้นและยาลดความอ้วน คือ Amphetamine, Feetluramine และ Phemetrazine ยาต้านการอักเสบและยาแก้ปวด คือ Phynylbutazone, Phennaetin และ Indomethacin ยารักษาหัวใจ คือ Digitalis, Metoprolol, Procainamide, Atenolol และ Ildoeaine ยาขับปัสสาวะ คือ Thiazide ยารักษาโรคลมชัก คือ Cabamazepine ยาฆ่าจุลชีพ คือ Sulfonamides, Isoniazid, Ampicillin, Elyeloserine, Dapsone, Metronidazole, Streptomycin, Penicillin ยาอื่น ๆ Cimetidine (Kurlowicz, 1997) ดังนั้นปัจจัยด้านยาที่ได้รับในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จึงน่าจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาภาวะซิมเสร์ราและปัจจัยทำนายภาวะซิมเสร์ราในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี ระหว่างเดือนกันยายน ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2551

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี ที่สุ่มจากประชากรในระหว่างเดือนกันยายน ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2551

โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. อายุ 60 ปีขึ้นไป
2. สามารถได้ยินเสียงและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ
3. เป็นผู้ที่ได้รับทดสอบระดับความรู้คิดและสติปัญญาโดยประเมินจากแบบทดสอบสุขภาพจิตจุฬา (CMT) และได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 15 ขึ้นไป
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา
5. ต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ณ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี โดยแพทย์วินิจฉัยว่าเป็น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือ เป็นภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะเลือดเป็นกรดจากน้ำตาลในเลือดสูงและ DM foot)
6. กรณีที่มีโรคอื่นเกิดร่วมกับ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ จะต้องเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรังกล้ามเนื้อหัวใจตาย และโรคหัวใจวาย เท่านั้น และจำนวน โรคร่วมดังกล่าวต้องอยู่ในระยะสงบไม่กำเริบ

7. ไม่มีประวัติการดื่มสุราเป็นประจำและไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง

8. ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าและได้รับการรักษาโรคซึมเศร้า

9. ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดโดยใช้ตารางประมาณค่าอำนาจทดสอบ (Power Analysis) กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power) ที่ .80 และขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร (Effect Size) ที่ .20 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 197 ราย (Polit & Hungler, 1999) และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้เป็น 217 ราย จากการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยแบบขั้นตอนพบว่า มีการกระจายของข้อมูลไม่เป็นแบบปกติ ผู้วิจัยจึงตรวจสอบข้อมูลและเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 250 ราย ข้อมูลจึงมีการกระจายแบบปกติทุกตัวแปร

การสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย โดยพิจารณาตามคุณสมบัติที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1.1 แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์ (2542) ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยนำแบบประเมินทำการทดสอบในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 212 คน เพื่อคำนวณความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แคปปา (Kappa Coefficient) ได้เท่ากับ 0.65 และ 0.81 ลักษณะการวัดเป็นการประเมินสภาพจิตของผู้สูงอายุ เพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ผิดปกติ ประกอบด้วย 13 รายการ คะแนนต่ำสุด คือ 0 และคะแนนสูงสุดคือ 19

คะแนน 0 - 4 หมายถึง มีความบกพร่องทางการรับรู้รุนแรง

คะแนน 5 - 9 หมายถึง มีความบกพร่องทางการรับรู้ปานกลาง

คะแนน 10 - 14 หมายถึง มีความบกพร่องทางการรับรู้เล็กน้อย

คะแนน 15 - 19 หมายถึง ไม่มีมีความบกพร่องทางการรับรู้ หรือ มีการรับรู้ที่ปกติ

1.2 แบบสัมภาษณ์ ประวัติการดื่มสุราเป็นประจำ ประวัติการได้รับการรักษาโรคพิษสุราเรื้อรัง ประวัติการรักษาโรคซึมเศร้า ประวัติบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 7 ส่วน ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการเผชิญความเครียด แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ เป็นคำถามแบบปลายเปิดและให้เลือกตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ภาวะโรคร่วม ยาที่ได้รับ

2.2. แบบวัดการเผชิญความเครียด ผู้วิจัยใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดของหัทธรัตน์ บำเพ็ญแพทย (2544) แปลจากแบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวิค (Jalowiec Coping Scale: JCS) ฉบับปรับปรุงปี ค.ศ. 1988 ตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมทางภาษาไทยจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่ได้ใช้ ใช้นาน ๆ ครั้ง ใช้เป็นบางครั้ง ใช้น้อย ๆ และใช้ทุกครั้ง พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความหมายของการใช้นาน ๆ ครั้ง และใช้เป็นบางครั้งใช้เดียวกัน จึงได้ปรับลักษณะคำตอบให้มีเพียง 4 ระดับ คือ ไม่ได้ใช้ = 1 คะแนน ใช้นาน ๆ ครั้ง = 2 คะแนน ใช้น้อย ๆ = 3 คะแนน และใช้ทุกครั้ง = 4 คะแนน นอกจากนั้นในการนำแบบวัดไปทดลองใช้ ได้เพิ่มข้อคำถามอีก 4 ข้อ เป็น 40 ข้อ เมื่อนำแบบวัดไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง และวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Coefficient alpha) ของครอนบาค (Cronbach, 1990) ได้ค่าความเที่ยงโดยรวม ($\alpha = .92$)

โดยให้คะแนนดังนี้

- | | |
|---------|------------------------|
| คะแนน 1 | หมายถึง ไม่ได้ใช้ |
| คะแนน 2 | หมายถึง ใช้นานบางครั้ง |
| คะแนน 3 | หมายถึง ใช้น้อย ๆ |
| คะแนน 4 | หมายถึง ใช้ทุกครั้ง |

เกณฑ์ในการแปลผลคะแนนแต่ละด้านมีดังนี้

1. ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา

คะแนน การแปลผล

13 - 25 ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาน้อย

26 - 38	ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาปานกลาง
39 - 52	ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามาก
2. ด้านการแสดงออกทางอารมณ์	
คะแนน	การแปลผล
13 - 25	ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการแสดงออกทางอารมณ์น้อย
26 - 38	ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการแสดงออกทางอารมณ์ปานกลาง
39 - 52	ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการแสดงออกทางอารมณ์มาก
3. ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด	
คะแนน	การแปลผล
14 - 27	ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดน้อย
28 - 41	ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดปานกลาง
42 - 56	ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดมาก

2.3. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสร้างโดย เสฐียรพงษ์ ศิวินา (2546) มาใช้ ซึ่งมีลักษณะแบบสอบถามเป็นประโยชน์ข้อความประกอบ มาตราส่วนประมาณค่า ซึ่งมีทั้งหมด 3 ระดับ คือ เป็นจริงมาก เป็นจริงปานกลางและไม่เป็นจริงเลย โดยใช้ข้อความในแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อความด้านบวกและข้อความด้านลบ จำนวน 25 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวกให้คะแนน ดังนี้

เป็นจริงมาก	ให้	2	คะแนน
เป็นจริงปานกลาง	ให้	1	คะแนน
ไม่เป็นจริง	ให้	0	คะแนน

ข้อความที่มีความหมายทางลบให้คะแนน ดังนี้

เป็นจริงมาก	ให้	0	คะแนน
เป็นจริงปานกลาง	ให้	1	คะแนน
ไม่เป็นจริง	ให้	2	คะแนน

คะแนนสูง แสดงถึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก คะแนนต่ำ แสดงถึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย โดยใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมเป็นเกณฑ์ ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538)

ค่าเฉลี่ย 0.00 - 0.66 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

ค่าเฉลี่ย 0.67 - 1.33 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.34 - 2.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง

2.4. แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยนำแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ซึ่งสร้างโดยเสฐียรพงษ์ ศิวินา (2546) มาใช้ ซึ่งมีลักษณะแบบสอบถามเป็นประโยคข้อความ ประกอบมาตราส่วนประมาณค่า ซึ่งมีทั้งหมด 3 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างมาก เห็นด้วยปานกลาง และไม่เห็นด้วย โดยใช้ข้อความในแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อความด้านบวกและข้อความด้านลบจำนวน 20 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวกให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยอย่างมาก	ให้	2	คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้	1	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	0	คะแนน

ข้อความที่มีความหมายทางลบให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยอย่างมาก	ให้	0	คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้	1	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	2	คะแนน

การประเมินทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานใช้เกณฑ์ ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538)

ค่าเฉลี่ย 0.00 - 0.66 หมายถึง ทัศนคติระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ย 0.67 - 1.33 หมายถึง ทัศนคติระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.34 - 2.00 หมายถึง ทัศนคติระดับสูง

2.5. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ซึ่งสร้างโดยเสฐียรพงษ์ ศิวินา (2546) มาใช้ลักษณะแบบทดสอบเป็นข้อคำถาม จำนวน 26 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นการตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่

เกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (จันทิมา โดษะนันท์, 2544)

คะแนนร้อยละ 0 - 49 หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ

คะแนนร้อยละ 50 - 74 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนร้อยละ 75 ขึ้นไป หมายถึง มีความรู้ระดับดี

แบบวัดของ เสฐียรพงษ์ ศิวินา ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อ โดยนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาคุณภาพเครื่องมือ โดยวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Coefficient Alpha) ของครอนบาค (Cronbach, 1990) โดย แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81 แบบวัดทัศนคติ

เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .71 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .95

2.6 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ผู้วิจัยนำแบบสอบถามรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ซึ่งสร้างโดยบุษรา ราชรักษ์ (2549) มาประเมินความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย จำนวน 1 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย

2.7 แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) เป็นแบบวัดที่กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทยได้ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ และนักจิตวิทยา จาก 14 สถาบันทั่วประเทศไทยสร้างขึ้น โดยใช้ต้นแบบจากแบบวัดความเศร้าของผู้สูงอายุของเยซาเวจ ลักษณะของแบบวัดความเศร้ามี 30 ข้อคำถามให้ตอบข้อความว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” สำหรับการให้คะแนนจะเป็นระบบ 0 หรือ 1 คะแนนในแต่ละข้อคำถาม ลักษณะข้อคำถามจะเป็นความรู้สึกด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยมีข้อความที่เป็นความรู้สึกทางด้านบวก 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 79, 15, 19, 21 - 27, 29 และ 30 ถ้าตอบไม่ใช่ในข้อคำถามเหล่านี้จะได้ข้อละ 1 คะแนน ส่วนที่เหลืออีก 20 ข้อซึ่งเป็นความรู้สึกทางด้านลบ ถ้าตอบ “ใช่” จะได้ข้อละ 1 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยสูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน ได้มีค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ 0.93 (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2537, หน้า 1 - 9)

เกณฑ์การให้คะแนน คะแนนรวมของแบบวัดความเศร้าอยู่ระหว่าง 0 - 30 คะแนน โดย

คะแนน 0 - 12 คะแนน แสดงว่า ผู้สูงอายุปกติ

คะแนน 13 - 18 คะแนน แสดงว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย

คะแนน 19 - 24 คะแนน แสดงว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าปานกลาง

