

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี



นางสาวอำพร เนื่องจากนาค

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)

are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2560

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Depression in Patients with Type 2 Diabetes in Chaophya Abhai Bhubejhr Hospital,
Prachinburi Province

Miss Amporn Nueangjaknak



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2017

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาล

เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

โดย

นางสาวอำพร เนื่องจากนาค

สาขาวิชา

สุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิพงศ์ วัชรสินธุ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพโรจน์ ลือบุญธวัชชัย)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พิชัย อธิฐานสกุล)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

อำพร เนื่องจากนาค : ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี (Depression in Patients with Type 2 Diabetes in Chaophya Abhai Bhujehr Hospital, Prachinburi Province) อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. พญ.ศิริลักษณ์ ศุภปิติพร, 117 หน้า.

เหตุผลของการทำวิจัย : โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขและผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานพบว่ายังมีการศึกษาจำนวนน้อยในประเทศไทย

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

วิธีการทำวิจัย : เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 355 รายที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ในช่วงเดือนสิงหาคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2560 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบประเมินสภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ ฟิชเชอร์เอ็กเซ็ท การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 55.7 ปี ร้อยละ 60 เป็นเบาหวานมากกว่า 5 ปี ประมาณร้อยละ 25 มีการใช้สมุนไพร พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เท่ากับร้อยละ 20.8 การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับร้อยละ 84.8 ปัจจัยที่พบความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ อายุมากกว่า 50 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีการใช้เซอม สภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวไม่ค่อยดี

สรุป : การศึกษาครั้งนี้พบความชุกของภาวะซึมเศร้าถึง 1 ใน 5 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และพบปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษานี้จะให้แนวทางที่เป็นประโยชน์ในการตระหนักถึงภาวะซึมเศร้าและให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต

สาขาวิชา สุขภาพจิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาหลัก

ปีการศึกษา 2560

5974264830 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORDS: DEPRESSION / DIABETES TYPE 2 / LICORICE / FAMILY FUNCTIONING

AMPORN NUEANGJAKNAK: Depression in Patients with Type 2 Diabetes in Chaophya Abhai Bhubejhr Hospital, Prachinburi Province. ADVISOR: ASSOC. PROF.SIRILUCK SUPPAPITIPORN, M.D., 117 pp.

Background : Diabetes mellitus (DM) is one of the commonest public health problems. It's a chronic, debilitating disease that need a lifelong care both physical and psychological aspects. Previous studies about depression in diabetes patients are scant in Thailand.

Objective : To determine the prevalence of depression and associated factors in patients with type 2 diabetes at Chao Phya Abhaibhubejhr Hospital, Prachinburi Province.

Methods : A cross-sectional descriptive study was conducted among patients with type 2 diabetes at outpatient clinic of Chao Phya Abhaibhubejhr Hospital, Prachinburi Province, Thailand during August to December 2017. The instruments were demographic and clinical characteristics questionnaire, the Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS), the Health Perception Questionnaire, and the Family state and functioning assessment scale. Statistics used to analyze data were frequencies, percentages, mean and standard deviation, chi-square test, Pearson product-moment correlation coefficient and Logistic regression.

Results : Of the total 355 participants, the mean age was 55.7 years, 60 % had diagnosed type 2 diabetes for more than 5 years, 25 % had used any herbs. The prevalence of depression in patients with type 2 diabetes was 20.8 %. Depression was significantly related to age above 50 years, unemployment, licorice herb use and lower family state and functioning.

Conclusion : One-fifth of the patients with type 2 diabetes were found to have depression. Socio-demographic and family factors associated with depression. The result of this study would be beneficial for recognizing depression and providing appropriate care for patients with type 2 diabetes.

Department: Psychiatry
Field of Study: Mental Health
Academic Year: 2017

Student's Signature

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา อนุเคราะห์ และความช่วยเหลือจาก บุคคลหลายท่าน ซึ่งผู้วิจัยขอกล่าวนามเพื่อแสดงความขอบคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร อาจารย์ที่ ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาให้คำปรึกษา คำแนะนำ ให้ความรู้และกระบวนการทำ วิทยานิพนธ์ทุกขั้นตอน รวมถึงแนะนำการเขียน การนำเสนอที่ถูกต้อง ตลอดจนการให้กำลังใจเป็น อย่างดี เป็นแรงผลักดันให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพโรจน์ ลีอบุญธวัชชัย ที่ให้เกียรติเป็น ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และรองศาสตราจารย์นายแพทย์พิชัย อภิภูสกุศล กรรมการสอบ ภายนอกมหาวิทยาลัย ที่ให้เกียรติและสละเวลาของท่านเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ อีกทั้ง กรุณาให้คำแนะนำ ตลอดจนแนวทางในการปรับปรุงและตรวจสอบสอบวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้ สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ ธนา นิลชัยโกวิทย์ ที่อนุญาตให้ใช้แบบ วัตถุประสงค์ก้างวลและอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย พยาบาลวิชาชีพ ชนินทร์ภร เต็มรัตน์ ที่ อนุญาตให้ใช้แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ และนายแพทย์สุชาติ ศุภปีติพร ที่อนุญาตให้ใช้แบบวัด ประเมินสภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ที่ อนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัยในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อีกทั้ง พยาบาลวิชาชีพทุกท่านและเจ้าหน้าที่ ทุกฝ่ายของโรงพยาบาล ที่ให้ความช่วยเหลือ คำแนะนำในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย จนลุล่วงไป ได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ที่อบรมสั่งสอนทั้ง ความรู้ การดำเนินชีวิตประจำวัน รวมถึงเจ้าหน้าที่ธุรการทุกท่าน ที่ให้คำแนะนำและคอย ช่วยเหลือในขณะทำการศึกษาและทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณสมาชิกครอบครัวทุกท่านที่สนับสนุนการศึกษาครั้งนี้ เพื่อนร่วมงานที่ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ เพื่อนิสิตปริญญาโทมหาบัณฑิตร่วมรุ่นทุกท่านที่มีมิตรภาพที่ดีต่อกันและ กัน สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณนาย ปวิธ ฟังสิริวิโรจน์ ที่คอยช่วยเหลือและเป็นกำลังใจอย่างดีตลอด มา

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
บทที่ 1.....	1
บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามของการวิจัย.....	2
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	2
ขอบเขตของการวิจัย.....	2
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	3
คำนิยามที่ใช้ในการวิจัย.....	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework).....	5
บทที่ 2.....	6
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า.....	6
ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า.....	6
อาการและอาการแสดง.....	6
ระบาดวิทยา.....	7
สาเหตุของโรค.....	8

เกณฑ์การวินิจฉัย ⁽¹¹⁾	22
การรักษา.....	23
ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ⁽¹⁵⁾	25
การดำเนินของโรค.....	25
อาการและอาการแสดง	26
เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน ⁽¹⁶⁾	26
ภาวะแทรกซ้อน.....	27
การรักษา ⁽¹⁵⁾	28
แนวคิดและทฤษฎี	32
งานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	37
บทที่ 3.....	47
วิธีดำเนินการวิจัย	47
รูปแบบการวิจัย (Research Design)	47
ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)	47
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	48
การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection).....	51
การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)	52
บทที่ 4	53
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	53
ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐานและพิสัยควอไทล์ (n=355).....	54

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ามาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาล เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี	68
ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนภาวะซึมเศร้า กับ คะแนนข้อมูล ส่วนบุคคล คะแนนการมีส่วนร่วมของร่วมชุมชน คะแนน สภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของ ครอบครัว โดยใช้สถิติ Pearson Product Moment Correlation Coefficiency	80
ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าโดยใช้สถิติ logistic regression analysis.....	82
บทที่ 5	83
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	83
ลักษณะข้อมูลทั่วไป	83
ผลการวิเคราะห์ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยต่างๆของกลุ่มตัวอย่าง	85
อภิปรายผลการวิจัย.....	87
สรุปผลการศึกษา.....	91
ข้อจำกัดในการศึกษา.....	91
ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	91
รายการอ้างอิง	92
ภาคผนวก.....	99
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	117

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคล จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพรายได้เฉลี่ย และการเดินทางมาโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง (n=355).	54
ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของข้อมูลสิทธิการรักษาพยาบาล จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน (นอนโรงพยาบาล) ภาวะโรคร่วมทางกาย การรักษาแพทย์แบบทางการแพทย์ทางเลือก (n=355).....	56
ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของข้อมูลการใช้สมุนไพรและการรักษาแพทย์แบบทางการแพทย์ทางเลือก (n=355).....	58
ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของข้อมูลระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด ปัจจุบัน (n=355)	59
ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละของข้อมูลประวัติครอบครัวมีโรคประจำตัว ประวัติครอบครัวมีโรคทางจิตเวช (n=355)	60
ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ของ ข้อมูลที่เกี่ยวกับสุขภาพของชุมชน (n=355)	61
ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง (n=355)....	63
ตารางที่ 8 ข้อมูลแสดงจำนวน ร้อยละ ของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรของกลุ่มตัวอย่าง (n=355) แสดงผลการทดสอบด้วยแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) ของกลุ่มตัวอย่าง.....	64
ตารางที่ 9 ข้อมูลแสดงจำนวน ร้อยละของข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรของกลุ่มตัวอย่าง (n=355).....	65
ตารางที่ 10 ข้อมูลแสดงจำนวน ร้อยละ ของสภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรของกลุ่มตัวอย่าง (n=355).....	66
ตารางที่ 11 ข้อมูลของคะแนนในแต่ละด้านของสภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว (n=355).....	67
ตารางที่ 12 แสดงผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (n = 355).....	68

ตารางที่ 13 แสดงผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลในเลือด กับข้อมูลการใช้สมุนไพรร (n=355)74

ตารางที่ 14 แสดงผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมเศร้า และ ระดับน้ำตาลในเลือดกับข้อมูลการมีส่วนร่วมในชุมชน (n=355).....76

ตารางที่ 15 แสดงผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมเศร้าข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพ ข้อมูลสภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว โดยใช้ Chi-square และ The Fisher’s exact test (n=355).....78

ตารางที่ 16 แสดงผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างคะแนนซีมเศร้ากับคะแนนปัจจัยส่วนบุคคล สภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและ การรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยใช้ Pearson correlation.....80

ตารางที่ 17 แสดงผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนภาวะซีมเศร้ากับการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยใช้ Spearman Correlation81

ตารางที่ 18 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้า ด้านข้อมูลส่วนบุคคล และ ข้อมูลสภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ด้วยสถิติ Logistic regression เมื่อควบคุมอิทธิพลตัวแปรอื่นๆ ด้วยวิธี Forward Likelihood Ratio82

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อ เกิดขึ้นได้จากการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อของร่างกายที่ผิดปกติ การสืบทอดทางพันธุกรรม พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย ขาดใส่ใจในการดูแลตนเอง ซึ่งทำให้เกิดโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่ตามมาทั้งระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบหลอดเลือดสมอง การทำงานของไตลดลงเกิดเป็นโรคไตวาย รวมถึงการมองเห็นลดลงทำให้สูญเสียการมองเห็น และการสูญเสียเท้าหรือขาจากโรคเบาหวานที่สุด แม้ว่าการแพทย์ในปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่เพิ่มมากขึ้น ทั้งทางด้านเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยรวมถึงยารักษาโรคที่มีการพัฒนาขึ้นในหลากหลายรูปแบบทั้งแบบรับประทานและแบบฉีด เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานใช้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แต่ยังไม่สามารถช่วยลดการเกิดโรคเบาหวานได้อีกทั้งมีการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่สูงขึ้น อัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มมากขึ้น สถิติเบาหวานทั่วโลกในปี 2558 มีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 415 ล้านคน ในอีก 30 ปีข้างหน้าจะมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นจำนวน เป็น 642 ล้านคนในปี 2583 และมี 1 ใน 11 คนเป็นโรคเบาหวานโดยที่ตนเองไม่รู้ตัวเองว่าป่วยเป็นโรคเบาหวานและทุก 6 วินาที มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวาน⁽¹⁾ ในปัจจุบันประเทศไทย มีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นร้อยละ 6.4 ของประชากรไทยวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวานซึ่งเท่ากับประมาณ 3.2 ล้านคนและจำนวนจะเพิ่มขึ้น 1.1 ล้านคน ในแต่ละวันมีคนไทยมากกว่า 180 คนหรือเกือบ 8 คนต่อชั่วโมงเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน⁽²⁾ อีกทั้งภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานทางด้านทางร่างกายจะทวีความรุนแรงมากขึ้น

การเพิ่มขึ้นของโรคเบาหวานเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าและปัญหาทางจิตเวชอื่น⁽³⁾ ซึ่งเกิดจากความเครียดจากการต้องดูแลตัวเองและควบคุมโรค ระดับน้ำตาลและโรคแทรกซ้อนที่พร้อมที่จะเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาจากข้อมูลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในปี 2551 พบว่าร้อยละ 28 ของผู้ป่วยไทยที่เป็นโรคเบาหวานมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี⁽⁴⁾ ภาวะซึมเศร้านอกจากทำให้ผู้ป่วยไม่มีความสุข แล้วยังส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาทำให้ผลของการรักษาไม่ดีและเพิ่มค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ⁽⁵⁾ โรคเบาหวานไม่เพียงเกิดขึ้นกับผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจผลกระทบต่อด้านสังคมและอารมณ์ต่อครอบครัว โรคเบาหวานเชื่อมโยงกับภาวะซึมเศร้าเนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จะทำให้ฮอร์โมนและสารสื่อประสาท (Serotonin) ลดลงจากเดิมทำให้เกิดความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้⁽⁶⁾

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาโรคเบาหวานแบบองค์รวม การดูแลทั้ง กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานนอกจากการดูแลด้วยวิธีการรักษาด้วยยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของแพทย์แผนปัจจุบันหรือบริการทางด้านแพทย์ทางเลือก การใช้สมุนไพรไทย แพทย์แผนโบราณ แพทย์แผนไทย รวมถึงการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยเบาหวานเป็นสิ่งสำคัญของการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากผู้ป่วยเบาหวานมีปัญหาทางด้านร่างกายและ

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นซึ่งมีผลกระทบต่อด้านจิตใจทำให้เกิด ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล รวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ตนเองต่อโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากชุมชน ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและผู้ป่วยเบาหวาน

ผู้ศึกษาวิจัยจึงสนใจศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและมีปัจจัยใดที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรีและในจังหวัดปราจีนบุรีพบผู้ป่วยเบาหวานเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศ เพื่อให้เกิดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อเป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การดูแลรักษาการฟื้นฟูผู้ป่วยเบาหวานรวมถึงการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนเพื่อก่อให้เกิดคุณประโยชน์ต่อผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

คำถามของการวิจัย

1. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรีซึ่งเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยศึกษาที่ ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง(Cross-sectional Descriptive Study Design) โดยมีการศึกษาตัวแปรต่างๆ ดังนี้

ตัวแปรอิสระ (Independent variables) ประกอบด้วย

- ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ การเดินทางมาโรงพยาบาล
- ปัจจัยเกี่ยวกับโรคเบาหวานและปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ระยะเวลาของการของดำเนินโรค การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะแทรกซ้อนของโรค จำนวนครั้งที่มา รักษา ภาวะโรคร่วมอื่นๆ การรักษาโรคเบาหวาน การรักษาแบบทางการแพทย์ทางเลือก
- ปัจจัยด้านตนเองครอบครัวและจิตสังคม ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว การมีส่วนร่วมของชุมชน การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง (Self-health perception)

ตัวแปรตาม (dependent variables)

- ภาวะซึมเศร้า

ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจากการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive Study Design) จึงบอกเพียงความชุกของภาวะซึมเศร้าและศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในระหว่างแต่ละกลุ่มเท่านั้น ซึ่งไม่สามารถระบุถึงสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่เกิดขึ้นอื่นได้

คำนิยามที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะซึมเศร้า⁽⁷⁾ หมายถึง ภาวะซึมเศร้าที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงอาการและอาการแสดงในทางจิตสรีระ (Psychopathological dimension) มีระดับความรุนแรงตั้งแต่ระดับเล็กน้อยระดับปานกลางจนถึงระดับรุนแรงอาการและอาการแสดงจะเริ่มส่งผลกระทบต่อบุคคลได้มากกว่าอารมณ์เศร้าปกติ โดยบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิด อารมณ์พฤติกรรมและสรีระที่เปลี่ยนไปจากเดิมของบุคคลนั้นและมักพบว่า การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ มองโลกในแง่ลบ มีความรู้สึกต่อคุณค่า ชีวิตไร้คุณค่า รู้สึกผิด ท้อแท้ เบื่อหน่าย และมีผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน เบื่ออาหาร น้ำหนักลด มีความผิดปกติของการนอน ไม่มีความสนใจหรือความเอาใจใส่ในสิ่งที่ตนเองชอบและมีผลกระทบต่อหน้าที่การงานและกิจกรรมทางสังคมต่างๆ ไป ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ใช้ประเมินโดยแบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า (Thai Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) โดยถือว่ามีภาวะซึมเศร้าเมื่อมีคะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป

เบาหวานชนิดที่ 2⁽⁸⁾ เป็นโรคที่มีความผิดปกติของการควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดให้อยู่ในระดับที่ปกติ การเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆในร่างกายหลายระบบนำมาสู่การเพิ่มขึ้นของระดับน้ำตาลอย่างช้าๆโดยเริ่มจากระดับ impaired fasting glucoseและimpaired glucose tolerance จนเข้าสู่ระดับน้ำตาลที่เข้าได้กับโรคเบาหวานซึ่งได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์

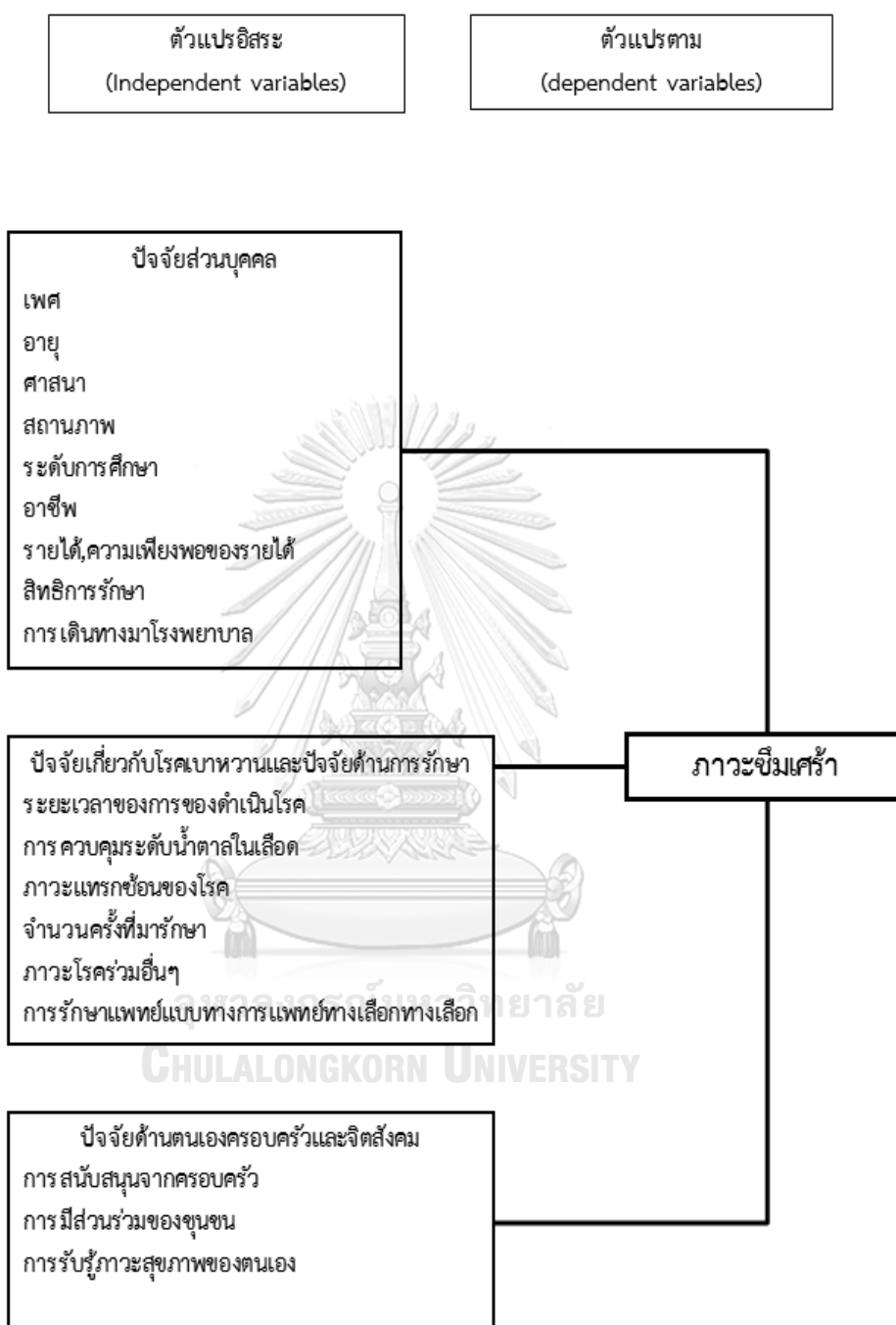
การรับรู้ภาวะสุขภาพ (health perception)⁽⁹⁾ หมายถึง การแสดงถึงความรู้สึกและความคิดเห็นต่อภาพรวมของสุขภาพ ทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากพฤติกรรม การรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปี และการรับอุปสรรคของการตรวจสุขภาพประจำปี

การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว⁽¹⁰⁾ ความสามารถของครอบครัวในการจัดการระบบภายในครอบครัวให้ดำเนินต่อไปอีกทั้งได้รับความร่วมมือกันดีจากภายในครอบครัวและยังมีขอบเขตหน้าที่ชัดเจนของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว ครอบครัวสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม รวมถึงการแสดงของทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการมองโลกในแง่ดีและมองปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถของครอบครัว พร้อมจะก้าวผ่านไปด้วยกันในทางที่ดี โดยการศึกษาครั้งนี้แบ่งการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็น 5 ด้าน ดังนี้ คือ ด้านการสนับสนุน ด้านระเบียบวินัย ด้านการสื่อสารและแก้ปัญหา ด้านสภาพอารมณ์ ด้านสัมพันธภาพ ตามแบบการใช้ประเมินโดยแบบประเมินสภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ได้รับข้อมูลความชุกของภาวะซึมเศร้าที่มีเบาหวานชนิดที่2 เพื่อหาแนวทางการป้องกันหรือลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 เพื่อใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพที่รับข้อมูลการวิจัยครั้งนี้เพื่อหาวิธีการป้องกันและแนวทางแก้ไขร่วมกัน
2. การวิจัยครั้งนี้จะก่อประโยชน์ให้กับสังคมและชุมชนที่นำข้อมูลที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อสร้างความสุขและแรงบันดาลใจในการดูแลตนเองต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี โดยผู้วิจัยมีขอบเขตในการศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
2. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าหรือกลุ่มโรคซึมเศร้า (Depressive disorders) คือกลุ่มโรคทางอารมณ์ (mood disorder) ลักษณะที่พบบ่อยของกลุ่มโรคกลุ่มนี้ได้แก่ อารมณ์เศร้าหรือรู้สึกว่างเปล่าหรืออารมณ์หงุดหงิดร่วมกับอาการทางกายและการเปลี่ยนแปลงของพุทธิปัญญา (cognition) ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคลโดยโรคในกลุ่มนี้จะมีความแตกต่างกันในแง่ของอาการแสดง ความรุนแรง ระยะเวลาของการดำเนินโรคและสาเหตุ โรคในกลุ่มนี้ตามระบบวินิจฉัย Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition ⁽¹⁾

อาการและอาการแสดง

อาการหลัก (Core หรือ essential symptoms) ของโรคซึมเศร้า คือ อารมณ์ทางลบ ได้แก่ อารมณ์เศร้า หดหู่ ไม่สดชื่น ไม่ร่าเริง หม่นหมอง (depressed mood) และอารมณ์ทางบวกลดลงหรือหายไป (loss of interest/pleasure) หรือเรียกว่า “anhedonia” ได้แก่ การขาดความสนใจ ขาดความมั่นใจ ขาดความมุ่งมั่นตั้งใจ ไม่มีความกระตือรือร้น ไม่มีแรงจูงใจ ไร้ความหวัง ไม่มีความสุข ไม่มีความสุขเพลิดเพลิน ไม่มีความชื่นชม ไม่ยินดียินร้าย ไม่รู้สึกสนใจหรือเป็นสุขต่อสิ่งเคยรู้สึกไม่ว่าจะเป็นกิจวัตรประจำวันที่เคยทำหรืองานอดิเรก จะแสดงออกโดยการแยกตัว ไม่เข้าสังคม ไม่อยากพบปะหรือพูดคุยกับผู้อื่น ไม่ตอบสนองต่อความชอบใจหรือพึงพอใจเช่นเคย

อาการร่วมอื่นๆ ที่สำคัญได้แก่ สมาธิไม่ดี ความสามารถในการคิดและความจำ (poor concentration, inefficient thinking and memory problem) ลืมง่ายซึ่งมีสาเหตุมาจากสมาธิและความตั้งใจที่ลดลง ลังเล ขาดความมั่นใจ รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกผิดโดยไม่มีเหตุผล มีตม่น สิ้นหวัง รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่าหรือรู้สึกผิดที่ตนเองผิด (guilt) อย่างมากๆ หรือรู้สึกผิดอย่างไม่สมควรจะรู้สึกอย่างนั้น (inappropriate guilt) หรือความคิดวณเวียนเกี่ยวกับความตาย (suicidal ideation) อาจจะมี

มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการนอน การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการกินหรือน้ำหนัก ความสนใจ และความต้องการทางเพศลดลง เมื่อยล้า อ่อนเพลีย เคลื่อนไหวช้า เฉื่อยชา หรือกระวนกระวาย (psychomotor retardation or agitation) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีอาการเฉื่อยชา การแสดงออกทางสีหน้าและการเคลื่อนไหวเหมือนกับไม่มีชีวิตจิตใจและหมดอาลัยตายอยาก หากอาการเป็นมากอาจไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าจนเลยจนเข้าลักษณะ catatonia ได้ ในทางตรงข้ามผู้ป่วยที่มีอาการกระวนกระวาย กระสับกระส่าย นิ่งไม่ติด ผุดลุกผุดนั่งจะเรียกว่า “agitate depression” ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและแนวโน้มที่จะเปลี่ยนเป็น bipolar and related disorder ได้ในอนาคต

อาการของ melancholic depression ได้แก่ อารมณ์ท้อ เฉยเมย (emotional numbness) ขาดความสนใจหรือพึงพอใจโดยสิ้นเชิง (anhedonia) เช่น ไม่รู้สึกสนุกสนานในการชมละคร เดิมตื่นเช้ามากกว่าปกติ (early morning awakening) กระวนกระวายหรือเฉื่อยชา (psychomotor retardation หรือ agitation) น้ำหนักลดร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวภายใน 1 เดือนและ diurnal mood variation ซึ่งหมายถึงอาการต่างๆของภาวะ depression มีการเปลี่ยนแปลงระหว่างวันโดยที่มีอาการมากที่สุดในตอนเช้าหรือตอนเย็น ในขณะที่ช่วงเวลากลางวันอาการจะน้อยกว่า

ใน severe depression อาจพบ mood congruent delusion และ mood congruent hallucination (อาการหลงผิดและอาการหลอนที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับอารมณ์เศร้า) เช่น ผู้ป่วยอาจมีความคิดหลงผิดว่าผิดบาป (delusion of guilt หรือ sin) หรือเชื่อว่าตนเองเป็นภาระให้บุคคลอื่น

ระบาดวิทยา

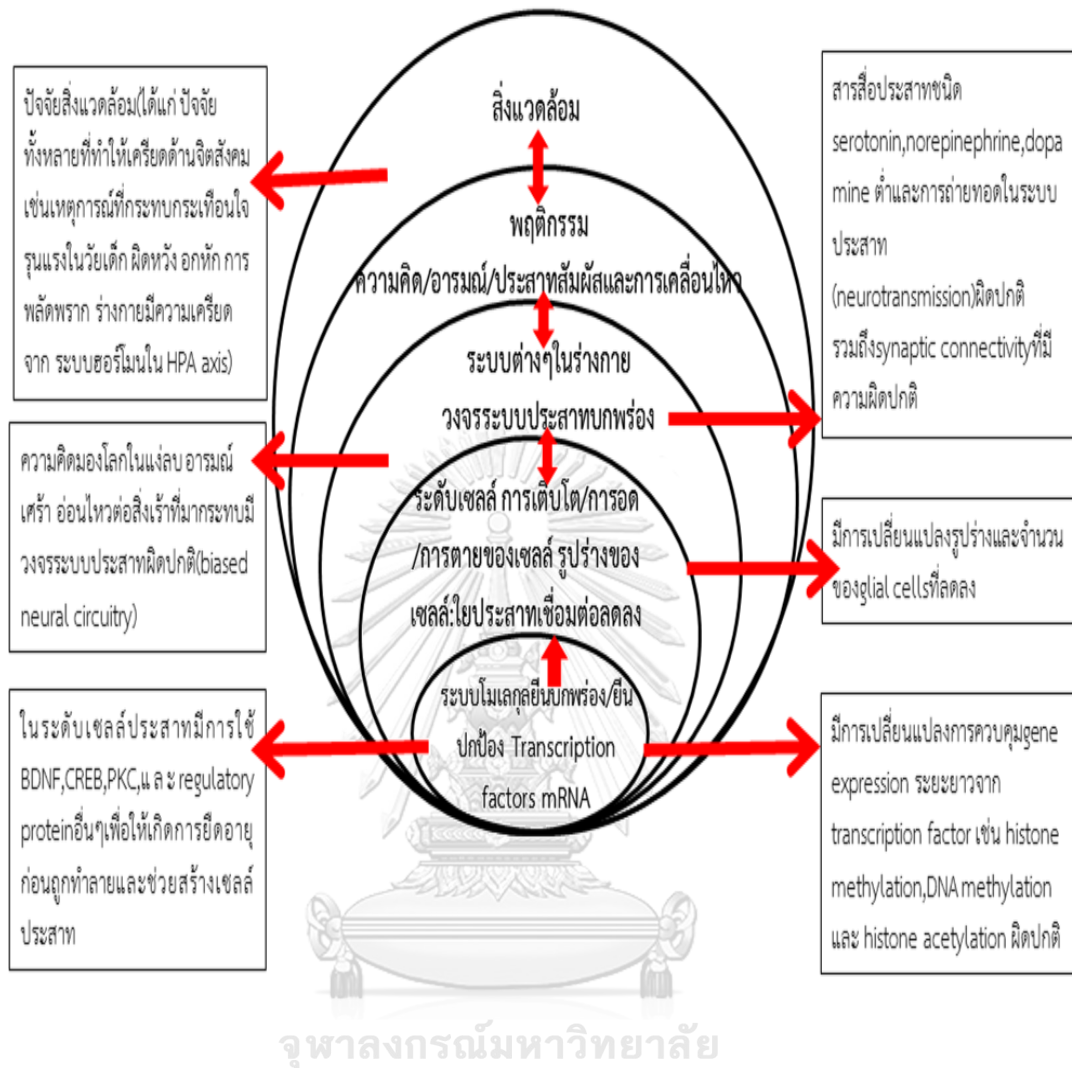
ปัจจุบันกลุ่มโรคซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่ก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพมากที่สุด การคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลกระบุว่าใน พ.ศ. 2563 กลุ่มโรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพเป็นอันดับที่ 2 ปัจจุบันความชุกของกลุ่มโรคซึมเศร้าในตลอดช่วงชีวิตหนึ่ง ในคนไทยอยู่ระหว่างร้อยละ 1.4 -19.9 และความชุก ณ จุดใดจุดหนึ่งของช่วงชีวิตอยู่ระหว่างร้อยละ 2.6 - 3.7 ขณะที่ความชุกของโรคซึมเศร้าในต่างประเทศอาจสูงถึงร้อยละ 3 -17 โดยเป็น major depressive disorder รวร้อยละ 5 ความชุกของ disruptive mood deregulation disorder (dysthymic disorder) รวร้อยละ 2-5 โดยความชุกที่แตกต่างกันนี้เกิดจากกระบวนการสุ่มและขนาดตัวอย่างที่แตกต่างกัน เครื่องมือที่ใช้วินิจฉัยโรคซึมเศราก็แตกต่างกัน โดยรวมแล้วความชุกในประเทศไทยจะต่ำกว่าประเทศตะวันตก ความชุกในเพศหญิงจะสูงกว่าเพศชายราว 2 เท่า อายุเฉลี่ยที่เริ่มป่วย 40 ปี โดยที่ราวครึ่งหนึ่งจะเริ่มมีอาการในช่วงอายุ 20-50 ปี