คะแนน 25 - 30 คะแนน แสดงว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรง (Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบความชัดเจน ความเหมาะสม ความครอบคลุมของตัวแปร และเนื้อหาที่ใช้ในการวิจัย แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในส่วนของแบบทดสอบสภาพจิต จูฬา แบบวัดการเผชิญความเครียด แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับ

โรคเบาหวาน แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย เป็นเครื่องมือที่สร้างและผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว

2. ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมด ได้แก่ แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทยไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ตรวจสอบความเป็นปรนัย (Objectivity) และความสะดวกในการนำไปใช้ (Usability) โดยพิจารณาจากคำตอบ และการตอบของกลุ่มตัวอย่าง

3. การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดการเผชิญความเครียดแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย มาตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .80, .85, .85 และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานหาค่าความเที่ยงโดยวิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson Formula 20: KR. 20) ได้ค่าความเที่ยง .78 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ภายหลังจากได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลชลบุรี เพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูล โดยตรวจสอบทะเบียนผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั้ง 4 ชั้น คัดรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยตรวจสอบทุกวัน

3. ผู้วิจัยไปพบกับผู้ป่วยในวันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา โดยผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายถึงสิทธิที่ผู้ป่วยสามารถปฏิเสธหรือไม่ให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องบอกเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ

4. ผู้วิจัยนัดหมายกับผู้ป่วย เพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ในวันที่ 2 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เป็นรายบุคคล โดยใช้เวลาประมาณ 40 - 50 นาที

6. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ของข้อมูลในการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุแต่ละราย หลังจากสัมภาษณ์ครบทั้ง 8 ส่วนทุกครั้งหลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอ โครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ไปลงนามยินยอมให้ทำการวิจัย ข้อมูลสำหรับอธิบายกลุ่มตัวอย่างการวิจัย ต่อคณะกรรมการจริยธรรมมหาวิทยาลัยบูรพาเพื่อพิจารณา และอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้

หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. แนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายคนและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ
2. อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่า การเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่าจะเข้าร่วมในการวิจัยหรือไม่ก็ได้ กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนดได้ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น
3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยแล้ว จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอม
4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยก่อนทำการสัมภาษณ์และในขณะที่สัมภาษณ์หากกลุ่มตัวอย่างแสดงความซึมเศร้าชัดเจน หรือไม่มีความพร้อมในการตอบคำถาม ผู้วิจัยรับฟังและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึก และให้การประคับประคองจิตใจ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ไม่พบกรณีดังกล่าว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้คอมพิวเตอร์ประมวลผลข้อมูล โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่าหรือเท่ากับ .05 ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ในเชิงทำนายระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ระยะเวลาของการ

เจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ภาวะโรคร่วมยาที่ได้รับกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยวิธีวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ซึ่งจากการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอนพบว่า มีการกระจายของข้อมูลไม่เป็นแบบปกติ ผู้วิจัยจึงตรวจสอบข้อมูลและเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 250 ราย ข้อมูลจึงมีการกระจายแบบปกติทุกตัวแปร

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี จำนวน 250 ราย ระหว่างเดือนกันยายน ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2551 ซึ่งผลการวิจัยได้นำเสนอด้วยตารางที่ประกอบการบรรยาย โดยแบ่งเป็น 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ค่าสถิติพื้นฐานของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ภาวะโรคร่วม ยาที่ได้รับ ระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และ ระดับภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์และนำเสนอผลการวิเคราะห์ โดยการหาความถี่ ร้อยละ

ส่วนที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของคะแนน การเผชิญ ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ทศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ส่วนที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์สมการในการทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี

จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ในการประมวลผลข้อมูล ได้ผลการวิเคราะห์ ซึ่งสามารถอธิบายในรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ค่าสถิติพื้นฐานของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ภาวะโรคร่วม ยาที่ได้รับ ระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และ ระดับภาวะซึมเศร้าวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิเคราะห์ โดยการหาความถี่ ร้อยละ ดังตารางที่ 1 - 4

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลชลบุรี จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (n=250)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	105	42.0
หญิง	145	58.0
อายุ		
60 – 65 ปี	125	50.0
66 - 70 ปี	95	38.0
71- 75 ปี	20	8.0
76- 80 ปี	10	4.0
สถานภาพสมรส		
คู่	108	43.2
หม้าย	96	38.4
หย่าหรือแยกกัน	28	11.2
โสด	18	7.2
การศึกษา		
ประถมศึกษา	131	52.4
ไม่ได้เรียน	106	42.4
มัธยมศึกษา	13	5.2

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (n=250)	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกรกรรม	92	36.8
ค้าขาย/ ธุรกิจ	46	18.4
แม่บ้าน	43	17.2
รับจ้างทั่วไป	28	11.2
ลูกจ้างบริษัท	25	10.0
ไม่ได้ทำงาน	10	4.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6	2.4
ความเพียงพอของรายได้		
พอใช้	132	52.8
ไม่พอใช้	107	42.8
มีเหลือเก็บ	11	4.4
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย		
0 - 5 ปี	108	43.2
6 - 10 ปี	75	30.0
11 ปีขึ้นไป	67	26.8
ภาวะโรคร่วม		
มี	175	70.0
ไม่มี	75	30.0
ได้รับยาที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า		
ได้รับ	235	94.0
ไม่ได้รับ	15	6.0

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.0) มีอายุระหว่าง 60 – 65 ปี (ร้อยละ 50.0) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 43.2) การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 52.4) อาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 36.8) มีรายได้พอใช้ (ร้อยละ 52.8)

ระยะเวลาที่เจ็บป่วยอยู่ในช่วง 0 - 5 ปี (ร้อยละ 43.2) มีโรคร่วม และได้รับยาที่ทำให้เกิดภาวะซีมเศร้า (ร้อยละ 94.0)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย

ระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	จำนวน (n=250)	ร้อยละ
น้อย	57	22.8
ปานกลาง	76	30.4
มาก	117	46.8

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในระดับมาก (ร้อยละ 46.8) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 30.4)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ระดับความรู้	จำนวน (n = 250)	ร้อยละ
มีความรู้ระดับต่ำ	102	40.8
มีความรู้ระดับปานกลาง	99	39.6
มีความรู้ระดับดี	49	19.6

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 40.8) รองลงมา คือระดับปานกลาง (ร้อยละ 39.6)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามระดับภาวะซิมเสร์้า

ภาวะซิมเสร์้า	จำนวน (n = 250)	ร้อยละ
ผู้สูงอายุปกติ	29	11.6
ผู้สูงอายุมีภาวะซิมเสร์้าเล็กน้อย	37	14.8
ผู้สูงอายุมีภาวะซิมเสร์้าปานกลาง	178	71.2
ผู้สูงอายุมีภาวะซิมเสร์้ารุนแรง	6	2.4

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีภาวะซิมเสร์้า (ร้อยละ 88.4) โดยส่วนใหญ่มีภาวะซิมเสร์้าอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 71.2) รองลงมา คือระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 14.8)

ส่วนที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของคะแนน การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและภาวะซิมเสร์้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามคะแนนการเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ทักษะคิดต่อโรคเบาหวานความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย (n = 250)

ตัวแปร	\bar{X}	S.D.	ระดับคะแนน
การเผชิญความเครียด	29.89	4.57	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	.66	.38	ต่ำ
ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน	.87	.35	ปานกลาง
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	.58	.16	ต่ำ
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	2.24	.80	มาก

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดระดับปานกลาง ($\bar{X} = 29.89, S.D. = 4.57$) การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ ($\bar{X} = .66, S.D. = .38$) ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานระดับปานกลาง ($\bar{X} = .87, S.D. = .35$) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานระดับต่ำ ($\bar{X} = .58, S.D. = .16$) และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยระดับมาก ($\bar{X} = 2.24, S.D. = .80$)

ส่วนที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ กับตัวแปรตาม

ตัวทำนาย	<i>r</i>
ระยะเวลาของการเจ็บป่วย	.225**
ภาวะโรคร่วม	.083
ยาที่ได้รับ	.059
การเผชิญความเครียด	-.428**
การสนับสนุนทางสังคม	-.767**
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน	-.729**
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	-.815**
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	.788**

** มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

r ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

จากตารางที่ 6 พบว่า ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .225^{**}, .788^{**}$ ตามลำดับ $p < .01$) ส่วนการเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.428^{**}, -.767^{**}, -.729^{**}, -.815^{**}$ ตามลำดับ $p < .01$) สำหรับภาวะโรคร่วมและยาที่ได้รับ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .225^{**}, .788^{**}$ ตามลำดับ $p > .01$)

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์สมการในการทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระโดยแสดงในรูปตารางเมตริกสหสัมพันธ์

ตัวแปร	ระยะเวลาของการเจ็บป่วย	ภาวะโรครวม	ยาที่ได้รับ	การเผชิญความเครียด	การสนับสนุนทางสังคม	ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน	ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	การรับรู้ความรุนแรงของโรค
1 ระยะเวลาของการเจ็บป่วย	1.00	.653**	.237**	.099	-.146*	-.255**	-.174**	.152**
2 ภาวะโรครวม		1.00	.365**	.308**	.048	-.142*	-.113	.069
3 ยาที่ได้รับ			1.00	.159*	.010	-.069	-.114	.076
4 การเผชิญความเครียด				1.00	.657**	.429**	.356**	-.414**
5. การสนับสนุนทางสังคม					1.00	.768**	.650**	-.669**
6. ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน						1.00	.637**	-.700**
7. ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน							1.00	-.722**
8. การรับรู้ความรุนแรงของโรค								1.00

* $p < .05$ ** $p < .01$

จากตารางที่ 7 เป็นการตรวจสอบว่าตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเองหรือไม่ ซึ่งพบว่าตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จำนวน 20 คู่ โดยมีความสัมพันธ์ตั้งแต่ .152 ถึง -.722 แสดงว่าไม่มีตัวทำนายคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันเองสูงกว่า .80 ดังนั้นตัวทำนายทุกตัวสามารถนำไปวิเคราะห์เพื่อหาอำนาจในการร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าได้ โดยไม่มีปัญหาเกี่ยวกับตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์กันเองสูง (Multicollinearity) ตามข้อตกลงเบื้องต้นของใช้สถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสิทธิ์, 2540, หน้า 77)

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม

ลำดับที่ตัวทำนาย	R^2	R^2	b	SEb	$Beta$	t
	<i>Chang</i>					
	<i>e</i>					
ขั้นที่ 1						
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	.664	.664	-21.026	.949	-.815	-
						.149**
ขั้นที่ 2						
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน			-14.132	1.053	-.548	-13.418**
การสนับสนุนทางสังคม	.762	.098	-6.076	.603	-.411	-10.075**
ขั้นที่ 3						
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน			-10.443	1.135	-.405	-9.202**
การสนับสนุนทางสังคม			-4.605	.605	-.312	-7.611**
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	.796	.034	1.528	.239	.288	6.395**
ขั้นที่ 4						
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน			-10.236	1.128	-.397	-9.073**
การสนับสนุนทางสังคม			-4.560	.600	-.309	-7.601**
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย			1.515	.237	.285	6.396**
ระยะเวลาของการเจ็บป่วย	.800	.004	.351	.150	.068	2.341**
ค่าคงที่(a)			27.177	1.763		13.018

Overall $F^{**} = 245.631$ $p = 00$

**มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

*มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จากตารางที่ 8 พบว่า การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อหาตัวแปรที่อำนาจในการทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี ได้ผลดังนี้

ขั้นที่ 1 ตัวแปรอิสระที่เข้าสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนอันดับ 1 คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ซึ่งสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี ได้ร้อยละ 66.4 ($R^2 = .664$)

ขั้นที่ 2 เมื่อเพิ่มตัวทำนายการสนับสนุนทางสังคม เข้าในสมการพบว่าสามารถร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 76.2 ($R^2 = .762$)

ขั้นที่ 3 เมื่อเพิ่มตัวทำนายการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เข้าในสมการ พบว่าสามารถร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 79.6 ($R^2 = .796$)

ขั้นที่ 4 เมื่อเพิ่มตัวทำนายระยะเวลาของการเจ็บป่วย เข้าในสมการ พบว่าสามารถร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 80.0 ($R^2 = .800$)

ดังนั้นความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และระยะเวลาของการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่ร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี สูงสุด รองลงมาคือการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และระยะเวลาของการเจ็บป่วย มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (*Beta*) เท่ากับ $-.397$, $-.309$, $.285$ และ $.068$ ตามลำดับ ซึ่งตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และระยะเวลาของการเจ็บป่วย ส่วนตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการสนับสนุนทางสังคม ตัวทำนายทั้งสี่ สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี ได้ร้อยละ 80.0 ซึ่งสามารถเขียนเป็นสมการที่ดีที่สุดได้ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ

ภาวะซึมเศร้า = $27.177 - 10.236$ (ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน) $- 4.560$ (การสนับสนุนทางสังคม) $+ 1.515$ (การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย) $+ .351$ (ระยะเวลาของการเจ็บป่วย)

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\text{ภาวะซึมเศร้า}} = -.397 (Z_{\text{ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน}}) - .309 (Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}}) + .285 (Z_{\text{การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย}}) + .068 (Z_{\text{ระยะเวลาของการเจ็บป่วย}})$$

จากสมการหมายความว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้า คือผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานระดับต่ำ มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ และมีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในระดับมาก และเป็นผู้ที่มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่นาน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี จำนวน 250 ราย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลแบบวัดการเผชิญความเครียด แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย เป็นแบบวัดที่กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย หลังจากนั้นได้นำไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบวัดการเผชิญความเครียด แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยกำหนดค่าที่ยอมรับได้ คือ .70 (Polit & Hungler, 1999) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80, .85, .85 ตามลำดับ ส่วนแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน หาค่าความเที่ยง ด้วยวิธี KR-20 ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .78

ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ในการประมวลผลข้อมูล สถิติที่ใช้ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสมการถดถอยพหุคูณ โดยใช้เทคนิคแบบขั้นตอน ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.0) มีอายุระหว่าง 60 – 65 ปี (ร้อยละ 50.0) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 43.2) การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 52.4) อาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 36.8) มีรายได้พอใช้ (ร้อยละ 52.8) ระยะเวลาที่เจ็บป่วยในช่วง 0 - 5 ปี (ร้อยละ 43.2) มีโรคร่วม และได้รับยาที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 94.0) มีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในระดับมาก (ร้อยละ 46.8) มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 40.8)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ได้แก่ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ได้แก่ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน สำหรับภาวะโรคร่วมและยาที่ได้รับ ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .01$)

3. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และระยะเวลาของการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่ร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี สูงสุด รองลงมาคือการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และระยะเวลาของการเจ็บป่วย มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (*Beta*) เท่ากับ $-.397, -.309, .285$ และ $.068$ ตามลำดับ ซึ่งตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และระยะเวลาของการเจ็บป่วย ส่วนตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการสนับสนุนทางสังคม ตัวทำนายทั้งสิ้น สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี ได้ร้อยละ 80.0 ซึ่งสามารถเขียนสมการถดถอยได้ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ

ภาวะซึมเศร้า = $27.177 - 10.236$ (ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน) $- 4.560$ (การสนับสนุนทางสังคม) $+ 1.515$ (การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย) $+ .351$ (ระยะเวลาของการเจ็บป่วย)

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$Z_{\text{ภาวะซึมเศร้า}} = -.397 (Z_{\text{ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน}}) - .309 (Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}}) + .285 (Z_{\text{การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย}}) + .068 (Z_{\text{ระยะเวลาของการเจ็บป่วย}})$

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และปัจจัยคัดสรรที่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี ผู้วิจัยสามารถแยกอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. ภาวะซึ่มเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

จากการศึกษาภาวะซึ่มเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึ่มเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง ร้อยละ 88.4 ซึ่งมีความใกล้เคียงกับการศึกษาของ ชัดเจน จันทรพัฒน์ (2543) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึ่มเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล โดยประเมินผู้สูงอายุภายหลังเข้ารับการรักษาในช่วง 48-96 ชั่วโมง พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึ่มเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง ร้อยละ 61.7 สามารถอภิปรายได้ว่า ภาวะซึ่มเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลอาจเกิดจากการต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปจากเดิม ทั้งบุคคล สถานที่ รูปแบบการรักษาที่ได้รับหรือเหตุการณ์ต่างๆที่ได้รับ ไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทเดิมได้ จึงมีโอกาสทำให้เกิดภาวะซึ่มเศร้า (จอม สุวรรณ โณ, 2541)

2. ปัจจัยคัดสรรที่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึ่มเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน สามารถทำนายภาวะซึ่มเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในช่วงปานกลาง ถึงระดับต่ำ (ร้อยละ 39.6 และร้อยละ 40.89 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ทราบว่า โรคเบาหวานเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้อง จึงสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ศึกษาการเรียนรู้ในเรื่องของสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวาน ผลกระทบของการเกิดโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การช้ยา และการมาตรวจตามนัด เมื่อผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องก็จะสามารถเผชิญกับแบบแผนในการดำเนินชีวิตที่จะเปลี่ยนแปลงไปได้ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองขึ้น (สิริลักษณ์ สุทธรัตนกุล, 2549) แต่ต่างกับผู้ที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ซึ่งจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิตสูง ไม่ทราบอนาคตของตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะแทรกซ้อนจากความเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และใช้ระยะเวลาานานมากขึ้น (พิไลรัตน์ ทองอุไร, 2542) ส่งผลทำให้เกิดภาวะเครียด ทำให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเครียด โดยกระตุ้นการทำงานของระบบ Hypothalamic-Pituitary-Adrenocortical Axis (HPA Axis) ทำให้หลั่งสาร Corticotrophin Releasing Factor (CRF) เพิ่มขึ้นทำให้สารคอร์ติซอลสูงขึ้นในระบบไหลเวียน ซึ่งเป็นสารที่ทำให้เกิดภาวะซึ่มเศร้า ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและมีภาวะซึ่มเศร้าร่วมด้วย สารดังกล่าวจะไปขัดขวางการทำงานของอินซูลิน นำไปสู่การเกิดภาวะน้ำตาลและไขมันในเลือดสูงกว่าปกติ นอกจากนี้ความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานและเรื้อรัง จะทำให้สารสื่อประสาทนอร์อิพิเนพรีน และซีโร โทนินมีจำนวนลดลง

2.2 การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตสังคม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 43.2) และมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อคำถามด้านข้อมูลข่าวสารและด้านการสนับสนุนสิ่งของ เงิน มีคะแนนต่ำ การที่ครอบครัวไม่เข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ และขาดการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนเองไม่มีที่พึ่ง มีความเปราะบางทางด้านอารมณ์และความคิด ส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตและนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า (อุมาพร ตรังสมบัติ, 2544) มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ รุจิรา พูลเพิ่มทรัพย์ (2537) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 100 คน ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวม ($r = .46, p < .01$) และการศึกษาของอำภาพร พัววิไล และวิมลรัตน์ บุญเสถียร (2544) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานสตรี นอกจากนี้ยังมีการศึกษาการสนับสนุนทางครอบครัว ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีคู่สมรสอยู่ด้วยกัน จะสามารถดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่ไม่มีคู่สมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เดือนใจ เสือดี และสุวรรณี สมประสิทธิ์, 2545) ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบต่างๆ จึงมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานและเมื่อผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองดี จะทำให้มีกำลังใจ ไม่ท้อแท้

2.3 การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ในระดับมาก (ร้อยละ 46.8) ซึ่งหมายความว่าผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตที่ตนกำลังเผชิญอยู่มีความรุนแรง ทำให้เกิดความรู้สึกกลัว วิตกกังวล ไม่แน่ใจและไม่มั่นใจต่อสภาพความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นหรือสิ่งที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ รู้สึกว่าเหตุการณ์ในอนาคตเป็นสิ่งที่ไม่น่าแน่นอน จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543)

2.4 ระยะเวลาของการเจ็บป่วย

ระยะเวลาของการเจ็บป่วย สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน อยู่ในช่วง 1 - 5 ปี (ร้อยละ 43.2) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยพบว่า ปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน มีพยาธิสภาพหลายระบบ ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะแทรกซ้อนจากความเจ็บป่วย และทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่าง

ต่อเนื่อง และใช้ระยะเวลาเวลานานมากขึ้น (พิไลรัตน์ ทองอุไร, 2542) ส่งผลทำให้เกิดภาวะเครียด จะทำให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเครียดโดยกระตุ้นการทำงานของระบบ Hypothalamic-Pituitary-Adrenocortical Axis (HPA Axis) ทำให้หลั่งสาร Corticotrophin Releasing Factor (CRF) เพิ่มขึ้นทำให้สารคอร์ติซอลสูงขึ้นในระบบไหลเวียน ซึ่งเป็นสารที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย สารดังกล่าวจะไปขัดขวางการทำงานของอินซูลินนำไปสู่การเกิดภาวะน้ำตาลและไขมันในเลือดสูงกว่าปกติ นอกจากนี้ความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานและเรื้อรัง จะทำให้สารสื่อประสาทนอร์อิพิเนพริน และซีโรโตนินมีจำนวนลดลงซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า (Kaplan, 1994 อ้างถึงใน จุฑารัตน์ บุญวัฒน์, 2552)

3. ปัจจัยคัดสรรที่ไม่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ชนิดที่ 2