สาเหตุของโรค

ยุคก่อนคริสต์ศตวรรษที่ 19 ภาวะซึมเศร้ามีมานานจากหลักฐานทางประวัติศาสตร์ ตั้งแต่ยุคอียิปต์โบราณเริ่มตั้งแต่กษัตริย์พระนามว่า Saul เกิดภาวะซึมเศร้า และฆ่าตัวตายได้สำเร็จ และยังไม่มีการเรียกชื่อหรืออธิบายถึงสาเหตุการเกิดได้ แต่มนุษย์สมัยนั้นเชื่อว่าเป็นผลมาจากถูกเวทย์มนต์ทางไสยศาสตร์ครอบงำและใช้วิธีเจาะกะโหลกศีรษะเป็นการรักษาเพื่อที่จะนำผีร้ายออกจากร่างกาย นอกจากนี้หลักฐานทางวัฒนธรรมอียิปต์โบราณ (Egypt) และยุคเมโสโปเตเมีย (Mesopotamia) มนุษย์เชื่อว่าโรคร้ายไข้เจ็บเกิดจากอำนาจเหนือธรรมชาติ จนกระทั่งถึงยุคกรีกถึงโรมัน เริ่มมีนักปรัชญาพยายามอธิบายปรากฏการทางร่างกายและจิตใจด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์มากขึ้น เริ่มตั้งแต่ Empedocles (490-430BC) ได้ตั้งทฤษฎีฮิวเมอรอล (Humoral theory) ที่กล่าวว่ามีธาตุทั้งสี่เป็นองค์ประกอบภายในคือ 1) ธาตุดินซึ่งอยู่ในสมอง มีคุณสมบัติเป็นความแห้งและเป็นองค์ประกอบของเสมหะ 2) ธาตุน้ำซึ่งอยู่ในตับ มีคุณสมบัติเป็นความชื้นและองค์ประกอบของน้ำสีเหลือง 3) ธาตุลมซึ่งอยู่ในม้าม มีคุณสมบัติเป็นความเย็นและเป็นองค์ประกอบของน้ำดีสีดำ 4) ธาตุไฟซึ่งอยู่ในหัวใจ มีคุณสมบัติเป็นความร้อนและองค์ประกอบของเลือดทั้งสี่ที่เสียสมดุลดั้งเดิมถึงจะรักษาโรคให้หายได้

ต่อมาในสมัย Hippocrates (490-430BC) เป็นยุคที่มีการพัฒนาองค์ความรู้ต่างๆก้าวหน้ามาก ท่านได้ชื่อว่าเป็นบิดาของวงการแพทย์ชาวกรีก และใช้ทฤษฎีฮิวเมอรอลของ Empedocles ในการอธิบายการเจ็บป่วยทางจิตและยืนยันว่าการเจ็บป่วยทั้งหลายสามารถอธิบายสาเหตุพื้นฐานมาจากธรรมชาติ ตัวอย่างเช่น การฝันร้ายและวิตกกังวลเกิดจากการไหลของน้ำดีเข้าไปในสมองแบบกะทันหัน Hippocrates ตั้งชื่อโรค melancholia ซึ่งหมายถึงลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออกชัดเจนคือเคลื่อนไหวน้อยลง อารมณ์ไม่ดีสีหน้าบูดบึ้ง เป็นบ้า เชื่อว่าเกิดจากน้ำดำ (black bile) มากเกินไป รวมถึงมีการเพิ่มความอุ่นและชื้นในสมอง Hippocratesยังกล่าวถึงพื้นฐานอารมณ์ (temperament) ไม่ว่าจะเป็นโกรธ เฉยชา ร่าเริง หรือเศร้าเชื่อว่าเกิดจากธาตุใดธาตุหนึ่งในร่างกายมากเกินไป Hippocrates ได้ตั้งทฤษฎีเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชเกิดจากความไม่สมดุลของธาตุทั้ง 4 ของร่างกาย ได้แก่ น้ำดีดำ (black bile) น้ำดีเหลือง (yellow bile) เลือด (blood) และเสมหะ (phlegm) ทำให้เกิดพื้นฐานอารมณ์ 4 แบบ คือ อารมณ์ซึมเศร้า (melancholic) เกิดจากน้ำดำ อารมณ์หงุดหงิด วิตกกังวล (choleric) เกิดจากน้ำดีสีเหลือง (yellow bile) อารมณ์ครึกครื้นอารมณ์ดี sanguine) เกิดจากเลือด (blood) อารมณ์เฉยเฉื่อยชา (phlegmatic) เกิดจากเสมหะ (phlegm) โดยพื้นฐานอารมณ์เหล่านี้ ถ้ามีมากจะเกิดโรคทางจิตเวช⁽¹¹⁾

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน แต่โรคซึมเศร้าอาจเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างกรรมพันธุ์กับสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติในยีน serotonin transporter gene short allele ยีนนี้พบบนโครโมโซมที่17 ตำแหน่ง q11.1-q12 การที่ยีนนี้ผ่าเหล่าทำให้การดูดสารสื่อประสาทชนิด serotonin ที่บริเวณ synaptic cleft กลับเข้าสู่เซลล์ประสาทที่มีความบกพร่อง คนที่มียีนผ่าเหล่า เมื่อผ่านประสบการณ์ในวัยเด็กที่ไม่ราบรื่น ได้รับความกระทบกระเทือนใจรุนแรง เช่น ถูกทำร้ายทางจิตใจ ถูกทำร้ายร่างกายหรือทางเพศ ถูกทอดทิ้ง ต้องพลัดพรากจากพ่อแม่ตั้งแต่เล็กอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสมอง กล่าวคือ เกิดความไม่สมดุลในการทำงานของสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบต่อมไร้ท่อโดยเฉพาะ hypothalamopituitary adrenal axis (HPA) ซึ่งจะทำงานมากผิดปกติ (hyperactivity) ทำให้ระดับ cortisol สูงขึ้น เกิดความผิดปกติของวงจร circadian rhythm ในร่างกายทำให้สารสื่อประสาทชนิด serotonin, noradrenaline และ dopamine ทำงานลดลง ร่วมกับพยาธิสภาพของสมองส่วนหน้า (prefrontal cortex) และส่วน limbic system โดยพบว่าการลดจำนวนและความหนาแน่นของ glial cells และ synaptic connectivity ในบริเวณสมองส่วนหน้าโดยเฉพาะที่ส่วนสมอง dorsolateral prefrontal cortex, anterior cingulate cortex, ventral striatum, nucleus accumbens และ hippocampus ส่งผลให้สองส่วนดังกล่าวทำงานได้ลดลง ทำให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ neuroprotective protein เช่น brain-derived neurotrophic factor (BDNF) และ cAMP response element-binding protein (CREB) รวมทั้ง neuroimmunologic factors เช่น interleukin (IL), tumor necrosis factor-alpha (TNF) และ fibroblast and growth factors (FGF) ก็พบว่ามีเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นด้วยเช่นกัน^(11, 12)



รูปที่ 1 แนวคิดความคิดเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในคริสต์ศตวรรษที่ 21

ดัดแปลงจาก: Schloesser RJ et al. 2008 Neuropsychopharmacol Rev. 2008;33:110-33

สาเหตุทางพันธุกรรม (Genetic factors) จากการศึกษพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแต่งงานกับคนปกติจะมีโอกาสให้กำเนิดบุตรซึ่งป่วยด้วยโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 27 ยิ่งถ้าทั้งพ่อและแม่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีโอกาสให้กำเนิดบุตรซึ่งป่วยด้วยโรคนี้ถึงร้อยละ 54 ฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันเมื่อคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้าอีกคนจะมีโอกาสเกิดเป็นถึงร้อยละ 70 เมื่อศึกษายีน (gene) ที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าพบ multiple genes และพบความแตกต่างใน polymorphism ของยีนที่เกี่ยวข้องกับ serotonin transporters จากงานวิจัยที่ศึกษายีนที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าเด่นในคนไทยประกอบด้วย 5-HTTLPR ในกลุ่มตัวอย่าง 394 คน ยังไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง 5-HTTLPR polymorphism ของยีนที่เกี่ยวข้องกับ serotonin transporters กับโรคซึมเศร้า Kendler KS ได้

ทำการศึกษาปัจจัยการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ทั้งปัจจัยทางพันธุกรรมและเหตุการณ์ความเครียดในประชากรแฝดหญิง 1,082 คู่ ผลการศึกษาพบว่าแฝดเหมือนที่คู่แฝดไม่ได้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า พบอัตราการเกิดโรคซึมเศร่าร้อยละ 0.5 และหากประสบกับเหตุการณ์ความเครียดรุนแรงในชีวิต อัตราการเกิดโรคซึมเศร้า พบอัตราการเกิดโรคซึมเศร่าจะสูงขึ้นเป็นร้อยละ 6.2 ส่วนแฝดเหมือนที่คู่แฝดป่วยเป็นโรคซึมเศร้า พบอัตราการเกิดโรคซึมเศร่าเป็นร้อยละ 1.1 และหากประสบเหตุการณ์ความเครียดรุนแรงในชีวิต อัตราการเกิดโรคซึมเศร่าจะสูงขึ้นเป็นร้อยละ 14.6 แสดงให้เห็นว่าทั้งปัจจัยทางพันธุกรรมและเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ได้แก่ การเสียชีวิตของญาติสนิท การถูกทำร้าย ปัญหาคู่สมรสที่รุนแรง การแยกทางและการหย่าร้างทำให้ความเสี่ยงของการเกิดโรคซึมเศร่าเพิ่มสูงเป็น 10 เท่า⁽¹³⁾ นอกจากนี้จะพบว่าปัจจัยทางพันธุกรรมและเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตส่งผลให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้าแล้ว ยังมีการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่าลักษณะของบุคลิกภาพบางอย่างเช่น บุคลิกภาพแบบประสาทกังวล (neuroticism) ปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (interpersonal relationship problem) ความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดและการตีความหมายเหตุการณ์ความเครียดนั้น การขาดการติดต่อทางสังคม และการขาดสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นก็เป็นปัจจัยเสี่ยงของการป่วยด้วยโรคซึมเศร่าด้วย การศึกษาผลกระทบทางจิตสังคมที่มีต่อสรีรวิทยาทางระบบประสาท (neurophysiology) ในลิงกระรอกพบว่า ลิงทารกที่ถูกแยกจากมารดาส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของตัวรับของเซลล์ประสาทชนิด norophysiology ในลิงกระรอกพบว่า ลิงทารกที่ถูกแยกจากมารดา ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของตัวรับของเซลล์ประสาทชนิด noradrenergic receptors ในสมอง การเปลี่ยนแปลงการหลั่งซีโรโทนิน (serotonin) ในไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ทำให้ถูกกระตุ้นได้ง่ายยิ่งขึ้น (kindling) เมื่อประสบกับความเครียดที่เรื้อรัง (chronic stress) ก็ก่อให้เกิดความผิดปกติของระบบแคทีโคลามีน (catecholaminergic system) จากการกระตุ้นของ corticotropin – releasing hormone (CRH) adrenocorticotrophic hormone (ACTH) axias มีการเพิ่มขึ้นของคอร์ติซอล (cortisol) ในเลือด นอกจากนี้หากเกิดการแยกจากพลัดพรากซ้ำๆ ก็จะมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะเกิดขึ้นระยะยาว แต่สามารถกลับคืนดั้งเดิมได้หากนำลิงทารกกลับเข้าไปอยู่กับมารดาอีกครั้ง

ปัจจัยทางจิตสังคมของโรคซึมเศร้า (Psychosocial factors)

ปัจจัยทางจิตสังคมเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคซึมเศร้า สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ด้านหลัก ได้แก่ 1) ปัจจัยภายในจิตใจหรือพลวัตทางจิต (intrapsychic or psychodynamic factor) 2) ปัจจัยด้านความคิด (cognitive factors) 3) ปัจจัยด้านพฤติกรรม (behavioral factors) และ 4) ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal factors) ซึ่งอธิบายต่อไปดังนี้

1) ปัจจัยภายในจิตใจหรือพลวัตทางจิต (intrapsychic or psychodynamic factor)

ปัจจัยภายในจิตใจหรือพลวัตของโรคซึมเศร้ามีพื้นฐานมาจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory) ที่มุ่งเน้นทำความเข้าใจสาเหตุของอาการของโรคซึมเศร้าที่เกิดจากความขัดแย้งภายในจิตใจ (intrapsychic conflicts) แรงขับดันในจิตไร้สำนึก (unconscious pressure) ประสบการณ์ในวัยเด็กและพัฒนาการทางจิตใจ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ได้อธิบายที่มาของอาการของโรคซึมเศร้าไว้ดังนี้

1.1 ความโกรธที่หันเข้าหาตัวเอง (Anger turned inward) Sigmund Freud ได้อธิบายถึงโรคซึมเศร้าไว้ใน Mourning and Melancholia โดยได้เปรียบเทียบโรคซึมเศร้า (melancholia or depression) กับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียตามปกติ (normal grief) ไว้ว่าผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะมีปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่รุนแรงมีการสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเองอย่างมาก (profound loss of self-esteem) มีการตำหนิหรือโทษตนเองอย่างรุนแรง (profound self-depreciation or self-reproach) และมีความรู้สึกผิด (guilt) ซึ่งอาการเหล่านี้จะไม่พบในผู้ที่มีอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียตามปกติ Freud ได้อธิบายว่าการที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการตำหนิตนเองอย่างมากและความรู้สึกโกรธที่หันเข้าหาตนเอง (anger turned inward) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (loss of loved object) โดยการสูญเสียนั้นอาจเป็นการสูญเสียที่เป็นจินตนาการก็สามารถกระตุ้นให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้าที่รุนแรงได้ Freud ได้อธิบายว่าเมื่อมีการประสบกับการสูญเสีย บุคคลจะทดแทนความรู้สึกสูญเสียด้วยการเป็นเหมือนผู้ที่เสียชีวิตนั้น (to become like the person) โดยซึมซับภาพของบุคคลที่เสียชีวิตเข้ามาไว้ในใจตนเอง (internalization) ซึ่งเรียกกระบวนการดังกล่าวว่า introjection ซึ่งเป็นกลไกทางจิตที่พบในโรคซึมเศร้า แต่เนื่องจากบุคคลที่สูญเสียจะรู้สึกได้ว่าผู้ที่ได้จากไปนั้นได้ทอดทิ้งเขาด้วย จึงมีความรู้สึกเกลียดชัง (hatred) และโกรธ (anger) ปนอยู่ในความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายที่ตรงข้ามกัน (ambivalence) คือทั้งรักและเกลียด (love and hate) เมื่อบุคคลที่สูญเสียพยายามทดแทนการสูญเสียด้วยการนำภาพผู้ที่เสียชีวิตเข้ามาไว้ในใจตัวเองความรู้สึกเกลียดชังและความรู้สึกโกรธจึงหันเข้าหาตัวเองด้วย จึงเกิดการลงโทษตำหนิตัวเอง (self-reproach) ก่อให้เกิดอารมณ์เศร้าตามมา นอกจากนี้ Freud ยังได้อธิบายเพิ่มเติมใน The Ego and the Id ว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า

จะยึดมั่นในคุณธรรมศีลธรรมอย่างมาก (severe superego) จึงทำให้เกิดความรู้สึกผิดที่ตนเองมีความรู้สึกโกรธและก้าวร้าว (aggression) ต่อบุคคลอันเป็นที่รักที่ได้เสียชีวิตไป Karl Abraham เป็นเพื่อนร่วมงานของ Freud ได้อธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับกลไกทางจิตแบบ introjection ว่าทำหน้าที่สำคัญ 2 ประการคือ 1) การซึมซับเอาบุคคลที่รักเข้าไปไว้ในใจตัวเอง ซึ่งจะก่อให้เกิดให้เกิดอุดมคติแห่งตนที่อยากเป็นหรืออยากถือเป็นแบบอย่าง (ego-ideal) และ 2) การโทษหรือตำหนิตัวเอง (self-reproach) ซึ่งกระบวนการทั้ง 2 ประการนี้ ก่อให้เกิดการพัฒนาคุณธรรม (superego) Abraham ยังอธิบายอีกว่า โรคซึมเศร้า เกี่ยวข้องกับการชะงักงันของพัฒนาการในระยะแรกชีวิต คือ ในระยะทวารหนักและระยะปาก (anal and oral fixation) ความก้าวร้าวที่เกิดขึ้นในช่วงท้ายระยะปาก (oral sadistic tendencies) เป็นที่มาของการโทษตนเอง (self-punishment) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งเกิดจากการขาดการเลี้ยงดูที่อบอุ่นจากมารดา (inadequate mothering) ในระยะปาก ทฤษฎีของโรคซึมเศร้าของทั้ง Freud และ Abraham ถือว่าเป็นทฤษฎีแบบฉบับที่ใช้อธิบายการเกิดโรคซึมเศร้า ซึ่งสามารถสรุปได้เป็น 4 ประการ ดังนี้ 1) ความเสี่ยงของโรคซึมเศร้าเกิดขึ้นจากความบกพร่องของการเลี้ยงดูและความสัมพันธ์ระหว่างทารกกับมารดาในระยะปาก คือ ในระยะ 12-18 เดือนแรกของชีวิต 2) เหตุการณ์การสูญเสียโดยเฉพาะการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รักเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า 3) กลไกทางจิตที่ใช้ในการทดแทนการสูญเสียด้วยการซึมซับเอาภาพบุคคลที่เสียชีวิตไว้ในใจตัวเอง (introjection) ก่อให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า 4) ความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย (ambivalence) ทั้งรักและเกลียด (love and hate) ที่มีต่อบุคคลที่เสียชีวิตก่อให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า โดยความรู้สึกโกรธที่ซึมซับเข้ามานั้นหันเข้าหาตนเอง (anger directed inward)

1.2 การชะงักงันในช่วงระยะซึมเศร้า (Fixation in depression position) Melanie Klein ได้อธิบายว่าอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยเกิดจากปัญหาพัฒนาการและความสัมพันธ์ของทารกกับมารดาในช่วงขวบปีแรก คือผู้ป่วยไม่สามารถผ่านพ้นพัฒนาการทางด้านจิตใจในช่วงระยะซึมเศร้า (depression position) ไปได้ ตามทฤษฎีความสัมพันธ์กับบุคคล (object relations theory) ของ Melanie Klein ได้อธิบายไว้ว่าในช่วง 6 เดือนแรกของชีวิต เรียกว่าช่วงระยะย่ำหวาดระแวงและแบ่งแยก (paranoid-schizoid position) ทารกจะประสบกับแรงขับดันต่างๆที่ก้าวร้าวและน่ากลัว ทารกจะโยนความรู้สึกก้าวร้าวรุนแรงนี้ (projection of aggression and sadism) ไปให้กับมารดาทำให้เกิดความหวาดกลัวตามมาว่ามารดาที่น่ากลัวจะกลับเข้ามาทำร้ายตนเอง จึงต้องแยกส่วนมารดาที่เลวร้ายและน่ากลัว (terrifying bad mother) ออกจากส่วนของมารดาที่ดีคอยโอบอุ้มทะนุถนอม (nurturing good mother) โดยอาศัยกลไกทางจิตแบบแยก (splitting) เพื่อให้

ตนเองสามารถคงส่วนที่ดีของมารดาไว้ได้ ไม่ถูกทำลายหรือปนเปื้อนด้วยส่วนของมารดาที่เลวร้ายและน่ากลัว เมื่อทารกเข้าสู่ระยะ 6 เดือนหลังของขวบปีแรก ทารกจะเรียนรู้ว่ามารดาที่เลวร้ายและน่ากลัว และมารดาที่คอยโอบอุ้มทะนุถนอม แท้จริงแล้วเป็นบุคคลเดียวกัน ภาพของมารดาจะถูกรวมเข้าเป็นภาพเดียวกัน เป็นมารดาคนเดียวกัน ทารกจะรู้สึกกลัวว่าความก้าวร้าวของตนจะไปทำร้ายมารดาซึ่งเป็นที่รัก ทำให้เกิดความรู้สึกผิดและอารมณ์เศร้าตามมาจึงเรียก ระยะนี้ว่า ช่วงระยะซึมเศร้า (depressive position) หากมารดาให้การดูแลทารกอย่างอบอุ่นและต่อเนื่อง ทารกจะเข้าใจภาพที่เป็นจริงของมารดาว่า แม้บางครั้งมารดาจะไม่ได้ตอบสนองอย่างที่ต้องการแต่ก็ไม่ได้ละทิ้งตนยังคงให้การทะนุถนอมดูแล ทารกจะเลิกใช้กลไกทางจิตแบบโยนหรือโทษความผิด (withdrawal of projection) รู้จักรงับแรงขับดันของความก้าวร้าว (repression of aggression) ความรู้สึกผิดที่มีต่อมารดาและอารมณ์เศร้ายิ่งจะลดลง ช่วยให้ทารกสามารถผ่านพ้นระยะซึมเศร้านี้ไปได้ Klein อธิบายว่าหากมารดาไม่ได้ให้การดูแลทารกอย่างอบอุ่นและต่อเนื่องในช่วงขวบปีแรก ทำให้เกิดความบกพร่องของความสัมพันธ์ระหว่างมารดากับทารก ทารกจะยังคงชะงักงัน (fixation) อยู่ในช่วงระยะซึมเศร้า (depression position) ไม่สามารถผ่านพ้นและก้าวข้ามระยะนี้ไปได้ มีแต่ความกังวลว่าส่วนที่ดีของตนจะถูกทำลายโดยส่วนที่เลวร้ายและน่ากลัว ซึ่งทำให้เกิดความเสี่ยงของการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเมื่อบุคคลนั้นโตขึ้น

1.3 ความแตกต่างระหว่างอุดมคติแห่งตนและความเป็นจริง (Discrepancy between ego-ideal and reality) Edward Bibring อธิบายว่า อาการของโรคซึมเศร้าเกิดขึ้นจากความขัดแย้งภายในอัตตาหรืออีโก้ (ego) เอง ซึ่งต่างจากนักจิตวิเคราะห์ท่านอื่นที่ให้ความสำคัญกับความขัดแย้งระหว่างอัตตาหรืออีโก้ (ego) กับคุณธรรมศีลธรรม (Superego) Bibring อธิบายว่า บุคคลแต่ละคนจะมีแรงผลักดันและแรงจูงใจเพื่อให้ตนเองเป็นคนที่ดี เป็นที่รักของคนอื่น เป็นคนเก่ง มีความสามารถและน่าชื่นชม ซึ่งเรียกว่าเป็นอุดมคติแห่งตน (ego-ideal) ที่บุคคลนั้นจะยึดเป็นแนวทางในการประพฤติปฏิบัติตน ถ้าบุคคลนั้นไม่สามารถไปถึงอุดมคติที่ตนเองตั้งไว้ ก็ารู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ ไร้อำนาจ ทำให้สูญเสียความภาคภูมิใจในตัวเอง (loss of self-esteem) จนก่อให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้าขึ้น Bibring พบว่า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าบางรายอาการของโรคซึมเศร้าบางรายอาการของโรคซึมเศร้าเกิดจากความโกรธที่หันเข้าหาตัวเอง คล้ายทฤษฎีของ Freud แต่พบว่า ความรู้สึกโกรธที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลที่ตามมาภายหลัง จากการที่รู้สึกว่าคุณเองไร้ความสามารถ ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งจะต่างจากในทฤษฎีของ Freud และ Klein ที่มองว่าความโกรธและความก้าวร้าว (anger and aggression) เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้าโดยตรง

1.4 อัดตาหรืออีโก้ไม่สามารถต้านทานคุณธรรมศีลธรรมที่รุนแรง (Ego as victim of superego) Edith Jacobson อธิบายว่า อาการของโรคซึมเศร้าเกิดขึ้นจากการขาดการยอมรับและการตอบสนองทางอารมณ์จากบิดามารดาในวัยเด็ก ทำให้เกิดความรู้สึก (ambivalence) และความรู้สึกโกรธก้าวร้าว (aggression) ต่อบิดามารดา นอกจากนั้นยังทำให้เสียความภาคภูมิใจในตนเอง (lowering self-esteem) รู้สึกว่าอัดตาของตนเองนั้นแย่ (bad self) สมควรได้รับการกระทำทางลบจากบิดามารดา ผู้ป่วยจึงพยายามขดเขยความรู้สึกว่าตนเองแย่ด้วยการสร้างส่วนของอัดตาหรืออีโก้ที่จะคอยตรวจสอบตัดสินความถูกต้องของตนเอง (critical agency of ego) จนกลายเป็นส่วนของคุณธรรมศีลธรรมที่ยึดมั่นรุนแรง (excessively strict superego) ซึ่งเกิดจากการเข้มงวดด้านลบของบุคคลที่รักเข้าไป คุณธรรมศีลธรรมที่รุนแรงนี้จะคอยตรวจสอบและตัดสินความถูกต้อง คอยตำหนิติเตียนและทำร้ายอัดตาหรืออีโก้ของตนเอง เรียกว่า คุณธรรมศีลธรรมที่ก้าวร้าวรุนแรงและโหดร้าย (sadistic and cruel superego) จนอัดตาหรืออีโก้อ่อนกำลังลงและไร้ความสามารถที่จะต้านทานคุณธรรมศีลธรรมที่มีอำนาจและรุนแรงนี้ได้ อัดตาหรืออีโก้ของผู้ป่วยก็จะตกเป็นเหยื่อของคุณธรรมศีลธรรมที่มีอำนาจและรุนแรงนี้ได้ อัดตาหรืออีโก้ของผู้ป่วยก็จะตกเป็นเหยื่อของคุณธรรมศีลธรรมที่รุนแรงก้าวร้าว (victim of superego) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองแย่ คอยแต่จะตำหนิตัวเอง เกิดความรู้สึกผิดที่รุนแรง (excessive guilt) และความรู้สึกไร้ค่า (worthlessness) นำไปสู่อาการของโรคซึมเศร้าและหากคุณธรรมศีลธรรมยิ่งรุนแรงมากขึ้นเท่านั้นจนอาจเกิดความก้าวร้าวที่จะทำร้ายอัดตาหรืออีโก้ให้สูญสิ้นไปซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (suicidal behavior) ได้ในที่สุด

1.5 ผู้บงการชีวิต (Dominant other) Silvano Arieti ได้ศึกษาพลวัตทางจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรง ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาทางกาย (somatic treatments) พบว่าผู้ป่วยเหล่านี้มักจะใช้ชีวิตอยู่เพื่อตัวเองโดย Arieti ได้เรียกผู้ที่ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ใช้ชีวิตอยู่ว่า ผู้บงการชีวิต (dominant other) โดยพบว่า ผู้บงการชีวิตของผู้ป่วยมักจะเป็นคู่สมรสหรือบิดามารดาและยังอาจรวมถึงอุดมคติของผู้ป่วยหรือองค์กร Arieti ได้อธิบายว่า อาการของโรคซึมเศร้าจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณบงการชีวิตไม่ได้ตอบสนองอย่างที่ตนเองได้คาดหวัง เช่นไม่ได้แสดงความชื่นชมหรือแสดงความพอใจกับสิ่งที่ผู้ป่วยได้ทำ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าไปไม่ถึงเป้าหมายของชีวิต และรู้สึกไร้ความสามารถ ส่งผลให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้าขึ้น นอกจากนั้นแล้ว ผู้ป่วยซึมเศร่ายังขาดความยืดหยุ่นในการคิด ไม่สามารถคิดหาทางสร้างความพอใจให้กับตนเองหรือใช้ชีวิตเพื่อตนเอง ได้แต่ทำและอยู่เพื่อผู้บงการชีวิตและหากผู้บงการชีวิตไม่ได้แสดงความพอใจในสิ่งที่ผู้ป่วยทำผู้ป่วยก็จะรู้สึกไร้ค่า

ส่งผลให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้าและการที่ผู้ป่วยขาดการคิดที่ยืดหยุ่นก็มักจะทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้คิดฆ่าตัวตายเพื่อเป็นทางออกของชีวิต

1.6 การขาดการตอบสนองอย่างเหมาะสมจากบิดามารดา (self-objection failure) ตามทฤษฎีจิตวิทยาตนเอง (self psychology) ของ Heinz Kohut กล่าวไว้ว่าการพัฒนาความเป็นตัวตนหรืออัตตา (self) เกิดจากการที่เด็กได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสมจากบิดามารดา ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทในการพัฒนาตัวตน (self-objection) ของเด็ก เพื่อเสริมสร้างให้เด็กเกิดความภาคภูมิใจในตัวเอง (self-esteem) และความมั่นคงของตัวเอง (self-cohesion) ทำให้มีจิตใจที่เข้มแข็งมั่นคง ในการพัฒนาตัวตนให้มีความมั่นคง เด็กจะต้องได้รับการตอบสนองจากบิดามารดาอย่างเหมาะสม 3 ประการ ได้แก่ 1) การแสดงการยอมรับแสดงความพอใจหรือชื่นชมจากบิดามารดาเป็นสิ่งสะท้อนให้เด็กเห็นส่วนดีของตนเอง (mirroring) ซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นคงในตัวตนรู้สึกว่าคุณค่า เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง (self-esteem) เกิดความมุ่งมั่นทะเยอทะยาน (ambitions) 2) ความรู้สึกที่บิดามารดาเป็นผู้ที่น่าเคารพยกย่อง น่าเทิดทูนและน่าชื่นชม (idealizing) ส่งผลให้เกิดการพัฒนาค่านิยม (values) และอุดมคติ (ideals) ของบุคคลนั้นในอนาคต และ 3) ความต้องการที่จะเป็นหรือมีความสามารถเหมือนบิดามารดา คล้ายเป็นฝาแฝดที่เหมือนกัน (twinship or alter-ego) ส่งผลให้เกิดพัฒนาทักษะความสามารถด้านต่างๆ (skills) นอกจากความสัมพันธ์และการตอบสนองจากบิดามารดาแล้วบุคคลยังต้องได้ความสัมพันธ์และการตอบสนองความต้องการจากบุคคลอื่นรอบตัวอยู่ตลอดทั้งชีวิต Kohut อธิบายว่าอาการของโรคซึมเศร้าเกิดจากการที่เด็กขาดการตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสมจากบิดามารดา ทำให้ไม่สามารถพัฒนาความเป็นบุคคลที่ขาดความภาคภูมิใจในตัวเอง (low self-esteem) ทำให้ไม่สามารถรับแรงกระทบกระเทือนทางจิตใจ ความเป็นตัวตนหรืออัตตาแตกสลายได้ง่าย จนรู้สึกหมดคุณค่าในตัวเองทำให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้าขึ้น

1.7 ความบกพร่องของสายสัมพันธ์และการสูญเสีย (Disruption of attachment and object loss) John Bowlby ได้อธิบายทฤษฎีสายสัมพันธ์ (attachment theory) ไว้ว่า สายสัมพันธ์ (attachment) เป็นความผูกพันทางอารมณ์ (emotional tone) ซึ่งแสดงออกเป็นพฤติกรรมที่แสดงความใกล้ชิดอบอุ่น เป็นสิ่งที่มีความสำคัญสำหรับการมีชีวิตอยู่ของมนุษย์ สายสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา และทารกเป็นพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาเป็นผู้ใหญ่ที่มีบุคลิกภาพที่สมบูรณ์ สายสัมพันธ์จะเกิดขึ้นได้เมื่อทารกมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและสม่ำเสมอกับบิดามารดา มีปฏิสัมพันธ์ และได้รับการสัมผัสอย่างอบอุ่น ความบกพร่องของสายสัมพันธ์เกิดขึ้นได้จากการสูญเสียบิดามารดา (loss of parents) การพลัดพราก