3.1 การเผชิญความเครียด

การเผชิญความเครียดไม่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดต้องดูแลรักษาตนเองอย่างสม่ำเสมอไปตลอดชีวิต และมีภาวะแทรกซ้อน มีโรคอื่นร่วมด้วยทำให้เกิดความไม่สุขสบาย และความรู้สึกเครียดกับการเจ็บป่วยของตนต้องเป็นภาระให้กับบุคคลอื่นในครอบครัว ประกอบกับมีสาเหตุจากปัญหาอื่น ๆ ที่ส่งผลทำให้รู้สึกยุ่งยากลำบากใจ แก่ปัญหาตนเองไม่ได้ จนเกิดความเครียดที่เรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ลาซาลัส และ โฟลแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่ว่า บุคคลเกิดความเครียดเมื่อ มีสิ่งเร้าเข้ามากระทบหรือมากระตุ้นบุคคล เป็นสิ่งที่อยู่นอกเหนือการควบคุมของบุคคล เช่น ผู้ที่ต้องเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วย ปัญหาครอบครัว จะเกิดปัญหาด้านจิตใจตามมาเสมอทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล กลัว รู้สึกหมดหวัง ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้ก็จะก่อให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจได้ และอารมณ์ที่ไม่เป็นสุขเป็นผลกระทบมาจากจิตใจ มักเกิดร่วมกับความรู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ ทำให้ขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541) แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม โดยจะเลือกวิธีการรับมือกับปัญหาและคิดว่าสิ่งต่าง ๆ อาจเลวร้ายได้และเลือกที่จะทำสมาธิ หรือใช้เทคนิคผ่อนคลาย เป็นวิธีคลายความเครียด ซึ่งเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ที่เป็นสุข และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 4-6 ครั้งตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จึงสามารถที่จะปรับตัวเองและเผชิญกับความเครียดที่เกิดจากการเจ็บป่วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Bill (1996) ที่ได้ศึกษาถึงการปรับตัวต่อภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง อธิบายว่า การปรับตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะแบ่งเป็น 5 ระยะ คือ ระยะแรก ผู้ป่วยปฏิเสธไม่ยอมรับในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Denial) ระยะที่สอง จะรู้สึกโกรธ (Anger) หรือพยายามโต้ตอบ อาจเป็นเพราะการต้องยอมรับว่าตนป่วยจริง ระยะที่ 3 ความรู้สึกที่ต้องการต่อรอง

(Bargaining) เพื่อว่าจะช่วยให้สถานการณ์ต่าง ๆ ดีขึ้น ระยะที่ 4 ความรู้สึกซึมเศร้า หมดหวัง ท้อแท้ (Depression) ผู้ป่วยพยายามทำทุกอย่างแล้วแต่ผู้ป่วยก็หลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยไม่ได้ และระยะที่ 5 เป็นระยะของการยอมรับ (Acceptance) ต่อการเจ็บป่วยนั้น โดยมีระยะการปรับตัวของผู้ป่วยเรื้อรังจะใช้เวลานาน 6-12 เดือน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ผ่านพ้นระยะดังกล่าวมาแล้ว อาจทำให้มีการยอมรับต่อการเจ็บป่วยมากขึ้น

3.2 ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวานไม่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ว่าการป่วยเป็นโรคเบาหวานไม่ทำให้รู้สึกแตกต่างจากคนทั่วไป การออกกำลังกายทุกวัน จะช่วยให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้นและการควบคุมอาหารช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ประกอบกับมีวิธีเผชิญความเครียดต่อการเจ็บป่วยที่เน้นการแสดงออกทางอารมณ์ที่เป็นสุข อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้การยอมรับต่อการเจ็บป่วยมากขึ้น (Bill, 1996) ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการทางความคิดที่ดีต่อความเจ็บป่วย ตามความรู้สึกของตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางบวกต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว สามารถช่วยเหลือตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า จึงส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดีตามลำดับ

3.3 ภาวะโรคร่วม

ภาวะโรคร่วม ไม่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะ โรคร่วมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70.0 และเป็นโรคความดันโลหิตสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.2 รองลงเป็น โรคหัวใจวาย คิดเป็นร้อยละ 27.5 แต่ที่ไม่สามารถทำนายได้น่าจะมาจากกลุ่มตัวอย่างได้ผ่านพ้นระยะปรับตัวตามการศึกษาของ Bill (1996) ที่กล่าวว่า การปรับตัวของผู้ป่วยเรื้อรังจะใช้เวลานาน 6 - 12 เดือน เมื่อผ่านพ้นระยะดังกล่าวมาแล้วอาจทำให้มีการยอมรับมากขึ้น ถึงแม้ว่าจะมีโรคร่วมหลายโรคก็ตามและกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวน โรคร่วมมากกว่า 1 โรคแต่โรคร่วมอยู่ในระยะสงบไม่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

3.4 ยาที่ได้รับ

ยาที่ได้รับ ไม่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับยาที่มีผลข้างเคียงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ถึงร้อยละ 94.0 แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยาในกลุ่มที่มีผลข้างเคียงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากที่สุดเพียงสามกลุ่มจากแปดกลุ่ม คือกลุ่มยาขับปัสสาวะร้อยละ 33.4 กลุ่มยาลดความ

ค้นโลหิต ร้อยละ 29.7 และกลุ่มยารักษาหัวใจ ร้อยละ 19.1 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ และเป็นโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ กลุ่มยาดังกล่าวทั้งแปดกลุ่มที่มีผลข้างเคียงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ยາบบางตัวได้ยกเลิกไม่มีใช้ในโรงพยาบาลแล้ว จึงอาจเป็นสาเหตุที่บ่งชี้เรื่องยาที่ได้รับไม่สามารถทำนาย ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวาน การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และระยะเวลาของการเจ็บป่วยสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี ได้ร้อยละ 80 ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

เนื่องจากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 71.2) จึงควรนำผลของงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ดังนี้

1.1 การคัดกรองภาวะซึมเศร้า โดยมีการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกราย เพื่อให้ได้ข้อมูลสนับสนุนการวางแผนทางการพยาบาลได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และหาแนวทางป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงมากขึ้น

1.2 ส่งเสริมและให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวานแก่ผู้สูงอายุเป็นรายเดี่ยวและรายกลุ่ม โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง โดยเฉพาะการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การฉีดยาอินซูลินด้วยตนเอง การสังเกตอาการแทรกซ้อนและวิธีปฏิบัติตัวเกี่ยวกับน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง

1.3 สร้างแนวทางปฏิบัติเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หากพบผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าหลัง ทำการประเมินภาวะซึมเศร้า ควรเตรียมสถานที่เพื่อรองรับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงเข้าพักเพื่อผ่อนคลาย หลังจากนั้นปรึกษากับทีมจิตเวชเพื่อบำบัดสภาพจิตใจของผู้ป่วยให้ดีขึ้นและช่วยส่งเสริมการมีสัมพันธภาพกับครอบครัว โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษา ได้มีโอกาสได้เข้าเยี่ยมพูดคุยให้กำลังใจกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่แรกที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล อีกทั้งอธิบายให้ญาติเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว เพื่อทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นคนสำคัญ มีคุณค่าสำหรับคนในครอบครัว ทำให้จิตใจเข้มแข็ง มีกำลังใจในการเผชิญกับความเจ็บป่วยมากยิ่งขึ้น

1.4 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาที่ได้รับ คำแนะนำในการปฏิบัติตัว เป็นการเตรียมความพร้อม ช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอย่างถูกต้อง ยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของตนเอง สามารถปรับตัวให้ดำรงชีวิตตามปกติสุขได้ตามศักยภาพที่มีอยู่

2. ด้านการศึกษาพยาบาล

อาจารย์พยาบาลควรเน้นให้นักศึกษาพยาบาลตระหนักถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และระยะเวลาของการเจ็บป่วย ให้นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคเบาหวานและกระตุ้นให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล

3. ด้านการบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารทางการพยาบาล ควรกำหนดแนวทางการปฏิบัติในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าตั้งแต่เริ่มแรกของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานระดับต่ำ มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ มีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในระดับมาก และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่นาน ด้วยการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยเร็วที่สุดและเมื่อพบว่า มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น ก็ควรให้การช่วยเหลือโดยเร็วที่สุด ตามความเหมาะสม

4. ด้านการวิจัย

ควรศึกษาหาวิธีการหรือรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือชุมชน โดยนำปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าที่พบจากวิจัยครั้งนี้มาเป็นกรอบและแนวทาง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และระยะเวลาของการเจ็บป่วย

บรรณานุกรม

- กนกรัตน์ สุขคงคะ. (2542). ความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนชนบทและชุมชนเมือง. *สารศิริราช*, 51(4), 232 – 243.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *สถิติสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.
- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2537). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย. *สารศิริราช*, 46(1), 1-9.
- เกษม ดันติผลาชีวะ และกฤษณา ดันติผลาชีวะ. (2528). *การรักษาสภาพในวัยสูงอายุ*. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.
- เกษม เล่งเวหาสถิตย์, กาญจนา รามสูตร และจรรยา สันตยากร. (2540). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตอำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 8 (2)*, 115 - 121.
- จอม สุวรรณโณ. (2541). ภาวะอารมณ์เศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. *พยาบาลสาร*, 25(3), 9-20.
- จุฑารัตน์ บุญวัฒน์. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 17(2), 32-47.
- เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์. (2544). *ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้าและการดูแลที่ได้รับที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2541). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. โครงการสวัสดีการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- ชัดเจน จันทรพัฒน์. (2543). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ดวงใจ กษานดิกุล. (2544). *โรคซึมเศร้ารักษาหายได้*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นำอักษร.
- เดือนใจ เสือดี และสุวรรณี ศรีประสิทธิ์. (2545). การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตอำเภอเมือง นครสวรรค์ หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 8, 10(1-2)*, 11 - 18.
- นงนุช โอปะ, ชูฉวีวรรณ ด่านยุทธศิลป์ และสมจิตร ชัยรัตน์. (2545). ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. ใน *รายงานวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*.

- นภคณ เตมียะประดิษฐ์, อัญชลี เตมียะประดิษฐ์ และสุริย์ เกื้อศิริกุล. (2536). ภาวะซึมเศร้าในคลินิกผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลสงขลา. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 11(3), 1-6.
- บัณฑิตวิทยาลัย. (2550). *คู่มือทำวิทยานิพนธ์*. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- บุษรา ราชรักษ์. (2549). *สัมพันธภาพกับครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในจังหวัดนครศรีธรรมราช*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ประคอง อินทรสมบัติ. (2536). แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 13(4), 14 - 22.
- ผ่องพักตร์ ทิพย์พันธุ์. (2545). *กระบวนการประเมินสถานการณ์ความเครียด การเผชิญความเครียด และผลลัพธ์การปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างการเข้ารับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พงค์อมร บุนนาค. (2542). *เทคนิคการดูแลรักษาโรคเบาหวาน: การทบทวนปัจจัยด้านพฤติกรรม และวิถีชีวิตที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสริมต่อโรค*. สำนักพัฒนาวิชาการแพทยกรรมการแพทย์. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- พรทิพย์ ชุ่นอื้อ. (2547). *ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน: กรณีศึกษาผู้มารับบริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลตรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พวงสร้อย วรกุล และมลิวัลย์ โมลี. (2547). ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 35(2), 11-18.
- พิเชฐ อุดมรัตน์. (2548). ภาวะโรคร่วมของโรคซึมเศร้ากับโรควิตกกังวล. ใน พิเชฐ อุดมรัตน์ (บรรณาธิการ), *การรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าและป้องกันการฆ่าตัวตาย* (หน้า 44-45). สงขลา: ภาคจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ไพไลรัตน์ ทองอุไร. (2542). ภาวะจิตสังคมในผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 19(2), 38 - 46.
- เพลินพิศ ฐานิวัฒน์นันท. (2544). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. *วารสารวิจัยทางการแพทย์*, 5(2), 183 - 197.