(separation) การถูกละทิ้ง (rejection) รวมถึงความสัมพันธ์ที่ไม่มั่นคง (insecure and unstable relationships) ที่มีต่อบิดามารดาซึ่งมีส่วนสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคซึมเศร้าเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ Bowlby อธิบายว่า การสูญเสียหรือการพลัดพรากก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ต่างๆตามมา ได้แก่ การต่อต้านไม่พอใจ (angry protest) ความวิตกกังวล (anxiety) ความรู้สึกอาลัยอาวรณ์ (mourning) ความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง (despair) และการลึ้นสุดสัมพันธ์จนไม่ใยดี (detachment) ผู้ที่มีความบกพร่องของสายสัมพันธ์จะมีความรู้สึกไม่มั่นคง (insecurity) กลัวการถูกทิ้ง (fear of rejection) อยู่ตลอดเวลาและเมื่อประสบกับเหตุการณ์การสูญเสีย การพลัดพราก หรือเหตุการณ์ที่เลวร้ายซ้ำในวัยผู้ใหญ่ก็จะกระตุ้นความรู้สึกเจ็บปวดภายในใจที่เคยประสบในวัยเด็กรู้สึกว่าคุณเองไม่มีใครรัก ไม่เป็นที่ต้องการของใคร ไม่มีการตอบสนองความรักของคุณจนทำให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้าขึ้นได้ ในทางคลินิกมักจะพบว่า อารมณ์เศร้าของผู้ป่วยหลายรายเกิดจากประสบการณ์สูญเสียโดยตรง โดยไม่ได้เกิดจากความโกรธที่เข้าหาตนเองตามทฤษฎีของ Freud

1.8 ปัจจัยทางบุคลิกภาพก่อนป่วย (Premorbid personality factors) บุคลิกภาพผิดปกติบางอย่างเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ได้แก่ บุคลิกภาพผิดปกติแบบย้ำคิดย้ำทำ (obsessive-compulsive personality disorder) ซึ่งต้องการความสมบูรณ์แบบ คาดหวังในตัวเองสูงและยึดมั่นในคุณธรรมศีลธรรมอย่างเข้มงวด ลักษณะบุคลิกภาพที่ต้องการการพึ่งพิงอย่างมาก ได้แก่ บุคลิกภาพผิดปกติแบบพึ่งพิง (dependent personality disorder) บุคลิกภาพผิดปกติแบบเรียกร้องความสนใจ (histrionic personality disorder) และบุคลิกภาพผิดปกติแบบก้ำกึ่ง (borderline personality disorder) ก็เสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าเช่นกัน ส่วนบุคลิกภาพผิดปกติที่มักใช้กลไกทางจิตอื่นๆที่หันออกสู่ภายนอก (externalizing defense mechanisms) เช่น บุคลิกภาพผิดปกติแบบอันธพาล (antisocial personality disorder) และบุคลิกภาพผิดปกติแบบหวาดระแวง (paranoid personality disorder) ก็จะเกิดโรคซึมเศร้าได้น้อย จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า บุคลิกภาพผิดปกติพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าดังเช่น ในการศึกษาหนึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ร้อยละ 42 และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymia) ร้อยละ 51 มีบุคลิกภาพผิดปกติร่วมด้วย บุคลิกภาพผิดปกติส่งผลให้อาการของโรคซึมเศร้าเป็นต่อเนื่องในระยะยาว (maintenance of depression) การศึกษาของ National Institute of Mental Health (NIMH) Treatment of depression Collaborative Research Project ก็พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีบุคลิกภาพผิดปกติมีผลการรักษาทางด้านหน้าที่ทางสังคม (social functioning) ที่แย่กว่าผู้ป่วยที่ไม่มีบุคลิกภาพผิดปกติ 1.9 อารมณ์ซึมเศร้าที่เป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพภายในตัว (Characterological depression) ในทางคลินิกมักจะพบว่าผู้ป่วย

หลายรายที่มีอารมณ์ซึมเศร้าบ่อยๆ แต่ไม่พบว่ามีอาการอื่นๆ ของโรคซึมเศร้าที่ครบเกณฑ์ วินิจฉัยของโรคซึมเศร้า (major depression disorder) หรือโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymic disorder) ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักจะบอกว่าตนเองมีความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว (loneliness) หรือ อ้างว้างเปล่าเปลี่ยว (emptiness) อยู่เสมอๆ ซึ่งมักจะเกิดจากที่รู้สึกว่าผู้อื่นไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ของตนได้ ลักษณะของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะต่างจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คือไม่มีอาการชีวภาพทางกาย (vegetative symptom) เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ หมดความสนใจทางเพศ หรือจิตใจการเคลื่อนไหวเชื่องช้า (psychomotor retardation) นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังอาจมีความรู้สึกโกรธเคือง (rage) หากบุคคลอื่นไม่สามารถทำตามที่ต้องการและมักจะไม่มีความสัมพันธ์ลึกซึ้งกับบุคคลอื่นที่ยาวนาน เพราะไม่มีใครที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและทนการเรียกร้องของผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยเหล่านี้มักจะพบว่า มีประสบการณ์ในวัยเด็กที่ขาดความรักความอบอุ่น และการใส่ใจทางอารมณ์จากบิดามารดา จึงคอยแสวงหาบุคคลที่มาทำหน้าที่ทดแทนบิดามารดาเมื่อโตขึ้น เป็นผู้ใหญ่ ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจจะคล้ายกับผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพผิดปกติบางประเภท (certain personality disorder) เช่น บุคลิกภาพผิดปกติแบบก้ำกึ่ง (borderline personality disorder) หรือบุคลิกภาพผิดปกติแบบพึ่งพิง (dependent personality disorder) ต่างกันตรงที่ยังไม่มีลักษณะอื่นที่รุนแรงจนสามารถเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยของบุคลิกภาพผิดปกติ เช่น ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นผันแปรอย่างสุดซึ้ง (unstable interpersonal relationships: all good-all bad) พฤติกรรมหุนหันพลันแล่น (impulsivity) รวมถึงพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (suicidal behavior)

2) ปัจจัยด้านความคิด (Cognitive factors) ทฤษฎีทางความคิด (cognitive theory) พัฒนาขึ้นโดย Aaron T. Beck กล่าวไว้ว่า มุมมองของบุคคลที่มีต่อตนเองและที่มีต่อโลกเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่บุคคลที่มีต่อตนเองและที่มีต่อโลกเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่บุคคลนั้นแสดงออกมาหรืออาจกล่าวได้ว่า การรับรู้และมุมมองที่มีต่อสิ่งต่างๆ รวมถึงการตีความของบุคคลแต่ละคน ส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมของบุคคลนั้น เช่น หากบุคคลนั้นมีมุมมองต่อตนเองว่าเป็นคนไร้ความสามารถมีแต่ข้อบกพร่องก็ก่อให้เกิดอารมณ์เศร้า เสียใจ ทฤษฎีทางความคิดของโรคซึมเศร้า (cognitive theory of depression) กล่าวไว้ว่า อาการของโรคซึมเศร้าเกิดขึ้นจากกระบวนการคิดและความคิดที่บิดเบือน และพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการของโรคซึมเศร้าจะมีมุมมองความคิดทางด้านลบ 3 ด้าน (cognitive triad of depression) ได้แก่ 1) มุมมองด้านลบต่อตนเอง (negative view of self) เช่น มองว่าตนเองไร้ความสามารถ เป็นคนที่มีข้อบกพร่องเป็นคนที่อ่อนแอ และไม่เป็นที่ต้องการของใคร 2) มุมมองด้านลบต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว (negative view of world or experience) เช่น

มองว่าคนรอบข้างหรือสังคมภายนอกมีแต่การเอาใจเอาเปรียบ แสวงหาผลประโยชน์คอยแต่จะกดดันและซ้ำเติม 3) มุมมองด้านลบต่ออนาคตมีแต่ความทุกข์ ความยากลำบาก ความล้มเหลว และความท้อแท้สิ้นหวังความคิดด้านลบเหล่านี้ส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดอาการของโรคซึมเศร้า นอกจากนี้จากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความคิดที่ก่อให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า (depressogenic thinking) ด้วย ได้แก่ การสรุปความโดยปราศจากหลักฐานที่เพียงพอ (arbitrary inference) การเลือกให้ความสนใจรายละเอียดบางอย่างโดยไม่ให้ความสำคัญกับสิ่งอื่นๆที่เหลือ(selective abstraction) การตีความเกินจริงจากตัวอย่างเพียงเล็กน้อย (magnification of the negative) การให้ความสำคัญกับด้านบวกเพียงเล็กน้อย (minimization of positive) การตีความตามความรู้สึกนึกคิดของตนเอง (taking personally) การคิดว่าสิ่งต่างๆต้องเป็นไปอย่างใดอย่างหนึ่งอย่างเดียว (all-or-nothing, dichotomous thinking) หรือการมองแต่สถานการณ์ที่เลวร้ายที่สุด (catastrophizing) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีกระบวนการคิดที่บิดเบือนไม่สมเหตุผลและไม่ตรงตามความเป็นจริง เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ภายนอกต่างๆก็จะเกิดความคิดอัตโนมัติตอบสนองขึ้นทันที (automatic thoughts)ซึ่งมักจะเกิดเป็นความคิดที่บิดเบือนและไม่ตรงตามความเป็นจริง (cognitive distortions or errors) ความคิดที่บิดเบือนเหล่านี้สะท้อนถึงพื้นฐานของการมองตนเอง(basic self-concept) หรือเรียกว่า ความเชื่อหลักพื้นฐาน (core beliefs or schemas)ของบุคคลนั้น ซึ่งเกิดจากการสั่งสมประสบการณ์ที่ผ่านมาและการเรียนรู้ในอดีต ตั้งแต่วัยเด็กเป็นสิ่งที่บุคคลนั้นใช้ในการประเมินข้อมูลที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อมหรือเหตุการณ์ภายนอกและกำหนดเป็นเงื่อนไขหรือกฎเกณฑ์ในการดำเนินชีวิต (conditional beliefs or rules) รวมทั้งเป็นพฤติกรรมที่บุคคลนั้นใช้แสดงออก (protective behaviors) ความคิดอัตโนมัติที่บิดเบือนนี้จะส่งผลให้เกิดอารมณ์ทางลบและพฤติกรรมที่ตอบสนองต่ออารมณ์ทางลบตามมา

3) ปัจจัยด้านพฤติกรรม (Behavioral factors) ปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและเป็นปัญหา (maladaptive behaviors) ที่มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านพฤติกรรมที่ส่งผลให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า ได้แก่ ความรู้สึกยอมแพ้ หดหนทาง (learned helplessness) และการขาดแรงเสริมทางบวก (lack of positive)

4) ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal factors) นอกจากนี้ปัจจัยภายในจิตใจ ปัจจัยด้านความคิดและปัจจัยด้านพฤติกรรมของบุคคลแล้ว ปัจจัยที่มีส่วนสำคัญที่เกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้า ได้แก่ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal factor) หรือปัจจัยทางสังคม (social factors) ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal theory) ได้เริ่มต้นพัฒนาขึ้นในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 โดย

Adolf Meyer และ Harry Stack Sullivan ได้ให้ความสำคัญและได้อธิบายผลของเหตุการณ์ที่สำคัญในชีวิตผู้ป่วยในปัจจุบัน (current life events) ที่มีต่อการเจ็บป่วยทางจิตใจของผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นบริบททางด้านสิ่งแวดล้อม (environment) สังคม และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (social and interpersonal context)

ปัจจัยทางสภาพสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมของการเกิดโรคซึมเศร้า (socioeconomic and cultural factors) การแสดงออกของโรคซึมเศร้ามีความแตกต่างกันในแต่ละสังคมวัฒนธรรม ปัจจัยการเกิดโรคจึงมีความเกี่ยวข้องกับมิติทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม แยกเป็นประเด็นสำคัญ 7 ประเด็นดังนี้

1. เพศสภาพ (gender) ในเรื่องโรคซึมเศร้านั้นพบว่า ผู้หญิงมีอุบัติการณ์การเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ชายถึง 2 เท่า แสดงถึงปัจจัยด้านเพศสภาพมีส่วนสำคัญในการเกิดโรคแม้ว่า ค่านิยมทางสังคมคาดหวังให้ผู้ชายต้องเป็นคนเข้มแข็งเป็นผู้นำทรงอำนาจในการตัดสินใจ บทบาทเด่นในฐานะผู้ผลิตหารายได้เลี้ยงครอบครัว จะไม่แสดงอารมณ์อ่อนแอ เช่น เศร้า ร้องไห้ ออกมาอย่างชัดเจนแต่จะหันไปใช้เหล้า บุหรี่ หรือสารเสพติดอื่น ๆ มากกว่า แต่ผู้ชายส่วนใหญ่มีสถานภาพทางสังคมเหนือกว่าผู้หญิง อยู่ในฐานะผู้กระทำมากกว่าผู้ถูกระทำ ทำให้ผู้ชายมีความเครียดและทุกข์จากเพศสภาพน้อยกว่าผู้หญิง ภาวะซึมเศร้า เห็นตนเองไร้ค่า ขาดพลังอำนาจ มีความสัมพันธ์กับชีวิตของผู้หญิงโดยเฉพาะในสังคมชายเป็นใหญ่ ที่ทอนค่าธรรมชาติของผู้หญิง ความเป็นหญิงเป็นปัจจัยให้เกิดโรคซึมเศร้ามักจะเกิดจากสาเหตุเช่น สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีหรือมีปัญหาชีวิตสมรส รูปลักษณ์ภายนอก มีภาระงานมากไป การสิ้นสุดภาวะการตั้งครรภ์ เป็นต้น

2. ศาสนา (religious) มีการศึกษาวิจัยไม่น้อยที่ให้ความสนใจต่อหลักศาสนากับการเกิดโรคซึมเศร้า โดยที่ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ อธิบายว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีอาการผิดแผกมากกับการกล่าวโทษผู้อื่นหาว่าดะแวง เพื่อลดความรู้สึกผิดในตัวเอง ความรู้สึกผิดบ่งบอกในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของประเทศตะวันตก

3. พลังจารีต เป็นตัวกำหนดภาษาทั้งการพูด ท่าทางที่แสดงอารมณ์ต่างๆ ตัวอย่าง มุมมองผู้หญิงไทยตามบทละคร ในทีวี ยุคปัจจุบันแสดงให้เห็นว่า ความเป็นหญิงต้องมีคุณสมบัติอดทน ความเป็นหญิงมีอำนาจน้อยกว่าชายในทุกกรณีทุกมิติทุกบทบาท ผู้หญิงเอาตัวรอดด้วยตัวเองไม่ได้ต้องพึ่งผู้ชาย ผู้หญิงไม่มีทางเลือกมีแต่ชะตากรรมเมื่อผู้หญิงต้องการมีชีวิตที่ดีกว่าปัจจุบัน เป็นต้น

4. สภาพเศรษฐกิจสังคม การเปลี่ยนแปลงจากภาคเกษตรกรรมสู่อุตสาหกรรมทำให้การดำเนินวิถีชีวิตของคนเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งโครงสร้างครอบครัวจากครอบครัวขยาย เป็นครอบครัวเดี่ยวและไม่สมบูรณ์ มีการอพยพแรงงานจากชนบทสู่เมืองใหญ่ เกิดการทิ้งถิ่นฐาน

บ้านเกิดเมืองนอน ไปสู่เมืองใหญ่และต่างประเทศเกิดภาวะแข่งขันกันอย่างดุเดือด ต่อสู้ทางอาชีพและการตลาดการค้า จิตใจคนเริ่มรู้สึกโดดเดี่ยวไม่มั่นคง วิตกกังวล ผิดหวังและเศร้า มุ่งแต่จะหาเงิน ใช้จ่ายเงินอย่างฟุ่มเฟือยเพื่อหาความสุขสำราญ เป็นกระแสวัตถุนิยมมากขึ้นเรื่อยๆ จนขาดคุณธรรม และน้ำใจโอบอ้อมอารี ปัจจัยสภาพสังคมเศรษฐกิจต่อการเกิดโรคซึมเศร้า

5. ปัจจัยการทำงานที่เป็นความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ลักษณะงานที่ไม่เหมาะสมกับคนและมีความคาดหวังสูง (high demands and unsuitable job) ขาดปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคม คือคนงานไม่ถูกกัน (poor human relation) สำหรับผู้ชายปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้า คือ งานที่มีอำนาจในการตัดสินใจน้อย (low decision latitude) โดยเฉพาะคนที่มีบุคลิกภาพชนิดเอ (type A) และมีความภาคภูมิใจน้อยมีความคิดเป็นปฏิปักษ์กับคนอื่นขาดแรงสนับสนุนจากสังคมที่ทำงาน

6. ปัจจัยความยากจนต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ความยากจน หมายถึง สภาพเศรษฐกิจต่ำ อดจากรายได้น้อย ไม่มีทรัพย์สินและที่ดินทำกินไม่มีที่อาศัยอยู่แหล่งชุมชนแออัด ไม่มีงานทำการศึกษาน้อย จากงานวิจัยของ Patel และ Klienman ในปี ค.ศ. 2003 ได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัย 11 ชิ้น จาก 6 ประเทศในแอฟริกา (Lesotho and Zimbabwe) ในเอเชีย (Indonesia and Pakistan) และละตินอเมริกา (Brazil and Chile) พบว่า งานวิจัยทั้ง 10 ชิ้น ความยากจนและการศึกษาน้อยมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลไกการเกิดอธิบายได้จากคนยากจนอาศัยอยู่ในบ้านที่ไม่น่าอยู่ อนามัยสิ่งแวดล้อมไม่ดี ไม่มีน้ำสะอาดใช้ เกิดอุบัติเหตุได้บ่อย ภาวะสุขภาพไม่ดี เจ็บป่วยบ่อย หาเงินไม่พอใช้จ่าย (income inequality) เป็นปัจจัยทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

7. วัฒนธรรมเอเชียมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ชาวเอเชียมีวัฒนธรรมทางคตินิยม ซึ่งถือเป็นคนดีในการดำรงชีวิต ให้ค่านิยมสูงเกี่ยวกับการบำเพ็ญตนให้ประโยชน์ เด็กเอเชียส่วนใหญ่มีปัญหาการเข้าสังคม ขาดประสบการณ์ที่ดีในการคบเพื่อน ทักษะสังคมมีน้อยกว่าเด็กเชื้อชาติอื่นในอเมริกา ถ้าเด็กคนใดเรียนหนังสือไม่ได้ตั้งใจพ่อแม่ เด็กคนนั้นจะรู้สึกผิด ละลายใจ วิตกกังวลและเศร้าใจในที่สุด วัฒนธรรมทางเอเชียจะมีแนวโน้มทำให้คนมีความภาคภูมิใจในตนเองได้ยากเพราะชอบเขตความเป็นตัวตนมันกว้างต้องตอบสนองความต้องการของคนอื่น ไม่กล้าชมตัวเอง แต่จะตำหนิและรู้สึกอ่อนไหวต่อคำติชมแต่ไม่กล้าแสดงออก ต้องระงับความโกรธ ระงับการหลีกเลี่ยง (arrested fight and flight) มีลักษณะสมยอม (submissive) ตกอยู่ในสภาพจำนน (entrapment) เกิดการเรียนรู้ภาวะช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (helplessness) และสิ้นหวัง (hopeless) เกิดอาการโรคซึมเศร้าได้

เกณฑ์การวินิจฉัย⁽¹¹⁾

Major depression disorder เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-5 มีดังต่อไปนี้

- A. มีอาการอย่างน้อย 5 อาการดังต่อไปนี้ร่วมกันในช่วงระยะเวลา 2 สัปดาห์เดียวกัน (โดยต้องมีอาการข้อ 1 หรือข้อ 2 ร่วมด้วย) ทั้งนี้อาการต่างๆ นั้นต้องเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนเมื่อเทียบกับลักษณะหรือบุคคลก่อนที่จะมีอาการ
หมายเหตุ ไม่รวมอาการที่เห็นได้ชัดว่า เป็นภาวะทางกาย
- A1. มีอารมณ์เศร้าเป็นแบบทั้งวัน แทบทุกวัน โดยได้ข้อมูลจากการบอกเล่าของผู้ป่วยเอง (เช่น รู้สึกเศร้า ว่างเปล่าหรือหมดหวัง) หรือสังเกตโดยผู้อื่น
หมายเหตุในเด็ก และวัยรุ่น อารมณ์ที่เกิดขึ้นสามารถเป็นอารมณ์หงุดหงิด
- A2. ความสนใจ ความสุขหรือเพลิดเพลินในการทำกิจกรรมที่เคยทำทั้งหมดหรือแทบหมดลดลงอย่างมากโดยเป็นแบบทั้งวันและเกือบทุกวัน
- A3. น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญโดยไม่ได้เกิดจากการควบคุมอาหาร
- A4. นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไปแทบทุกวัน
- A5. ทำอะไรช้า เคลื่อนไหวช้าลง หรือกระสับกระส่าย อยู่ไม่สุขจนคนอื่นสังเกตเห็นได้โดยมีอาการเกือบทุกวัน
- A6. อ่อนเพลีย ไม่มีแรง หรือรู้สึกหมดพลังแทบทุกวัน
- A7. รู้สึกไร้ค่าหรือมีความรู้สึกผิดมากเกินไปเหตุอันควรโดยมีอาการแทบทุกวัน
- A8. ความสามารถในการคิด คงความใส่ใจหรือตัดสินใจลดลงแทบทุกวัน
- A9. คิดเรื่องการตายซ้ำๆ (โดยไม่ใช้การกลัวว่าจะตาย) หรือคิดฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย
- B. อาการที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานหรือส่งผลต่อการใช้ชีวิตในสังคม หน้าที่การทำงานหรือด้านอื่นๆ ที่สำคัญ
- C. อาการที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นผลโดยตรงของสารหรือภาวะทางกาย
- ระบุความรุนแรงของepisodeปัจจุบันดังต่อไปนี้
- Mild อาการเข้าเกณฑ์วินิจฉัยแต่มีจำนวนของอาการไม่มาก และอาการไม่รุนแรง สามารถจัดการกับอาการต่างๆ พอได้ส่งผลทำให้ทุกข์ทรมานหรือหน้าที่ด้านต่างๆ บกพร่องเพียงเล็กน้อย
- Moderate อาการเข้าเกณฑ์วินิจฉัยโดยมีจำนวนของอาการ และความรุนแรงอยู่ระหว่างระดับ mild และsevere

Severe อาการเข้าเกณฑ์วินิจฉัย โดยมีจำนวนของอาการมาก และอาการรุนแรงจนทำให้เกิดความทุกข์ทรมานมากหรือหน้าที่ด้านต่างๆ บกพร่องอย่างชัดเจน

Depression disorder due to another medical condition เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-5 มีดังต่อไปนี้

- A. มีช่วงที่มีอารมณ์เศร้าต่อเนื่องหรือมีช่วงที่ความสนใจในกิจกรรมต่างๆ ที่เคยเพลิดเพลินลดลงอย่างมากเป็นอาการเด่น
- B. มีหลักฐานจากประวัติ ผลการตรวจร่างกายหรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่บ่งชี้อาการข้างต้นเป็นผลซึ่งเกิดจากภาวะทางกายโดยตรง
- C. อาการข้างต้นต้องไม่สามารถอธิบายได้โดยกลุ่มโรคซึมเศร้าและโรคทางจิตเวชอื่นๆ เช่น adjustment disorder with depression mood ซึ่งเป็นอารมณ์เศร้าที่เกิดจากความเครียดจากภาวะทางกายที่รุนแรง
- D. อาการข้างต้นต้องไม่เกิดขึ้นระหว่างมีภาวะ delirium
- E. อาการเหล่านี้ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างมีนัยสำคัญทางการแพทย์หรือการทำหน้าที่ด้านสังคม การงานหรือด้านอื่นๆ ที่สำคัญบกพร่องไป

การรักษา

รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจะขึ้นอยู่กับการประเมินระดับความรุนแรงดังนี้ ผู้ป่วยกลุ่มโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงในระดับ mild มักจะไม่มาพบแพทย์ในเวชปฏิบัติทั่วไปหรือจิตแพทย์โดยคิดว่าเป็นธรรมชาติของจิตใจไม่ได้เป็นความผิดปกติที่ควรได้รับการช่วยเหลือแก้ไข

กลุ่มโรคซึมเศร้ายกระดับ mild การ recognition จึงมีความสำคัญเพราะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง การบำบัดรักษาในรูปแบบของการประคับประคองจิตใจ (psychological support) คือ การรับฟังผู้ป่วยเล่าเพื่อนำข้อมูลมาประเมินผล และวางแผนการรักษา อธิบายเกี่ยวกับโรคที่เป็นรวมทั้งอาการทางร่างกายที่สัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า การจัดการความรู้สึกของตนเอง และเพิ่มทางออกให้กับชีวิต รวมทั้งการทำ cognitive behavior therapy, Interpersonal psychotherapy จะช่วยทำให้ผู้ป่วยดีขึ้นได้โดยไม่ต้องใช้ยารักษาอาการซึมเศร้า

กลุ่มโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงในระดับ moderate นอกจากการรักษาแบบประคับประคองทางจิตใจแล้ว จำเป็นต้องให้ยารักษาอาการซึมเศร้า (Pharmacotherapy) ซึ่งได้แก่ กลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) หรือกลุ่ม tricyclic antidepressant (TCA) เป็นต้น

กลุ่มโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงในระดับ severe สิ่งแรกที่ต้องทำคือ ประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเอง(self-mutilation)หรือฆ่าตัวตาย(suicide)อธิบายความเสี่ยงที่จะเป็นอันตรายกับผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจ และให้การดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด

จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal psychotherapy, IPT)⁽¹⁴⁾ เป็นจิตบำบัดระยะสั้นที่มีโครงสร้างชัดเจน (short-term, structure therapy) ซึ่งมีหลักฐานยืนยันถึงประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้าหลัก (major depression disorder)และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymic disorder) จิตบำบัดรูปแบบนี้มุ่งเน้นปัญหาที่ปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าซึ่งประกอบด้วย 1) อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย 2) ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล 3) การเปลี่ยนผ่านบทบาทและ 4) ความบกพร่องทางสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ผู้รักษาจะเชื่อมโยงปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลด้านใดด้านหนึ่ง 4 ด้านดังกล่าวกับอาการของโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยและใช้เทคนิควิธีการรักษาตามสัมพันธ์ภาพเพื่อแก้ไขปัญหาระหว่างบุคคลของผู้ป่วยนั้นก็จะส่งผลให้อาการของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยดีขึ้นได้

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy, CBT)⁽¹⁴⁾ หมายถึงจิตบำบัดระยะสั้นรูปแบบหนึ่ง ซึ่งมีโครงสร้างและมีกระบวนการในการบำบัดรักษาที่ชัดเจน มีเป้าหมายของการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นปัญหา โดยนำเทคนิคต่างๆของการบำบัดทางจิตมาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสมและความคิดที่บิดเบือนให้เป็นความความคิดที่สมเหตุสมผลและเหมาะสมทำให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นตามความจริงและเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม นอกจากการปรับเปลี่ยนความคิดแล้ว ยังนำเทคนิคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาใช้เพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและเพิ่มพฤติกรรมที่เหมาะสมอีกด้วยจึงรวมเรียกการบำบัดชนิดนี้ว่าเป็นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ผลการศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ได้มีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในโรคทางจิตเวชต่างๆได้ผลดีและพบว่าสามารถรักษาหลากหลายปัญหาทางด้านจิตเวช โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรคซึมเศร้าโรควิตกกังวล โรคย้ำค้ำย้ำทำ โศกความผิดปกติของการรับประทานอาหาร การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจะได้ผลดี

ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ⁽¹⁵⁾

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 จะมีภาวะกลูโคสสูงในเลือดเนื่องจากบุคคลเหล่านี้มีการตอบสนองต่ออินซูลินที่ต่ำลง (insulin resistance) ร่วมกับความผิดปกติของการหลั่งฮอร์โมนโดยมักพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีทั้งระดับกลูโคสและอินซูลินในกระแสเลือดสูงขึ้นเป็นชนิดของเบาหวานที่พบมากที่สุด

ขบวนการหลักของการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2

1. ความผิดปกติของการหลั่งอินซูลินจากเบต้าเซลล์ที่ตับอ่อน (Insulin secretory defect)
2. ภาวะต้านการออกฤทธิ์ของอินซูลินที่ตับและกล้ามเนื้อ (Insulin resistance)

นอกจากนี้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ยังพบมีความผิดปกติที่ระบบอื่นๆ ประกอบด้วย

1. การเพิ่มการสลายไขมันที่เนื้อเยื่อไขมัน (Accelerated lipolysis)
2. ความผิดปกติของ incretin hormone จากทางเดินอาหาร (Incretin deficiency resistance)
3. การเพิ่มการหลั่งกลูคากอนจากแอลฟาเซลล์ที่ตับอ่อน (Hyperglucagonemia)
4. การเพิ่มการดูดกลับของน้ำตาลที่ไต (Increased glucose reabsorption)
5. ภาวะต้านการออกฤทธิ์ของอินซูลินที่สมอง

การดำเนินของโรค

การเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ที่กล่าวมา มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด โดยผู้ป่วยที่มีโอกาสจะเกิดโรคเบาหวานจะได้รับยีนที่มีความผิดปกติจากบิดมารดาที่มีผลต่อความสามารถในการออกฤทธิ์ของอินซูลินที่กล้ามเนื้อและตับ เป็นต้น มาเมื่อผู้ป่วยนั้นเริ่มมีความผิดปกติอื่นๆ เพิ่มขึ้นเช่น มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจนเกิดโรคอ้วน การขาดการออกกำลังกาย สิ่งเหล่านี้จะทำให้ insulin resistance เพิ่มขึ้น (หรือมี insulin sensitivity ที่ลดลง) จนทำให้มีการกระตุ้นการหลั่งอินซูลินจากเบต้าเซลล์ที่ตับอ่อนให้มากขึ้นเพื่อชดเชยการทำงานของอินซูลินที่ลดลงเพื่อรักษาระดับน้ำตาลให้ปกติ เมื่อภาวะนี้คงอยู่เป็นเวลานานโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเป็นมากขึ้น เบต้าเซลล์ที่ตับอ่อนจึงเริ่มทำงานลดลง จนไม่สามารถทำงานชดเชยได้เพียงพอ ให้ระดับน้ำตาลในเลือดจึงเริ่มสูงขึ้น โดยเริ่มจากระดับน้ำตาลหลังจากรับประทานอาหารที่สูงขึ้นก่อน ในบางครั้งเราจะเรียกว่า pre-diabetes ในภาวะ pre-diabetes นี้ผู้ป่วยมักจะมี insulin resistance ที่สูงมากและการทำงานของเบต้าเซลล์ได้มีการเพิ่มจนเกือบเต็มขีดความสามารถสูงสุดแล้วถึงแม้ว่าระดับน้ำตาลจะดูเหมือนว่าไม่สูงมากก็ตาม เมื่อเบต้าเซลล์เริ่มทำงานลดลงอย่างต่อเนื่อง ระดับน้ำตาลเมื่ออดอาหารจะค่อยๆ สูงขึ้นจนเข้าสู่การเป็นโรคเบาหวานในที่สุด

อาการและอาการแสดง

1. ปวดปัสสาวะบ่อยครั้ง เนื่องจากในกระแสเลือดและอวัยวะต่างๆมีกลูโคสค้างอยู่มาก เมื่อเกินค่าrenal threshold (เฉลี่ย 180มก./ดล.) ไตจึงขับออกมาทางปัสสาวะจึงเป็นที่มาของการเรียกโรคนี้ว่า “เบาหวาน”
2. กระหายน้ำและดื่มน้ำในปริมาณมากๆต่อครั้ง กลูโคสที่ถูกขับออกทางปัสสาวะจะดึงออกไปด้วย ทำให้ร่างกายขาดน้ำผู้ป่วยจึงต้องการน้ำเข้าไปทดแทนที่สูญเสียออกไป
3. อ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายไม่มีเรี่ยวแรง การที่เซลล์ไม่สามารถนำเอากลูโคสไปใช้ทำให้เซลล์ขาดพลังงาน
4. น้ำหนักตัวลดโดยไม่ทราบสาเหตุ โดยเฉพาะถ้าหากน้ำหนักเคยมากมาก่อน อันเนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำกลูโคสไปสร้างพลังงานได้เต็มที่จึงต้องนำไขมันและโปรตีนจากกล้ามเนื้อมาใช้ทดแทน
5. ติดเชื้อบ่อยกว่าปกติเช่น ติดเชื้อทางผิวหนังและกระเพาะอาหาร สังเกตได้จากเมื่อเป็นแผลแล้วแผลจะหายยากเนื่องจากระดับกลูโคสที่สูงในกระแสเลือดเป็นอาหารดีให้กับเชื้อจุลินทรีย์ต่างๆ
6. อาการชาไม่ค่อยมีความรู้สึกเนื่องจากระดับกลูโคสที่สูงในกระแสเลือดจะทำลายเส้นประสาทให้เสื่อมสภาพลงความสามารถในการรับรู้ความรู้สึกจึงถดถอยและอาการสายตาร่วมมองไม่ชัดเจน

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน⁽¹⁶⁾

ระดับ provisional มีอาการของเบาหวาน (เช่น ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ อ่อนเพลีย รับประทานมากแต่น้ำหนักลด) หรือมีอาการที่สงสัยว่าเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน เช่น ตา มัว มือเท้าชา เสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ชาย แผลหายช้า ติดเชื้อราในช่องคลอดในเพศหญิง ติดเชื้อ ทางเดินปัสสาวะหรือผิวหนังบ่อยๆ

ระดับ probable พบข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

1. Fasting plasma glucose (FBG) ≥ 126 มก./ดล. (อดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง) สองครั้ง
2. Plasma glucose ณ เวลา 2 ชั่วโมงภายหลังจากทำ 75g oral glucose tolerance test (OGIT) ≥ 200 มก./ดล. สองครั้ง
3. Random plasma glucose ≥ 200 มก./ดล. ร่วมกับมีอาการของเบาหวาน
4. HbA_{1c} $\geq 6.5\%$ สองครั้ง

ตารางที่ 1 การวินิจฉัยเบาหวาน

การวินิจฉัย/วิธี	ปกติ	มีความเสี่ยง	เบาหวาน
FPG(มก./ดล.)	70-99	100-125	≥126
OGTT(มก./ดล.)	<140	140-199	≥200
Random PG (มก./ดล.)	<140	140-199	≥200 ร่วมกับมี อาการ
HbA _{1c} (%)	4-5.6	5.7-6.4	≥6.5

อ้างอิง:ตำราโรคเบาหวาน

- เกณฑ์การวินิจฉัยเบาหวานด้วย FPG เปลี่ยนแปลงจาก ≥ 140 เป็น ≥ 126 มก./ดล. ตั้งแต่ ค.ศ.1997 โดย American Diabetes Association (ADA) และ ค.ศ.1998 โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) เนื่องจากทำให้สามารถประมาณความชุกของโรคแทรกซ้อนทางตาจากเบาหวาน (diabetic retinopathy) ได้ใกล้เคียงกับ OGTT มากขึ้น
- ความไว (sensitivity) ในการวินิจฉัยเบาหวานโดย OGTT > FPG > HbA_{1c} ขณะที่ความจำเพาะ (specificity) ในการวินิจฉัยเบาหวาน, reproducibility และความเสถียร โดย HbA_{1c} > FPG > OGTT

ภาวะแทรกซ้อน

1. ภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลันในเบาหวาน (diabetic emergency)

- ภาวะ Diabetic Ketoacidosis (DKA)
- ภาวะ Hyperglycemia hyperosmolar state (HHS)
- ภาวะ Hypoglycemia

ภาวะ Diabetic Ketoacidosis (DKA) คือ ภาวะเป็นกรดในเลือดเนื่องจากสารคีโตนส์ เนื่องจากร่างกายของผู้ป่วยเบาหวานใช้พลังงานจากกลูโคสไม่ได้จึงจำเป็นต้องใช้พลังงานจากไขมันทำให้เกิดสารคีโตนส์ขึ้นในกระแสเลือดซึ่งประกอบไปด้วย B-hydroxybutyric acid, acetoacetic acid และ acetone สารเหล่านี้เมื่อคั่งในร่างกายจำนวนมากจะทำให้เกิดภาวะกรดที่เรียกว่า ketoacidosis ผู้ป่วยมักมีอาการปัสสาวะบ่อย หานใจหอบลึก และอาจหมดสติ กลิ่นเหม็น และลมหายใจจะเป็นกลิ่น acetone ซึ่งมีกลิ่นคล้ายกลิ่นผลไม้ จะตรวจพบสารคีโตนส์ในพลาสมา และปัสสาวะ เมื่อตรวจพลาสมาในเลือดจะสูงกว่า 250 มก./ดล.