- ไพบูลย์ สุริยวงศ์ไพศาล. (2539). *แนวทางมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- ภาวนา กิริติยดวงศ์. (2544). *การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน: มโนมติสำคัญสำหรับการดูแล*. ชลบุรี: พีเพรส.
- ภาวนา กิริติยดวงศ์. (2546). *การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน: มโนมติสำคัญสำหรับการดูแล*. ชลบุรี: พีเพรส.
- มาโนช ทับมณี. (2541). *ความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาคลินิก, คณะวิทยาศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณภา ศรีชัยรัตน์. (2542). *เอกสารประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม 16-18 มีนาคม 2542*. ณ โรงแรมแก่นอินน์. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วีระ ชูรุจิพร. (2542). *วิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของคนไทย*. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 7(3), 176 - 178.
- วัลลา ดันตโยทัย. (2540). *รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อินซูลิน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัลลา ดันตโยทัย และอดิษฐ์ สงดี. (2540). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน*. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), *การพยาบาลอายุรศาสตร์เล่ม 4* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: วี. เจ. พรินติ้ง.
- รัตนา เต็มเกษมสานต์. (2549). *ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ = Depression in patients with chronic illness at Phaisalee Hospital Nakhon Sawan Province / เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*
- รัชวรรณ ตู่แก้ว. (2550). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติการจัดการตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). *การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: วี เจ พรินติ้ง.
- โรงพยาบาลชลบุรี. (2551). *ทะเบียนผู้ป่วยเรื้อรังโรงพยาบาลชลบุรี*. ชลบุรี: แผนกผู้ป่วยในจังหวัดชลบุรี.

- ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์. (2547). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาระบบประสาทและอื่น ๆ*. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- ศิริพร ปาระมะ. (2545). *ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน*
โรงพยาบาลลี่ จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยา
การศึกษาและการแนะแนว, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2551). *สารประชากรผู้สูงอายุ*.
มหาวิทยาลัยมหิดล ปีที่ 17.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2546). *การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543 -*
2568. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง
- สิริลักษณ์ สุทธรัตนกุล. (2549). *ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2*.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์,
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2543). *สำมะโนประชากรและเคหะทั่วราชอาณาจักร*. กรุงเทพฯ:
สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สุกุมล แสนพวง. (2543). *การรับรู้ประโยชน์, การรับรู้อุปสรรค, พฤติกรรมการบริโภคอาหารของ*
ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุดสบาย จุลกัทัพพะ. (2540). *การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ*. *สารศิริราช*, 44(12),
1200 - 1209.
- สุภาพ อารีเอื้อ. (2540). *ความเครียด การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของหญิงสูงอายุ โรคข้อเข่า*
เสื่อม. กรุงเทพมหานคร: ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2537). *การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง: มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล*.
ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ:
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2545). *การพยาบาลจิตเวช*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
พิษณุโลก: สุวรรณการพิมพ์ 3.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2533). *คู่มือจิตเวชศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 4)*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
_____. (2545). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 7). คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

- สมศรี เชื้อหิรัญ. (2526). *คู่มือปฏิบัติการเบื้องต้น การพยาบาลจิตเวช*. กรุงเทพฯ: อักษรไทย.
- สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน. (2551). *โครงการอบรมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน หลักสูตรพื้นฐาน*. กรุงเทพฯ: กราฟฟิค 1 แอดเวอร์ไทซิ่ง.
- เสฐียรพงษ์ ศิวินา. (2547). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขา สังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา, คณะพยาบาลศาสตร์, สถาบันราชภัฏมหาสารคาม.
- หทัยรัตน์ บำเพ็ญแพทย์. (2544). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยของผู้ป่วย ที่ได้รับการถ่วงดุลกระดูก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อัมพรพรรณ ชีรานุตร, เพลินตา ศิริปการ, และอำพน นวล โลกสูง. (2544). *คู่มือการดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรังที่บ้าน มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: คลังนานา วิทยา.
- อำภาพร พัววิไล และวิมลรัตน์ บุญเสถียร. (2544). *คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตของสตรีสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน*. *วิจัยทางการ พยาบาล*. 5(3), 255 - 267.
- อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช: แนวทางปฏิบัติตาม พยาธิสภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2545). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4th ed). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Aekplakorn, M., Stolk, R. P., Neal, B., Chongsuvivatwong, V., Cheepudomwit, S., & Woodward, M. (2003). *Thai adults : The international collaborative study of Cardiovascular disease in asia epidemiology/health services/ psychosocial research*. Retrieved June 1, 2004, from [http://www. Diabetes%20 Care%20 The% 20 prevalence % 20 and % 20 management](http://www.Diabetes%20Care%20The%20prevalence%20and%20management).
- Anderson R. J, Freedland K. E, Clouse R. E, Lustman P. J, (2001). *The prevalence of comorbid depression in adult with diabetes: a meta-analysis*. *Diabetes Care*. 24 (6), 1069 - 1078.

- Alessi, C. A., & Cassel, C.K. (1996). Medical evaluation and common medical problem. *Comprehensive review of geriatric psychiatry II*. (pp.251-285). d2.Washington DC: American Psychiatric Press.
- Arroyo, C., Hu, F.B., Ryan, L.M., Kawachi, I., Colditz, G. A., & et al.(2004). *Depression symptoms and risk of type 2 diabetes in women - epidemiology/health services/ psychosocial research*. Retrieved July 30, 2004, from [http://www. Depression symptoms](http://www.Depression symptoms)
- Beck, A. T. (1967). *Causes of depression- cognitive*. Retrieved July 30, 2004, from [http://www. causes of depression-1.htm](http://www.causes of depression-1.htm)
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelon, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). *Beck Depression Inventory (BID)*. Retrieved July 30, 2004, from <http://www.Beck.htm>
- Beck, A. T. (1997). *Beck Depression Inventory (BID)*. Retrieved July 30, 2004, from <http://www. Depression Inventory.htm>
- Bill, J. (1996). *Coping with chronic illness*. Retrieved January 5, 2005, from <http://www.geocities.com/cfsday/chronic.htm>
- Ciechanowski, P.S., Katon, W. J., & Russo, J. E.(2000). *Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, funtion, and costs* Retrieved July 16, 2004, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query>.
- Clouse, R. E., Lustman, P. J., Freedland, K. E., Griffiths, L. S., McGill, J. B., & Carney, R. M. (2003). *Depression and coronary heart disease in women with diabetes*. Retrieved June 24, 2004, from <http://www.Med-Psych.net>
- Colun, E. A. (2004). *Depression and diabetes*. Retrieved June 24, 2004, from <http://www.healthyplace.healthology.com/printer>
- Cytryn, L., & Mcknew, D. (1996). *Growing up sad : Childhood depression and its treatment*. New York: Norton & Company.
- Dobrowsky, W. (1998). Conventional vs accelerated fractionation in head and neck cancer. *British Journal of Cancer*, 74, 279-281.
- Eaton. (2002). Epidemiologic evidence on the comorbidity of depression and diabetes. *Journal of Psychosomatic Research* , 53, 903-906.

- Egede, L. E., Zheng, D., Simpson, K. (2002). *Comorbid depression is associated with Increased health care use and expenditures in Individuals with diabetes* . Retrieved June 17, 2004, from [http://www.Diabetes %20care %20Comorbid %20Depression & 20is%20Association](http://www.Diabetes%20care%20Comorbid%20Depression%20is%20Association)
- Garduno, E. J., Tellez, Z. J. F., & Hernandez, R. L. (1998). *Frequency of depression in diabetes mellitus type II* . Retrieved January 5, 2005, from [http://www.frequency %20of% depression%20in%diabetes.htm](http://www.frequency%20of%20depression%20in%20diabetes.htm)
- Glasgow, R. E., Toobert, D. J., Cynthia, D., & Gillette, C. D. (2001). Psychosocial barriers to diabetes self- management and quality of life. *Journal of Diabetes Spectrum, 14* (1), 33-41.
- Griffiths, K. (2002). *Achieving better psychosocial outcomes in diabetes responsibility of patient & Team*. Retrieved June 17, 2004, from [http://www Diabetes%20- 20psychosocial.htm](http://www.Diabetes%20-20psychosocial.htm)
- Goodnick, P. J., Jacobon, A. M., & Lustman, P. J. (2004). *Diabetes and depression: consequences of comorbidity?*. Retrieved June 1, 2004, from [http:// Diabetes and depression](http://Diabetes and depression).
- Kurlowicz, L. H. (1997). Nursing standard of practice protocol : Depression in elderly patints. *Geriatric Nursing, 18* (5), 192-199.
- John D. Piette, PhD; Caroline Richardson, MD. (2004). Addressing the Needs of patients with Multiple chronic Illnesses: The case of Diabetes and Depression. *The American journal of Managed care. 10* (2), 154-156.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1988). *Stress, appraisal, and coping*. New York : Springer Publishing.
- Lloyd, C. E., & Brown, F. J. (2002). *Depression and Diabetes*. Retrieved July 19, 2004, from [http://www. Biomedcentral. Com](http://www.Biomedcentral.Com).
- Lubkin, I. M., & Larsen, P.D. (1998). *Chonic illness impact and interventions*. Jone and Bartlett Publishes Canada.
- _____. (2002). *Chronic Illness: Impact and Interventions*. (5th ed.). Boston: Jones and Bartlett.
- Lueckenotte, A. G. (2006). *Gerontological nursing: Principle and methods* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott.

- Lustman, P. J., & Anderson, R. (2002). *Depression in adults with diabetes*. Retrieved January 5, 2005, from [http://www. Psychiatrictimes.com/po20145.html](http://www.Psychiatrictimes.com/po20145.html)
- Lustman, P. J., Griffiths, L. S., & Clouse, R. E. (2000). *Depression in adults with diabetes. Results of 5 - yr follow-up study*. Retrieved July 16, 2004, from [http://www. Diabetes care.](http://www.Diabetes care.)
- Marsh, C. M. (1997). Psychiatric presentations of medical illness. *The Psychiatric Clinics of North America*, 20(1), 181 - 204.
- McManamy, J. (2004). *McMan's depression and bipolar web*. Retrieved July 19, 2004, from <http://www. Depression and Diabetes.>
- Miller, Carol A. (2007). Impaired Affective Function: Depression. *Nursing for wellness in older adults Theory and Practice*. 581 - 603.
- Naughton, F. O. (1997). *Stress and coping*. Retrieved January 5, 2005, from <http://www.csun.edu/~vcpsyoooh/students/coping.htm>
- National Institute of Mental Health. (2002). *Depression and diabetes*. Retrieved July 19, 2004, from <http://www. Depression and Diabetes. htm>
- National Institute of Mental Health. (2004). *Women & Depression* . Retrieved January 19, 2005, from <http://www.health yahoo.com/centers/depression/1.html>
- Piette, J. D., Richardson, C., & Valenstein, M. (2003). Addressing the needs of patients with multiple chronic illnesses: The case of diabetes and depression. *American journal of managed care*, 10(2), 152-162.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Polonsky, W. H., & Parkin, C. G. (2001). *Depression in patients with diabetes seven facts every health-care provider should know*. Retrieved June 24, 2004, from <http://www depression and diabetes.>
- Radloff, L. S. (1977). *The CES-D scale: a self report depression scale for research in the general population applied psychological measurement*. Retrieved July 30, 2004, from <http://www hivcorrection.org/archives/jon 01>
- Sand, R. G. (2001). *Clinical social work practice in behavioral mental health*. A Peason Education Company

- Srilhar, G. R., & Madhu, K. (2002). *Psychosocial and cultural issues in diabetes mellitus*. Retrieved June 17, 2007, from [http://www Psychosocial %20 and% 20cultural %20 issues%20in%20diabetes%20mell](http://www.Psychosocial%20and%20cultural%20issues%20in%20diabetes%20mell).
- Talbot, F., & Nouwen, A. (2000). *A review of the relationship between depression and diabetes in adults : Is threr a link?*. Retrieved July 27, 2007, from <http://www lookSmart. htm>.
- Townsend, M. C. (2003). *Psychiatric mental health nursing concepts of care*. Philadelphia: F.A. Davis company Publishes.
- Trigwell, P. (2001). *Depression and diabetes*. Retrieved June 19, 2007, from <http://www dabetes.org.uk/update/winter01/fact%20with%20refs.htm>.
- Yesavage, J. (1983). Development and validation of geriatric screening scale: preliminary report. *J Psychiatry Res*, 17, 37-89.
- WHO. (2006). *Implementing National Diabetes Programmes: Report of a WHO meeting*. npublished manuscript.

ภาคผนวก



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
ชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี

วันที่คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนามผู้ยินยอม

(.....)

ลงนามพยาน

(.....)

ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้า ฟังจนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย
(.....)

ภาคผนวก ก
แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

บันทึกเลขที่ [] []

บันทึกข้อมูล.....

ชื่อ.....นามสกุล.....

หอผู้ป่วย.....

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์เติมคำลงในช่องว่างและทำเครื่องหมาย/ ลงในหน้าข้อความที่ตรงกับความจริงตามที่ผู้สูงอายุตอบ กรุณาตอบทุกข้อ

1. เพศ

() ชาย

() หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

() โสด

() คู่

() หม้าย

() หย่าหรือแยกกัน

4. การเรียนหนังสือ

() เรียน ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน คือ.....

() ไม่ได้เรียนหนังสือ

5. อาชีพ

() รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ

() ค้าขายหรือทำธุรกิจ

() ลูกจ้างบริษัท

() รับจ้างทั่วไป

() แม่บ้าน

() เกษตรกรรม

() ไม่ได้ทำงาน

6. รายได้

() พอใช้

() มีเหลือเก็บ

() ไม่พอใช้

7. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....ปี

(จากการซักประวัติจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และข้อมูลจากหน่วยเวชระเบียนโรงพยาบาลชลบุรี)

8. ภาวะโรคร่วม

- ไม่มีโรคร่วม
- มีโรคร่วม ได้แก่
 - โรคความดันโลหิตสูง
 - โรคไตวาย
 - ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย
 - โรคหัวใจวาย

9. ได้รับยาต่อไปนี้หรือไม่

- ไม่ได้รับ
- ได้รับ
 - ยาลดความดันโลหิต ดังต่อไปนี้ Reserpine, Methylodopa (Aldomet), Propranolol, Guanethine Clonidine, Hydralazine, Diuretics
 - ยารักษาโรคหัวใจ ดังต่อไปนี้ Digitalis, Lidocaine
 - ยาขับปัสสาวะ ดังต่อไปนี้ Thiazide
 - ยาบรรเทาความเจ็บปวดชนิดที่ทำให้เกิดการติดได้ ดังต่อไปนี้ Morphine, Codeine, Meperidine, Pentazocine, Propoxyphene
 - ยาบรรเทาความเจ็บปวดชนิดที่ไม่ทำให้เกิดการติดยา ดังต่อไปนี้ Indomethacin
 - ยาต้านอาการพาร์กินสัน ดังต่อไปนี้ L - Dopa/ Levodopa
 - ยาจำพวกสเตียรอยด์ ดังต่อไปนี้ Corticosteroids, Estrogen
 - ยาต้านจุลชีพ ดังต่อไปนี้ Sulfonamides, Isoniazid, Ampicillin, Cycloserine, Dapsone, Griseofulvin, Metronidazole, Nalidixic Acid, Nitrofurantoin, Procaïn Penicillin, Streptomycin
 - อื่น ๆ ดังต่อไปนี้ Cimetidine, Cancer Chemotherapeutic Agents, Benzodiazepine, Barbiturates Disulfiram

ภาคผนวก ข
การทดสอบสภาพจิตจุฬา

การทดสอบสภาพจิตจุฬา
(Chula Mental Test: CMT)

คำชี้แจง: แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความสามารถในการจำ และการประมวล
ความคิดของท่าน โดยผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้อ่านข้อความในแบบสัมภาษณ์ให้ท่านฟัง
แต่ละข้อ และขอให้ท่านตอบคำถามดังกล่าวทีละข้อ ทั้งนี้คำถามบางข้ออาจจะง่าย
และคำถามบางข้ออาจจะยาก

คำถาม	คำตอบ	คะแนน
1. นี้คุณอายุเท่าไร	1/0	<input type="checkbox"/>
2. ขณะนี้กี่โมง (อาจตอบคลาดเคลื่อนได้ 1 ชม.)	1/0	<input type="checkbox"/>
3. พูดคำว่า “ร่ม, กระจก, ประตู” ให้ฟังซ้ำ ๆ ชัด ๆ 2 ครั้ง “ร่ม”	1/0	<input type="checkbox"/>
แล้วบอกให้ผู้ถูกทดสอบทวนชื่อทั้งสามดังกล่าวทันที “กระจก”	1/0	<input type="checkbox"/>
(ชื่อที่ถูก 1 ชื่อ = 1 คะแนน) “ประตู”	1/0	<input type="checkbox"/>
4. เดือนนี้เดือนอะไร (อาจเป็นเดือนไทย/เดือนสากลก็ได้)	1/0	<input type="checkbox"/>
5. คนนั้นเป็นใคร “บุคคลที่ 1”	1/0	<input type="checkbox"/>
(ให้ถามถึงบุคคล 2 คน เช่น แพทย์, พยาบาล, “บุคคลที่ 2” หรือบุคคลใกล้เคียง)		
6. ข้าว 1 ถัง มีกี่ลิตร/ กี่กิโลกรัม “20 ลิตร/15 ก.ก.”	1/0	<input type="checkbox"/>
7. ให้ผู้ทดสอบทำตามคำสั่ง ที่จะบอกให้ต่อไปนี้ “ให้หยิบมือสามที่แล้วถอดออก”	1/0	<input type="checkbox"/>
(ให้ 1 คะแนนถ้าทำได้ถูกต้องครบทุกขั้นตอน)		
8. จงบอกความหมายของสุภาษิตต่อไปนี้ “หนีเสือปะจระเข้”	1/0	<input type="checkbox"/>
ตัวอย่างคำตอบที่ถูกต้อง		
1. หนีจากสิ่งที่ไม่ดีไปพบสิ่งที่ไม่ดีอีก		
2. หนีจากสถานการณ์หรือบุคคลที่เป็นอันตรายไปพบ สถานการณ์หรือบุคคลที่เป็นอันตรายอีก		
3. หนีจากสิ่งเลวร้ายไปพบสิ่งเลวร้ายกว่าเดิม		

คำถาม	คำตอบ	คะแนน
9. บอกผู้ถูกทดสอบว่าจงฟังประโยคต่อไปนี้ให้ดี เมื่อฟังจบแล้วให้พูดตามทันที “ <u>ฉันชอบดอกไม้ เสียงเพลง แต่ไม่ชอบหมา</u> ” (ให้ 1 คะแนนถ้าพูดถูกต้องตามลำดับทั้งหมด)	1/0	<input type="checkbox"/>
10. ถามผู้ถูกทดสอบว่า “ <u>ถ้าลี้มกุญแจบ้านจะทำอย่างไร</u> ” (ให้ 1 คะแนน ถ้าคำตอบมีเหตุผลเหมาะสมโดยที่คำตอบนั้นแสดงถึงความพยายามที่จะแก้ปัญหา ด้วยความเป็นไปได้และไม่ก่อให้เกิดความเสียหายมาก) <u>ตัวอย่างคำตอบที่ได้คะแนน</u> 1. ทดลองนำกุญแจอันอื่นหรือวัสดุที่ใส่แทนได้ที่มีอยู่ใน บริเวณใกล้เคียงมาลองไขกุญแจ 2. ตามช่างทำกุญแจ (ถ้าอยู่ไม่ไกลนัก) 3. ไปขอกุญแจที่ผู้อื่นมีเก็บไว้ (เช่น ญาติ) ในกรณีที่อยู่ไม่ไกลจากบ้าน 4. หาทางเข้าบ้าน (ถ้าสามารถทำได้) หรือขอความช่วยเหลือจากผู้อยู่ใกล้เคียง เช่น ปีนหน้าต่าง, งดช่องลม) <u>ตัวอย่างคำตอบที่ไม่ได้คะแนน</u> 1. ไม่รู้จะทำอย่างไร นั่งรอนกว่าจะมีคนอื่นกลับมา 2. ฟังประตูเข้าไป 3. ไปเอากุญแจที่บุคคลอื่นในบ้านเก็บไว้แต่อยู่ไกลมาก เช่น อยู่ต่างจังหวัดหรือใช้เวลาเดินทางนานมาก	1/0	<input type="checkbox"/>
11. บอกให้ผู้ถูกทดสอบนับเลขจาก 10 - 20 (ให้ 1 คะแนนถ้าสามารถนับได้ถูกต้องตามลำดับทั้งหมด)	1/0	<input type="checkbox"/>
12. ซี่ไปที่นาฬิกา แล้วถามว่าคืออะไร เรียกว่าอะไร	1/0	<input type="checkbox"/>
ซี่ไปที่ ถังขยะ แล้วถามว่าคืออะไร เรียกว่าอะไร	1/0	<input type="checkbox"/>

คำถาม	คำตอบ	คะแนน
13. บอกให้ผู้ทดสอบลบเลขทีละ 3 จาก 20 ทั้งหมด 3 ครั้ง		
20 - 3 = ก ก = 17	1/0	<input type="checkbox"/>
ก - 3 = ข ข = 14	1/0	<input type="checkbox"/>
ข - 3 = ค ค = 11	1/0	<input type="checkbox"/>
(ให้คะแนนตามจำนวนเลขที่ลบได้ถูกต้องครั้งละ 1 คะแนน)		
ได้รับคะแนนรวม =		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

หมายเหตุ: ประกอบด้วย 13 รายการ คะแนนต่ำสุด คือ 0 และคะแนนสูงสุดคือ 19

คะแนน	0 - 4	หมายถึง มีความบกพร่องทางการรับรู้รุนแรง
คะแนน	5 - 9	หมายถึง มีความบกพร่องทางการรับรู้ปานกลาง
คะแนน	10 - 14	หมายถึง มีความบกพร่องทางการรับรู้น้อย
คะแนน	15 - 19	หมายถึง ไม่มีความบกพร่องทางการรับรู้หรือมีการรับรู้ที่ปกติ

ภาคผนวก ค

แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย

ส่วนที่ 3 แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale – TGDS)