ภาวะ Hyperglycemia hyperosmolar state (HHS) เกิดจากการที่ร่างกายของผู้ป่วยเบาหวานมีระดับกลูโคสในเลือดสูง (มากกว่า 600 มก./ดล.) ระดับกลูโคสที่สูงมากในเลือดซึ่งเป็นส่วนที่อยู่นอกเซลล์จะทำให้มีการดึงน้ำออกจากเซลล์เป็นผลให้เซลล์ขาดน้ำอย่างแรง จะพบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งร่างกายสามารถสร้างสารอินซูลินได้บ้าง แต่มีปริมาณไม่เพียงพอต่อความต้องการ มักตรวจไม่พบคีโตนในเลือดหรือในปัสสาวะอาการผิดปกติต่อเนื่องกันหลายวันโดยเฉพาเวลากลางคืน อ่อนเพลียเหนื่อยง่าย น้ำหนักลด ซึม และอาจหมดสติ

ภาวะ Hypoglycemia ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งมักเกิดในภาวะที่ร่างกายมีระดับกลูโคสในเลือดต่ำกว่า 50 มก./ดล. ก่อนหมดสติจากภาวะกลูโคสในเลือดต่ำผู้ป่วยเบาหวานจะมีอาการเหงื่อออกท่วมตัว ตัวเย็น ปวดศีรษะ ตาลาย หน้ามืด หงุดหงิด หน้าซีดและในกรณีที่เป็นมากอาจมีอาการชักและหมดสติได้ในที่สุด

2. ภาวะแทรกซ้อนแบบเรื้อรัง (Chronic complications)

ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง 3 อวัยวะหลักที่มักได้รับผลกระทบจากโรคเบาหวานได้แก่ ตา (retinopathy) ไต (nephropathy) และระบบประสาทหรือที่มักเรียกว่า triopathy พบว่าโรคเบาหวานเป็นสาเหตุของตาบอดที่พบได้บ่อย และสาเหตุหลักของโรคไตระยะสุดท้าย โรคเบาหวานยังเป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) ซึ่งจะทำให้เกิดพยาธิสภาพขึ้นกับหัวใจ สมอง และอวัยวะอื่นที่ต้องมีหลอดเลือดใหญ่ไปเลี้ยง (macrovascular complication) เช่น แขน-ขา ทำให้อุบัติการณ์ของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด (myocardial infarction) โรคสมองขาดเลือด (stroke) และการตัดแขน-ขา ในผู้ป่วยเบาหวานสูง

การรักษ⁽¹⁵⁾ CHULALONGKORN UNIVERSITY

1. การดูแลด้านอาหารและโภชนาการแก่ผู้ป่วยเบาหวาน

เป็นองค์ประกอบสำคัญอย่างหนึ่งในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นองค์ประกอบสำคัญอย่างหนึ่งในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีหลักฐานเชิงประจักษ์มานานนับสิบปีแล้วว่า การปรับปรุงแก้ไขวิถีดำรงชีวิต (lifestyle modification) หรือ therapeutic lifestyle changes ได้แก่ พฤติกรรมการกินและการเคลื่อนไหวร่างกาย หรือออกกำลังกายที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพในการลดระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมโรคและภาวะแทรกซ้อนได้เป็นอย่างดี ช่วยสร้างความเข้มแข็งและความสำเร็จอย่างยั่งยืนในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยต้องการ นั้นขึ้นอยู่กับวัยน้ำหนักตัวและกิจกรรมประจำวัน อาหารที่ให้พลังงาน คือ คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน พลังงาน 4 กิโลแคลอรีจากคาร์โบไฮเดรต และโปรตีนในปริมาณ 1 กรัม ไขมัน 1 กรัม ให้พลังงาน 9 กิโลแคลอรี ผู้ป่วยเบาหวานทั่วไป จะต้องการพลังงานอาหารวันละ 20-45 กิโลแคลอรีต่อน้ำหนักตัวมาตรฐาน (kg)

อาหารที่ “ไม่ควร” รับประทาน

- น้ำตาลทุกชนิด เช่น น้ำตาลอ้อย น้ำตาลปีบ น้ำตาลก้อน น้ำผึ้ง เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเป็นส่วนผสม เช่น น้ำเก๊กฮวย น้ำลำไย ชาเขียว น้ำอัดลม ชา กาแฟปรุงสำเร็จ และขนมหวานต่างๆ เค้ก คุกกี้ โดนัท

- ผลิตภัณฑ์นม ได้แก่ นมข้นหวาน นมปรุงแต่งรสหวาน โยเกิร์ตปรุงแต่งรสชาติ นมเปรี้ยว

- ผลไม้กวน ผลไม้แช่อิ่ม ผลไม้เชื่อม ผลไม้ตากแห้ง เช่น กลิ้วตาก ลูกเกด ลูกพลับ ลูกพรุน อินทผลัมตากแห้ง รวมถึงผลไม้ในน้ำเชื่อมบรรจุกระป๋อง

- อาหารที่ปรุงด้วยไขมันอิ่มตัว เช่น ไขมันสัตว์ ไส้กรอก หมูสามชั้น น้ำมันมะพร้าว แกงกะทิ ไขมันนม เนย ครีม เนื่องจากอาหารเหล่านี้ มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบหลัก ซึ่งไม่เหมาะกับผู้ป่วยเบาหวาน เพราะจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นรวดเร็ว ซึ่งเป็นอันตราย จึงควรหลีกเลี่ยง

อาหารที่รับประทานได้ “ไม่จำกัดปริมาณ”

ผักก้าน ผักใบ ผักใบเขียวทุกชนิด ควรรับประทานทุกวัน และทุกมื้อให้หลากหลายชนิดในหนึ่งวัน อาหารเหล่านี้เป็นอาหารที่แคลอรีต่ำ และมีใยอาหารสูง ทำให้การดูดซึมน้ำตาลช้าลง อีกทั้งใยอาหารยังช่วยลดชับน้ำตาล ไม่ให้เข้าสู่กระแสเลือดเร็วเกินไป ทำให้ร่างกายสามารถดึงน้ำตาลไปใช้ได้พอดี ได้แก่ ผักกาด คื่นช่าย กวางตุ้ง ผักบุ้ง ตำลึง บวบ มะเขือ พริก แตงกวา น้ำเต้า ถั่วฝักยาว ถั่วงอก เป็นต้น จะรับประทานในรูปของผักสด หรือผักต้มก็ได้ แต่ไม่แนะนำในรูปของน้ำผักปั่น โดยเฉพาะน้ำผักปั่นแยกกาก ทำให้เราได้รับใยอาหารไม่ได้มากเท่าที่ควร

อาหารที่รับประทานได้ แต่ต้อง “จำกัดปริมาณ”

อาหารประเภทข้าว แป้ง เช่น ข้าว ก๋วยเตี๋ยว ขนมปัง เผือก มัน ฯลฯ อาหารเหล่านี้มีคาร์โบไฮเดรตน้อยกว่าน้ำตาล และมีโปรตีน วิตามิน แร่ธาตุ ใยอาหารที่จำเป็นแก่ร่างกาย โดยอาหารจำพวกแป้งจะถูกล่อยเปลี่ยนให้เป็นน้ำตาล และเป็นแหล่งพลังงานที่สำคัญของร่างกาย ผู้เป็นโรคเบาหวานจึงไม่ควรงดหรือจำกัดจนเกินไป ควรได้รับให้เหมาะสมกับแรงงานและกิจกรรมที่ทำ การจำกัดข้าวหรือแป้งมากเกินไปกลับเป็นผลเสีย เพราะระดับน้ำตาลในเลือดอาจต่ำ เกิดอาการหิว ส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

2. การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายควรรักษาควบคู่ไปกับการออกกำลังกายซึ่งมีประโยชน์ต่อร่างกาย ส่งผลให้การทำงานของหัวใจดีขึ้น ลดไขมันในเลือด ลดความดันโลหิต สามารถช่วยลดน้ำหนักได้เมื่อใช้ร่วมกับการรับประทานอาหารที่มีการกำหนดจำนวนแคลอรีที่เหมาะสม ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดและเพิ่มประสิทธิภาพของอินซูลิน (การลดน้ำหนัก 15% จะทำให้ Insulin Receptor) ของเซลล์ไขมัน และเซลล์อื่นๆ มีปฏิกิริยาโต้ตอบต่ออินซูลินไวขึ้น

ลักษณะการออกกำลังกาย ควรเลือกให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละคน

- การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (การออกกำลังกายที่มีการใช้กล้ามเนื้อขนาดใหญ่ทำงานอย่างต่อเนื่องเช่น เดินเร็ว, ปั่นจักรยาน, ว่ายน้ำ, รำมวยจีน, เป็นต้น)
- การออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน เช่น ใช้น้ำหนัก, ยางยืด, ออกกำลังกายด้วยเครื่องออกกำลังกายมีแรงต้าน หากทำร่วมกับการออกกำลังกายแบบแอโรบิก จะช่วยให้ผลในการควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดียิ่งขึ้น ควรทำ 2 วัน/สัปดาห์ (ไม่ควรทำติดกัน 2 วัน) ทำละ 5-10 ครั้ง ข้อควรระวังในการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวาน
- ภาวะน้ำตาลต่ำระหว่างออกกำลังกาย หลังการออกกำลังกาย
- ไม่ควรฉีดอินซูลินที่แขนขา ก่อนออกกำลังกายจะทำให้เกิดการน้ำตาลต่ำได้ง่ายเพราะบริเวณแขนขาที่ฉีดอินซูลินจะออกฤทธิ์เร็ว
- ควรรับประทานอาหารเพิ่มถ้าต้องออกกำลังกายที่หักโหม

3. การใช้ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นน้อย initial FPG 180-250 มก./ดล. หรือ HbA_{1c} 8-9% มีอาการ

- ควรเลือก metformin หรือ glucosidase inhibitor (ถ้า FPG < 150 mg/dl) ข้อดีคือหลีกเลี่ยงการเกิดระดับน้ำตาลในเลือดต่ำต่างจากการใช้ยาในกลุ่ม insulin secretagogue มี profile ดีต่อการลดปัจจัยเสี่ยง atherosclerosis กรณีน้ำหนักตัวปกติหรือผอม มีอาการมาก อาจให้ sulfonylurea

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นปานกลาง initial FPG 250-350 มก./ดล. หรือ HbA_{1c} 8-9%

- ผู้ป่วยมักมีอาการชัดเจนบ่งชี้ถึงการที่มีระดับอินซูลินในเลือดต่ำพอควร ดังนั้น ควรเริ่มให้ยาในกลุ่ม insulin secretagogue ได้แก่ sulfonylurea ซึ่งควรเลือกเป็นชนิดที่ 2nd ขึ้นไปออกฤทธิ์สั้น จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเข้าสู่เป้าหมายได้เร็ว เนื่องจากแก๊ซไกลโคการเกิดน้ำตาลสูงมากกว่าหนึ่งอย่างตั้งแต่แรก

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นมาก initial FPG >350 มก./ดล.หรือ HbA1c >11%

- บ่งชี้ถึงการมีระดับอินซูลินในเลือดต่ำมาก โดยเฉพาะถ้ามีข้อห้ามในการให้ยาเม็ด ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ชัก ภาวะขาดน้ำหรือลักษณะที่ไม่น่าได้ผลจากยาเม็ด ควรรักษาโดยการฉีดอินซูลินระยะแรกก่อน

4. การใช้อินซูลินลดระดับน้ำตาลในเลือด

คนปกติจะหลั่งอินซูลินออกมาใน portal venous system 1 ยูนิต/ชม. เมื่อรับประทานอาหาร ร่างกายจะหลั่งอินซูลินเพิ่มขึ้น 5-10 เท่า ปริมาณอินซูลินปกติหลังออกมามีประมาณ 40ยูนิต/วัน

ชนิดของอินซูลินที่ใช้

- Rapid acting insulin ออกฤทธิ์สั้นมาก ได้แก่ lispro(humalog),aspart(novorapid),glulisine(apidra)
- Short acting insulin ออกฤทธิ์สั้น ได้แก่ regular insulin (actrapid,humulin-R)
- Intermediate acting insulin ออกฤทธิ์ยาวปานกลาง ได้แก่ NPH(insulatard,Humulin-N)
- Long acting insulin ออกฤทธิ์ยาว ได้แก่ ultratard,glargine(lantus),detemir(levemir)
- Combinations (mixed) เป็นอินซูลินชนิดผสมออกฤทธิ์ควบคู่กันมีทั้งแบบผสมเสร็จ (premixed) ได้แก่ 70%NPH และ 30%regular (Mixtrad30, humulin70/30)

ภาวะซิมเศร้าเป็นปัญหาทางจิตที่พบร่วมกับโรคเบาหวานได้บ่อยที่สุด มีรายงานว่าผู้ป่วยซึ่งเป็นโรคซิมเศร้าเพิ่มความเสี่ยง 35% ในการป่วยเป็นโรคเบาหวานในเวลาต่อมาและผู้ป่วยโรคซิมเศร้าที่ใช้ยาต้านเศร้าขนาดปานกลางถึงขนาดสูงติดต่อกันเป็นระยะเวลานานเกิน 2 ปี มีความเสี่ยงสูงขึ้นในการป่วยเป็นโรคเบาหวานซึ่งอาจจะเป็นผลจากการเพิ่ม noradrenergic activity รายงานการศึกษา meta-analysis⁽¹⁷⁾ การศึกษา 42 รายงานในต่างประเทศ พบความชุกของภาวะซิมเศร้าร่วมกับโรคเบาหวานได้ตั้งแต่ 3.8-60% ในขณะที่รายงานความชุกของปัญหาภาวะซิมเศร้าในผู้ป่วยไทยพบว่าความชุกระหว่าง 14-28%⁽¹⁸⁾

จากการจำแนกอัตราป่วยรายจังหวัด พบว่า จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ จังหวัดพิจิตร อัตราป่วย 1,317.28 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาปราจีนบุรี (1,306.10) และมหาสารคาม (1,295.25)

ตารางที่ 2 จังหวัดที่มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานสูงสุด 10 อันดับ, ปี พ.ศ. 2555

อันดับ	จังหวัด	อัตราต่อประชากรแสนคน	จำนวน (ราย)
1	พิจิตร	1,317.28	7,239
2	ปราจีนบุรี	1,306.10	6,161
3	มหาสารคาม	1,295.25	12,207
4	สุราษฎร์ธานี	1,293.44	13,163
5	เลย	1,233.12	7,736
6	จันทบุรี	1,203.85	6,252
7	น่าน	1,061.11	5,063
8	บึงกาฬ	1,038.47	4,259
9	นครปฐม	1,030.40	8,968
10	อ่างทอง	1,024.75	2,910

ที่มา:สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

จากตารางที่ 2 จังหวัดปราจีนบุรีมีอัตราของผู้ป่วยเบาหวานสูงสุดเป็นอันดับที่ 2 การเพิ่มขึ้นของโรคเบาหวานนอกจากภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายเพิ่มสูงขึ้น

แนวคิดและทฤษฎี

Aaron T. Beck⁽¹¹⁾ กล่าวไว้ว่า มุมมองของบุคคลที่มีต่อตนเองและที่มีต่อโลกเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่บุคคลที่มีต่อตนเองและที่มีต่อโลกเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่บุคคลนั้นแสดงออกหรืออาจกล่าวได้ว่า การรับรู้และมุมมองที่มีต่อสิ่งต่างๆ รวมถึงการตีความของบุคคลแต่ละคน ส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมของบุคคลนั้น เช่น หากบุคคลนั้นมีมุมมองต่อตนเองว่าเป็นคนไร้ความสามารถ มีแต่ข้อบกพร่องก่อให้เกิดอารมณ์เศร้า เสียใจ

ทฤษฎีทางความคิดของโรคซึมเศร้า (cognitive theory of depression) กล่าวไว้ว่าอาการของโรคซึมเศร้าเกิดขึ้นจากกระบวนการคิดและความคิดที่บิดเบือน และพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคซึมเศร้าจะมีมุมมองความคิด (sense of control) ได้ก็จะส่งผลให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยดีขึ้น

Martin Seligman ได้อธิบายว่าอาการซึมเศร้าเกิดจากการที่ประสบแต่ความล้มเหลว และผิดหวังซ้ำๆ จนสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง (loss of self-esteem) รู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ (helplessness) รู้สึกสิ้นหวัง (hopelessness) หมดหนทางในการแก้ไขปัญหาให้ดีขึ้นได้ จนรู้สึกยอมแพ้ ไม่สู้ต่อเพราะหมดหนทาง (learn helplessness)^(11,12)

Gilbert P. และ Gilbert J.⁽¹⁹⁾ รายงานปี ค.ศ. 2003 พยายามอธิบายกลไกของการเกิดโรคซึมเศร้าจากภาวะ entrapment and arrested fight and flight กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่สามารถแสดงออกด้านอารมณ์โกรธ (fight) เพราะต้องเก็บกด (felt arrested fight) และต้องการหลบหนี (Flight) ไม่ว่าจะเป็นเรื่องทุกข์จากอารมณ์เศร้า อยู่ในสภาพถูกรังแกเพราะเป็นผู้ย่อย เสียโอกาสและต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงหรือต้องทนคบกับคนที่น่าเกลียดหรือน่ารังเกียจ แต่หนีไม่ได้ (felt arrested fight) ทำให้เกิดความเครียดเรื้อรังและทับถม นานๆ เข้าเกิดความสูญเสียอำนาจหรือควบคุมตนเองไม่ได้ (learned helplessness) ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง (low self esteem) สูญเสียความเชื่อมั่น (lack of self confidence) ไม่ยินดียินร้ายกับที่ได้รับไม่สนุกสนาน (anhedonia) เฉื่อยชา (passive) ยอมแพ้ (defeat) ปล่อยชีวิตให้เป็นไปตามยถากรรม หมดหวัง (hopelessness)

Peter Lewinsohn และนักพฤติกรรมบำบัดท่านอื่นๆ ได้อธิบายว่า อาการของโรคซึมเศร้าเกิดจากการขาดแรงเสริมทางบวก (lack of positive reinforcement) หรือไม่ได้รับรางวัลที่เหมาะสมหลังจากที่ทำพฤติกรรมโดยอาจจะขาดสิ่งแวดล้อมที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับแรงเสริมหรือรางวัล ก็ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกเบื่อ (boredom) หมดความเพลิดเพลิน (pleasurelessness) และเกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง (despair) หรือทำให้ความภาคภูมิใจในตัวเอง (lowering of self-esteem) ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยขาดแรงเสริมทางบวกจนเกิดโรคซึมเศร้า^(11, 20)

Adolf Meyer ได้อธิบายว่า อาการของโรคซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์และจิตใจที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น ปัญหาทางการเงินและเศรษฐกิจ การตกงาน การเสียบุคคลอันเป็นที่รักและการป่วยด้วยโรคทางกายที่ร้ายแรง การทำความเข้าใจผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจึงควรให้ความสำคัญกับบริบททางสังคมและเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย

Harry Stack Sullivan ได้อธิบายไว้ว่าเหตุการณ์ชีวิตในปัจจุบัน (current life events) และปัญหาปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal interaction) มีส่วนสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า

การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว

Myrna M. Weissman และ Gerald Klerman เป็นผู้นำแนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมาทำการศึกษาและพบว่าปัญหาสัมพันธภาพ (interpersonal difficulties or interpersonal problems) มีความเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิตใจโดยเฉพาะอาการของโรคซึมเศร้า⁽¹¹⁾

แนวคิดของ McMaster⁽¹⁰⁾ เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว (McMaster Mode of family Functioning หรือ MMFF) ครอบครัวเป็นระบบเปิด (open system) ซึ่งประกอบด้วยระบบย่อยอันได้แก่ สมาชิกแต่ละคน (individual subsystem) คู่สมรส (spousal subsystem) และพี่น้อง (sibling subsystem) ครอบครัวยังมีความสัมพันธ์กับระบบภายนอกอื่น ๆ เช่น ระบบครอบครัวขยาย

ชุมชน โรงเรียน องค์การศาสนา เป็นต้น MMFF แบ่งการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็น 6 ด้าน คือ การแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม

การแก้ปัญหา (problem solving) หมายถึง ความสามารถของครัวในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสมทำให้ครอบครัวดำเนินไปได้ดี และปฏิบัติหน้าที่ด้านต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การสื่อสาร (communication) หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน การสื่อสารอาจแบ่งเป็นการสื่อสารโดยใช้คำพูด (verbal communication) และการสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด (nonverbal communication)

บทบาท (role) หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกประพฤติต่อกันซ้ำๆ เป็นประจำ บทบาทได้เป็น 2 ด้าน คือ บทบาททางด้านวัตถุและบทบาททางด้านอารมณ์

การตอบสนองทางอารมณ์ (affective responsiveness) หมายถึง ความสามารถที่จะตอบสนองทางอารมณ์กันอย่างเหมาะสมทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ

ความผูกพันทางอารมณ์ (affective involvement) หมายถึง ระดับความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกมีต่อกันรวมทั้งการแสดงออกซึ่งความสนใจและการเห็นคุณค่าของกันและกัน

การควบคุมพฤติกรรม (behavior control) หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการกับพฤติกรรมของสมาชิก การควบคุมเป็นสิ่งที่จำเป็น ทั้งนี้เพื่อให้สมาชิกประพฤติกรรมอยู่ในเขตอันเหมาะสม ไม่เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่น

Beavers system model Beavers และคณะ มองการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวใน 2 แง่ คือ competence คือ ความสามารถของครอบครัวในการจัดระบบภายในให้ดำเนินไปได้อย่างเรียบร้อย คำนี้มีขอบเขตกว้างตั้งแต่ประสิทธิภาพไปจนถึงบกพร่องอย่างรุนแรง style หมายถึง ทิศทางของปฏิสัมพันธ์ที่ครอบครัวมีต่อกันเองและมีต่อระบบภายนอก มีความหมายใกล้เคียงกับ cohesion และ emotional involvement แบ่งเป็น 2 แบบ คือ แบบที่มีทิศทางเข้าหาครอบครัว (centripetal-cp) คือ แสวงหาความสุขจากภายในครอบครัว ไม่ไว้ใจคนนอกครอบครัว สมาชิกแสดงความรู้สึกทางบวกเป็นส่วนใหญ่และเก็บความรู้สึกส่วนทางลบ สมาชิกมีปัญหาทางอารมณ์ เช่น ซึมเศร้า กังวล เป็นต้น แบบที่มีทิศทางออกหาครอบครัว (centrifugal-cp) คือ แสวงหาความสุขจากนอกครอบครัว แสดงความรู้สึกทางลบ เช่น โกรธไม่พอใจมากกว่าความรู้สึกทางบวก เป็นต้น

การรับรู้ภาวะสุขภาพ

Orem⁽²¹⁾ กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดี

Pender, Nola J.^(22, 23) ผู้พัฒนาทฤษฎี Health Promotion Model ฉบับปี ค.ศ. 1987 แบ่งส่วนเป็นการรับรู้เกี่ยวกับองค์ประกอบ นำมาสู่การประยุกต์ตามบุคคล สถานการณ์ การมีปฏิสัมพันธ์ เกิดเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อมา Health Promotion Model ฉบับปี 1996 ได้มีการทบทวนและเพิ่ม 3 ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อบุคคลคือ activity – related affect commitment to a plan of action และ immediate competing demand and preferences แนวคิดหลักและคำจำกัดความ (Major concepts and definition)⁽²⁴⁾

1. การเห็นความสำคัญของสุขภาพ (Importance of health) คือ การที่บุคคลมองว่าสุขภาพคือสิ่งที่มีคุณค่าที่ควรแสวงหา

2. รับรู้ว่าสุขภาพสามารถควบคุมได้ (Perceived control of health) บุคคลรับรู้และเชื่อว่าสามารถเปลี่ยนแปลงสุขภาพได้ตามต้องการ

3. รับรู้ความสามารถของตน (Perceive self – efficacy) บุคคลมีความเชื่ออย่างมาก ว่าพฤติกรรมสามารถเกิดได้ตามที่บุคคลกำหนด

4. คำจำกัดความของสุขภาพ มีตั้งแต่ การไม่มีโรคจนถึงสุขภาพสูงสุดทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

5. การรับรู้สภาวะสุขภาพ (Perceived health status) สภาวะที่รู้สึกดี หรือรู้สึกป่วยสามารถแยกได้จากพฤติกรรมสุขภาพ

6. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม (Perceived benefits of behaviors) บุคคลจะมีความโน้มเอียงสูงที่จะเริ่มหรือทำต่อเนื่องในพฤติกรรมนั้นๆ ถ้ารับรู้ว่ามีประโยชน์ต่อสุขภาพ

7. การรับรู้ถึงอุปสรรคของพฤติกรรม (Perceived barriers to health promoting behaviors) ถ้าบุคคลรับรู้พฤติกรรมนั้นยากลำบากจะทำให้มีความตั้งใจลดลงในการปฏิบัติตาม

สำหรับองค์ประกอบอื่น เช่น อายุ เพศสภาพ การศึกษา รายได้ น้ำหนัก แบบแผน สุขภาพของครอบครัว การคาดการณ์ เป็นเพียงผลโดยอ้อมในกระบวนการคิด และปี ค.ศ.1996 Health Promotion Model ได้ปรับปรุงใหม่ และมีกรอบแนวคิดเพิ่มดังนี้

1. พฤติกรรมเดิม (Prior related behavior) คือ พฤติกรรมที่เป็นองค์ประกอบที่มีผลโดยตรงและโดยอ้อม และมีความเชื่อมโยงกับการรับรู้ถึงความสามารถของตน พฤติกรรมในอนาคตจะได้รับอิทธิพลจากความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการกระทำที่คล้ายคลึงในอดีต

2. กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผล (Activity-related affect) ความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบในพฤติกรรมบางอย่าง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม และมีอิทธิพลโดยอ้อมถึงการรับรู้ในความสามารถของตน

3. การยึดมั่นต่อแผนปฏิบัติ (Commitment to a plan of action) รวมถึงแนวคิดที่ตั้งใจเป็นแผนกลยุทธ์ที่เป็นเหตุนำมาซึ่งความตั้งใจที่จะเป็นแผนในการปฏิบัติซึ่งเกิดขึ้นเองหรือบุคคลอื่นมีส่วนรับรู้

4. ความต้องการ ความชอบที่เกิดขึ้นแทรกทันที (Immediate competing demands and preferences) ในการที่บุคคลจะเลือกปฏิบัติ ความต้องการที่จะปฏิบัติอาจไม่สำเร็จเพราะไม่สามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อมได้ ความชอบเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการเลือกปฏิบัติ

Mussen, Conger และ Kagan⁽²⁵⁾ กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) ของบุคคลเป็นการตัดสินคุณค่าของตน (Self) และการแสดงออกในรูปของทัศนคติที่บุคคลนั้นมีต่อตนเอง

Maslow⁽²⁶⁾ นักจิตวิทยาในทฤษฎีมนุษยนิยม ได้กล่าวไว้ว่า บุคคลทุกคนในสังคมต้องการเห็นคุณค่าในตนเอง และการเห็นคุณค่านี้สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทด้วยกัน คือ

1) ความต้องการความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) เป็นความต้องการที่บุคคลอยากให้ตนเป็นผู้เข้มแข็ง ประสบความสำเร็จ เป็นผู้มีความสามารถเพียงพอในการกระทำสิ่งต่าง ๆ เป็นผู้เชี่ยวชาญและมีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้มีอิสรภาพและมีความเชื่อมั่นในการเผชิญกับสิ่งต่าง ๆ ในโลก

2) ความต้องการให้ผู้อื่นเห็นคุณค่าของตน (Esteem from Other People) เป็นความต้องการของบุคคลที่อยาก让别人ยอมรับว่าตนเป็นผู้มีเกียรติมีชื่อเสียงเป็นผู้มีอำนาจเหนือผู้อื่น เป็นบุคคลที่มีความสำคัญ และเป็นที่ยอมรับของผู้อื่น ผลการศึกษาของมาสโลว์นี้ สอดคล้องกับ คูเปอร์สมิธ ได้กล่าวว่า องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมี 2 ประเภท เช่นเดียวกัน คือ องค์ประกอบเฉพาะของบุคคล และองค์ประกอบภายนอกของบุคคล