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียด และประเมินความรู้สึกของท่านในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- ให้ขีด / ลงในช่องที่ตรงกับ “ใช่” ถ้าข้อความในข้อนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน
- ให้ขีด / ลงในช่องที่ตรงกับ “ไม่ใช่” ถ้าข้อความในข้อนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับ ผู้วิจัย
1. ท่านพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้			[]
2. ท่านไม่ชอบทำอะไรในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ			[]
3. ท่านรู้สึกชีวิตของท่านช่วงนี้ว่างเปล่า ไม่รู้จะทำอะไร			[]
4. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อย ๆ			[]
5. ท่านหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า			[]
6. ท่านมีเรื่องกังวลอยู่ตลอดเวลา และเลิกคิดไม่ได้			[]
7. ส่วนใหญ่แล้วท่านรู้สึกอารมณ์ดี			[]
8. ท่านรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับท่าน			[]
9. ส่วนใหญ่ท่านรู้สึกมีความสุข			[]
10. บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกไม่มีที่พึ่ง			[]
11. ท่านรู้สึกกระวนกระวาย กระสับกระส่ายบ่อย ๆ			[]
12. ท่านชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน			[]
13. บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า			[]
14. ท่านคิดว่าความจำของท่านไม่ดีเท่าคนอื่น			[]
15. การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้ เป็นเรื่องน่ายินดี			[]
16. ท่านรู้สึกหมดกำลังใจ หรือเศร้าใจบ่อย ๆ			[]
17. ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านค่อนข้างไม่มีคุณค่า			[]
18. ท่านรู้สึกกังวลมากกับชีวิตที่ผ่านมา			[]
19. ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้ยังมีเรื่องน่าสนุกอีกมาก			[]
20. ท่านรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่ ๆ			[]

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับ ผู้วิจัย
21. ท่านรู้สึกกระตือรือร้น			[]
22. ท่านรู้สึกสิ้นหวัง			[]
23. ท่านคิดว่าคนอื่นดีกว่าท่าน			[]
24. ท่านอารมณ์เสื่อง่ายกับเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ			[]
25. ท่านรู้สึกอยากร้องไห้บ่อย ๆ			[]
26. ท่านมีความตั้งใจในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ไม่นาน			[]
27. ท่านรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า			[]
28. ท่านไม่อยากจะพบปะพูดคุยกับคนอื่น			[]
29. ท่านตัดสินใจอะไร ได้เร็ว			[]
30. ท่านมีจิตใจสบาย แจ่มใส เหมือนก่อน			[]

รวม.....คะแนน

หมายเหตุ:

1. การคิดคะแนนข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่”
ได้ 1 คะแนน ข้อที่เหลือ ถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน

2. การแปลผล ผู้สูงอายุปกติ	คะแนน 0 - 12	คะแนน
- ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	คะแนน 13 - 18	คะแนน
- ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าปานกลาง	คะแนน 19 - 24	คะแนน
- ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง	คะแนน 25 - 30	คะแนน

ภาคผนวก ง
แบบวัดการเผชิญความเครียด

ส่วนที่ 4 แบบวัดการเผชิญความเครียด

- คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับวิธีการที่ท่านใช้จัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น
- ไม่ได้ใช้ (1) หมายถึง ท่านไม่ได้ใช้วิธีการนั้นเลยเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น
- ใช้เป็นบางครั้ง (2) หมายถึง ท่านใช้วิธีการนั้นน้อยกว่าครึ่งหนึ่งเมื่อมีความเครียดที่เกิดขึ้น
- ใช้บ่อย ๆ (3) หมายถึง ท่านใช้วิธีการนั้นมากกว่าครึ่งหนึ่งเมื่อมีความเครียดที่เกิดขึ้น
- ใช้ทุกครั้ง (4) หมายถึง ท่านใช้วิธีการนั้นทุกครั้งที่มีความเครียดที่เกิดขึ้น

ท่านใช้วิธีการต่อไปนี้มากน้อยเพียงใดเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น	ไม่ได้ใช้	ใช้เป็นบางครั้ง	ใช้บ่อย ๆ	ใช้ทุกครั้ง	สำหรับผู้วิจัย
1. กังวลใจ					[]
2. ระบายความเครียดโดยการออกกำลังกายหรือออกกำลังกาย					[]
3. มีความหวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น					[]
4. ยอมรับปัญหา คิดเสียว่าสิ่งต่าง ๆ อาจเลวร้ายได้					[]
5. คิดหาวิธีต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์					[]
6. รับประทานอาหาร สุขบุหรื หรือเคี้ยวหมากฝรั่งมากขึ้น					[]
7. พยายามลืมปัญหาและคิดเรื่องอื่น ๆ แทน					[]
8. ปลอมให้คนอื่นแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์					[]
9. คิดฝันหรือฝันกลางวัน					[]
10. พยายามทำอะไรก็ได้แม้ว่าจะไม่แน่ใจว่าจะช่วยแก้ปัญหาได้					[]
11. พุดคุย ปรึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นกับคนที่เป็โรคเบาหวาน					[]
12. เตรียมพร้อมที่รับเหตุการณ์ที่อาจเลวร้ายที่สุด					[]
13. โกรธ สาปแช่ง สบถสาบาน					[]

ท่านใช้วิธีการต่อไปนี้มากน้อยเพียงใดเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น	ไม่ได้ใช้	ใช้เป็นบางครั้ง	ใช้บ่อย ๆ	ใช้ทุกครั้ง	สำหรับผู้วิจัย
14. ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง พยายามทำใจยอมรับการรักษา					[]
15. พยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นให้ชัดเจนและทุกแง่ทุกมุม					[]
16. พยายามควบคุมสถานการณ์บางอย่างไว้					[]
17. พยายามค้นหาเป้าหมาย หรือทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น					[]
18. สวดมนต์ ภาวนา ขอให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วย					[]
19. รู้สึกหงุดหงิด กระวนกระวาย					[]
20. ถอยหนีจากปัญหาที่ทำให้เครียด					[]
21. ตำนานคนอื่นว่าเป็นตัวการที่ก่อให้เกิดปัญหา (มีส่วนทำให้ท่านต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล)					[]
22. พยายามเปลี่ยนแปลงสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างกระตือรือร้น					[]
23. ระบายอารมณ์กับคนหรือสิ่งของ					[]
24. ต้องการอยู่คนเดียวตามลำพัง					[]
25. ขอมจ้านน เพราะดูเหมือนว่าหมดหนทางแก้ไข					[]
26. ไม่ทำอะไรเลย โดยหวังว่าปัญหาจะคลี่คลายได้เอง					[]
27. แสวงหาความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือเพื่อน					[]
28. ค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย และรักษาเพิ่มเติม เพื่อจะได้แก้ไขปัญหาคิดดีขึ้น					[]
29. ลองแก้ปัญหาหลาย ๆ วิธี เพื่อดูว่าวิธีใดดีที่สุด					[]
30. ปลดปล่อยสถานการณ์เดิมมาใช้ในการแก้ปัญหา					[]
31. นำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการแก้ปัญหา					[]

ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา

คะแนน	การแปลผล
13 - 25	ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาน้อย
26 - 38	ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาปานกลาง
39 - 52	ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามาก

ด้านการแสดงออกทางอารมณ์

คะแนน	การแปลผล
7 - 16	ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการแสดงออกทางอารมณ์น้อย
17 - 26	ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการแสดงออกทางอารมณ์ปานกลาง
27 - 36	ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการแสดงออกทางอารมณ์มาก

ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด

คะแนน	การแปลผล
14 - 27	ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดน้อย
28 - 41	ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดปานกลาง
42 - 56	ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดมาก

ภาคผนวก จ
แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง ให้ท่านอ่านข้อคำถามและเครื่องหมาย ลงในช่อง ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงข้อละ 1 คำตอบ

ข้อคำถาม	เป็นจริง มาก	เป็นจริง ปาน กลาง	ไม่เป็น จริงเลย	สำหรับ ผู้วิจัย
การสนับสนุนทางด้านอารมณ์				
1. ท่านมีคนที่ไม่ไว้วางใจและสามารถพูดคุยปัญหาต่าง ๆ ได้				[]
2. คนในครอบครัว เคยแสดง ท่าทางที่ทำให้ท่านรู้สึกท้อแท้และหมดกำลังใจ				[]
3. คนในครอบครัวทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่น มั่นใจสบายใจและปลอดภัย				[]
4. คนในครอบครัวไม่ทำให้ท่านรู้สึกว่าถูกทอดทิ้งหรืออยู่คนเดียว				[]
5. หากมีอันตรายหรืออาจเกิดอันตรายกับท่าน ท่านมั่นใจว่าจะได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างท่าน				[]
6. ท่านรู้สึกว่า บุคคลรอบข้างเอาใจใส่ท่านมากขึ้น				[]
การสนับสนุนในด้านการประเมินพฤติกรรม				
7. คนในครอบครัว <i>ไม่เคย</i> ถามท่านว่า "ท่านไปรับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดแล้วหรือยัง?"				[]
8. คนในครอบครัวสนับสนุนท่านในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของท่าน				[]

ข้อคำถาม	เป็นจริง มาก	เป็นจริง ปาน กลาง	ไม่เป็น จริงเลย	สำหรับ ผู้วิจัย
9. คนในครอบครัวคอยเตือนท่าน เมื่อท่าน ไม่ปฏิบัติตาม คำแนะนำของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข				[]
10. คนในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านได้พบปะ พูดคุย กับผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ ท่านเป็นอยู่				[]
11. คนในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านหมั่น สังเกตอาการ ผิดปกติของตนเอง				[]
12. คนในครอบครัวคอยห้าม เตือนท่าน เมื่อ ท่านเริ่มละเลย การดูแลสุขภาพของตนเอง				[]
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร				
13. คนในครอบครัวให้ความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับ โรคเบาหวานแก่ท่าน				[]
14. คนในครอบครัวให้คำแนะนำและเสนอแนะ แนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของ ท่าน				[]
15. คนในครอบครัวแสวงหาวิธีการที่จะทำให้ ท่านหายป่วย มาบอกท่าน				[]
16. คนในครอบครัวสอบถามอาการเจ็บป่วยของ ท่านจาก แพทย์หรือพยาบาลและนำมาให้ คำแนะนำกับท่าน				[]
17. เมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการ เจ็บป่วยคนในครอบครัวสามารถช่วยแก้ปัญหา หรือข้อสงสัยให้แก่ท่านได้				[]
18. ท่าน ไม่เคยได้ รับคำแนะนำถึงสถานที่พบ แพทย์เมื่อเกิดการเจ็บป่วยกะทันหัน				[]

ข้อคำถาม	เป็นจริง มาก	เป็นจริง ปาน กลาง	ไม่เป็น จริงเลย	สำหรับ ผู้วิจัย
การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงิน หรือแรงงาน 19. เมื่อท่านมีปัญหาด้านการเงิน ไม่มี คนใน ครอบครัวคอยช่วยเหลือท่านเสมอสักคน				[]
20. เมื่อท่านขาดแคลนของใช้ เสื้อผ้า อาหาร และสิ่งอื่น ๆ คนในครอบครัวคอยช่วยเหลือ ท่าน				[]
21. เมื่อท่านมีอาการไม่สบาย หรืออาการของโรค กำเริบ ท่านมีคนในครอบครัวคอยช่วยเหลือดูแล				[]
22. เมื่อท่านไม่สามารถทำงานบ้านได้ ไม่มี คน ในครอบครัว ช่วยแบ่งเบาภาระแทนของท่าน				[]
23. ท่านได้รับความสะดวกในการมารับการ ตรวจรักษาโรคและได้รับการช่วยเหลือด้าน อื่น ๆ ที่จำเป็นจากคนครอบครัว				[]
24. คนในครอบครัวพร้อมที่จะไปไหนมาไหน กับท่าน เมื่อท่านต้องการ				[]
25. ท่านได้รับของใช้ที่จำเป็นจากคนข้างเคียงใน ระหว่างที่เจ็บป่วยด้วยโรคนี้				[]

รวม.....คะแนน

หมายเหตุ:

- ข้อความด้านบวก ได้แก่ 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 23,
24, 25

- ข้อความด้านลบ ได้แก่ 2, 18, 19, 22,

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวกให้คะแนน ดังนี้

เป็นจริงมาก ให้ 2 คะแนน เป็นจริงปานกลาง ให้ 1 คะแนน ไม่เป็นจริง ให้ 0 คะแนน

ข้อความที่มีความหมายทางลบให้คะแนน ดังนี้

เป็นจริงมาก ให้ 0 คะแนน เป็นจริงปานกลาง ให้ 1 คะแนน ไม่เป็นจริง ให้ 2 คะแนน
ใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมเป็นเกณฑ์ ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538)

ค่าเฉลี่ย 0.00 - 0.66 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

ค่าเฉลี่ย 0.67 - 1.33 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.34 - 2.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง

ภาคผนวก จ
แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 6 แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

คำชี้แจง ให้ท่านอ่านข้อคำถามและเครื่องหมาย ลงในช่อง ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงข้อละ 1 คำตอบ

ข้อคำถาม	เห็นด้วย อย่างมาก	เห็นด้วย ปานกลาง	ไม่เห็น ด้วย	สำหรับ ผู้วิจัย
1. การป่วยเป็นโรคเบาหวาน ไม่ทำ ให้รู้สึกแตกต่างจากคนทั่วไป				[]
2. การรักษาโรคเบาหวานให้หายขาดต้องใช้สมุนไพรร่วมด้วย				[]
3. การรับประทานยาโรคเบาหวานตามที่แพทย์สั่งเป็นเวลานาน ๆ ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ				[]
4. ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถมีอายุยืนยาว โดยไม่ต้องควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ				[]
5. ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรมาตรวจตามนัด ถึงแม้ว่าจะมีอาการปกติดี				[]
6. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ไม่ต้อง รับประทานยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลทุกวันก็ได้				[]
7. ถ้าผู้ป่วยโรคเบาหวานรับประทานยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแล้ว ไม่ต้อง ควบคุมอาหารก็ได้				[]
8. การลดหรือการเพิ่มปริมาณยาเอง ตามอาการที่ท่านรู้สึกว่ามีน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำจะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้ดี กว่ารับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง				[]
9. การงดรับประทานขนมหวานจะทำให้การควบคุมน้ำตาลในเลือดดีขึ้น				[]

ข้อคำถาม	เห็นด้วย อย่างมาก	เห็นด้วย ปานกลาง	ไม่เห็น ด้วย	สำหรับ ผู้วิจัย
10. การออกกำลังกายทุกวัน จะช่วยให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น				[]
11. ท่าน ไม่จำเป็นต้อง ออกกำลังกายเพิ่ม ถ้ามีงานประจำเช่น ทำความสะอาดบ้าน ทำสวน ค้าขาย เป็นต้น				[]
12. การควบคุมอาการทำให้รู้สึกหุดหงิด				[]
13. การควบคุมอาการช่วย ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้				[]
14. การจำกัดอาหารจำพวกข้าวเหนียวเป็น สิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน				[]
15. ถ้าท่านไม่ต้องการให้น้ำตาลในเลือดสูงท่าน ควรรับประทานอาการพวกผักให้มาก ๆ				[]
16. ผู้ที่ป่วยเป็น โรคเบาหวาน ถ้ามีน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร เข้าสูงติดต่อกันเป็นเวลานาน จะทำให้มือและเท้าชา ตาพร่ามัว ไตวาย				[]
17. การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมอาหารเป็นเรื่องที่ยุ่งยากและน่าเบื่อ				[]
18. ผู้ป่วยโรคเบาหวานควร งด รับประทานผลไม้หวานทุกชนิด เหล้าหวานและน้ำผึ้ง				[]
19. ผู้ป่วยโรคเบาหวานควร หลีกเลี่ยง อาหารพวกทอดจากน้ำมันหมูและไขมันจากสัตว์				[]
20. คนที่มีรูปร่างอ้วน ส่วนมากจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคเบาหวาน				[]

รวม.....คะแนน

หมายเหตุ:

- ข้อความด้านบวกได้แก่ 1, 5, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 18, 19, 20

- ข้อความด้านลบ 2, 3, 4, 6, 7, 8, 12, 16, 17

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวกให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยอย่างมาก ให้ 2 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง ให้ 1 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้ 0

คะแนน

ข้อความที่มีความหมายทางลบให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยอย่างมาก ให้ 0 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง ให้ 1 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้ 2

คะแนน

การประเมินทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานใช้เกณฑ์ ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538)

ค่าเฉลี่ย 0.00 - 0.66 หมายถึงทัศนคติระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ย 0.67 - 1.33 หมายถึงทัศนคติระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.34 - 2.00 หมายถึงทัศนคติระดับสูง

ภาคผนวก ข
แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 7 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

คำชี้แจง แบบทดสอบนี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

โปรดอ่านข้อคำถามต่อไปนี้อย่างละเอียด แล้วเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้ของท่าน และกาเครื่องหมาย ในช่อง ให้ตรงกับข้อคำถามเพียงข้อละ 1 คำตอบ

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับ ผู้วิจัย
1. โรคเบาหวานเป็นกลุ่มอาการของโรคซึ่งร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลได้ตามปกติ			[]
2. สาเหตุอย่างหนึ่งของโรคเบาหวาน คือ พันธุกรรม			[]
3. คนที่มีความเครียดทางร่างกายและอารมณ์มาก มีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคเบาหวานได้			[]
4. ผู้ที่มีอายุมากกว่า 45 ปี หรืออ้วนมีญาติใกล้ชิดป่วยเป็นโรคเบาหวานถือว่ามี ปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวานมาก			[]
5. อาการของโรคเบาหวาน คือ ปัสสาวะจำนวนมากและบ่อย ดื่มน้ำมากรับประทานอาหารมากแต่น้ำหนักตัวลดลง			[]
6. การเป็นแผลและฝีง่าย แต่หายยาก ไม่ใช่ อาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน			[]
7. ผู้ป่วยเบาหวานบางราย โดยเฉพาะผู้สูงอายุจะมาพบแพทย์ด้วยภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เช่น ตามัว กลั้นปัสสาวะไม่ได้ เป็นต้น			[]
8. วัตถุประสงค์ของการรักษาโรคเบาหวาน คือ ให้หายจากโรค			[]
9. การรักษาโรคเบาหวานที่สำคัญ คือ ทำให้หายจากโรค			[]
10. การลดหรือการเพิ่มปริมาณยาเองตามอาการที่ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำจะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่ารับประทานยาเบาหวานตามแพทย์สั่ง			[]
11. ถ้าจะควบคุมโรคเบาหวานให้ได้ดีท่านจะต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับ 100 - 140 mg%			[]

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับ ผู้วิจัย
12. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน ๆ จะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน เช่น วัสดุกล้ายจะเป็นเหน็บชาที่ปลายเท้าทั้ง 2 ข้างหรือมีอาการปวดแสบปวดร้อน			[]
13. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมักจะมีอาการเหงื่อออก อ่อนเพลีย กล้ายจะเป็นลม			[]
14. ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรมาตามแพทย์นัดทุกครั้ง ถึงแม้ว่าจะมีอาการปกติก็ตาม			[]
15. ผลไม้ที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานควร หลีกเลี่ยง คือ ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน ขนุน น้อยหน่า ลำไย ละมุด			[]
16. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมอาหารได้ จะมีประโยชน์คือ ช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่เพิ่มขึ้น			[]
17. ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่จำเป็นต้องรับประทานอาหารให้ตรงเวลาก็ได้			[]
18. ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรออกกำลังกายในเวลาเช้าหรือเย็น เพื่อหลีกเลี่ยงอากาศที่ร้อนจัด			[]
19. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เกิดมี บาดแผล ควรไปพบแพทย์หรือปรึกษาให้หายให้เร็วที่สุด และไม่ควรรักษาเอง			[]
20. ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรออกกำลังกายทุกวัน โดยแต่ละครั้งควรใช้เวลานานประมาณ 2 ชั่วโมง			[]
21. ผู้ป่วยเบาหวาน ไม่มี ความจำเป็นต้องทำความสะอาดหรือดูแลเท้าเป็นพิเศษ			[]
22. ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องบริหารเท้าเป็นพิเศษ นอกจากการเดิน เช่น กระจกเท้า หมุนข้อเท้า หรือการบริหารเท้าอื่น ๆ			[]
23. ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถ คั้ม เครื่องคั้มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสมได้เช่นเดียวกับคนปกติ			[]
24. ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ไม่ใช่ สิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน			[]

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับ ผู้วิจัย
25. ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรได้รับการดูแล เอาใจใส่จากญาติและบุคคลในครอบครัวด้วยความเข้าใจอยู่เสมอ			[]

รวม.....คะแนน

หมายเหตุ:

- ข้อคำถามต่อไปนี้ 1, 2, 3, 4, 5, 7, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 22, 25 ถ้าตอบว่า “ใช่” ได้

1 คะแนน

- ข้อที่เหลือได้แก่ 6, 8, 9, 10, 17, 18, 20, 21, 23, 24 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน

เกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้
(จันทิมา โดษะนันท์, 2544)

คะแนนร้อยละ 0 - 49

หมายถึงมีความรู้ระดับต่ำ

คะแนนร้อยละ 50 - 74

หมายถึงมีความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนร้อยละ 75 ขึ้นไป

หมายถึงมีความรู้ระดับดี

ภาคผนวก ข

แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 8 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านเกี่ยวกับความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่ท่านกำลังเผชิญอยู่ในขณะนี้ว่ามีความรุนแรงในระดับ โดยมีเกณฑ์ดังนี้

- 3 หมายถึง ท่านรับรู้ว่าเป็นขณะนี้ความเจ็บป่วยของท่านมีอาการรุนแรงมาก
- 2 หมายถึง ท่านรับรู้ว่าเป็นขณะนี้ความเจ็บป่วยของท่านมีอาการรุนแรงปานกลาง
- 1 หมายถึง ท่านรับรู้ว่าเป็นขณะนี้ความเจ็บป่วยของท่านมีอาการรุนแรงน้อย

ความรู้สึกของท่าน	มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)	สำหรับ ผู้วิจัย
ท่านคิดว่าความรุนแรงของการเจ็บป่วยของท่านในขณะนี้มากน้อยเพียงใด				[]

รวม.....คะแนน