Branden⁽²⁷⁾ กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไว้ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสำคัญใน 2 แง่ด้วยกันคือ เป็นสิ่งบ่งบอกถึงคุณสมบัติของบุคคลและบ่งบอกถึงคุณค่าของบุคคล และประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 2 ประการ คือ ความมั่นใจในตนเองและความเคารพนับถือตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจึงเป็นความเชื่อมั่นที่บุคคลเชื่อว่าตนเองมีคุณสมบัติในการทำงานอย่างเพียงพอ และมีคุณสมบัติเพียงพอในการดำรงชีวิต เบรนเดน มีความเชื่อว่าโดยธรรมชาติแล้วมนุษย์โดยทั่วไปมีความต้องการเห็นคุณค่าในตนเอง แต่บุคคลอาจไม่มีความรู้ว่าจะทำอย่างไรเพื่อตอบสนองความต้องการนี้และไม่รู้ว่ามีความรู้มาตรฐานการวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนี้อย่างไร

การรับรู้ภาวะสุขภาพ(health perception)⁽⁹⁾ หมายถึง การแสดงถึงความรู้สึก และความ คิดเห็นต่อภาพรวมของสุขภาพ ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม (perceived susceptibility) หมายถึง การแสดงออกถึงความเชื่อหรือคาดคะเนว่า ตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหา สุขภาพมากน้อยเพียงใด

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากพฤติกรรม (perceived severity) หมายถึง การ แสดงออกถึงความเชื่อบุคคลประเมินว่า ความรุนแรงของโรค ก่อให้เกิดความพิการ ความยากลำบาก และต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือการเสียชีวิต

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปี (perceived benefits) หมายถึง การ แสวงหาวิธีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคและการหายจากโรค

4. การรับรู้อุปสรรคของการตรวจสุขภาพประจำปี (perceived barrier) หมายถึง การแสดง การคาดคะเนล่วงหน้ากับการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องซึ่งได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความเจ็บปวด ความไม่ สะดวกสบายในการเข้ารับบริการ

งานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ ซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ANNE E. และคณะ⁽²⁸⁾ ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าของเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 19 ในประชากร 958 คน ของโรงพยาบาล แห่งหนึ่งในประเทศนอร์เวย์ (Norway) ประเมินโดยใช้เครื่องมือ HADS และพบว่าระดับการศึกษาที่ ต่ำ (low education), สถานภาพ, การสูบบุหรี่, BMI(kg/m²) ไม่มีนัยสำคัญกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2

Azimi-Nezhad และคณะ⁽²⁹⁾ ศึกษาความชุกของเบาหวานชนิดที่ 2 ทางตอนเหนือของ ประเทศอิหร่าน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เรื่อง เพศ ที่อยู่อาศัย การศึกษา สถานภาพ และอาชีพโดย ศึกษาในประชากรทั้งหมด 3,778 คน เพศหญิง 1,923 คน เพศชาย 1,855 คน โดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป และ Anthropometrical and biochemical ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับเบาหวานชนิดที่ 2 คือ เพศ การศึกษา ที่อยู่อาศัยและอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญ และไม่ พบความสัมพันธ์ของสถานภาพกับเบาหวานชนิดที่ 2

C.E. Lloy และคณะ⁽³⁰⁾ ศึกษาความชุกของภาวะซิมเศร่าและวิตกกังวลในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานของคลินิกแห่งหนึ่งประเทศอังกฤษในผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป โดยใช้แบบประเมิน HADS พบความชุกเท่ากับร้อยละ 28 และเมื่อหาความสัมพันธ์ของภาวะซิมเศร่าและภาวะวิตกกังวลพบว่า เพศ, การควบคุมระดับน้ำตาล, และHbA_{1c} มีนัยสำคัญทางสถิติ

Collins MM, Corcoran P, และPerry J.⁽³¹⁾ ศึกษาภาวะซิมเศร่าและวิตกกังวลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 ศึกษาแบบเชิงพรรณนา (A cross-sectional) ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของประเทศไอร์แลนด์ จำนวน 2,049 คน เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 1,456 คน (71%) โดยใช้แบบประเมิน HADS พบความชุกของภาวะซิมเศร่าร้อยละ 32 และสภาพทางเศรษฐกิจที่สูง (รายได้) และมีอายุมากเป็นปัจจัยปกป้องที่ต่ำของภาวะซิมเศร่า สถานภาพ และรูปแบบการดูแล ไม่สามารถทำนายภาวะวิตกกังวลและภาวะซิมเศร่าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Cols- Sagarra C. และคณะ⁽³²⁾ ศึกษาภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการดูแลในโรงพยาบาลปฐมภูมิในประเทศสเปน ศึกษาในผู้ป่วยทั้งหมด 411 คน โดยใช้แบบประเมิน PHQ-9 พบว่าความชุกของภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สูงถึงร้อยละ 40 ของผู้ป่วยเบาหวานที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซิมเศร่า ผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 29.2 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซิมเศร่าร้อยละ 17 รู้ว่าตนเองเป็นโรคซิมเศร่า และร้อยละ 12.2 ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซิมเศร่า

E. Foran. A Hannigan. และL.Glynn⁽³³⁾ ศึกษาความชุกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และผลกระทบของภาวะซิมเศร่าในโรงพยาบาลปฐมภูมิแห่งหนึ่งในประเทศไอร์แลนด์ ผู้ป่วยจำนวน 9,689 คน อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป โดยใช้เครื่องมือ HADS ผลการวิจัยพบว่า ภาวะซิมเศร่าระดับเล็กน้อยร้อยละ10 ภาวะซิมเศร่าระดับปานกลางร้อยละ 5 และภาวะซิมเศร่าระดับรุนแรงร้อยละ 4 และยังพบว่าภาวะซิมเศร่ารุนแรงในผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุมากกว่า 50 ปีสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคเบาหวานถึง 4 เท่า

Anantha Eashwar V.M, Gopalakrishnan S, และUmadevi R.⁽³⁴⁾ ศึกษาความชุกของภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และระดับน้ำตาลในเลือดของรัฐทมิฬฑูทางตอนใต้ของประเทศอินเดีย ศึกษาแบบเชิงพรรณนา ในผู้ป่วยจำนวน 300 คน โดยใช้แบบประเมิน PHQ-9 พบความชุกของภาวะซิมเศร่าร้อยละ 39.7 ยังพบว่าภาวะซิมเศร่าระดับเล็กน้อยร้อยละ 17.3 ภาวะซิมเศร่าระดับปานกลางร้อยละ 13 ภาวะซิมเศร่าระดับปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 6.7 และภาวะซิมเศร่าระดับรุนแรงมากร้อยละ 2.7 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดที่เพิ่มขึ้น, ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน, เพศหญิง และการรักษาโรคเบาหวาน

Russell E. และ Deborah J.⁽³⁵⁾ ศึกษาสภาพแวดล้อมทางสังคม และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศึกษาในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานมากกว่า 1 ปี โดยใช้แบบประเมิน Family-Behavior Checklist (DFBC) เป็นผู้ป่วยนอกที่มีเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 127 คน พบว่าครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานที่ดูแลในเรื่องการรับประทานอาหาร, การออกกำลังกาย, การเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว ช่วยให้ความสัมพันธ์ และการทำหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวอยู่ในระดับดี มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้รับการดูแลจากครอบครัว

Hiroaki Takenaka. และคณะ⁽³⁶⁾ ศึกษาปัญหาครอบครัว และหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 219 เตียง ในจังหวัดไอจิ ของประเทศญี่ปุ่น โดยใช้แบบประเมิน FACESKG IV, Gakuin IV, HADS, FES, FACES และ FAD ศึกษาในผู้ป่วยนอกที่มีเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 133 คน ส่วนใหญ่มีปัญหาครอบครัว เรื่องการขัดแย้งเรื่องทั่วไปในครอบครัวร้อยละ 33.3 ปัญหาสุขภาพของคนในครอบครัวร้อยละ 40.9 ปัญหาการใช้ชีวิตประจำวันของคนในครอบครัวร้อยละ 22.7 พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวระดับดี มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอย่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

Na Shin และคณะ⁽³⁷⁾ ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าระดับน้อยและภาวะซึมเศร้าระดับมาก การจัดการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 702 รายในโรงพยาบาล Johns Hopkins Hospital ประเทศสหรัฐอเมริกา ใช้เวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2554 ถึงมิถุนายน 2557 โดยใช้แบบประเมิน PHQ-2, HPSS, และ SDSCA ผู้ป่วยเบาหวาน 161 ราย ร้อยละ 23 พบภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับน้อยถึงมาก รายงานการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีการจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ

Pankaj J, Rohit V, และ Yantan P.⁽³⁸⁾ ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการดูแลแบบรายบุคคล โดยศึกษาในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในประเทศอินเดีย ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 50 รายที่มีผู้ดูแลรายบุคคล โดยใช้แบบประเมิน HADS รายงานพบความชุกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 24 ยังพบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับน้ำตาลในเลือดและการรักษาโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ รายงานพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการดูแลรายบุคคลครอบครัวเป็นดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ

Bhagayashree B, Satheesh R, และ Sanal T⁽³⁹⁾ ศึกษาผลการรับรู้ความเครียดและการทำหน้าที่ของครอบครัวในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 250 คน และผู้ป่วยที่ไม่มีโรคเบาหวานจำนวน 250 คนที่ชุมชนในเมืองหลวงของรัฐคานาดาเก่าของประเทศอินเดีย โดยใช้แบบประเมิน FAD พบว่าการแก้ไขปัญหาครอบครัวและการทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับกลุ่มตัวอย่าง

พิรุณี สัพโส⁽⁴⁰⁾ ศึกษาความชุกของภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลพังโคนจากผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปที่มีการตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 330 คน พบว่าความชุกของภาวะซิมเศร่าในกลุ่มที่มีโรคร่วมทางกายมากกว่าหรือเท่ากับ 3 โรค ร้อยละ 29.8 รวมทั้งระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับโรคซิมเศร่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.05$)

ธิดิพันธ์ ธานีรัตน์⁽⁴¹⁾ ศึกษาความชุกของภาวะซิมเศร่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก คลินิกต่อมไร้ท่อ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 250 คน พบความชุกของภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เท่ากับร้อยละ 28 และความชุกของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี (ระดับ HbA_{1c} ในเลือดตั้งแต่ 7% ขึ้นไป) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เท่ากับร้อยละ 56

ศิริระ เมืองไทย⁽⁴²⁾ ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายโรงพยาบาลศรีสะเกษ ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 452 ราย พบความชุกของภาวะซิมเศร่าร้อยละ 22.6 และปัจจัยอิสระที่มีความสัมพันธ์เกิดภาวะซิมเศร่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.000$)

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ⁽⁴³⁾ ศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 725 คน จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดขอนแก่น พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอาการซิมเศร่าร้อยละ 15.83 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร่าคือผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อภาวะซิมเศร่าร้อยละ 2.46 เท่า ระยะเวลาป่วยเพิ่มขึ้น 5 ปี ร้อยละ 1.08 เท่า ผู้ป่วยที่รับรู้ว่ามีปัญหาเกี่ยวกับโรคเบาหวานมีความเสี่ยงต่อภาวะซิมเศร่าร้อยละ 3.49 เท่า

S. Ali และคณะ⁽⁴⁴⁾ ศึกษาความชุกของภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยชนิดที่ 2 จาก systemic Review และ Meta-analysis จำนวน 51,331 คน พบว่าความชุกของภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เท่ากับร้อยละ 17.6 สูงกว่า เมื่อเทียบกับบุคคลทั่วไปที่ไม่มีโรค ร้อยละ 9.8 [17.6 vs. 9.8%, OR = 1.6, 95%, confidence interval (CI) 1.2–2.0] อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Sherita Hill Golden และคณะ⁽³⁷⁾ ศึกษาความชุกภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 702 คน ในคลินิกผู้ป่วยเบาหวานที่ Johns Hopkins Hospital ความชุกของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในปัจจุบันอดีต และทั้งปัจจุบันหรืออดีตของภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 4.3% (95%CI:0.9-.2%), 9.6% (95%CI:3.9-15.9%), 13.9% (95%CI:7.7-21.2%), ภาวะซึมเศร้าระดับมากในปัจจุบัน อดีต และทั้งปัจจุบันหรืออดีตร้อยละ 5.0% (95%CI:7.7-1.9-9.4%), 12.0% (95%CI:6.1-19.5%), 17.0% (95%CI:10.1-24.8%) ความชุกของภาวะซึมเศร้าระดับน้อย และภาวะซึมเศร้าระดับมากมีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Kristen Shirey และคณะ⁽⁴⁵⁾ ศึกษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานของคลินิกที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานทางฝั่งตะวันตกของประเทศเคนย่าเกี่ยวกับความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 253 คน พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในเพศหญิง ร้อยละ 27 และความชุกของภาวะซึมเศร้าในเพศชาย ร้อยละ 15 ($p=0.023$)

วรทยา ทัดหล่อ⁽⁴⁶⁾ ศึกษาปัจจัยการทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตชุมชนเมืองจังหวัดชลบุรีมารับบริการ ณ คลินิกโรคเบาหวาน จำนวน 262 ราย พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลางถึงมากร้อยละ 39.9 ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน จำนวนโรคร่วม สัมพันธภาพในครอบครัว การดูแลตนเอง สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 77 ($R^2 = 77, p < .001$)

นพรัตน์ ไทยแท้⁽⁶⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อายุ 40 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลเขาวงจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 1,728 คน พบว่าสัดส่วนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าต่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินร้อยละ 60.10 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นวลอนงค์ ศรีสุกใส⁽⁴⁷⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนจากครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวและการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ามีการทำหน้าที่ของครอบครัว และการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ($r=0.245, p < 0.001$) และการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับกิจกรรมการดูแลตนเอง ($r=0.291, p < 0.000$)

ปิยนันท์ พรหมคง⁽⁴⁸⁾ ศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถของตัวแปรคัดสรร (อายุ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ดัชนีมวลกายกิจกรรมทางกาย การรับรู้ความสามารถของตนเอง และ แรงสนับสนุนของครอบครัว) ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลควนขนุน และศูนย์สุขภาพชุมชนควนขนุน จังหวัดพัทลุง จำนวน 120 ราย ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิง ร้อยละ 73.3 และระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน 2 เดือนถึง 30 ปี วิเคราะห์หาความสัมพันธ์พบว่ากิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ตัวแปรอื่นๆ ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อุษาศรี แสงสง่า⁽⁴⁹⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มาใช้บริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวน 34 แห่ง จำนวน 200 คน ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับบุคลากรผู้ให้บริการทางด้าน การแพทย์ สื่อสาร และนโยบายสาธารณะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำแต่อายุ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน สมาชิกในครอบครัว และกลุ่มเพื่อน องค์กรในชุมชน เพื่อนบ้าน และชุมชนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ชนิตา สุริอาจ⁽⁵⁰⁾ ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และความต้องการบริการสุขภาพของผู้ต้องขังที่มีความผิดปกติทางเมตาบอลิก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 270 รายพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=2.69, SD=.30$) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างไปทางมาก ($M=2.92, SD=.29$) ความต้องการบริการสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างไปทางมาก ($M=2.98, SD=.29$) กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ อายุ และระยะเวลาการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และความต้องการบริการสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ชนินทร์กร เต็มรัตน์⁽⁹⁾ ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและคุณภาพการบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการการตรวจสุขภาพประจำปี โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 388 คน ผลการศึกษาพบว่า ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับมาก โดยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม ร้อยละ 98.97 การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากพฤติกรรม ร้อยละ 96.13 การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 98.97 ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการตรวจสุขภาพประจำปีมีในระดับน้อยเพียง ร้อยละ 9.79

ชลวิภา สุลักษณ์านุรักษ์⁽⁵¹⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึ่มเศร้ำและความเครียดกับระดับน้ำตาลสะสม ในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน ของโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ในผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 290 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินภาวะซึ่มเศร้ำ 9 คำถาม แบบวัดความเครียดสวนปรุง เก็บข้อมูลน้ำตาลสะสมในเลือดจากเวชระเบียนของโรงพยาบาล ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 71.4 อายุเฉลี่ย 60.5 ± 9.8 ปี มีชยฐานระยะเวลาเป็นเบาหวาน 6 ปี การเป็นเบาหวาน ≥ 10 ปี มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลสะสมในเลือดสูง กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 82.5 มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดสูง (≥ 7 mg%) มีภาวะซึ่มเศร้ำร้อยละ 29.7 มีความเครียด ระดับปานกลางร้อยละ 54.8 มีความเครียดสูงถึงรุนแรงร้อยละ 22.8

ธานินทร์ ไชยานุกูล⁽⁵²⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.85, SD = .50$)

ระพีพร วาโยบุตร⁽⁵³⁾ ศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบการมีส่วนร่วม การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน บ้านหนองโดน อำเภอมะนัง จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการติดตามและการประเมินผลได้แนวทางในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีองค์ประกอบสำคัญคือ โปรแกรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน แนวทาง 3อ-3ร อย่างเคร่งครัด และการปรับเปลี่ยนแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของสมาชิกครอบครัวและชุมชน การสนับสนุนของสมาชิกครอบครัวและชุมชน

จิณณพัต ธีรอภิศักดิ์กุล⁽⁵⁴⁾ ศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยทางจิตสังคมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 395 คน พบว่าคุณภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.8 อยู่ระดับปานกลาง ปัจจัยสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้ป่วยเบาหวานได้แก่การไม่มีภาวะวิตกกังวล การปรับตัวและแก้ไขปัญหาความขัดแย้งที่ดี ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว การศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาและการไม่มีอาการอ่อนเพลียไม่มีแรง ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ การประกอบอาชีพ และรายได้ไม่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดี ปัจจัยทางจิตสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าปัจจัยส่วนบุคคล

กฤษมา กังหลี⁽⁵⁵⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง คือผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 321 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 75.32 การสนับสนุนทางสังคม ร้อยละ 66.03 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ร้อยละ 96.15

จุฑารัตน์ บุญวัฒน์⁽⁵⁶⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 378 ราย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามสัมพันธ์ภาพในครอบครัว และแบบประเมินภาวะซิมเศร่าของเบ็ค พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซิมเศร่าอยู่ในระดับเล็กน้อยร้อยละ 32 อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 25.7 และอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 17.2 คะแนนเฉลี่ยสัมพันธ์ภาพในครอบครัวและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านอายุ จำนวนโรคร่วม และระยะเวลาของการเป็นเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซิมเศร่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

นภารัตน์ ธัญธิโรสุภานกุล⁽⁵⁷⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกครอบครัวเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 189 คน ที่มารับบริการที่สถานีอนามัยตำบลบ้านสวน จังหวัดปราจีนบุรี เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวและผู้ป่วยเบาหวาน แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคของครอบครัว แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว แบบสอบถามเครือข่ายทางสังคม และแบบสอบถามการจัดการของครอบครัว พบว่าการจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกครอบครัวเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง ปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกครอบครัวเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 คือ การทำหน้าที่ของครอบครัว เครือข่ายทางสังคมและการรับรู้ของโรคของครอบครัว โดยสามารถร่วมกันทำนายการจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และสามารถอธิบายการผันแปรได้ ร้อยละ 33.4

อมรรัตน์ นระสนธิ⁽⁵⁸⁾ ศึกษาเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาการแพทย์ทางเลือกในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ผลการศึกษาพบว่ามีการใช้แพทย์ทางเลือก 2 กลุ่ม คือ 1) การแพทย์แผนจีน ได้แก่ การฝังเข็ม ร่วมกับการรมยา การกระตุ้นด้วยไฟฟ้า และการใช้แก้วดูดสุญญากาศ 2) การบำบัดรักษาโดยใช้สารชีวภาพ สารเคมีต่าง ๆ เช่นการใช้ยาสมุนไพรพื้นเมืองการบริโภคอาหารสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่านอกจากผู้ป่วยโรคเบาหวานจะใช้การรักษาจากแพทย์ปัจจุบันในการดูแลสุขภาพตนเองแล้ว ยังแสวงหาความช่วยเหลือจากการแพทย์ทางเลือกอื่น

ประภาศรี ธนากุล⁽⁵⁹⁾ ศึกษารูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยสมุนไพรพื้นบ้านโดยกระบวนการสิ่งแวดล้อมศึกษา โดยวิธีการวิจัยแบบผสมวิธี ได้ใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานตามภูมิปัญญาพื้นบ้าน จำนวน 4 ชนิด มะระขี้นก ตำลึง กะเพรา และเตยหอม ผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดพบว่า 6 เดือนหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีระดับน้ำตาลลดลงกว่ากลุ่มทดลอง

ปรียาภรณ์ สวัสดิ์ศรี⁽⁶⁰⁾ ศึกษาพฤติกรรมการใช้สมุนไพรและผักพื้นบ้านในการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายโรงพยาบาล อังครักษ์ จังหวัดนครนายก ในกลุ่มตัวอย่างที่เลือกแบบเจาะจง จำนวน 165 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็น แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้สมุนไพรและผักพื้นบ้านในการลดระดับน้ำตาลในเลือดที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง ระหว่างข้อความกับจุดประสงค์ในแต่ละข้อมากกว่า .50 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่รับประทานสมุนไพรและผักพื้นบ้านร้อยละ 58.79 สมุนไพรที่กลุ่มตัวอย่างรับประทานมาก 5 อันดับแรก ได้แก่ รวงจืด ปอบิด ใบเตยหอม แห้ม และฟ้าทะลายโจร ผักพื้นบ้าน ที่กลุ่มตัวอย่างรับประทานมาก 5 อันดับแรก ได้แก่ ตำลึง มะระขี้นก กระเพรา มะระจีน และผักบุ้ง กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการรับประทานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 74.23

Rivka Ofir⁽⁶¹⁾ และคณะศึกษาการใช้ส่วนประกอบของชะเอม (Licorice) ในการยับยั้งการดูดกลับของซีโรโทนิน (Inhibitor of Re-uptake) ผลการศึกษาพบว่า การใช้สมุนไพรชะเอมลดภาวะซึมเศร้าได้ในกลุ่มหญิงที่ใกล้หมดประจำเดือน และวัยหมดประจำเดือนได้ในภาวะซึมเศร้า ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

Alizadeh Z⁽⁶²⁾ และคณะ ศึกษาผลของการใช้ชะเอม (Licorice) ในรูปแบบของการสกัดเป็นยาเม็ด (D-reglis) ใช้วิธีการทดลองแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในพยาบาลจำนวน 72 คน ที่ทำงานอยู่ในแผนกศัลยกรรมผ่าตัด โรงพยาบาลเมืองอะรอก ประเทศอิหร่าน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้ยาเม็ด (D-reglis) จำนวน 3 เม็ด ใน 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้ยาหลอก (placebo) ใช้เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory) พบว่าค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนได้รับยา (19.22 ± 7.686) หลังได้รับยาเม็ด (D-reglis) ใน 4 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับยา (13.10 ± 7.757) และค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมก่อนได้ (20.5 ± 7.507) หลังได้รับ ใน 4 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับยาหลอก (placebo) (19.72 ± 7.456) พบว่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับยามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p=.001$)

Sayyed Esmail Khoshnam และคณะ⁽⁶³⁾ ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมสรรพคุณของการชะเอมทางด้านพฤกษเคมี เกสัชวิทยา และ สรีรวิทยาของชะเอมพบว่าผลการใช้ชะเอมสามารถรักษาภาวะซึ่มเศร้าได้

Parisa Hasanein⁽⁶⁴⁾ ศึกษาผลการทดลองใช้ Glabridin (สารเคมีที่พบในสารสกัดจากรากชะเอม) ทดลองในหนูที่มีเบาหวาน (diabetic rats) ใช้ Glabridin รักษาเบาหวานในหนูในปริมาณของสาร 5 mg/kg ในระยะเวลา 30 วัน ผลการทดลองพบว่าหนูที่ได้รับ Glabridin มีน้ำหนักตัวลดลง และมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) และยังพบว่าการใช้ Glabridin ไม่ส่งผลเสียต่อการเรียนรู้และความจำของหนูที่เป็นเบาหวาน



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross sectional descriptive study) เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมของชุมชน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

ประชากรเป้าหมาย (Target population) คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก

ประชากรตัวอย่าง (Samples population) คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

กลุ่มตัวอย่าง (Samples) คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ตั้งแต่เดือนสิงหาคม-ธันวาคม 2560 [โดยการเก็บข้อมูลหลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย IRB 179/60] และมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งเพศชายและหญิง มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. มีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยด้านการฟัง พูด อ่าน เขียน ได้อย่างเข้าใจ
3. ให้ความยินยอมในเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

ผู้ป่วยที่มีอาการทางกายระดับรุนแรงในระดับที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size determination)

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยประเภทที่ต้องประมาณค่า(Estimation)ในประชากรกลุ่มเดียว คือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อีกทั้งเป็นข้อมูลชนิดนับ (Category Data) ดังนั้นจึงใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

โดยคำนวณจากสูตรขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นในการระดับความเชื่อมั่น = 95%

$$Z_{\infty/2}=Z_{0.05/2}=1.96(\text{two tail})$$

$$\text{คำนวณจากสูตร } n = (Z_{\infty/2})^2 PQ/d^2$$

n คือขนาดกลุ่มตัวอย่าง

Z กำหนด 1.96

P = ความชุกของภาวะซีมีเสร์่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คือ 29.8% หรือ 0.298¹⁴

Q = 1 - 0.298

d = acceptable error = 0.05

$$\text{แทนค่า } n = (1.96)^2(0.298)(1-0.298)/(0.05)^2$$

$$n = 322 \text{ คน}$$

และมีการเก็บตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีก 10% ดังนั้นต้องเก็บกลุ่มตัวอย่างประมาณ 350 คน

การสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ(Systematic random sampling) โดยวิธีการจับฉลากหมายเลข หมายเลข 0 – 9 เพื่อเป็นหมายเลขเบื้องต้น จากนั้นเว้นบัตริคิวกของผู้ป่วยหรือหรือเว้นผู้ป่วยจำนวน 3 คน เช่น จับได้หมายเลข 3...7...11...15...19...23...27...31...35...39...43...47 เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

เป็นแบบสอบถามทั้งหมด 23 ข้อ ประเมินโดยผู้วิจัยแบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไป (9 ข้อ) คือ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา เชื้อชาติ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การเดินทางมาโรงพยาบาล
2. ข้อมูลด้านสุขภาพ (4 ข้อ) คือ สิทธิการรักษาพยาบาล จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน (นอนโรงพยาบาล) ภาวะโรคร่วมทางกาย การรักษาแพทย์ทางเลือก
3. ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน (2 ข้อ) คือ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดปัจจุบัน
4. ข้อมูลประวัติครอบครัว (2 ข้อ) คือ โรคประจำตัว และโรคทางจิตเวชในครอบครัว
5. ข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน (6 ข้อ) คือ ข้อมูลที่เกี่ยวกับสุขภาพของชุมชน

2. แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย

Thai Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) ใช้วัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าแปลจากฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond และ Snaith โดย ธนา นิลชัย โกวินท์ และคณะ HADS เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามสำหรับวัดอาการวิตกกังวล 7 ข้อ ซึ่งเป็นข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) และสำหรับอาการวัดซึมเศร้าอีก 7 ข้อ ซึ่งเป็นข้อที่เป็นเลขคู่ (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14)

การให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อเป็นแบบ Likert scale มีคะแนนข้อละตั้งแต่ 0-3 คะแนน การคิดคะแนนแยกเป็นส่วนของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ามีพิสัยของคะแนนในแต่ละส่วนได้ตั้งแต่ 0-21 คะแนน โดยแบ่งเป็นช่วงของคะแนนเป็น 3 ระดับดังนี้

0 - 7 คะแนน	ถือว่าไม่มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า
8 - 10 คะแนน	ถือว่ามีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าแต่ยังไม่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่ชัดเจน (doubtful cases)
11 - 21 คะแนน	ถือว่ามีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวช (cases)

การคิดคะแนนและแปลผล ในการศึกษาครั้งนี้จะถือคะแนนรวมตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป ว่ามีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

ความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ทำการศึกษาเครื่องมือในผู้ป่วยโรคเมเร็ง 60 รายโดยทดสอบความเที่ยงตรง (validity) ของเครื่องมือโดยเทียบกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์ พบว่า สามารถใช้วัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าได้ดี มีความไว (sensitivity) เท่ากับร้อยละ 100 และความจำเพาะ (specificity) เท่ากับร้อยละ 86 สำหรับอาการวิตกกังวล และมีความไว (sensitivity) เท่ากับร้อยละ 85.71 และความจำเพาะ (specificity) เท่ากับร้อยละ 91.3 สำหรับอาการซึมเศร้า สำหรับค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือ พบว่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ของทั้ง 2 sub-scale อยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.86 สำหรับ anxiety sub - scale และ 0.83 สำหรับ depression sub-scale

3. แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ⁽⁹⁾

แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ดัดแปลงจากแบบสอบถามตามแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพของ Wongwairoj A. ซึ่งใช้แนวคิดของ Becker and et al. ซึ่งได้ถูกนำมาพัฒนาโดยชินินทร์ เต็มรัตน์ ใช้ในงานวิจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพและคุณภาพการบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการ การตรวจสุขภาพประจำปี โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ประกอบด้วยคำถามที่เกี่ยวกับการรับรู้ 4 ด้าน คือ

- 1) โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม
- 2) ความรุนแรงของการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม
- 3) ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปี
- 4) รับรู้อุปสรรคของการตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน 20 ข้อ

เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิและแบบวัดมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) เท่ากับ 0.78

ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ มีการเพิ่มข้อคำถามการรับรู้ภาวะสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 8 ข้อ รวมเป็นข้อคำถาม 28 ข้อ และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน แพทย์เวชปฏิบัติ 1 ท่าน พยาบาล 1 ท่าน ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) เท่ากับ 0.84

ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 การรับรู้ที่น้อยที่สุด ถึง 5 การรับรู้มากที่สุด แปลผลระดับการรับรู้เป็น 3 ระดับ คือ

ต่ำกว่าร้อยละ 50	ระดับ	น้อย
ร้อยละ 51-69	ระดับ	ปานกลาง
ร้อยละ 70-100	ระดับ	มาก

4. แบบประเมินสภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว⁽⁶⁵⁾

แบบประเมินสภาพครอบครัวและพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่ปฏิบัติต่อกัน โดย น.พ.สุชาติ ศุภปีติพร และคณะ ได้พัฒนามาจาก Family Assessment Device (FAD) และแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว (Chulalongkorn Family Inventory) โดย ศ.พ.ญ.อุมาพร ตรังคสมบัติ โดยมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน และนำไปศึกษาในกลุ่มประชากรทั่วไป จำนวน 1,200 คน ตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตมิติ วิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้าง และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ได้ค่าความเที่ยงในภาพรวม โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ในระดับสูง (Cronbach's Alpha coefficient) เท่ากับ 0.869 แบบสอบถามประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ ด้านการสนับสนุน (ข้อ1-5) ด้านระเบียบวินัย (ข้อ6-11) ด้านการสื่อสารและแก้ปัญหา (ข้อ12-16) ด้านสภาพอารมณ์ (ข้อ17-21) ด้านสัมพันธ์ภาพ (ข้อ22-25) จำนวนทั้งหมด 25 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าลิเกิร์ต(Likert scale)โดยมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับตั้งแต่ 1 ถึง 4

กลุ่มที่1 ข้อคำถามเป็นข้อความทางบวกจำนวน 16 ข้อ (ข้อที่ 1 ถึงข้อที่ 16)

การให้คะแนน	1	คือ	ไม่ตรงเลย
	2	คือ	ตรงเล็กน้อย
	3	คือ	ตรงปานกลาง
	4	คือ	ตรงมากที่สุด

กลุ่มที่2 ข้อคำถามเป็นข้อความทางลบจำนวน 9 ข้อ (ข้อที่ 17 ถึงข้อที่ 25)

การให้คะแนน	4	คือ	ไม่ตรงเลย
	3	คือ	ตรงเล็กน้อย
	2	คือ	ตรงปานกลาง
	1	คือ	ตรงมากที่สุด

การแปลผลของคะแนนในแต่ละด้านโดยแปลความหมายของสภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวโดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยในแต่ละด้านดังนี้

1.00-1.49	คือ	มีการรับรู้ว่าสภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวของตนในด้านนั้นยังไม่ค่อยดี
1.50-2.49	คือ	มีการรับรู้ว่าสภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวของตนในด้านนั้นดีเล็กน้อย
2.50-3.49	คือ	มีการรับรู้ว่าสภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวของตนในด้านนั้นดีปานกลาง
3.50-4.00	คือ	มีการรับรู้ว่าสภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวของตนในด้านนั้นดีมาก

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection)

1. ศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเอกสารและงานวิจัยทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษรวมถึงหนังสือ วารสารงานวิจัย วิทยานิพนธ์ และเอกสารอื่นๆที่เกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้
2. ขออนุมัติดำเนินการจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะแพทยศาสตร์และจากคณะกรรมการภาควิชาจิตเวชศาสตร์
3. ลงพื้นที่และพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและติดต่อประสานงานกับหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทุกฝ่าย แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก เพื่ออธิบายข้อมูลรายละเอียดต่างๆในการเก็บข้อมูล

4. ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการทำหนังสือเสนอต่อผู้อำนวยการและผู้วิจัยทำหนังสือพิจารณา แบบเสนอขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ตระหนักถึงความสำคัญของงานวิจัยที่ต้องมีการพิจารณาจริยธรรมและเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองที่แผนกผู้ป่วยนอกโดยเก็บข้อมูลทุกวันพฤหัสบดี ช่วงเวลาตั้งแต่ 06.00-15.00 น. แต่每天有ผู้ป่วยวันละ 100-140 ราย ก่อนจะเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะให้คำอธิบายการทำวิจัยให้กับผู้ป่วยได้เข้าใจและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อมูลการวิจัยครั้งนี้และต้องได้รับการลงชื่อยินยอมจากผู้ป่วยก่อนเก็บข้อมูล

- ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปให้กับผู้ป่วยในรายที่สามารถอ่านออกเขียนได้และในผู้ป่วยสูงอายุ สายตามองไม่ชัดเจนผู้วิจัยใช้วิธีการอ่านให้ผู้ป่วยฟังอย่างละเอียดและตรงตามแบบสอบถามและผู้ป่วยตอบและบันทึกลงในแบบสอบถามตามความจริง

- ผู้วิจัยประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน Thai Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย, แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ, แบบประเมินสภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวให้กับผู้ป่วยด้วยตนเอง

1. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือด(Fasting blood sugar)ของผู้ป่วยโดยเปิดจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยแต่ละคนในระบบห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล ณ วันที่เก็บข้อมูล
2. การเก็บข้อมูลผู้ป่วยเก็บได้เฉลี่ยวันละ 30-40 ราย โดยเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลทั้งหมดประมาณคนละ 25-40 นาทีขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน
3. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลและคำตอบทุกครั้งที่ผู้ป่วยนำข้อมูลมาส่ง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบสมบูรณ์สำหรับการนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ความถี่ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่ามัธยฐานและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) เพื่อสรุปผลของประชากรและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ Chi-Square test, Fisher's exact test, Pearson Product Moment Correlation Coefficiency, Spearman Correlation และ Logistic Regression เพื่อดูความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเก็บข้อมูลจาก ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ามาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี จำนวนทั้งสิ้น 355 ราย ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือนสิงหาคม ถึง เดือนธันวาคม ปี พ.ศ.2560 โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐานและพิสัยควอไทล์ เพื่อบรรยายลักษณะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ามาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย การเดินทางมาโรงพยาบาล

1.2 ข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ สิทธิการรักษาพยาบาล จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน (นอนโรงพยาบาล) ภาวะโรคร่วมทางกาย การรักษาแพทย์ทางเลือก

1.3 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดปัจจุบัน

1.4 ข้อมูลประวัติครอบครัว ได้แก่ ประวัติครอบครัวมีโรคประจำตัว ประวัติครอบครัวมีโรคทางจิตเวช

1.5 ข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ ข้อมูลที่เกี่ยวกับสุขภาพของชุมชน

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์แตกต่างระหว่างภาวะซึมเศร้า กับ ข้อมูลส่วนบุคคล การมีส่วนร่วมของชุมชนข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพและ ข้อมูลสภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวโดยใช้ Chi-square และ The Fisher's exact test

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนภาวะซึมเศร้า กับ คะแนนข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนการมีส่วนร่วมของชุมชน คะแนน สภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว โดยใช้สถิติ Pearson Product Moment Correlation Coefficient, Spearman Correlation

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าด้วย logistic regression analysis

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ค่ามัธยฐานและพิสัยควอไทล์ (n=355)

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคล จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา
ระดับการศึกษา อาชีพรายได้เฉลี่ย และการเดินทางมาโรงพยาบาล ของกลุ่มตัวอย่าง (n=355)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	163	45.9
หญิง	192	54.1
อายุ(ปี) ค่าเฉลี่ย(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) = 55.68(13.61) ค่าต่ำสุด=18, ค่าสูงสุด=89		
≤40	48	13.5
41-50	87	24.5
51-60	95	26.8
61-70	72	20.3
>70	53	14.9
สถานภาพสมรส		
โสด	67	18.9
สมรส	218	61.4
แยกกันอยู่	16	4.5
หย่าร้าง	11	3.1
คู่สมรสเสียชีวิต	43	12.1
ศาสนา		
พุทธ	351	98.9
คริสต์	4	1.1
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	34	9.6
ประถมศึกษา	152	42.8
มัธยมศึกษา	56	15.8
อุดมศึกษา(อนุปริญญาขึ้นไป)	113	31.8

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	111	31.3
ข้าราชการ,รัฐวิสาหกิจ	29	8.2
บริษัทเอกชน	25	7
ธุรกิจส่วนตัว,ค้าขาย	122	34.3
รับจ้างทั่วไป	39	11
เกษตรกร	29	8.2
รายได้(บาท) ค่ามัธยฐาน (พิสัยควอไทล์) = 8,000(11,320) ค่าต่ำสุด=0, ค่าสูงสุด=80,000		
ไม่มีรายได้	8	2.3
≤10000	222	62.5
10001-20000	74	20.8
>20000	51	14.4
ความเพียงพอของรายได้		
มีเก็บออม,ไม่มีหนี้สิน	77	21.7
ไม่มีเก็บออม,มีหนี้สิน	110	31
มีเก็บออม,มีหนี้สิน	108	30.4
ไม่มีเก็บออม,ไม่มีหนี้สิน	60	16.9
การเดินทางมาโรงพยาบาล		
รถประจำทาง/รถรับจ้าง/วินมอเตอร์ไซค์/สามล้อรถไฟ	98	27.6
/เดินมาเอง		
รถส่วนบุคคล	257	72.4

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนของเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือ เพศหญิง ร้อยละ 54.1 เพศชาย ร้อยละ 45.9 โดยครึ่งหนึ่งมีอายุระหว่าง 41 – 60 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสแบบสมรส (ร้อยละ61.4) ศาสนาพุทธ (ร้อยละ98.9) จบการศึกษาระดับประถม (ร้อยละ42.8) รองลงมาคือ ระดับอุดมศึกษาตั้งแต่อนุปริญญาขึ้นไป (ร้อยละ31.8) อาชีพส่วนใหญ่ คือ ธุรกิจส่วนตัว, ค้าขาย (ร้อยละ34.3) รองลงมาคือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ31.3) สำหรับความเพียงพอของรายได้แบบมีเก็บออม, มีหนี้สิน พบร้อยละ30.4 การเดินทางมาโรงพยาบาลพบว่าร้อยละ 72.4 เดินทางมาโดยรถส่วนบุคคล

1.2 ข้อมูลด้านสุขภาพ

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของข้อมูลสิทธิการรักษาพยาบาล จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน (นอนโรงพยาบาล) ภาวะโรคร่วมทางกาย การรักษาแพทย์แบบทางการแพทย์ทางเลือก (n=355)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
สิทธิการรักษาพยาบาล		
จ่ายเงินเอง	14	3.9
เบิกราชการ, รัฐวิสาหกิจ, บริษัทประกัน	93	26.2
ประกันสังคม, บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง)	248	69.9
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน		
ไม่เคยนอนโรงพยาบาล	209	58.9
1-3	103	29
4-6	27	7.6
>6	16	4.5
ภาวะโรคร่วมทางกาย		
ไม่มี	75	21.1
มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	280	78.9
โรคความดันโลหิตสูง	229	64.5
โรคไขมันในเลือดสูง	203	57.2
โรคไต	33	9.3
โรคหัวใจ	27	7.6
ภาวะโรคร่วมอื่นๆ	35	9.9

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
การรักษาแพทย์แบบทางการแพทย์ทางเลือก		
ไม่มี	234	65.9
มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	121	34.1
แพทย์แผนจีนและแผนไทย	12	3.4
สมุนไพรไทย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	90	24.6
- ขมิ้นชัน	43	12.1
- มะระขี้นก	40	11.3
- มะขามป้อม	34	9.6
- ชะเอม	10	2.8
- สมุนไพรไทยอื่นๆ	15	4.2
วิตามิน, ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	38	10.7
การนวด, ดัด, ดึง, การจัดกระดูกแบบจีน	15	4.2
การฝังเข็ม, การกดจุด	1	0.3

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาแบบประกันสังคม, บัตรประกันสุขภาพหรือบัตรทอง (ร้อยละ 69.9) รองลงมา คือ เบิกราชการ, รัฐวิสาหกิจ, บริษัทประกัน (ร้อยละ 26.2) และจ่ายเอง (ร้อยละ 3.9) จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยนอนโรงพยาบาล (ร้อยละ 58.9) รองลงมา คือ การนอนโรงพยาบาล 1 – 3 ครั้ง (ร้อยละ 29) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วมทางกาย (ร้อยละ 78.9) พบว่า โรคที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 64.5) รองลงมาคือโรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 57.2) การรักษาแพทย์แบบทางการแพทย์ทางเลือก พบว่า มีการรักษาแบบแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 34.1

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของข้อมูลการใช้สมุนไพรและการรักษาแพทย์แบบทางการแพทย์ทางเลือก (n=355)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
สมุนไพรไทย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ใช่	90	24.6
ไม่ใช่	265	74.6
ขมิ้นชัน		
ใช่	43	12.1
ไม่ใช่	312	87.9
มะระขี้นก		
ใช่	40	11.3
ไม่ใช่	315	88.7
มะขามป้อม		
ใช่	34	9.6
ไม่ใช่	321	90.4
ชะเอม		
ใช่	10	2.8
ไม่ใช่	345	97.2
สมุนไพรไทยอื่นๆ		
ใช่	15	4.2
ไม่ใช่	265	74.6
วิตามิน, ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร		
ใช่	38	10.7
ไม่ใช่	317	89.3
การนวด, ตัด, ดึง, การจัดกระดูกแบบจีน		
ใช่	15	4.2
ไม่ใช่	340	95.8
การฝังเข็ม, การกดจุด		
ใช่	1	0.3
ไม่ใช่	354	99.7

จากตารางที่ 3 พบว่ามีการใช้สมุนไพรไทยร่วมด้วย ร้อยละ 25.4 ในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ ขมิ้นชัน (ร้อยละ 12.1) มะขามป้อม (ร้อยละ 9.6) มะระขี้นก (ร้อยละ 11.3) ชะเอม (ร้อยละ 2.8) และสมุนไพรไทยอื่นๆ (ร้อยละ 4.2) วิตามิน/ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (ร้อยละ 10.7) การนวด/ตัด/ดึง/ การจัดการกระดูกแบบจีน (ร้อยละ 4.2) การฝังเข็ม/การกดจุด (ร้อยละ 0.3)

1.3 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของข้อมูลระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดปัจจุบัน (n=355)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ป่วย		
ค่ามัธยฐาน (พิสัยควอไทล์) = 8(9)		
ค่าต่ำสุด = 0.08, ค่าสูงสุด = 50 ค่าเฉลี่ย = 9.16 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 7.62		
≤1ปี	28	7.9
1-5 ปี	112	31.5
6-10 ปี	114	32.1
>10ปี	101	28.5
ระดับน้ำตาลในเลือด(มก/ดล.)		
ค่ามัธยฐาน (พิสัยควอไทล์) = 144(49) ค่าต่ำสุด = 53, ค่าสูงสุด = 400		
ค่าเฉลี่ย = 153 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 51.9		
< 126	114	32.1
≥ 126	241	67.9

จากตารางที่ 4 พบว่าระยะเวลาที่ป่วยอยู่ในช่วง 5 – 10 ปี (ร้อยละ 33.2) รองลงมาคือ ระยะเวลาที่ป่วย 1 – 5 ปี (ร้อยละ 30.7) ระยะเวลาที่ป่วยมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 28.2) และน้อยกว่า หรือเท่ากับ 1 ปี (ร้อยละ 6.8) โดยมีระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 9.16 ปี โดยมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 153 มก/ดล. โดยระดับน้ำตาลในเลือด มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มก/ดล.พบ ร้อยละ 67.9 และระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 126 มก/ดล. พบร้อยละ 32.1

1.4 ข้อมูลประวัติครอบครัว

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละของข้อมูลประวัติครอบครัวมีโรคประจำตัว ประวัติครอบครัวมีโรคทางจิตเวช (n=355)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติโรคประจำตัวในครอบครัว		
ไม่มี	106	29.9
มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	249	70.1
โรคเบาหวาน	221	62.3
โรคความดันโลหิตสูง	112	31.5
โรคไขมันในเลือดสูง	79	22.3
โรคหัวใจ	23	6.5
โรคไต	21	5.9
โรคมะเร็ง	20	5.6
โรคอื่นๆ	8	2.3
ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว		
ไม่มี	339	95.5
มี	16	4.5

จากตารางที่ 5 พบว่าประวัติครอบครัวมีโรคประจำตัวเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.1) โดยโรคที่พบมากที่สุดคือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 62.3) รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 31.2) โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 22.3) โรคไต (ร้อยละ 5.9) โรคมะเร็ง (ร้อยละ 5.6) และโรคอื่นๆ (ร้อยละ 2.3) ส่วนประวัติครอบครัวมีโรคทางจิตเวช พบว่าไม่มีประวัติครอบครัวมีโรคทางจิตเวช(ร้อยละ95.5) และโรคทางจิตเวช (ร้อยละ4.5)

1.5 ข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ของ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของชุมชน (n=355)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
แหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
โรงพยาบาล	263	74.1
รพสต, สถานีอนามัย	108	30.4
ผู้นำชุมชน,ผู้ใหญ่บ้าน	70	19.7
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม)	116	32.7
1. ชุมชนให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป		
ค่าเฉลี่ย(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) = 2.56(1.30) ค่าต่ำสุด = 0, ค่าสูงสุด = 5		
ไม่เคย	42	11.8
น้อย	41	11.5
น้อยที่สุด	31	8.7
ปานกลาง	164	46
มาก	71	20
มากที่สุด	6	1.7
2. ชุมชนให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน		
ค่าเฉลี่ย(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) =2.57(1.35) ค่าต่ำสุด=0,ค่าสูงสุด=5		
ไม่เคย	49	13.8
น้อย	30	8.5
น้อยที่สุด	38	10
ปานกลาง	160	45
มาก	64	18
มากที่สุด	14	3.9

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
3. โครงการที่ชุมชนจัดให้เกี่ยวกับสุขภาพทั่วไปรวมถึงโรคเบาหวาน		
ค่าเฉลี่ย(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) = 2.48(1.40) ค่าต่ำสุด = 0, ค่าสูงสุด = 5		
ไม่เคย	55	15.5
น้อย	35	9.9
น้อยที่สุด	42	11.8
ปานกลาง	145	40.8
มาก	65	18.3
มากที่สุด	13	3.7
4. ชุมชนมีการจัดกิจกรรมตรวจสุขภาพ		
ค่าเฉลี่ย(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) = 2.40(1.43) ค่าต่ำสุด = 0, ค่าสูงสุด = 5		
ไม่เคย	59	16.6
น้อย	41	11.5
น้อยที่สุด	45	12.7
ปานกลาง	130	36.6
มาก	69	19.4
มากที่สุด	11	3.1
5. ชุมชนมีการจัดกิจกรรมการออกกำลังกาย โภชนาการอาหาร		
ค่าเฉลี่ย(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) = 2.40(1.43) ค่าต่ำสุด = 0, ค่าสูงสุด = 5		
ไม่เคย	66	18.6
น้อย	40	11.3
น้อยที่สุด	58	16.3
ปานกลาง	127	35.8
มาก	53	14.9
มากที่สุด	11	3.1

จากตารางที่ 6 ข้อมูลการมีส่วนร่วมของชุมชนส่วนใหญ่แหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ได้รับ คือ โรงพยาบาล (ร้อยละ 74.1) รองลงมาคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม (ร้อยละ 32.7) รพสต/สถานีอนามัย (ร้อยละ 30.4) และผู้นำชุมชน/ผู้ใหญ่บ้าน (ร้อยละ 19.7) ชุมชนให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 46) ชุมชนให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 45) โครงการที่ชุมชนจัดให้เกี่ยวกับสุขภาพทั่วไปรวมถึงโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 40.8) ชุมชนมีการจัดกิจกรรมตรวจสอบสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 36.6) และชุมชนมีการจัดกิจกรรมการออกกำลังกาย โภชนาการอาหารอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 35.8)

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง (n=355)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
1. ชุมชนให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป		
ไม่เคยถึงน้อยที่สุด	114	32.1
ปานกลางถึงมากที่สุด	241	67.9
2. ชุมชนให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน		
ไม่เคยถึงน้อยที่สุด	117	33
ปานกลางถึงมากที่สุด	238	67
3. โครงการที่ชุมชนจัดให้เกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป รวมถึงโรคเบาหวาน		
ไม่เคยถึงน้อยที่สุด	132	37.2
ปานกลางถึงมากที่สุด	223	62.8
4. ชุมชนมีการจัดกิจกรรมตรวจสอบสุขภาพ		
ไม่เคยถึงน้อยที่สุด	145	40.8
ปานกลางถึงมากที่สุด	210	59.2
5. ชุมชนมีการจัดกิจกรรมการออกกำลังกาย โภชนาการอาหาร		
ไม่เคยถึงน้อยที่สุด	164	46.2
ปานกลางถึงมากที่สุด	191	53.8

จากตารางที่ 7 ข้อมูลการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่วนใหญ่ชุมชนให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั่วไปอยู่ในระดับปานกลางถึงมากที่สุดร้อยละ 67.9 ชุมชนให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลางถึงมากที่สุดร้อยละ 67 โครงการที่ชุมชนจัดให้เกี่ยวกับสุขภาพทั่วไปรวมถึงโรคเบาหวาน ร้อยละ 62.8 ชุมชนมีการจัดกิจกรรมตรวจสุขภาพ ร้อยละ 59.2 และชุมชนมีการจัดกิจกรรมการออกกำลังกาย โภชนาการอาหาร ร้อยละ 53.8

ตารางที่ 8 ข้อมูลแสดงจำนวน ร้อยละ ของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรของกลุ่มตัวอย่าง (n=355) แสดงผลการทดสอบด้วยแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) ของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการทดสอบ	จำนวน(คน) n=355	ร้อยละ(%)
ไม่พบภาวะซึมเศร้า (normal)	281	79.2
มีภาวะซึมเศร้า (Depression)	74	20.8
- สงสัยมีภาวะซึมเศร้า (Doubtful case)	52	14.6
- มีภาวะซึมเศร้า (Case)	22	6.2

ผลการทดสอบ	Mean	S.D.	Min	Median	Max
Depressive Scores	4.57	3.38	0	4.00	13

จากตารางที่ 8 แสดงค่า การประเมินโดยแบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า (Thai Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) โดยถือว่ามีภาวะซึมเศร้าเมื่อมีคะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป พบว่าร้อยละ 20.8 ของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าและพบกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 79.2 ค่าคะแนนเฉลี่ยของการประเมินภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 4.57 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.38 คะแนน

ตารางที่ 9 ข้อมูลแสดงจำนวน ร้อยละของข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรของกลุ่มตัวอย่าง (n=355)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ภาวะสุขภาพ ค่ามัธยฐาน(พิสัยควอไทล์) = 74(11) ค่าต่ำสุด = 40, ค่าสูงสุด = 95 ค่าเฉลี่ย = 73.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 8.55		
น้อย	33	9.3
ปานกลาง	301	84.8
มาก	21	5.9

จากตารางที่ 9 แสดงข้อมูลของการรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 84.8 รองลงมาคือ การรับรู้ภาวะสุขภาพระดับน้อย ร้อยละ 9.3 และการรับรู้ภาวะสุขภาพระดับมาก ร้อยละ 5.9



ตารางที่ 10 ข้อมูลแสดงจำนวน ร้อยละ ของสภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรของกลุ่มตัวอย่าง (n=355)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
สภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว (โดยรวม)		
ค่าเฉลี่ย = 2.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.43		
ไม่ค่อยดี	0	0
ดีเล็กน้อย	50	14.1
ดีปานกลาง	269	75.8
ดีมาก	36	10.1
ด้านการสนับสนุน		
ไม่ค่อยดี	4	1.1
ดีเล็กน้อย	43	12.1
ดีปานกลาง	163	45.9
ดีมาก	145	40.8
ด้านระเบียบวินัย		
ไม่ค่อยดี	13	3.7
ดีเล็กน้อย	85	23.9
ดีปานกลาง	166	46.8
ดีมาก	91	25.6
ด้านการสื่อสารและแก้ปัญหา		
ไม่ค่อยดี	8	2.3
ดีเล็กน้อย	75	21.1
ดีปานกลาง	167	47
ดีมาก	105	29.6
ด้านสภาพอารมณ์		
ไม่ค่อยดี	27	7.6
ดีเล็กน้อย	122	34.4
ดีปานกลาง	165	46.5
ดีมาก	41	11.5

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ด้านสัมพันธภาพ		
ไม่ค่อยดี	16	4.5
ดีเล็กน้อย	68	19.2
ดีปานกลาง	138	38.9
ดีมาก	133	37.5

จากตารางที่ 10 ข้อมูลแสดงจำนวน ร้อยละ ของสภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า สภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวส่วนใหญ่ มีการรับรู้สภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวของตนในด้านนั้นดีปานกลางร้อยละ 75.8 รองลงมาคือ การรับรู้สภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวของตนในด้านนั้นดีเล็กน้อยร้อยละ 14.1 และการรับรู้สภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวของตนในด้านนั้นดีมากร้อยละ 10.1

ตารางที่ 11 ข้อมูลของคะแนนในแต่ละด้านของสภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว (n=355)

คะแนนแต่ละด้าน	Mean	S.D.	Min	Max	Median
ด้านการสนับสนุน	3.24	0.608	1	4	3.40
ด้านระเบียบวินัย	2.88	0.730	1	4	3.00
ด้านการสื่อสารและการแก้ไขปัญหา	3.05	0.682	1	4	3.20
ด้านสภาพอารมณ์	2.61	0.711	1	4	2.60
ด้านสัมพันธภาพ	2.98	0.826	1	4	3.00

จากตารางที่ 11 ข้อมูลแสดงคะแนนเฉลี่ยของสภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า สภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวรายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีปานกลาง คะแนนเฉลี่ยของด้านการสนับสนุนเท่ากับ 3.24 คะแนน คะแนนเฉลี่ยของด้านระเบียบวินัยเท่ากับ 2.88 คะแนนเฉลี่ยของด้านการสื่อสารและการแก้ไขปัญหาเท่ากับ 3.05 คะแนน คะแนนเฉลี่ยของด้านสภาพอารมณ์เท่ากับ 2.61 คะแนนเฉลี่ยของด้านสัมพันธภาพ 2.98

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

ตารางที่ 12 แสดงผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (n=355)

ปัจจัยที่ศึกษา	ภาวะซึมเศร้า		X ²	p-value
	ปกติ	สงสัยมีภาวะ		
		ซึมเศร้า/มีภาวะซึมเศร้า		
จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ข้อมูลส่วนบุคคล				
เพศ				
ชาย	128 (78.5)	35 (21.5)	0.072	0.789
หญิง	153 (79.7)	39 (20.3)		
อายุ (ปี)				
≤50	115(85.2)	20 (14.8)	4.801	0.028*
>50	166(75.5)	54 (24.5)		
สถานภาพสมรส				
โสด/หย่าร้าง/เสียชีวิต/แยกกันอยู่/อื่นๆ	120 (74.5)	35 (25.5)	2.990	0.084
สมรส	179 (82.1)	39 (17.9)		
ศาสนา				
พุทธ	217 (74)	74 (21.1)	1.065	0.584 ^a
คริสต์	4 (100)	0 (0.0)		
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	25 (73.5)	9 (26.5)	4.222	0.121
น้อยกว่าหรือเท่ากับมัธยมต้น	161 (76.7)	49 (23.2)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับมัธยมปลาย	95 (85.6)	16 (14.4)		

a =The Fisher's exact test,*p<0.05 **p<0.01

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	ภาวะซึมเศร้า		χ^2	p-value
	ปกติ	สงสัยมีภาวะ		
		ซึมเศร้า/มีภาวะซึมเศร้า		
จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	80 (72.1)	31 (27.9)	4.910	0.027*
ประกอบอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย/บริษัทเอกชน/ รับจ้างทั่วไป/เกษตรกร	201 (82.4)	43 (17.6)		
รายได้(บาท) (ค่ามัธยฐาน±พิสัยควอไทล์)				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ10000	177 (77)	53 (23)	1.913	0.167
มากกว่า10000	104 (83.2)	21 (16.8)		
ความเพียงพอของรายได้				
มีรายได้เพียงพอ	151 (81.6)	34 (18.4)	1.425	0.233
มีรายได้ไม่เพียงพอ	130 (76.5)	40 (23.5)		
สิทธิการรักษาพยาบาล				
จ่ายเงินเอง	11 (78.6)	3 (21.4)	1.709	0.425
เบิกราชการ, รัฐวิสาหกิจ, บริษัทประกัน	78 (83.9)	15 (16.1)		
ประกันสังคม, บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง)	192 (77.4)	56 (22.6)		
ระยะเวลาที่ป่วย				
≤1ปี	21 (75)	7 (25)	0.418	0.937
1-5 ปี	88 (78.6)	24 (21.4)		
6-10 ปี	91 (79.8)	23 (20.2)		
>10ปี	81 (80.2)	20 (19.8)		

a =The Fisher's exact test,*p<0.05 **p<0.01

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	ภาวะซึมเศร้า		χ^2	p-value
	ปกติ	สงสัยมีภาวะ		
		ภาวะซึมเศร้า		
จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน				
ไม่เคยนอนโรงพยาบาล	170 (81.3)	39 (18.7)	2.172	0.537
1-3	80 (77.7)	23 (22.3)		
4-6	19 (70.4)	8 (29.6)		
>6	12 (75)	4 (25)		
ระดับน้ำตาลในเลือด (มก/ดล.)				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ100	19 (65.5)	10 (34.5)	5.679	0.058
101-126	73 (85.9)	12 (14.2)		
มากกว่า126	189 (78.4)	52 (21.6)		
การรักษาแบบแพทย์ทางเลือก				
ไม่มี	95 (78.5)	26 (21.5)	0.009	0.926
มี	165 (78.9)	44 (21.1)		
ประวัติครอบครัวมีโรคประจำตัว				
ไม่มี	82 (77.4)	24 (22.6)	0.296	0.587
มี	199 (79.9)	50 (20.1)		
ประวัติครอบครัวมีโรคทางจิตเวช				
ไม่มี	268 (79.1)	71 (20.9)	0.009	0.564
มี	13 (81.2)	3 (18.8)		
การเดินทางมาโรงพยาบาล				
รถประจำทาง/รถรับจ้าง/วินมอเตอร์ไซด์/ สามล้อรถไฟ/เดินมาเอง	75 (76.5)	23 (23.5)	0.565	0.452
รถส่วนบุคคล	206 (80.2)	51 (19.8)		

a =The Fisher's exact test,*p<0.05 **p<0.01

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	ภาวะซีมีเศร้า		χ^2	p-value
	ปกติ	สงสัยมีภาวะ ซีมีเศร้า/มี ภาวะซีมีเศร้า		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ภาวะโรคร่วมทางกาย				
มี	220 (78.6)	60 (21.4)	0.273	0.601
ไม่มี	61 (81.3)	14 (18.7)		
โรคความดันโลหิตสูง				
มี	182 (79.5)	47 (20.5)	0.040	0.841
ไม่มี	99 (78.6)	27 (21.4)		
โรคไขมันในเลือดสูง				
มี	160 (78.8)	43 (21.2)	0.033	0.857
ไม่มี	121 (79.6)	31 (20.4)		
โรคไต				
มี	26 (78.8)	7 (21.2)	0.003	0.957
ไม่มี	255 (79.2)	67 (20.8)		
โรคหัวใจ				
มี	20 (74.1)	7 (25.9)	0.457	0.499
ไม่มี	261 (79.6)	67 (20.4)		
ภาวะโรคร่วมอื่นๆ				
มี	24 (68.6)	11 (31.4)	2.636	0.104
ไม่มี	257 (80.3)	63 (19.7)		

a =The Fisher's exact test,*p<0.05 **p<0.01

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	ภาวะซึมเศร้า		χ^2	p-value
	ปกติ	สงสัยมีภาวะ ซึมเศร้า/มี ภาวะซึมเศร้า		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
สมุนไพรรไทย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
ใช่	70 (77.8)	20 (22.2)	0.139	0.710
ไม่ใช่	211 (79.6)	54 (20.4)		
ขมิ้นชัน				
ใช่	38 (88.4)	5 (11.6)	2.519	0.077
ไม่ใช่	243 (77.9)	69 (22.1)		
มะระขี้นก				
ใช่	33 (82.5)	7 (17.5)	0.306	0.508
ไม่ใช่	248 (78.7)	67 (21.3)		
มะขามป้อม				
ใช่	24 (70.6)	10 (29.4)	1.672	0.196
ไม่ใช่	257 (80)	64 (19.9)		
ชะเอม				
ใช่	5 (50)	5 (50)	5.301 ^a	0.036*
ไม่ใช่	276 (80)	69 (20)		
สมุนไพรรไทยอื่นๆ				
ใช่	11 (73.3)	4 (26.7)	0.322	0.526
ไม่ใช่	270 (79.1)	70 (20.6)		

a =The Fisher's exact test,*p<0.05 **p<0.01

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	ภาวะซีมเศร้า		χ^2	p-value
	ปกติ	สงสัยมีภาวะซีมเศร้า/มีภาวะซีมเศร้า		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
วิตามิน, ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร				
ใช้	32 (84.2)	6 (15.8)	0.659	0.417
ไม่ใช้	249 (78.7)	68 (21.5)		
การนวด, ตัด, ดึง, การจัดการกระดูกแบบจีน				
ใช้	12 (80)	3 (20)	0.007 ^a	1.000
ไม่ใช้	269 (79.1)	71 (20.9)		
การฝังเข็ม, การกดจุด				
ใช้	1 (100)	0	0.264 ^a	1.000
ไม่ใช้	280 (79.1)	74 (20.9)		

a =The Fisher's exact test,*p<0.05 **p<0.01

จากตารางที่ 12 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะซีมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไปพบภาวะซีมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ประกอบอาชีพพบภาวะซีมเศร้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$ และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สมุนไพรชะเอมพบภาวะซีมเศร้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$

ตารางที่ 13 แสดงผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลในเลือด กับข้อมูลการใช้สมุนไพร (n=355)

ปัจจัยที่ศึกษา	ระดับน้ำตาล (fasting blood sugar)		χ^2	p-value
	<126mg/dl	≥126mg/dl		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
สมุนไพรไทย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
ใช้	27 (30)	63 (70)	0.247	0.619
ไม่ใช้	87 (32.8)	178 (67.2)		
ขมิ้นชัน				
ใช้	14 (32.6)	29 (67.4)	0.004	0.947
ไม่ใช้	100 (32.1)	212 (67.9)		
มะระขี้นก				
ใช้	10 (25)	30 (75)	1.046	0.306
ไม่ใช้	104 (33)	211 (67)		
มะขามป้อม				
ใช้	11 (32.4)	23 (67.6)	0.001	0.975
ไม่ใช้	103 (32.1)	218 (67.9)		
ชะเอม				
ใช้	4 (40)	6 (60)	0.294 ^a	0.732
ไม่ใช้	110 (31.9)	235 (68.1)		
สมุนไพรไทยอื่นๆ				
ใช้	5 (33.3)	231 (67.9)	0.011 ^a	1.000
ไม่ใช้	109 (32.1)	10 (66.7)		

a =The Fisher's exact test,*p<0.05 **p<0.01

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	ระดับน้ำตาล		χ^2	p-value
	(fasting blood sugar)			
	<126mg/dl จำนวน(ร้อยละ)	≥126mg/dl จำนวน(ร้อยละ)		
วิตามิน, ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร				
ใช้	9 (23.7)	63 (70)	0.247	0.619
ไม่ใช้	105 (33.1)	178 (67.2)		
การนวด, ตัด, ดึง, การจัดกระดูกแบบจีน				
ใช้	3 (20)	12(8)	1.054 ^a	0.403
ไม่ใช้	111 (32.6)	229 (67.7)		
การฝังเข็ม, การกดจุด				
ใช้	1 (100)	0	2.120 ^a	0.321
ไม่ใช้	113 (31.9)	241 (68.1)		

a =The Fisher's exact test,*p<0.05 **p<0.01

จากตารางที่ 13 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลในเลือด ณ วันที่ผู้ป่วยมารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรีและเก็บข้อมูลวิจัย กับข้อมูลการใช้สมุนไพร ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<0.05

ตารางที่ 14 แสดงผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมเศร้า และ ระดับน้ำตาลในเลือดกับ ข้อมูลการมีส่วนร่วมในชุมชน (n= 355)

ปัจจัยที่ศึกษา	ภาวะซีมเศร้า		χ^2	p-value
	ปกติ	สงสัยมีภาวะซีมเศร้า/มีภาวะซีมเศร้า		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. ชุมชนให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป				
ไม่เคยถึงน้อยที่สุด	89 (78.1)	25 (21.9)	0.120	0.729
ปานกลางถึงมากที่สุด	192 (79.7)	49(20.3)		
2. ชุมชนให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน				
ไม่เคยถึงน้อยที่สุด	87 (74.4)	30 (25.6)	2.433	0.119
ปานกลางถึงมากที่สุด	194 (81.5)	44 (18.5)		
3. โครงการที่ชุมชนจัดให้เกี่ยวกับสุขภาพทั่วไปรวมถึงโรคเบาหวาน				
ไม่เคยถึงน้อยที่สุด	102 (77.3)	30 (22.7)	0.451	0.502
ปานกลางถึงมากที่สุด	179 (80.3)	44 (19.7)		
4. ชุมชนมีการจัดกิจกรรมตรวจสุขภาพ				
ไม่เคยถึงน้อยที่สุด	111 (76.6)	34 (23.4)	1.007	0.316
ปานกลางถึงมากที่สุด	170 (81)	40 (19)		
5. ชุมชนมีการจัดกิจกรรมการออกกำลังกาย โภชนาการอาหาร				
ไม่เคยถึงน้อยที่สุด	127 (77.4)	37 (22.6)	0.544	0.461
ปานกลางถึงมากที่สุด	154 (80.6)	37 (19.4)		

a =The Fisher's exact test,*p<0.05 **p<0.01

ตารางที่ 14 (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	ระดับน้ำตาล		χ^2	p-value
	(fasting blood sugar)			
	<126mg/dl จำนวน (ร้อยละ)	≥126mg/dl จำนวน (ร้อยละ)		
1. ชุมชนให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป				
ไม่เคยถึงน้อยที่สุด	37 (32.5)	77 (67.5)	0.009	0.924
ปานกลางถึงมากที่สุด	77 (32)	164 (68)		
2. ชุมชนให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน				
ไม่เคยถึงน้อยที่สุด	37 (31.6)	80 (68.4)	0.19	0.890
ปานกลางถึงมากที่สุด	77 (32.4)	161 (67.1)		
3. โครงการที่ชุมชนจัดให้เกี่ยวกับสุขภาพ ทั่วไปรวมถึงโรคเบาหวาน				
ไม่เคยถึงน้อยที่สุด	40 (30.3)	92 (69.7)	0.316	0.574
ปานกลางถึงมากที่สุด	74 (33.2)	149 (66.8)		
4. ชุมชนมีการจัดกิจกรรมตรวจสุขภาพ				
ไม่เคยถึงน้อยที่สุด	45 (31)	100 (69)	0.131	0.718
ปานกลางถึงมากที่สุด	69 (32.9)	141 (67.1)		
5. ชุมชนมีการจัดกิจกรรมการออกกำลังกาย โภชนาการอาหาร				
ไม่เคยถึงน้อยที่สุด	51 (31.1)	113 (68.9)	0.144	0.704
ปานกลางถึงมากที่สุด	63 (33)	128 (67)		

a =The Fisher's exact test,*p<0.05 **p<0.01

จากตารางที่ 14 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมีเตร่าและระดับน้ำตาลในเลือด ณ วันที่ผู้ป่วยมารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดและเก็บข้อมูลวิจัย กับข้อมูลการมีส่วนร่วมในชุมชน ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ตารางที่ 15 แสดงผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพ ข้อมูลสภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว โดยใช้ Chi-square และ The Fisher's exact test (n=355)

ปัจจัยที่ศึกษา	ภาวะซึมเศร้า		χ^2	p-value
	ปกติ	สงสัยมีภาวะ ซึมเศร้า/มีภาวะ ซึมเศร้า		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
การรับรู้ภาวะสุขภาพ				
ระดับน้อย	22 (66.7)	11 (33.3)	3.684	0.158
ระดับปานกลาง	243 (80.7)	58 (19.3)		
ระดับมาก	16 (76.2)	5 (23.8)		
สภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของ ครอบครัว (โดยรวม)				
ดีเล็กน้อย	34 (68)	16 (32)	10.912	0.004*
ดีปานกลาง	212 (78.8)	57 (21.1)		
ดีมาก	35 (97.2)	1 (2.8)		
ด้านการสนับสนุน				
ไม่ค่อยดี	3 (75)	1 (25)	2.848	0.416
ดีเล็กน้อย	32 (74.4)	11 (25.6)		
ดีปานกลาง	125 (76.7)	38 (23.3)		
ดีมาก	121 (83.4)	24 (16.6)		
ด้านระเบียบวินัย				
ไม่ค่อยดี	11 (84.6)	2 (15.4)	1.823	0.610
ดีเล็กน้อย	66 (77.6)	19 (22.4)		
ดีปานกลาง	128 (77.1)	38 (22.9)		
ดีมาก	76 (83.5)	15 (16.5)		

a =The Fisher's exact test,*p<0.05 **p<0.01

ตาราง 15 (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	ภาวะซึมเศร้า		χ^2	p-value
	ปกติ	สงสัยมีภาวะ ซึมเศร้า/มีภาวะ ซึมเศร้า		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ด้านการสื่อสารและแก้ปัญหา				
ไม่ค่อยดี	6 (75)	2(25)	10.285	0.016*
ดีเล็กน้อย	52 (69.3)	23 (30.7)		
ดีปานกลาง	130 (77.8)	37 (22.2)		
ดีมาก	93 (88.6)	12 (11.4)		
ด้านสภาพอารมณ์				
ไม่ค่อยดี	17 (63)	10 (37)	6.265	0.099
ดีเล็กน้อย	98 (80.3)	24 (19.7)		
ดีปานกลาง	130 (78.8)	35 (21.2)		
ดีมาก	36 (87.8)	5 (12.2)		
ด้านสัมพันธภาพ				
ไม่ค่อยดี	8 (50)	8 (50)	13.910	0.003*
ดีเล็กน้อย	48 (70.6)	20 (29.4)		
ดีปานกลาง	116 (84.1)	22 (15.9)		
ดีมาก	109 (82)	24 (18)		

a =The Fisher's exact test,*p<0.05 **p<0.01

จากตารางที่ 15 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง ข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพและ ข้อมูลสภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างที่โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า สภาพและการปฏิบัติหน้าที่ครอบครัว ด้านการสื่อสารและแก้ปัญหา ด้านสัมพันธภาพ และโดยรวมสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนภาวะซึมเศร้า กับ คะแนนข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนการมีส่วนร่วมของร่วมชุมชน คะแนน สภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว โดยใช้ สถิติ Pearson Product Moment Correlation Coefficiency

ตารางที่ 16 แสดงผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างคะแนนซึมเศร้ากับคะแนนปัจจัยส่วนบุคคล สภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและ การรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยใช้ Pearson correlation

ปัจจัยศึกษา	ภาวะซึมเศร้า	
	ค่าสัมประสิทธิ์ (r)	p-value
อายุ(ปี)	0.199	<0.001**
รายได้	-0.159	0.003**
ระดับน้ำตาลในเลือด	0.023	0.668
สภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว	-0.266	<0.001**
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	-0.080	1.31

*p<0.05 **p<0.01

จากตารางที่ 16 ผลทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรต่างๆ กับ คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Pearson correlation พบว่า อายุและคะแนนภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.01$ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.199 รายได้และคะแนนภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.01$ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ -0.159 สภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและคะแนนภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.01$ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ -0.266

ตารางที่ 17 แสดงผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนภาวะซึมเศร้ากับการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้ Spearman Correlation

ปัจจัยศึกษา	r	p-value
ชุมชนให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป	-0.031	0.566
ชุมชนให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	-0.001	0.255
โครงการที่ชุมชนจัดให้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั่วไปรวมถึงโรคเบาหวาน	-0.059	0.269
ชุมชนมีการจัดกิจกรรมตรวจสุขภาพประจำปี	-0.113	0.033*
ชุมชนมีการจัดกิจกรรมการออกกำลังกาย โภชนาการอาหาร	-0.058	0.273

*p<0.05 **p<0.01

จากตารางที่ 17 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของชุมชนและคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Spearman Correlation พบว่า ชุมชนมีการจัดกิจกรรมตรวจสุขภาพประจำปีและคะแนนภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันเชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ -0.113

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าโดยใช้สถิติ Logistic regression analysis

ตารางที่ 18 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ด้านข้อมูลส่วนบุคคล และ ข้อมูลสภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ด้วยสถิติ Logistic regression เมื่อควบคุมอิทธิพลตัวแปรอื่นๆด้วยวิธี Forward Likelihood Ratio

ปัจจัยที่ศึกษา	β	S.E.(β)	P-value	Crude OR (95%)CI
การมีอาชีพ	-0.57	0.27	0.040	0.56 (0.326-0.980)
การใช้โซเชียลมีเดีย	1.59	0.67	0.018	4.91 (1.31-18.4)
สภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวดี	-0.04	0.01	<0.001	0.95(0.93-0.97)
Constant	-1.334	0.131	0.000	

จากตารางที่ 18 เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นๆแล้ว กลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพพบภาวะซึมเศร้า 0.56 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้โซเชียลมีเดียพบภาวะซึมเศร้า 4.91 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้โซเชียลมีเดีย

กลุ่มตัวอย่างที่มีสภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวดีปานกลาง และดีมากพบภาวะซึมเศร้าเป็น 0.95 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีสภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวดีเล็กน้อย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จำนวน 355 คน ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม ถึง เดือนธันวาคม ปี พ.ศ.2560

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย Thai Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบประเมินสภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และพิสัยควอไทล์ในการบรรยายลักษณะข้อมูล สถิติเชิงอนุมาน ใช้ Pearson's Chi-square test, Fisher's exact test เพื่อวิเคราะห์เบื้องต้นสำหรับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงคุณภาพกับภาวะซึมเศร้า ใช้สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) และของสเปียร์แมน (Spearman correlation) เพื่อหาความสัมพันธ์ในเชิงเส้นตรงของข้อมูลเชิงปริมาณ ระหว่างคะแนนภาวะซึมเศร้า กับข้อมูลส่วนบุคคล การมีส่วนร่วมของร่วมชุมชน สภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว และใช้ Multivariate logistic regression analysis ในการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า

ลักษณะข้อมูลทั่วไป

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 355 คน มีสัดส่วนเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย อายุเฉลี่ยเท่ากับ 55.68 ปี อยู่ในสถานภาพสมรส นับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษา รองลงมาคือระดับอุดมศึกษา (อนุปริญญาขึ้นไป) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว, ค่าขายรองลงมาคือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 10,000 บาทหรือน้อยกว่า ส่วนใหญ่มีหนี้สิน ส่วนใหญ่เดินทางมาโรงพยาบาลโดยรถส่วนบุคคล

2. ข้อมูลด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วมทางกาย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ โรคไขมันในเลือดสูง สัทธิการรักษายาบาลส่วนใหญ่เป็นประกันสังคม บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ร้อยละ 34 มีการรักษาแพทย์แบบทางการแพทย์ทางเลือกร่วมด้วย ร้อยละ 24.6 มีการใช้สมุนไพร สมุนไพรส่วนใหญ่ใช้ขมิ้นชัน รองลงมาคือ มะระขี้นก

3. ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวาน 5-10 ปี ค่าเฉลี่ย 9.16 ปี ต่ำสุด 8 เดือน สูงสุดที่ 50 ปี ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ค่าเฉลี่ย 153 มก./ดล.ค่าต่ำสุดคือ 53 มก./ดล.ค่าสูงสุดคือ 400 มก./ดล. และร้อยละ 58.9 ไม่เคยมีประวัติการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวานร้อยละ 58.9

4. ข้อมูลประวัติโรคประจำตัวในครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติโรคประจำตัวในครอบครัว โดยจำแนกตามชนิดของโรคประจำตัวในครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่มีประวัติโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูงตามลำดับ ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัวพบร้อยละ 4.5

5. ข้อมูลการมีส่วนร่วมของชุมชน

ส่วนใหญ่พบว่า ชุมชนให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั่วไปอยู่ในระดับปานกลางถึงมากที่สุด ร้อยละ 67.9 ชุมชนให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลางถึงมากที่สุด ร้อยละ 67 โครงการที่ชุมชนจัดให้เกี่ยวกับสุขภาพทั่วไปรวมถึงโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลางถึงมากที่สุด ร้อยละ 62.8 ชุมชนมีการจัดกิจกรรมตรวจสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงมากที่สุด ร้อยละ 59.2 ชุมชนมีการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายโภชนาการอาหารอยู่ในระดับปานกลางถึงมากที่สุด ร้อยละ 53.8

6. ข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือ การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับน้อยและการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับมาก ตามลำดับ

7. ข้อมูลสภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวอยู่ระดับดีปานกลาง รองลงมาคือดีเล็กน้อยและดีมากตามลำดับ

8. ข้อมูลผลการประเมินด้วย Thai Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS)

จากการประเมินภาวะซึมเศร้าพบร้อยละ 20.8 ของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าและพบกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 79.2

ผลการวิเคราะห์ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยต่างๆของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Chi-Square

ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อายุ อาชีพ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การใช้สมุนไพรชะเอม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง ไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อมูลประวัติโรคประจำตัวในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อมูลการมีส่วนร่วมของชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง ไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อมูลสภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรเชิงปริมาณและคะแนนภาวะซึมเศร้าเมื่อใช้สถิติ Pearson Product Moment Correlation Coefficient และ Spearman Correlation

ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อายุ รายได้ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง ไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อมูลประวัติโรคประจำตัวในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อมูลการมีส่วนร่วมของชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง ไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อมูลสภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซีมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ -0.266

3. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซีมเศร้าด้วย Multivariate logistic regression analysis

เมื่อนำตัวแปรต้นที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้ามาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น (Multicollinearity) นำตัวแปรมาเข้าสมการ logistic regression ด้วยวิธี Forward likelihood ratio

พบว่าเมื่อควบคุมตัวแปรอื่นๆ แล้วกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการประกอบอาชีพพบภาวะซีมเศร้าเป็น 0.56 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้สมุนไพรชะเอมพบภาวะซีมเศร้า 4.91 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้สมุนไพรชะเอม

กลุ่มตัวอย่างที่มีสภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวดีปานกลางและดีมาก พบภาวะซีมเศร้า เป็น 0.95 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีสภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวดีเล็กน้อย

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี เท่ากับร้อยละ 20.8 โดยพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป การไม่ได้ประกอบอาชีพ การใช้สมุนไพรชะเอม สภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในระดับดีเล็กน้อยหรือไม่ค่อยดี

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พบในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Anne E.⁽²⁸⁾ ธิตินันท์ ธานีรัตน์⁽⁴¹⁾ และ Collins M.M.⁽³¹⁾ ซึ่งได้ทำการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยชนิดที่ 2 โดยใช้แบบประเมิน HADS พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 19 ร้อยละ 28 และร้อยละ 32 ตามลำดับ ขณะที่ Anantha Eashwar V.M.⁽³⁴⁾ และ Cols- Sagarra C ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้แบบประเมิน PHQ-9 พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 39.7 และร้อยละ 40 ซึ่งสูงกว่าความชุกที่พบในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ โดยคาดว่าความแตกต่างของความชุกที่พบบนนั้นเกี่ยวข้องกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยนอกซึ่งส่วนมากเป็นผู้มีอายุเฉลี่ยมากกว่า 50 ปีขึ้นไป และมีประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเวลานาน จึงพบความชุกของภาวะซึมเศร้าที่ต่ำกว่าบางการวิจัยซึ่งศึกษาผู้ป่วยเบาหวานที่รับเข้าไว้ในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามการพบภาวะซึมเศร้า 1 ใน 5 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 บ่งว่าควรมีการตระหนักและให้ความสำคัญกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกด้วย

โดยจากรายการวิจัยครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ อายุ อาชีพ ชะเอม สภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว

อายุ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุสูงมากขึ้นมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าจากการศึกษาที่ผ่านมาของพิรุณี สัพโส⁽⁴⁰⁾ Leonard E.⁽⁶⁶⁾ ชลวิภา สุลักษณ์านุรักษ์⁽⁵¹⁾ และจุฑารัตน์ บุญวัฒน์ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุมากขึ้นมีโอกาสเกิดโรคเบาหวานได้สูงขึ้น และนอกจากนี้ยังพบว่ามีการศึกษาของ E. Foran, A Hannigan และ L.Glynn⁽³³⁾ ที่ทำการศึกษาความชุกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และผลกระทบของภาวะซึมเศร้า พบว่าภาวะซึมเศร้ารุนแรงในผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุมากกว่า 50 ปี สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคเบาหวานถึง 4 เท่า เนื่องจากผู้ป่วยมีอายุที่เพิ่มมากขึ้นและต้องเผชิญความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นระยะเวลานาน อีกทั้งมีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย รวมถึงสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตประจำวันทั้งดี และไม่ดี ทำให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด

อาซีฟ การศึกษาครั้งนี้พบว่า การไม่ได้ประกอบอาชีพ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของของมลิวัลย์ โมฬี⁽⁶⁷⁾ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ⁽⁴³⁾ Azimi-Nezhad M⁽²⁹⁾ พบว่า การไม่ได้ประกอบอาชีพ การว่างงาน เกษียณอายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อีกทั้งมีความสอดคล้องกับ Maslow⁽²⁶⁾ และ Branden⁽²⁷⁾ การไม่ได้ประกอบอาชีพทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมองตนเอง ไม่มีคุณค่า ไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว สังคมและเชื่อว่าตนเองไม่มีคุณสมบัติในการทำงานที่ตนเองรับผิดชอบได้ นอกจากนี้จากการศึกษาของจินณพัทธ์ ธีรอภิศักดิ์กุล⁽⁵⁴⁾ พบว่าการไม่ได้ประกอบอาชีพ มีโรคเบาหวานที่เป็นระยะเวลานาน อีกทั้งยังเป็นโรคเรื้อรัง และรักษาไม่หายขาด ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตแย่ลง ส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่ง Mussen, Conger, Kagan⁽²⁵⁾ และ Martin Seligman ได้อธิบายว่า เมื่อคุณภาพชีวิตแย่ลง การตัดสินใจต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับตนเองลดลง สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง (loss of self-esteem) รู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ (helplessness) รู้สึกสิ้นหวัง (hopelessness) ดังนั้น การไม่ได้ประกอบอาชีพ ไม่มีความเพียงพอของรายได้เป็นส่วนหนึ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าหรือการทำร้ายตนเองในที่สุด

สมุนไพรรชะเอม จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าชะเอม (licorice) สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาการใช้ชะเอมกับภาวะซึมเศร้าค่อนข้างน้อย จากการศึกษาวิจัยของ Alizadeh Z⁽⁶²⁾ และคณะศึกษาผลของการใช้ชะเอม (licorice) ในรูปแบบของการสกัดเป็นยาเม็ด (D-reglis) ใช้วิธีการทดลองแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในพยาบาลจำนวน 72 คน ที่ทำงานอยู่ในแผนกศัลยกรรมผ่าตัด โรงพยาบาลเมืองอฮาราก ประเทศอิหร่าน โดยกลุ่มทดลองที่ได้ยาเม็ด (D-reglis) จำนวน 3 เม็ด ใน 4 สัปดาห์ และใช้เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory) ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนได้รับยาเท่ากับ 19.2 ± 7.7 หลังได้รับยาเม็ด (D-reglis) ใน 4 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับยาเท่ากับ 13.1 ± 7.8 สรุปว่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับยามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rivka Ofir⁽⁶¹⁾ พบว่าการใช้สมุนไพรรชะเอมลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มหญิงที่ใกล้หมดประจำเดือนและวัยหมดประจำเดือนได้ในภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ซึ่ง Sayyed Esmail Khoshnam⁽⁶³⁾ และคณะทบทวนวรรณกรรมสรรพคุณของชะเอมทางด้านพฤกษเคมี เภสัชวิทยา และสรีรวิทยา พบว่าการใช้ชะเอมสามารถรักษาภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้พบว่าชะเอมมีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด จากการศึกษาของ Parisa Hasanein⁽⁶⁴⁾ ใช้ Glabridin (สารเคมีที่พบในสารสกัดจากรากชะเอม) ทดลองในหนูที่มีเบาหวาน (diabetic rats) โดยใช้ Glabridin ในปริมาณของสาร 5 mg/kg เป็นระยะเวลา 30 วัน ผลการทดลองพบว่าหนูที่ได้รับ Glabridin มีน้ำหนักตัวลดลงและมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) และพบว่าการใช้ Glabridin ไม่ส่งผลเสียต่อการเรียนรู้

และความจำของหนูที่เป็นเบาหวาน อย่างไรก็ตามการวิจัยครั้งนี้ พบว่าการใช้ชะเอมไม่พบความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด แต่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร่าคือ พบผู้ป่วยที่ใช้ชะเอมมีภาวะซีมีเศร่าเป็น 4.91 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ใช้ชะเอม โดยมีช่วงความเชื่อมั่นค่อนข้างกว้างตั้งแต่ 1.31 ถึง 18.4 เท่า ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ชะเอมในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนไม่มากนัก ดังนั้นการใช้ชะเอมในผู้ป่วยจึงเป็นประเด็นที่มีความน่าสนใจที่จะทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น หรือศึกษาเชิงวิเคราะห์หรือเชิงลึกต่อไป และวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมีการใช้สมุนไพรชนิดต่างๆ ร่วมกับการรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งสอดคล้องกับปริยาภรณ์ สวัสดิ์ศรี⁽⁶⁰⁾ ศึกษาการใช้สมุนไพรและผักพื้นบ้าน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจังหวัดนครนายก พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่รับประทานสมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบัน นอกจากนี้ยังพบว่าการวิจัยแบบผสมวิธีของประภาศรี ธนากุล⁽⁵⁹⁾ ซึ่งใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 4 ชนิดคือ มะระขี้นก ตำลึง กระจ่าง เตยหอม ผลพบว่าหลังการทดลอง 6 เดือน ระดับน้ำตาลของผู้ป่วยลดลง อย่างไรก็ตามการวิจัยครั้งนี้พบว่าการใช้สมุนไพรโดยรวมไม่พบความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย ทั้งนี้อาจจะเกิดจากการใช้สมุนไพรที่หลากหลายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระยะเวลาที่รับประทานสมุนไพร ปริมาณที่ใช้ต่อวัน ขนาดที่ใช้ วิธีการใช้ที่แตกต่างกัน เช่นในบางพื้นที่ ใช้มะระขี้นกรับประทานสด หรือใช้ต้มน้ำและดื่ม พื้นที่ของการปลูกสมุนไพรที่แตกต่างกัน รวมถึงสมุนไพรพื้นบ้านที่เหมือนและแตกต่างกัน นอกจากนี้ ในการวิจัยนี้พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมักมีการใช้วิตามิน ผลิตภัณฑ์ อาหารเสริมต่างๆ ซึ่งเป็นประเด็นที่น่าจะมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

สภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว จากศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า สภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ในผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีปานกลางสอดคล้องกับ วรทยา ทัดหล่อ และคณะ⁽⁴⁶⁾ พบว่าคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง และจุฑารัตน์ บุญวัฒน์และคณะ⁽⁵⁶⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าครอบครัวส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวต้องทำงานนอกบ้านทำให้มีเวลาอยู่กับครอบครัวน้อยลง การเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานลดลง มีการสื่อสารและการแก้ปัญหาในครอบครัวลดลง สมาชิกในครอบครัวไม่เข้าใจกันในเรื่องสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเรื้อรังนำไปสู่ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับภรณ์ ธัญธิโรสกานกุล⁽⁵⁷⁾ ศึกษาการทำหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวในเรื่องของการจัดการปัญหาของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดและภาวะซีมีเศร่า และ Russell E. และ Deborah J.⁽³⁵⁾ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานซึ่งครอบครัวทำหน้าที่ดูแลในเรื่องการรับประทานอาหาร, การออกกำลังกาย, การเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว ช่วยให้ความสัมพันธ์และการทำหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวอยู่ในระดับดี เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้รับการดูแลจากครอบครัว

ครอบครัวเป็นระบบเปิด (open system) ซึ่งประกอบด้วยระบบย่อยอันได้แก่ สมาชิกแต่ละคน (individual subsystem) คู่สมรส (spousal subsystem) และพี่น้อง (sibling subsystem) นอกจากนี้ครอบครัวยังมีความสัมพันธ์กับระบบภายนอกอื่น ๆ เช่น ระบบครอบครัวขยาย ชุมชน โรงเรียน องค์การศาสนา เป็นต้น การใช้ชีวิตครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและกัน เป็นไปตามแนวคิดของ McMaster⁽¹⁰⁾ เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว (McMaster Mode of family Functioning หรือ MMFF) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัว การสื่อสารและการแก้ไขปัญหาและสัมพันธ์ภาพของครอบครัวในระดับปานกลางถึงดีมาก นั้นเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์และปกป้องภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับ Hiroaki Takenaka. และคณะ⁽³⁶⁾ ศึกษาปัญหาครอบครัวและหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชน พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย และการศึกษาของ Bhagayashree B.⁽³⁹⁾ และคณะ ศึกษาผลการรับรู้ความเครียดและการทำหน้าที่ของครอบครัวในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 250 คน พบว่าการแก้ไขปัญหาครอบครัวและการทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในรูปแบบของการดูแลแต่ละครอบครัวที่แตกต่างกันออกไปและมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับ Beavers system model⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้การวิจัยครั้งนี้ พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และชุมชนมีการจัดกิจกรรมตรวจสุขภาพประจำปีมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า ดังนั้นในการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดกิจกรรมตรวจสุขภาพประจำปี หากเสริมประเด็นดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพจิตของผู้ป่วยเบาหวาน เช่น การตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าในชุมชน จะช่วยค้นหาและป้องกันภาวะซึมเศร้าได้ การให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เรื่องการใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์อาหารเสริมในผู้ป่วยเบาหวาน การเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวในด้านสัมพันธ์ภาพ ด้านการสื่อสารและแก้ปัญหา เพื่อความสุขของครอบครัวและการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบภาวะซึมเศร้า 1 ใน 5 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีการประกอบอาชีพ มีสภาพครอบครัวที่ดีและมีการประเมินแก้ไขปัญหาและการสื่อสารของสมาชิกในครอบครัว สัมพันธภาพของครอบครัวที่ดีจะพบภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า นอกจากนี้พบว่าสมุนไพรบางชนิดมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ดังนั้นจึงควรตระหนักถึงภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน มีการประเมินปัจจัยดังกล่าวและเสริมการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ จึงอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้ป่วยเบาหวานในบางภูมิภาคได้
2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าในงานวิจัยคือ Thai Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย ซึ่งใช้สำหรับตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าแต่ยังไม่สามารถบอกถึงการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามระบบวินิจฉัย Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
3. การวิจัยนี้ใช้การศึกษาระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting blood sugar) ไม่ได้ศึกษาระดับน้ำตาลสะสมในเลือด Hemoglobin A1c หรือ Glycated hemoglobin (HbA1c)

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นประโยชน์ต่อการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยคำนึงถึงอายุ อาชีพ สภาพและการทำหน้าที่ของครอบครัว การมีส่วนร่วมของชุมชน การรับรู้ภาวะสุขภาพ สำหรับการวิจัยครั้งต่อไปอาจทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยอื่นๆ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
2. ผลการวิจัยพบว่า สมุนไพรชะเอม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง จึงควรมีการศึกษาเชิงวิเคราะห์เพิ่มเติมเกี่ยวกับชะเอมกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานหรือกลุ่มตัวอย่างอื่น รวมถึงการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลของการใช้ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมต่างๆ ในผู้ป่วย

รายการอ้างอิง

1. National Diabetes Audit. The health and Social Care Information Report Complication and Mortality. UK: leeds; 2012.
2. Zhang P, Zhang X, Brown J, Vistisen D, Sicree R, Shaw J, et al. Global healthcare expenditure on diabetes for 2010 and 2030. Diabetes research and clinical practice. 2010;87(3):293-301.
3. American Diabetes Association. Explore:Complications[Online]2013.Available from: <http://www.diabetes.org/living-with-diabetes/complications/> [2017,Jan 21].
4. Thaneerat T, Tangwongchai S, Worakul P. Prevalence of depression, hemoglobin A1C level, and associated factors in outpatients with type-2 diabetes. Asian Biomedicine. 2009;3:383-90.
5. Maher D, Ford N, Unwin N. Priorities for developing countries in the global response to non-communicable diseases. Globalization and health[Online]2012.Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3425139/pdf/1744-8603-8-14.pdf>[cited 2017 3Feb].
6. นพรัตน์ ไทยแท้.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินอำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์.วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. (กรกฎาคม – ตุลาคม 2557) : 207-17
7. นันทวัช สิริธิรักษ์, กมลเนตร วรรณเสวก, ปณิต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช,และพนม เกตุมาน.จิตเวช ศิริราช DSM-5. ครั้งที่2.กรุงเทพฯ:ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์, 2558.
8. ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.Evidence-based Clinical Practice Guidelineทางอายุรกรรม.ครั้งที่4.กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.
9. ชนินทร์ภร เต็มรัตน์. การรับรู้ภาวะสุขภาพและคุณภาพการบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการการตรวจสุขภาพประจำปี โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์.(พฤษภาคม - สิงหาคม 2559) :148-57.
10. อุมาพร ตรังคสมบัติ. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว.พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพมหานคร: บริษัท เพ็ญฟ้า พรินต์ติ้ง จำกัด,2548.

11. กุศลภรณ์ ชัยอุดมสม.จิตเวชศาสตร์ Psychiatr.พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น,2559.
12. สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. ตำราโรคซึมเศร้า. พิมพ์ครั้งที่1.ขอนแก่น:โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา ,2558.
13. Kendler KS KR, Walters EE,MacLean C,Neale MC,and Heath AC. Stressful live events,geneticliability,andonset of episode of major depression in women. Am J Psychiatry. 1995;152:833-42.
14. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย. การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด,2553.
15. สารัช สุนทรโยธิน,ปริญญ์ บรูณะทรัพย์ขจร.ตำราโรคเบาหวาน.พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,2555.
16. รัชดา เครสซี่. โรคเบาหวาน ความรู้พื้นฐานและการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง. ครั้งที่2. เชียงใหม่: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,2558.
17. Anderson RJ, Freedlan KE, Clouse RE, and Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes:a meta- analysis. Diabetes care. 2001;24:1069-78.
18. สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย. Behavior and Psychological management in diabetis.ใน เอกสารประกอบการอบรมวิชาการประจำปี การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบองค์รวม.คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์,2554.
19. Gilbert P, Gilbert J. Entrapment and arrested fight and flight in depression: An exploration using focus groups. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice.2003;76:173-88.
20. Akiskal HS.The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. Journal of clinical psychopharmacology.1996;16:45-145.
21. Gast HL, Denyes MJ, Campbell JC, Hartweg DL, Schott-Baer D,and Isenberg M. Self-care agency: conceptualizations and operationalizations. ANS Advances in nursing science. 1989;12:26-38.

22. Grove SK, Burns N and Gray J. The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence. Elsevier Health Sciences[Online].2012 Available from: <https://www.elsevier.com/books/the-practice-of-nursing-research/grove/978-1-4557-0736-2> [2017, Feb 3]
23. Srof BJa and Velsor-Friedrich B. Health promotion in adolescents: a review of Pender's health promotion model. Nursing Science Quarterly. 2006;19:366-73.
24. Chinn PL and Kramer MK. Integrated Theory & Knowledge Development in Nursing- E-Book: Elsevier Health Sciences,2013.
25. Ragland EK. Social and sexual self-esteem in women and perceived father-daughter relationship during early adolescence,1977.
26. Reiss S and Haverkamp SM. Motivation in developmental context: A new method for studying self-actualization. Journal of Humanistic Psychology,2005;45:41-53.
27. Branden N. The psychology of self-esteem: a revolutionary approach to self-understanding that launched a new era in modern psychology: Jossey-Bass; 2001.
28. Engum A, Mykletun A, Midthjell K, Holen A, and Dahl AA. Depression and diabetes: a large population-based study of sociodemographic, lifestyle, and clinical factors associated with depression in type 1 and type 2 diabetes. Diabetes care. 2005;28:1904-9.
29. Azimi-Nezhad M, Ghayour-Mobarhan M, Parizadeh M, Safarian M, Esmaeili H, and Parizadeh S. Prevalence of type 2 diabetes mellitus in Iran and its relationship with gender, urbanisation, education, marital status and occupation. Singapore Medical J.2008;49:571-6.
30. C. E. Lloyd , P. H. Dyer, and A. H. Barnett. Prevalence of symptoms of depression and anxiety in a diabetes clinic population. Diabetic Medicine.2000;17:198-202.
31. Collins M, Corcoran P, and Perry I. Anxiety and depression symptoms in patients with diabetes. Diabetic Medicine.2009;26:153-61.
32. Cols-Sagarra C, López-Simarro F, Alonso-Fernández M, Mancera-Romero J, Pérez-Unanua MP, and Mediavilla-Bravo JJ. Prevalence of depression in patients with type 2 diabetes attended in primary care in Spain. Primary care diabetes.2016;10:369-75.

33. Foran E, Hannigan A, and Glynn L. Prevalence of depression in patients with type 2 diabetes mellitus in Irish primary care and the impact of depression on the control of diabetes. Irish Journal of Medical Science.2015;184:319-22.
34. Gopalakrishnan S and Umadevi R. Prevalence of depression in patients with type 2 diabetes mellitus and its association with fasting blood sugar levels, in an urban area of Kancheepuram district, Tamil Nadu. International Journal Of Community Medicine And Public Health. 2017;4:3399-406.
35. Glasgow RE and Toobert DJ. Social environment and regimen adherence among type II diabetic patients. Diabetes care. 1988;11(5):377-86.
36. Takenaka H, Sato J, Suzuki T, and Ban N. Family issues and family functioning of Japanese outpatients with type 2 diabetes: a cross-sectional study.BioPsychoSocial medicine[Online].2013. Available from: <https://bpsmedicine.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1751-0759-7-13> [2017, Feb 5]
37. Shin N, Hill-Briggs F, Langan S, Payne JL, Lyketsos C, and Golden SH. The association of minor and major depression with health problem-solving and diabetes self-care activities in a clinic-based population of adults with type 2 diabetes mellitus. Journal of diabetes and its complications. 2017;31:880-5.
38. Jorwal P, Verma R, and Balhara YPS. Psychological health of caregivers of individuals with type 2 diabetes mellitus: A cross-sectional comparative study.Journal of Social Health and Diabetes. 2015;3:95-101.
39. Bhandary B and Rao S. The effect of perceived stress and family functioning on people with type 2 diabetes mellitus. Journal of clinical and diagnostic research.2013;7:2929-31.
40. พิรุณี สัพโส. ความสุขของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพังโคน. ศรีนครินทร์เวชสาร.2553;25:272-8.
41. ธิติพันธ์ ธาณิรัตน์. ความสุขของภาวะซึมเศร้า ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก คลินิกต่อมไร้ท่อ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551.

42. ศิระ เมืองไทย. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายโรงพยาบาลศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2556;28:109-20.
43. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. ความชุกและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2557;59:287-98.
44. Ali S, Stone M, Peters J, Davies M, Khunti K. The prevalence of co-morbid depression in adults with Type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Diabetic Medicine. 2006;23:1165-73.
45. Shirey K, Manyara SM, Atwoli L, Tomlin R, Gakinya B, Cheng S, et al. Symptoms of depression among patients attending a diabetes care clinic in rural western Kenya. Journal of clinical & translational endocrinology. 2015;2:51-4.
46. วรทัย ทัดหล่อ, ภาวนา กิรติยวงศ์, ชนิดดา แนบเกษร และนิภาวรรณ สามารถกิจ. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตชุมชนเมือง จังหวัดชลบุรี. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. (มกราคม-มีนาคม 2555) : 57-69.
47. นवलอนงค์ ศรีสุกไสย. ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. (มกราคม - เมษายน 2556): 60-69
48. พรทิพย์ มาลาธรรม, ปิยนันท์ พรหมคง และประคอง อินทรสมบัติ. ปัจจัยทำนายระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. รามธิบดีพยาบาลสาร. (พฤษภาคม-สิงหาคม 2553)16:217-37.
49. อุษาศรี แสงสง่า. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2555:66-7.
50. ชนิดา สุริอาจ. การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมดูแลสุขภาพ และความต้องการบริการสุขภาพของผู้ต้องขังที่มีความผิดปกติทางเมตาบอลิก. รามธิบดีพยาบาลสาร. (กันยายน-ธันวาคม 2557):372-86.
51. Sulukananuruk C, Jaisanook W, Muktabhant B. Association of Depression and Stress with HbA1c level of Type 2 Diabetic Patients Attending the Diabetes Clinic of Nampong

Hospital, Khon Kaen Province. Srinagarind Medical Journal. (January - February 2016):34-46.

52. ชานินทร์ ไชยานุกูล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. (พฤษภาคม - สิงหาคม 2559) : 34-48.

53. ระพีพร วาโยบุตร. การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน หมู่บ้านหนองโดน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารกองการพยาบาล. (พฤษภาคม - สิงหาคม 2557) : 72-83

54. จิณณพัทธ์ ชีรอนิศักดิ์กุล. คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาล สมเด็จพระพุทธเลิศหล้าจังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. (เมษายน-มิถุนายน 2552) : 185-196

55. กุสุมา กังหลี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่สอง โร พยาบาล พระมงกุฎเกล้า. วารสารพยาบาลทหารบก. (กันยายน - ธันวาคม 2557) : 256-68.

56. จุฑารัตน์ บุญวัฒน์, ภาวนา กীরติยดวงศ์ และชนัดดา แนบเกษร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเสร์ราในผู้เป็น เบาหวานชนิดที่2. วารสาร คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา. (มกราคม - มีนาคม 2555) : 32-47.

57. นภารัตน์ ธัญฉิโรสภานากุล, จินตนา วัชรสินธุ์ และวรรณิ เดียววิเศษ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกครอบครัวเป็นเบาหวานชนิดที่2. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา. (กันยายน - ตุลาคม 2554) : 35-49.

58. อมรรัตน์ นระสนธิ์, กรรณิการ์ พุ่มทอง, ไพลิน พิณทอง, ไพรวลัย โคตรตะ และมุสิกร ชุศรีวรรณ. การแพทย์ทาง เลือกลง ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในสาธารณสุขรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. (มกราคม-เมษายน 2558) : 25-35

59. ประภาศรี ธนากุล, สุวารีย์ ศรีบุญและ สมจิตต์ สุพรรณทสน์. รูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานด้วย สมุนไพรพื้นบ้านโดยกระบวนการสิ่งแวดล้อมศึกษา. วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่. (มีนาคม-เมษายน 2560) : 138-51.


60. ปรียาภรณ์ สวัสดิ์ศรี. พฤติกรรมการใช้สมุนไพรและผักพื้นบ้านในการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายโรงพยาบาลองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. (กันยายน 2558) : 35-47.

61. Ofir R, Tamir S, Khatib S, and Vaya J. Inhibition of serotonin re-uptake by licorice constituents. Journal of molecular neuroscience. (January-February 2016) : 135-40.
62. Abbasinya H, Malekhosseini A and Noruzi M. The effect of licorice on depression of nurses. Complementary Medicine Journal of faculty of Nursing & Midwifery.(June 2016) :1410-9.
63. Khoshnam SE, Farzaneh M and Bahaoddini A. Review of the phytochemical, pharmacological and physiological properties of Licorice (*Glycyrrhiza glabra*). Clinical Excellence. (November 2015) : 56-71.
64. Hasanein P. Glabridin as a major active isoflavan from *Glycyrrhiza glabra* (licorice) reverses learning and memory deficits in diabetic rats. Acta Physiologica Hungarica.(June 2015):221-30.
65. Supphapiphon S, Buathong N, Suppapitiporn S. Reliability and Validity of the family state and Function Assessment Scale Chula Med J 2018. 2018.
66. Egede LE. Diabetes, major depression, and functional disability among US adults. Diabetes care. (February 2004) : 421-8.
67. มลิวัลย์ โมฬี. ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมดูแลตนเอง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 09-04/5.0
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	หน้า 1/5

ชื่อโครงการวิจัย ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

ผู้สนับสนุนวิจัย ไม่มี

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นางสาวอำพร เนื่องจากนาค

ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ตึกธนาคารกรุงเทพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม4
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 02- 667-1000, 02-667-2229

เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงานติดต่อ 24 ชั่วโมง 090-971-5754

ผู้วิจัยร่วม (อาจารย์ที่ปรึกษา)

ชื่อ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิง ศิริลักษณ์ ศุภพิติพร


ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ตึกธนาคารกรุงเทพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม4
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 0-2256-4298 , 0-2256-4346

เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงานติดต่อ 24 ชั่วโมง 0-2256-4298, 0-2256-4346

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีโรคเบาหวานที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรีก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 09-04/5.0
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	หน้า 2/5

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังต้องได้รับการดูแลและรักษาอย่างต่อเนื่องอีกรวมถึงภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ ครอบครัวและชุมชนสังคม อีกทั้งภาวะแทรกซ้อนด้านทางร่างกายทำให้เกิดภาวะภาวะซึ่มเส้ร้้าได้ตั้งนั้นผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาข้อนี้ และเพื่อจะได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการบริการในคลินิกและรูปแบบการดูแลให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัว ชุมชน เพื่อป้องกันภาวะซึ่มเส้ร้้าในผู้ป่วยเบาหวานในอนาคตอันจะก่อให้เกิดประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา


เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึ่มเส้ร้้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะซึ่มเส้ร้้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จำนวน 350 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกและยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านจะได้รับแบบสอบถามและแบบประเมินด้วยตนเอง ซึ่งประกอบด้วย

- ส่วนที่ 1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 23 ข้อ แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 17 ข้อ ตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 6 ข้อ
- ส่วนที่ 2. แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึ่มเส้ร้้าฉบับภาษาไทย จำนวน 14 ข้อ
- ส่วนที่ 3. แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ จำนวน 20 ข้อ
- ส่วนที่ 4. แบบประเมินสภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว จำนวน 20 ข้อ

โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้อธิบายข้อคำถามและอ่านคำถามให้ท่านตอบ โดยใช้เวลาในการทำแบบสอบถาม ประมาณ 30 นาที ท่านมีสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมครั้งนี้รวมถึงสิทธิ์ในการเลือกที่จะไม่ตอบแบบสอบถามในข้อที่ทำให้ท่านรู้สึกไม่สบายใจและบอกเลิกการวิจัยได้ทันที

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 09-04/5.0
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	หน้า 3/5

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมในการวิจัยใดๆก็ตาม ย่อมมีความเสี่ยงเล็กน้อยที่ไม่มากกว่าความเสี่ยงในชีวิตประจำวัน (minimal risks) เช่น เสียเวลา ไม่สะดวก เป็นต้น

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆจากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการบริการในคลินิกกับผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวชุมชน เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในอนาคต อันจะก่อเกิดประโยชน์แก่การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อไป


วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่นๆซึ่งมีอยู่สำหรับอาสาสมัคร

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่นๆหลายแบบสำหรับการรักษาโรคของท่านได้ ดังนั้นจึงควรเป็นแนวทางการรักษาวิธีอื่นๆกับแพทย์ผู้ให้การรักษาท่านก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย
- หากท่านไม่สะดวกในการอ่านข้อความด้วยตัวท่านเอง ท่านสามารถขอให้ผู้วิจัยอ่านข้อความให้ฟัง โดยท่านเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง
- หากท่านมีข้อซักถามประการใด สามารถซักถามผู้วิจัยได้โดยตรง

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 09-04/5.0
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	หน้า 4/5

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที หากพิสูจน์ว่าท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัยแล้ว ผู้ทำวิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่านและการลงนามในเอกสารให้ความยินยอมไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ในกรณีท่านได้รับอันตรายใดๆหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวอำพร เนื่องจากภาค ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆในการเข้าร่วมในงานวิจัยครั้งนี้

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าชดเชยจากการเสียเวลาเข้าร่วมในงานวิจัยครั้งนี้


การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอลงตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่านหรือกรณีที่ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัย

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 09-04/5.0
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	หน้า 5/5

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้ตรวจสอบการวิจัยและหน่วยงานควบคุมระเบียบกฎหมาย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตามโดยไม่ละเมิดสิทธิของท่านในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบกฎหมายอนุญาต

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้วิจัยสามารถบอกรายละเอียดที่เกี่ยวกับกรเข้าร่วมโครงการวิจัยของท่านให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้


การยกเลิกการให้ความยินยอม

หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นางสาวอำพร เนื่องจากนาถ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 หรือโทร 090-9715754

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

- ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้
1. ท่านจะได้รับทราบถึงข้อมูลและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
 2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยครั้งนี้
 3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับการวิจัย
 4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับการวิจัย
 5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
 6. ท่านจะได้รับทราบว่ากรยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
 7. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
 8. ท่านจะได้โอกาสในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม	AF 09-05/5.0
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	โครงการสำหรับอาสาสมัคร	หน้า 1/2

การวิจัยเรื่อง ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร
จังหวัดปราจีนบุรี

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....


ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....
และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม
และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้
ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำ
วิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะ
เกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอใน
การซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่
ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการ
การรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (และระบุด้วยว่าจะได้รับการชดเชยจากผู้สนับสนุนการวิจัย
หรือไม่.....)

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล
และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึง
ได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อ
ได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามา
ตรวจและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความ
ถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการ
ตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม	AF 09-05/5.0
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	โครงการสำหรับอาสาสมัคร	หน้า 2/2

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์ หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(นางสาวอำพร เนื่องจากนาค) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ID.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเติมเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ ชาย ₍₁₎ หญิง ₍₂₎
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส โสด ₍₁₎ คู่ ₍₂₎ หม้าย ₍₃₎
หย่า ₍₄₎ แยกกันอยู่ ₍₅₎ อื่นๆ(ระบุ) ₍₆₎.....
4. ศาสนา พุทธ ₍₁₎ คริสต์ ₍₂₎ อิสลาม ₍₃₎
5. เชื้อชาติ ไทย ₍₁₎ อื่นๆ (ระบุ) ₍₂₎.....
6. ระดับการศึกษา ไม่ได้เรียน ₍₁₎ ประถมศึกษา ₍₂₎
มัธยมศึกษาต้น ₍₃₎ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส ₍₄₎
อนุปริญญา ₍₅₎ ปริญญาตรี/ปริญญาโท ₍₆₎
ปริญญาเอก ₍₇₎ อื่นโปรดระบุ ₍₈₎.....
7. อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ₍₁₎ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ₍₂₎
บริษัทเอกชน ₍₃₎ ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย ₍₄₎
รับจ้างทั่วไป ₍₅₎ เกษตรกร ₍₆₎
8. รายได้.....บาท/เดือน มีเก็บออม/ไม่มีหนี้สิน ₍₁₎ ไม่มีเก็บออม/มีหนี้สิน ₍₂₎
มีเก็บออม/มีหนี้สิน ₍₃₎ ไม่มีเก็บออมไม่มีหนี้สิน ₍₄₎
9. สิทธิการรักษาพยาบาล จ่ายเงินเอง ₍₁₎
เบิกราชการ/รัฐวิสาหกิจ/บริษัทประกัน ₍₂₎
ประกันสังคม/บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ₍₃₎
10. ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานนานเท่าใดเดือน ₍₁₎ปี ₍₂₎
11. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน (นอนโรงพยาบาล).....ครั้ง
12. ระดับน้ำตาลในเลือดปัจจุบัน.....mg/dl

13. ภาวะโรคร่วมทางกายของท่าน

- ไม่มี ₍₁₎
 มี ₍₂₎ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 โรคหัวใจ ₍₁₎
 โรคความดันโลหิตสูง ₍₂₎
 โรคไขมันในเลือดสูง ₍₃₎
 โรคไต ₍₄₎
 ภาวะโรคร่วมอื่นๆ ₍₅₎ มีโปรตระกูล.....

14. ประวัติครอบครัวของท่านมีโรคประจำตัว

- ไม่มี ₍₁₎
 มี ₍₂₎ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 โรคหัวใจ ₍₁₎ โรคความดันโลหิตสูง ₍₂₎
 โรคเบาหวาน ₍₃₎ โรคไขมันในเลือดสูง ₍₄₎
 โรคไต ₍₅₎ โรคมะเร็ง ₍₇₎
 อื่นๆ (โปรตระกูล) ₍₈₎.....

15. ประวัติครอบครัวของท่านมีโรคทางจิตเวช ไม่มี ₍₁₎ มี ₍₂₎ โปรตระกูล.....

16. การรักษาแพทย์แบบทางการแพทย์ทางเลือก

- ไม่มี ₍₂₎ มี ₍₁₎ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 แพทย์แผนจีนและแผนไทย ₍₁₎
 สมุนไพรไทย ₍₂₎ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 น้ำมันชั้น ชะเอม
 มะขามป้อม มะระขึ้นก
 วิตามิน/ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ₍₃₎
 การนวด ดัด ดึง การจัดกระดูกแบบจีน ₍₄₎
 การฝังเข็ม การกดจุด ₍₅₎
 อื่นๆ (โปรตระกูล) ₍₆₎.....

17. การเดินทางมาโรงพยาบาล

- รถประจำทาง ₍₁₎ รถจักรยานยนต์/รถยนต์ส่วนตัว ₍₂₎
 รถรับจ้าง/วินมอเตอร์ไซด์/สามล้อ ₍₃₎
 อื่นๆ (โปรตระกูล) ₍₄₎.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชน

คำชี้แจง โปรดเติมเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความในช่องว่างตามความเป็นจริง

18. คุณคิดว่าได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า1ข้อ)

โรงพยาบาล ₍₁₎ รพสต/อนามัย ₍₂₎ ผู้นำชุมชน/ผู้ใหญ่บ้าน ₍₃₎
 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ₍₄₎

การมีส่วนร่วมของชุมชน	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อยที่สุด (2)	น้อย (1)	ไม่เคย (0)
1. คุณคิดว่าชุมชนให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั่วไปเพียงพอรระดับใด						
2. คุณคิดว่าชุมชนให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพียงพอรระดับใด						
3. โครงการที่ชุมชนจัดให้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั่วไปรวมถึงโรคเบาหวานเพียงพอรระดับใด						
4. คุณคิดว่าชุมชนมีการจัดกิจกรรมตรวจสอบสุขภาพประจำปีเพียงพอรระดับใด						
5. คุณคิดว่าชุมชนมีการจัดกิจกรรมการออกกำลังกาย โภชนาการอาหารเพียงพอรระดับใด						

ส่วนที่ 3 แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อและทำ เครื่องหมายถูก (✓) ในช่องคำ ตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่าน ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มากที่สุด และกรุณาตอบทุกข้อ

- | | |
|--|--|
| 1. ฉันรู้สึกตึงเครียด | 2. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินใจกับสิ่งต่างๆ ที่ฉันเคยชอบได้ |
| () เป็นส่วนใหญ่ | () เหมือนเดิม |
| () บ่อยครั้ง | () ไม่มากเท่าแต่ก่อน |
| () เป็นบางครั้ง | () มีเพียงเล็กน้อย |
| () ไม่เป็นเลย | () เกือบไม่มีเลย |
| 3. ฉันมีความรู้สึกกลัว คล้ายกับว่ากำลังจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น | 4. ฉันสามารถหัวเราะและมีอารมณ์ขันในเรื่องต่างๆ ได้ |
| () มี และค่อนข้างรุนแรงด้วย | () เหมือนเดิม |
| () มี แต่ไม่มากนัก | () ไม่มากนัก |
| () มีเพียงเล็กน้อยและไม่ทำให้กังวลใจ | () มีน้อย |
| () ไม่มีเลย | () ไม่มีเลย |
| 5. ฉันมีความคิดวิตกกังวล | 6. ฉันรู้สึกแจ่มใสเบิกบาน |
| () เป็นส่วนใหญ่ | () ไม่มีเลย |
| () บ่อยครั้ง | () ไม่บ่อยนัก |
| () เป็นบางครั้ง แต่ไม่บ่อย | () เป็นบางครั้ง |
| () นานๆ ครั้ง | () เป็นส่วนใหญ่ |
| 7. ฉันสามารถทำตามสบายและรู้สึกผ่อนคลาย | 8. ฉันรู้สึกว่าตัวเองคิดอะไร ทำ อะไร เชื่องช้าลงกว่าเดิม |
| () ได้ดีมาก | () เกือบตลอดเวลา |
| () ได้โดยทั่วไป | () บ่อยมาก |
| () ไม่บ่อยนัก | () เป็นบางครั้ง |
| () ไม่ได้เลย | () ไม่เป็นเลย |
| 9. ฉันรู้สึกไม่สบายใจ จนทำให้ปั่นป่วนในท้องตนเอง | 10. ฉันปล่อยเนื้อปล่อยตัว ไม่สนใจ |
| () ไม่เป็นเลย | () ใช่ |
| () เป็นบางครั้ง | () ไม่ค่อยใส่ใจเท่าที่ควร |
| () ค่อนข้างบ่อย | () ใส่ใจน้อยกว่าแต่ก่อน |
| () บ่อยมาก | () ยังใส่ใจตนเองเหมือนเดิม |
| 11. ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย เหมือนกับจะอยู่นิ่งๆ ไม่ได้ | 12. ฉันมองสิ่งต่างๆ ในอนาคตด้วยความเบิกบานใจ |
| () เป็นมากที่สุด | () มากเท่าที่เคยเป็น |
| () ค่อนข้างมาก | () ค่อนข้างน้อยกว่าที่เคยเป็น |
| () ไม่มากนัก | () น้อยกว่าที่เคยเป็น |
| () ไม่เป็นเลย | () เกือบจะไม่มีเลย |

13. ฉันรู้สึกผวาหรือตกใจขึ้นมาอย่างกะทันหัน

- บ่อยมาก
- ค่อนข้างบ่อย
- ไม่บ่อยนัก
- ไม่มีเลย

14. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินไปกับการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุหรือดูโทรทัศน์ หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่เคยเพลิดเพลินได้

- เป็นส่วนใหญ่
- เป็นบางครั้ง
- ไม่บ่อยนัก
- น้อยมาก



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้วัดระดับการรับรู้ของผู้รับบริการตรวจสอบสุขภาพประจำปีคลินิกเวชปฏิบัติทั่วไป ขอให้ท่านพิจารณาว่าท่านเห็นด้วยมากน้อยเพียงใด แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงหน้าข้อความนั้นเพียงข้อเดียวและกรุณาตอบทุกข้อ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ตอบอย่างยิ่ง
เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ตอบเป็นส่วนมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ผู้ตอบไม่แน่ใจว่ากับความรู้สึกการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ตอบที่มีต่อข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ตอบ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ตอบอย่างยิ่ง

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม					
1. การรับประทานอาหารฟาสต์ฟูดหรืออาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ					
2. การรับประทานอาหารหวานหรือแป้งทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน					
3. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคตับได้					
4. การขาดการออกกำลังกายและมีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง และ โรคหัวใจ					
5. การขาดการออกกำลังกายและมีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน					
6. คนไทยปัจจุบันเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวานและโรคมะเร็งมากขึ้นเนื่องจากส่วนหนึ่งเกิดจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
7. การรับประทานถั่วลิสง พริกแห้ง หอมแดงและกระเทียมที่มีเชื้อรา ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดเป็นมะเร็งตับ					
การรับรู้โอกาสความรุนแรงของการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม					
1. ถ้าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากๆ โดยไม่ได้รับการรักษา อาจทำให้หลอดเลือดในสมองแตกเป็นอัมพาตได้					
2. ถ้าเป็นโรคเบาหวานนานๆ โดยไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง อาจทำให้เป็นโรคไตวายเรื้อรังได้					
3. โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคมะเร็งทำให้คุณภาพชีวิตลดลง					
4. โรคเบาหวานทำให้ตาบอดได้					
5. การเป็นมะเร็งสามารถลุกลามไปตามอวัยวะต่างๆของร่างกายได้					
การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปีและการติดตามโรคเบาหวาน					
1. การไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพประจำปีเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติ ถึงแม้จะไม่เจ็บป่วยก็ตาม					
2. คนปกติควรไปตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งหรือได้รับการตรวจเลือดอย่างน้อย 3 ปีครั้ง เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง					
3. การตรวจสุขภาพช่วยให้ค้นพบโรคได้ตั้งแต่วัยที่ยังไม่แสดงอาการ					
4. การตรวจสุขภาพประจำปี ทำให้ผู้รับบริการมีความมั่นใจ สบายใจว่าไม่มีความผิดปกติของร่างกาย และ ลดความวิตกกังวลได้					
5. การตรวจสุขภาพช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆที่จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ไม่ใช่เป็นการตรวจเพื่อหาโรคนั้น					
6. การไปพบแพทย์เพื่อติดตามการรักษาโรคเบาหวานช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้					
การรับรู้อุปสรรคของการตรวจสุขภาพประจำปี					
1. ไม่สะดวกในการเดินทางไปสถานบริการสาธารณสุข จึงไม่ได้ไปตรวจสุขภาพ					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
2. ขั้นตอนในการตรวจยุ่งยาก จึงไม่ไปตรวจสุขภาพ					
3. ท่านกลัวตรวจพบโรคจึงไม่ไปตรวจสุขภาพ					
4. ท่านไม่ไปตรวจเลือดเพราะกลัวเจ็บ					
5. ภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบันทำให้ไปตรวจสุขภาพเมื่อจำเป็นเท่านั้น เพราะต้องเสียค่าใช้จ่าย					
การรับรู้อุปสรรคของการติดตามการรักษาโรคเบาหวาน					
1. ไม่สะดวกในการเดินทางไปสถานบริการสาธารณสุขจึงไม่ไปตรวจโรคเบาหวานหรือไปตรวจติดตามไม่สม่ำเสมอ					
2. ขั้นตอนในการตรวจยุ่งยาก จึงไปตรวจไม่สม่ำเสมอ					
3. ท่านกลัวตรวจพบโรคแทรกซ้อนหรือระดับน้ำตาลที่ควบคุมไม่ได้					
4. ท่านไปติดตามไม่สม่ำเสมอเพราะกลัวเจ็บจากการตรวจเลือดหรือการตรวจต่างๆ					
5. ภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบันทำให้ไปตรวจโรคเบาหวานเมื่อจำเป็นเท่านั้น เพราะต้องเสียเงิน					

ส่วนที่ 5 แบบประเมินสภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความจริงในครอบครัวของท่านมากที่สุด โดยตอบทันที
เลือกความคิดแรกหลังจากที่อ่านข้อความจบ

ข้อความ	ไม่ตรง เลย	ตรง เล็กน้อย	ตรงปาน กลาง	ตรง มากที่สุด
1. ครอบครัวสามารถแก้ปัญหาได้ดีไม่กลายเป็นปัญหาเรื้อรัง				
2. ครอบครัวสนใจใส่ใจความต้องการของสมาชิกในครอบครัว แต่ละคน				
3. ครอบครัวสามารถเข้าใจความรู้สึกของผู้พูดได้ชัดเจน				
4. ครอบครัวเราใส่ใจกัน คิดแบบใจเขาใจเรา				
5. การแสดงออกทางอารมณ์ได้ทั้งสุขและเศร้า				
6. คนที่ได้รับมอบหมายงานในบ้าน จะมีการตรวจสอบและ ตักเตือนกัน				
7. มีการตกลงกันในบ้าน ว่าใครจะทำงานบ้านอะไรโดยแบ่ง งานกันอย่างเท่าเทียมและเหมาะสม				
8. มีการตรวจสอบหน้าที่งานบ้านของสมาชิกแต่ละคน				
9. ครอบครัวแบ่งงานกันทำอย่างเหมาะสม				
10. กฎในบ้านมีไว้เพื่อไม่สร้างความเดือดร้อนต่อตัวเองและผู้อื่น				
11. ทุกคนร่วมมือปฏิบัติตามกฎที่ตั้งไว้				
12. ถ้าวิธีแรกใช้แก้ปัญหาไม่ได้ผล เราจะมีวิธีต่อไปตามที่ได้ วางแผนตกลงกันไว้				
13. มีการบอกกล่าวให้สมาชิกรับรู้เพื่อที่จะได้ช่วยกันแก้ปัญหา				
14. มีการติดตามวิเคราะห์เพื่อเรียนรู้ปัญหาที่เกิดขึ้น				
15. ครอบครัวสามารถพูดคุยกันตรงไปตรงมา ไม่ต้องพูดอ้อมค้อม				
16. เมื่อมีคนในครอบครัวพูด จะรู้กันได้อย่างชัดเจนว่าเขารู้สึก อย่างไร				
17. บ่อยครั้งที่รู้สึกว่าจะต้องเก็บกดอารมณ์ไว้				
18. บ่อยครั้งที่ครอบครัวหยาบยกเอาปัญหาที่ไม่สำคัญขึ้นมา พูดคุย แต่ปัญหาจริงๆ กลับไม่พูดจากัน				
19. ไม่มีใครยอมฟังใคร				
20. ครอบครัวมีปัญหาค่าใช้จ่าย (รายจ่ายมากกว่ารายรับ)				
21. ครอบครัวไม่สามารถบอกในสิ่งที่คิดหรือรู้สึกในใจ				
22. การแสดงความห่วงใยกันในครอบครัว เป็นเพียงเพราะ ความอยากรู้ อยากเห็น				

ข้อความ	ไม่ตรง เลย	ตรง เล็กน้อย	ตรงปาน กลาง	ตรง มากที่สุด
23. ครอบครัวสนใจกัน เพื่อแสดงให้คนอื่นเห็นว่าเป็นคนดี				
24. ครอบครัวอยู่ร่วมกัน แต่ไม่มีการสนใจใส่ใจกันเลย				
25. คนในครอบครัวแสดงความโกรธไม่ได้ เพราะกลัวคนอื่นไม่ พอใจ				



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ นางสาว อัมพร เนื่องจากนาค

วัน เดือน ปี เกิด 7 สิงหาคม พ.ศ. 2535

ปัจจุบัน อายุ 25 ปี

ภูมิลำเนา จังหวัดปราจีนบุรี

สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2558 ในระดับปริญญาตรี เกียรตินิยมอันดับสอง สาขาพยาบาล
ศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประวัติการทำงาน พ.ศ. 2558-2561 ทำงานที่โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ ตำแหน่ง
พยาบาลวิชาชีพ

ปัจจุบัน เข้าศึกษาต่อ ในระดับมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวช
ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2559

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY