

## รายการอ้างอิง

- [1] Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R., King, H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care 27 (2004): 1047-53.
- [2] Aekplakorn, W., Stolk, R.P., Neal, B. et al. The Prevalence and Management of Diabetes in Thai Adults The International Collaborative Study of Cardiovascular Disease in Asia. Diabetes Care 26 (2003): 2458-63.
- [3] วิทยา ศรีมาตา, วราภณ วงศ์ถาวรวัฒน์. การวินิจฉัยและการแบ่งประเภทเบาหวาน. ใน จิตติ สันันบุญ, วราภณ วงศ์ถาวรวัฒน์ บรรณาธิการ. การดูแลรักษาเบาหวานแบบองค์รวม, 11-24. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549
- [4] Viroj, Tangcharoensathien. Capacity building in policy and strategies. Brainstroming session organized by Mahidol University Council (2007): Conference Proceeding [4 June 2007]; Siam City Hotel, Bangkok Thailand.
- [5] System, US Data Renal. USRDS 2002 annual data report: atlas of end-stage renal disease in the United States[Online].Available from:<http://www.usrds.org/adr.htm> [17 Sep 2006]
- [6] Klein, R., Klein, B.E.K., Moss, S.E., Davis, M.D., DeMets, D.L. The Wisconsin Epidemiologic Study of Diabetic Retinopathy III. Prevalence and risk of diabetic retinopathy when age at diagnosis is 30 or more years. Arch Ophthalmol 102 (1984): 527-32.
- [7] Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health. National diabetes fact sheet: general information and national estimates on diabetes in the United States, 2003 [Online].Available from:<http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/factsheet.htm>. [22 Sep 2006]
- [8] Stratton, I.M. et al. on behalf of the UK Prospective Diabetes Study Group. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. BMJ 321 (2000): 405-12.
- [9] American, Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care 29;1 (2006): S4-S25.

- [10] Pladevall, M., et al. Clinical outcomes and adherence to medications measured by claims data in patients with diabetes. Diabetes Care 27 (2004): 2800-5.
- [11] Rhee, M.K., et al. Patients adherence improves glyceic control. Diabetes Educ 31;2 (2005): 240-50.
- [12] Vermeire, E., Wens, J., Van Royen, P., Biot, Y., Hearnshaw, H., Lindenmeyer, A. Interventions for improving adherence to treatment recommendations in people with type 2 diabetes mellitus. The Cochrane Database of Systematic Reviews (2005): Issue 2. Art. No.: CD003638.pub2. DOI: 10.1002/14651858.CD003638.pub2.
- [13] Cramer, J.A. A systematic review of adherence with medications for diabetes. Diabetes Care 27 (2004): 1218-24.
- [14] Carney, C. Diabetes mellitus and major depressive disorder: an overview of prevalence, complications, and treatment. Depress Anxiety 7 (1998): 149-57.
- [15] Anderson, R.J., Freedland, K.E., Clouse, R.E., Lustman, P.J. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. Diabetes Care 24 (2001): 1069-78.
- [16] Musselman, D.L., Betan, E., Larsen, H., Phillips, L. Relationship of depression to diabetes types 1 and 2: Epidemiology, biology, and treatment. Biol Psychiatry 54 (2003): 317-29.
- [17] นกตล เตมียะประดิษฐ์, อัญชุลี เตมียะประดิษฐ์ และ สุรชัย เกื้อศิริกุล. ภาวะซึมเศร้าในคลินิกผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลสงขลา. สงขลานครินทร์เวชสาร 11; 3 (2536): 169-75.
- [18] Talbot, F., Nouwen, A. A review of the relationship between depression and diabetes in adults. Is there a link?. Diabetes Care 23 (2000): 1556-62.
- [19] Knol, M.J., Twisk, J.W.R., Beekman, A.T.F., Heine, R.J., Snoek, F.J., Pouwer, F. Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus. A meta-analysis. Diabetologia 49 (2006): 837-45.
- [20] Lustman, P.J., Anderson, R.J., Freedland, K.E., Groot, M.D., Carney, R.M., Clouse, R.E. Depression and poor glyceic control. A meta-analysis review of the literature. Diabetes Care 23 (2000): 934-42.

- [21] Lustman, P.J., Clouse, R.E. Depression in diabetic patients; the relationship between mood and glycemic control. *J Diabetes Complications* 19 (2005): 113-22.
- [22] Gross, R., et al. Depression and glycemic control in Hispanic primary care patients with diabetes. *J Gen Intern Med* 20 (2005): 460-66.
- [23] Lin, E.H.B., et al. Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes Care* 24 (2004): 2154-60.
- [24] Park, H.S., Hong, Y.S., Lee, H.J., Ha, E.H., Sung, Y.A. Individuals with type 2 diabetes and depressive symptoms exhibited lower adherence with self-care. *Journal of Clinical Epidemiology* 54 (2004): 978-84.
- [25] Gonzalez, J.S., Safren, S.A., Cagliero, E., Wexler, D.J., et al. Depression, self-care, and medication adherence in type 2 diabetes: relationships across the full range of symptom severity. *Diabetes Care* (2007): in press.
- [26] DiMatteo, M.R., Lepper, H.S., Croghan, T.W. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med* 160; 14 (2000): 2101-7.
- [27] Groot, M.D., Anderson, R., Freedland, K.E., Clouse, R.E., Lustman, P.J. Association of depression and diabetes complications: a meta – analysis. *Psychosomatic Medicine* 63 (2001): 619-30.
- [28] Kalsekar, I.D., Madhavan, S.M., Amonkar, M.M., Scott, V., Douglas, S.M., Makela, E. The effect of depression on health care utilization and costs in patients with type 2 diabetes. *Manag Care Interface* 19; 3 (2006): 39-46.
- [29] Wexler, D.J., et al. Correlated of health-related quality of life in type 2 diabetes. *Diabetologia*. 49; 7 (2006): 1489-97.
- [30] Katon, W.J., et al. The association of comorbid depression with mortality in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 28 (2005): 2668-72.
- [31] Rubin, R.R. Adherence to pharmacologic therapy in patients with type 2 diabetes mellitus. *Am J Med* 118; suppl 5A (2005): 27s-34s.
- [32] วนิดา มานะกิจจงกล. การใช้ดัชนีชี้วัดความซับซ้อนของแบบแผนการให้ยาเพื่อประเมินความร่วมมือในการให้ยาของผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน ณ โรงพยาบาลสระบุรี. *วิทยานิพนธ์*

ปริญญาหมาบัณฑิต กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
(2549)

- [33] Paes, A.H., Bakker, A., Soe-Agnie, C.J. Impact of dosage frequency on patient compliance. Diabetes Care 20 (1997): 1512-7.
- [34] Donnan, P.T., MacDonald, T.M., Morrish, A.D. Adherence to prescribed oral hypoglycaemic medication in a population of patients with type 2 diabetes: a retrospective cohort study. Diabet Med 19 (2002): 279-84.
- [35] Farmer, A., Kinmonth, L., Sutton, S. Measuring beliefs about taking hypoglycemic medication among people with type 2 diabetes. Diabet Med 23 (2006): 265-70.
- [36] Chao, J., Nau, D.P., Aikens, J.E. Patient-reported perceptions of side effects of antihyperglycemic medication and adherence to medication regimens in persons with diabetes mellitus. Clin Ther 29 (2007): 177-80.
- [37] Ciechanowski, P.S., Katon, W.J., Russo, J.E. Depression and diabetes. Arch Intern Med. 160 (2000): 3278-85.
- [38] Kalsekar, I.D., et al. Impact of depression on utilization patterns of oral hypoglycemic agents in patients newly diagnosed with type 2 diabetes mellitus: A retrospective cohort analysis. Clin Ther 28 (2006): 306-18.
- [39] Kalsekar, I.D., et al. Depression in patients with type 2 diabetes: Impact on adherence to oral hypoglycemic agents. Ann Pharmacother 40 (2006): 605-11.
- [40] Peyrot, M., et al. Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) study. Diabet Med 22 (2005): 1379-85.
- [41] World Health, Organization. Report on medication adherence. Geneva, World Health Org [Online]. 2003. Available from:[http://www.who.int/chronic\\_conditions/en/adherence\\_report.pdf](http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf) [4 Oct 2006]
- [42] สมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิต. รู้จักและทำความเข้าใจกับโรคซึมเศร้า[Online]. Available from:<http://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=1015> [7 Oct 2006]
- [43] แสงอุษา สุทธิธนกุล. โรคซึมเศร้า. ใน มาโนช หล่อตระกูล, บรรณาธิการ. โรคซึมเศร้า, กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2546

- [44] วิจารณ์ นีวาตพันธ์. คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ. ใน สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ซึมเศร้า (depression), 225-36. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2548
- [45] Krentz, A.J., Bailey, C. J. Oral antidiabetic agents: current role in type 2 diabetes mellitus. Drugs 65[3] (2005): 385-411.
- [46] วราภณ วงศ์ถาวรรัตน์, วิทยา ศรีมาตา, สมพงษ์ สุวรรณวลัยกร. อินซูลิน. ใน ธิติ สันบุญ และ วราภณ วงศ์ถาวรรัตน์ บรรณาธิการ. การดูแลรักษาเบาหวานแบบองค์รวม, 99-108. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549
- [47] Kosachunhanun, N., Benjasuratwong, Y. Mongkolsomlit, S. et al. Thailand Diabetes Registry Project: glycemic control in Thai type 2 diabetes and its relation to hypoglycemic agent usage. J Med Assoc Thai 89 [Suppl 1] (2006): S66-71.
- [48] Benoit, S.R., Fleming, R., Philis-Tsimikas, A., and Ji, M. Predictors of glycemic control among patients with type 2 diabetes: a longitudinal study. BMC Public Health 5:36 (2005): available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/5/36> [10 April 2007].
- [49] สิตานันท์ พูลผลทรัพย์. การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลตำรวจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2547)
- [50] UK Prospective Diabetes Study, Group. UK prospective diabetes study 16. Overview of 6 years' therapy of type II diabetes: a progressive disease. Diabetes Care 44 (1995): 1249-58.
- [51] Feo, P.D., Loreto, C.D., Ranchelli, A. et al. Exercise and diabetes. Acta Biomed 77 (2006): Supp. 1: 14-7.
- [52] Thomas, D.E., Elliott, E.J., Naughton, G.A. Exercise for type 2 diabetes mellitus (review). Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 3 (2006): Art. No.: CD002968. DOI: 10.1002/14651858.CD002968.pub2.
- [53] Nielsen, J.V. and Joensson, E. Low-carbohydrate diet in type 2 diabetes. Stable improvement of bodyweight and glycemic control during 22 months follow-up. Nutrition & Metabolism 3:22 (2006): available from: <http://www.nutritionandmetabolism.com/content/3/1/22> [15 April 2007].

- [54] Hartz, A., Kent, S., James, P. et al. Factors that influence improvement for patients with poorly controlled type 2 diabetes. Diabetes Research and Clinical Practice 74 (2006): 227-32.
- [55] Karter, A.J., Ackerson, L.M., Darbinian, J.A. et al. Self-monitoring of blood glucose levels and glycemic control: the Northern California Kaiser Permanent Diabetes Registry. Am J Med 111 (2001): 1-9.
- [56] Suppakitporn, S. The family functioning and glycemic control of non-insulin dependent diabetes mellitus. Chula Med J 49 [5] (2005): 269-80.
- [57] ปิยะพร สุวรรณโชติ. กลวิธีที่ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกสูงอายุ โรคเบาหวานที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2543)
- [58] Schectman, J.M., Nadkarni, M.M., Voss, J.D. The association between diabetes metabolic control and drug adherence in an indigent population. Diabetes Care 25 (2002): 1015-21.
- [59] Krapek, K., King, K., Warren, S.S., et al. Medication adherence and associated Hemoglobin A1c in type 2 diabetes. Ann Pharmacother 38 (2004): 1357-62.
- [60] Brown, L.C., Majumdar, S.R., Newman, S.C., John, J.A. Type 2 diabetes does not increase risk of depression. CMAJ 175 [1] (2006): 42-6.
- [61] Egede, L.E. Diabetes, major depression, and functional disability among U.S. adults. Diabetes Care 27 (2004): 421-8.
- [62] Lustman, P.J., Griffith, L.S., Clouse, R.E., et al. Effect of nortriptyline on depression and glycemic control in diabetes: results of a double-blinded placebo-controlled trial. Psychosom Med 59 (1997): 241-50.
- [63] Lustman, P.J., Freedland, K.E., Griffith, L.S., Clouse, R.E. Fluoxetine for depression in diabetes: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Diabetes Care 23 (2000): 618-23.
- [64] Lustman, P.J., Griffith, L.S., Freedland, K.E., Kissel, S.S., Clouse, R.E. Cognitive behavior therapy for depression in type 2 diabetes mellitus: a randomized, controlled trial. Ann Intern Med 129 (1998): 613-21.

- [65] Kilbourne, A.M., Raynolds, C.F., Good, C.B., Sereika, S.M., Justice, A.C., Fine, M.J. How dose depression influence diabetes medication adherence in older patients? Am J Geriatr Psychiatry 13 (2005): 202-10.
- [66] Wing, R.R., Phelan, S., Tate, D. The role of adherence in mediating the relationship between depression and health outcomes. J Psychosomatic Research 53 (2002): 877-81.
- [67] Mckellar, J.D., Humphreys, K., Piette, J.D. Depression increase diabetes symptoms by complicating patients' self-care adherence. Diabetes Educ 30 (2004): 485-92.
- [68] Morisky, D.E., Green, L.W., Levine, D.M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measurement of medication adherence and long-term predictive validity of blood pressure control. Medical Care 24 (1986): 67-74.
- [69] Morisky, D.E., Ang, A., Krousel-Wood, M., Ward, H. Predictive validity of a medication adherence measure for hypertension control. Journal of Clinical Hypertension (in-press)
- [70] Fisher, L., Chesla, C.A., Mullan, J.T., Skaff, M.M., & Kanter, R.A Contributors to depression in Latino and European-American patients with type 2 diabetes. Diabetes care 24 (2001): 1751-7.
- [71] Radloff, L.S. The CES-D scale: a self- report depression scale for research in the general population. Appl Psychol Meas 1 (1977): 385-401.
- [72] Thomas, J.L., Jones, G.N., Scarinci, I.C., Mehan, D.J., & Brantley, P.J. The utility of the CES-D as a depression screening measure among low-income women attending primary care clinics. The Center for Epidemiologic Studies-Depression. Int J Psychiatry Med 31 [1] (2001): 25-40.
- [73] เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. การวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวทางการพยาบาลด้วยสถิติการวิเคราะห์เส้นทาง (Path analysis). หลักการและการใช้สถิติการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางการพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 2. ชาญเมืองการพิมพ์ (2548): 233-93.
- [74] Rubin, R.R., Ciechanowski, P.S., Egede, L.E., Lin, E.H.B., Lustman, P.J. Recognizing and treating depression in patients with diabetes. Curr Diab Rep (2004): 119-25.

- [75] บุญใจ, ศรีสถิตยน์รากล. การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ตมีเดีย จำกัด กรุงเทพมหานคร (2547): 215-66.
- [76] Shrout, P.E., and Fleiss, J.L. Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. Psychological Bulletin 86 (1979): 420-8.
- [77] MacKinnon, D.P. Analysis of mediating variables in prevention and intervention research In A. Cazares and L.A. Beatty, Scientific methods for prevention intervention research. NIDA Research monograph 139. DHHS Pub. No. 94-3631. Washington, DC: Supt of Docs., U.S. Govt. Print. Office. (1994): 127-53.
- [78] Preacher, K.J., Hayes, A.F. SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. Behavior Research Methods, instruments & computers 36[4] (2004): 717-31.
- [79] Baron, R.M., Kenny, D.A. The moderator-mediator variable distinction in Social Psychological Research; conceptual, strategic, and statistical considerations. Journal of Personality and Social Psychology 51[6] (1986): 1173-82.
- [80] Lockwood, C.M., MacKinnon, D.P. Bootstrapping the standard error of the mediated effect [Online]. Available from: <http://www.public.asu.edu/~davidpm/ripl/mediate.htm> [24 Sep 2006]
- [81] Thaikruea, L., Seetamanotch, W., Seetamanotch, S. Appropriate cut-off level of BMI for screening in Thai adults J Med Assoc Thai 89[12] (2006): 2123-8.
- [82] Pongchaiyakul, C., Nguyen, T.V., Kosulwat, V., Rojroongwasinkul, N., Charoenkiatkul, S., Pongchaiyakul, C., et al. Defining obesity by body mass index in the Thai population: an epidemiologic study. Asia Pac J Clin Nutr 15[3] (2006): 293-9.
- [83] Preacher, K.J., Leonardelli, G.J. Calculation for the Sobel test: an interactive calculation tool for mediation tests[Online]. Available from: <http://www.psych.ku.edu/preacher/sobel/sobel.htm> [2 July 2007]
- [84] Jackson, J.L., DeZee, K., Berbano, E. Can treating depression improve disease outcomes? Ann Intern Med 140 (2004): 1054-6.



- [85] บุญใจ ศรีสถิตยน์รากุล. สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัวแปร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ พิมพ์ครั้งที่ 3 ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ตมีเดีย จำกัด กรุงเทพมหานคร (2547): 370-415.
- [86] Kaholokula, J.K., Haynes, S.N., Grandinetti, A., and Chang, H.K. Biological, psychosocial, and sociodemographic variables associated with depressive symptoms in persons with type 2 diabetes. J Behav Med 26[5] (2003): 435-58.
- [87] Ciechanowski, P.S., Katon, W.J., Russo, J.E., Hirsch, I.B. The relationship of depressive symptoms to symptom reporting, self-care and glucose control in diabetes. General Hospital Psychiatry 25 (2003): 246-52.
- [88] Gary, T.L., Crum, R.M., Cooper-Patrick, L., Ford, D. and Brancati, F.L. Depressive symptoms and metabolic control in African-Americans with type 2 diabetes. Diabetes Care 23 (2000): 23-9.
- [89] Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R., Roberts, R.E., Allen, N.B. Center for epidemiologic studies depression scale (CES-D) as a screening instrument for depression among community-residing older adults. Psychology and Aging 12 (1997): 277-87.
- [90] Fisher, L., Skaff, M.M., Mullan, J.T., Arean, P. et al. Clinical depression versus distress among patients with type 2 diabetes: not just a question of semantics. Diabetes Care 30 (2007): 542-8.
- [91] Filipic' I., Popovic'-Grle, S., Marcinko, D. et al. Screening for depression disorders in patients with chronic somatic illness. Coll Antropol 31[1] (2007): 139-43.
- [92] Kraemer, H.C., Stice, E., Kazdin, A., Offord, D., Kupfer, D. How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors. Am J Psychiatry 158 (2001): 848-56.
- [93] Lustman, P.J., Williams, M.M., Sayuk, G.S., Nix, B.D., Clouse, R.E. Factors influencing glycemic control in type 2 diabetes during acute- and maintenance-phase treatment of major depressive disorder with bupropion. Diabetes Care 30 (2007): 459-66.

ภาคผนวก

## ภาคผนวก ก

## แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะโรค การใช้ยา และผลทางห้องปฏิบัติการ

## I. Demographic data

HN.....  ชาย  หญิง อายุ.....ปี อาชีพ.....น้ำหนัก.....ก.ก. ส่วนสูง.....ซ.ม. BMI.....kg/m<sup>2</sup>

การศึกษาสูงสุด

- 1) ไม่ได้เรียนหนังสือ       2) ประถมศึกษา       3) มัธยมศึกษาตอนต้น  
 4) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.       5) อนุปริญญา/ปวส.หรือเทียบเท่า  
 6) ปริญญาตรี       7) ปริญญาโทหรือสูงกว่า

รายได้ตนเองต่อเดือน.....บาท      รายได้ครอบครัวต่อเดือน.....บาท  ไม่ทราบสถานภาพ       1) โสด       2) สมรส       3) หม้าย       4) หย่าร้าง/แยกกันอยู่สิทธิการรักษา       1) 30 บาท       2) ประกันสังคม       3) ข้าราชการ 4) ครอบครัวข้าราชการ ตำรวจ       5) ข้าราชการ

## II. Social history &amp; self-care behavior

การดื่มแอลกอฮอล์       1) ไม่เคยดื่มเลย       2) เคยดื่มแต่เลิกแล้ว เลิกมาแล้ว.....ปี 3) ดื่บบ้างนานๆครั้ง       4) ดื่มเป็นประจำ สัปดาห์ละ.....วันการสูบบุหรี่       1) ไม่เคยสูบเลย       2) เคยสูบแต่เลิกแล้ว เลิกมาแล้ว.....ปี 3) สูบบ้างนานๆครั้ง       4) สูบเป็นประจำ วันละ.....มวนการใช้สมุนไพร       1) ไม่เคย/ เคยแต่เลิกใช้       2) กำลังใช้ ได้แก่.....ความถี่การออกกำลังกาย       1) ไม่เคยออกกำลังกาย       2) 1-2 วันต่อสัปดาห์ 3) มากกว่า 3 วัน/สัปดาห์       4) ออกกำลังกายทุกวัน

ชนิด/วิธีการ ระยะเวลาการออกกำลังกาย.....

การควบคุมอาหาร       1) ไม่ควบคุมอาหาร       2) งด/จำกัด อาหารหวาน เค็ม ไขมันสูงการมาตรวจตามแพทย์นัด       1) มาตรงตามนัดทุกครั้ง       2) ผิดนัดเป็นบางครั้ง 3) ส่วนใหญ่จะผิดนัด       4) ขาดการนัดนานหลายเดือนการสนับสนุนจากครอบครัว       1) ไม่มีใครช่วยเหลือ       2) สามี/ภรรยา, ลูก/หลาน,ญาติ

นอกจากตัวผู้ป่วย

### III. Clinical data

วินิจฉัยโรคเบาหวานครั้งแรก พ.ศ. .... ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน.....ปี.....เดือน

ประวัติการแพ้ยา 1) ไม่เคย 2) เคย ชื่อยา.....อาการ.....

จำนวนครั้งที่ admit หรือ emergency visit จากโรคเบาหวานใน 2 ปีที่ผ่านมา.....ครั้ง สาเหตุ.....

#### โรคประจำตัวอื่น (comorbidity)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1) cerebrovascular disease   | <input type="checkbox"/> 6) chronic pulmonary disease | <input type="checkbox"/> 11) congestive heart failure    |
| <input type="checkbox"/> 2) connective tissue disease | <input type="checkbox"/> 7) hemiplegia                | <input type="checkbox"/> 12) leukemia                    |
| <input type="checkbox"/> 3) malignant lymphoma        | <input type="checkbox"/> 8) myocardial infarction     | <input type="checkbox"/> 13) peripheral vascular disease |
| <input type="checkbox"/> 4) ulcer disease             | <input type="checkbox"/> 9) HIV/AIDS                  | <input type="checkbox"/> 14) liver disease               |
| <input type="checkbox"/> 5) renal disease             | <input type="checkbox"/> 10) malignant solid tumor    | <input type="checkbox"/> 15) other.....                  |

#### ภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน (diabetes complications)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1) acute complications (subjective symptoms) |  |   |
| <input type="checkbox"/> 1.1) hypoglycemia                            | <input type="checkbox"/> numbness of limbs                         | <input type="checkbox"/> pain in limbs              |
|   | <input type="checkbox"/> coldness of limbs                         | <input type="checkbox"/> burning sensation of limbs |
|   | <input type="checkbox"/> cramp calf                                | <input type="checkbox"/> discomfort in soles        |
| <input type="checkbox"/> 1.2) hyperglycemia                           | <input type="checkbox"/> polyurea                                  | <input type="checkbox"/> polydipsia                 |
|   | <input type="checkbox"/> polyphagia                                |   |
| <input type="checkbox"/> 2) macrovascular complications               | <input type="checkbox"/> 2.1) cerebrovascular disease              |   |
|   | <input type="checkbox"/> 2.2) peripheral vascular disease          |   |
|   | <input type="checkbox"/> 2.3) cardiovascular disease               |   |
| <input type="checkbox"/> 3) microvascular complications               | <input type="checkbox"/> 3.1) nephropathy                          |   |
|   | <input type="checkbox"/> 3.2) retinopathy                          |   |
|   | <input type="checkbox"/> 3.3) neuropathy                           |   |
|   | <input type="checkbox"/> 3.4) lower extremity lesion (foot lesion) |   |



## ภาคผนวก ข

## แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา: Morisky Medication Adherence Scale (MMAS)

คำชี้แจง : กรุณาทำเครื่องหมาย  ลงในกล่อง  ในคำถามต่อไปนี้ให้ตรงกับความเป็นจริง

1. มีบางครั้งที่คุณลืมรับประทานยาใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
2. บางคนไม่ได้รับประทานยาด้วยเหตุผลต่างๆนอกเหนือจากลืม คุณคิดทบทวนว่าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีบางวันที่คุณไม่ได้รับประทานยา	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
3. คุณเคยลดขนาดยาหรือหยุดยา เนื่องจากรู้สึกแยเวลารับประทานยา โดยที่ไม่ได้บอกแพทย์	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
4. เมื่อคุณออกจากบ้านหรือเดินทางไกล มีบางครั้งที่คุณลืมพกยาติดตัวไปด้วย	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
5. เมื่อวานนี้ คุณรับประทานยาครบ ใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
6. เมื่อคุณรู้สึกว่าอาการของโรคที่คุณเป็นควบคุมได้แล้ว บางครั้งคุณหยุดรับประทานยา	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
7. การรับประทานยาทุกวันอาจไม่สะดวกสำหรับบางคน คุณเคยรู้สึกอึดอัดที่ต้องรับประทานยาอย่างเคร่งครัดหรือเข้มงวด ใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
8. คุณรู้สึกว่ามีความยุ่งยากบ่อยเพียงใด ในการจดจำยาทั้งหมดที่ต้องรับประทาน (กาเครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> ลงในกล่อง <input type="checkbox"/> โดยเลือกเพียง 1 ข้อเท่านั้น)		
<input type="checkbox"/> 8.1) ไม่รู้สึกหรือแทบจะไม่รู้สึกว่ามีความยุ่งยากในการจดจำยาที่ใช้ (หรือมี 0 ถึง 1 ครั้งต่อสัปดาห์ที่จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนทานอย่างไร)		
<input type="checkbox"/> 8.2) รู้สึกว่ายุ่งยากบ้างเล็กน้อย ในการจดจำวิธีทานยาแต่ละอย่างให้ถูกต้อง (หรือมี 1 ถึง 2 ครั้งต่อสัปดาห์ที่จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนทานอย่างไร)		
<input type="checkbox"/> 8.3) รู้สึกว่ายุ่งยากปานกลาง ในการจดจำวิธีทานยาแต่ละอย่างให้ถูกต้อง (หรือมี 3 ถึง 4 ครั้งต่อสัปดาห์ที่จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนทานอย่างไร)		
<input type="checkbox"/> 8.4) รู้สึกว่ายุ่งยากเป็นประจำ ในการจดจำวิธีทานยาแต่ละอย่างให้ถูกต้อง (หรือมี 5 ถึง 6 ครั้งต่อสัปดาห์ที่จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนทานอย่างไร)		
<input type="checkbox"/> 8.5) รู้สึกว่ายุ่งยากทุกครั้งหรือตลอดเวลา ในการจดจำวิธีทานยาแต่ละอย่างให้ถูกต้อง (มีความยุ่งยากทุกวัน จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนทานอย่างไร)		

## เกณฑ์การให้คะแนน

- คำถาม MMAS ในข้อ 1, 2, 3, 4, 6 และ 7 (ยกเว้นข้อ 5) หากผู้ป่วยเลือกคำตอบว่า "ใช่" ให้คะแนน = 1 และหากตอบว่า "ไม่ใช่" ให้คะแนน = 0 กรณีการให้คะแนนในข้อ 5 ให้กลับคะแนนตรงข้าม
  - ในข้อ 8 ให้คะแนนดังนี้ ข้อ 8.1 ให้คะแนน = 1, ข้อ 8.2 ให้คะแนน = 2, ข้อ 8.3 ให้คะแนน = 3, ข้อ 8.4 ให้คะแนน = 4 และ ข้อ 8.5 ให้คะแนน = 5
  - รวมคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา คะแนนต่ำสุดคือ 1 และสูงสุด คือ 12 คะแนนต่ำ บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาดีกว่าคะแนนสูง
- หมายเหตุ : การนำเครื่องมือ MMAS มาใช้ในการวิจัย ได้ผ่านการชำระค่าลิขสิทธิ์แล้ว

## ภาคผนวก ค

## แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (CES-D) ฉบับภาษาไทย

คำชี้แจง : กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง  ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยเลือกเพียง 1 คำตอบในแต่ละข้อ

: ท่านมีความรู้สึกดังต่อไปนี้บ่อยเพียงใดใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย (ไม่ถึง 1 วัน)	นานๆครั้ง (1-2 วัน)	บ่อยๆ (3-4 วัน)	ตลอดเวลา (5-7 วัน)
1. ฉันรู้สึกรำคาญในสิ่งที่ไม่เคยรำคาญมาก่อน				
2. ฉันเบื่ออาหาร ไม่รู้สึกอยากกินอะไร				
3. แม้ว่าเพื่อนและคนในครอบครัวจะได้พยายามช่วยด้วยวิธีการต่างๆเพื่อให้ฉันสดชื่นขึ้น ฉันก็ยังรู้สึกซึมเศร้า				
4. ฉันรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าหรือไม่แย่ไปกว่าคนอื่น ๆ				
5. ฉันไม่มีสมาธิจดจ่อในสิ่งที่ทำอยู่				
6. ฉันรู้สึกเศร้าหมอง หรือ ไม่สดชื่น				
7. ฉันรู้สึกว่างานหรือกิจกรรมทุกอย่างที่ฉันทำ ต้องใช้ความพยายามมากในการทำให้สำเร็จ				
8. ฉันมีกำลังใจ หรือมีความหวังเกี่ยวกับอนาคตข้างหน้า				
9. ฉันรู้สึกว่าชีวิตของฉันที่ผ่านมา ล้มเหลว ไม่มีอะไรดีเลย				
10. ฉันรู้สึกกลัว หวาดหวั่น				
11. ฉันนอนไม่ค่อยหลับ หรือหลับไม่สนิท				
12. ฉันมีความสุขดี				
13. ฉันเจ็บข้อมลงไปกว่าเดิม				
14. ฉันรู้สึกเหงา ว้าเหว่				
15. คนรอบข้างไม่มีใครเป็นเพื่อนที่ดีกับฉันเลย				
16. ฉันรู้สึกว่าชีวิตนี้อยู่อย่างสบายใจ ไม่มีความทุกข์				
17. ฉันร้องไห้				
18. ฉันรู้สึกเศร้า หรือ เสียใจ				
19. ฉันรู้สึกว่าคนอื่น ๆ ไม่ชอบฉัน				
20. ฉันรู้สึกว่าไม่อยากมีชีวิตอยู่อีกต่อไป				
รวมคะแนน =	<input type="checkbox"/> Depression		<input type="checkbox"/> No depression	

เกณฑ์การให้คะแนนการคัดกรองภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบสอบถาม CESD

การให้คะแนน (Item weights)	ไม่เลย (ไม่ถึง 1 วัน)	นานๆครั้ง (1-2 วัน)	บ่อยๆ (3-4 วัน)	ตลอดเวลา (5-7 วัน)
ข้อ 4, 8, 12 และ 16	3	2	1	0
ข้ออื่นๆที่เหลือทั้งหมด	0	1	2	3

คะแนนต่ำสุด คือ 0 และสูงสุด คือ 60 คะแนน คะแนนตั้งแต่ 16 ขึ้นไปถือว่าเข้าข่ายมีภาวะซึมเศร้า (71)



**ภาคผนวก ง**  
**คำอธิบายเกี่ยวกับโครงการวิจัย**

**เรื่อง** ผลของภาวะซีมเศร้าต่อความร่วมมือในการใช้ยา และการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

**ข้อมูลพื้นฐาน**

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจต่อผู้ป่วยและครอบครัว ภาวะซีมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน และมีความชุกมากเป็นสองเท่าเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป ผลกระทบจากภาวะซีมเศร้าต่อผู้ป่วยเบาหวานคือ ทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองลดลง ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง ลดความร่วมมือในการใช้ยา และพบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมเศร้ากับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ นอกจากนี้ยังทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานมากขึ้น สูญเสียค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากขึ้น ลดคุณภาพชีวิต และเพิ่มความเสี่ยงต่ออัตราตายมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซีมเศร้า

จากผลกระทบของภาวะซีมเศร้าต่อผู้ป่วยเบาหวานดังกล่าว ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะซีมเศร้าว่ามีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยา และส่งผลกระทบต่อ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างไร ซึ่งยังไม่มีการศึกษาเรื่องนี้ในประเทศไทย ทั้งนี้ เพื่อเป็นแนวทางในการหากลวิธีใหม่ในการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา และส่งผลดีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย โดยการปรับที่ปัจจัยสาเหตุคือ ภาวะซีมเศร้า ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันและแก้ไขได้

**วัตถุประสงค์**

ศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของ ภาวะซีมเศร้า กับความร่วมมือในการใช้ยา และการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

**วิธีดำเนินการวิจัย**

เก็บข้อมูลผู้ป่วยจากการสัมภาษณ์ การตอบแบบสอบถาม และข้อมูลทางคลินิกจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

**ระยะเวลาในการวิจัย**

23 มกราคม พ.ศ. 2550 ถึง 29 มิถุนายน พ.ศ. 2550

**จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัย**

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าเกณฑ์การวิจัย 300 ราย

**ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. ได้ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมเศร้า กับความร่วมมือในการใช้ยา และการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2. เป็นแนวทางแก่บุคลากรทางการแพทย์ในการคัดกรอง และดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซีมเศร้าให้ได้รับการดำเนินการแก้ไขอย่างเหมาะสม

#### **การรักษาความลับของบันทึกทางการแพทย์ และข้อมูลการศึกษาวิจัย**

ผู้วิจัยจะไม่เปิดเผย ชื่อ สกุล ที่อยู่ ของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคล และมีมาตรการในการเก็บรักษาข้อมูลทั้งส่วนตัวและข้อมูลจากการวิจัย

#### **สิทธิในการถอนตัวออกจากการวิจัย**

ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมการวิจัย หรือ ถอนตัวจากการวิจัย จะไม่มีผลเปลี่ยนแปลงการรักษาที่ท่านได้รับอยู่ในปัจจุบัน

#### **การเปิดเผยข้อมูลการศึกษาวิจัย**

ผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ในรูปแบบสรุปผลการวิจัยโดยรวม เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ โดยการเปิดเผยข้อมูลต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

#### **การสอบถามข้อสงสัย**

ท่านสามารถสอบถามข้อสงสัยได้ที่ เภสัชกรหญิงรสมาลิน ชาบรรม โครงการจัดตั้งภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทรศัพท์ 02-218-8403

## ภาคผนวก จ

## หนังสือแสดงความยินยอม

โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของภาวะซึมเศร้าต่อความร่วมมือในการใช้ยา และการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ผู้วิจัย : เกศชกรหญิงรสมาลิน ชาบรรมม

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการ : อาจารย์ ดร. พรรณทิพา ศักดิ์ทอง

สถานที่ โรงพยาบาลตำรวจ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....  
ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับคำชี้แจงจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์จากการวิจัยครั้งนี้อย่างละเอียดและเข้าใจเป็นอย่างดี

ข้าพเจ้ายินยอมให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยโดยสมัครใจ และมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไป

ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้วิจัยสัมภาษณ์ สืบค้นประวัติการรักษา ประวัติการใช้ยา และบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ (ถ้ามี) ของข้าพเจ้า โดยไม่ล่วงละเมิดเอกสิทธิ์ในการปิดบังข้อมูลตามกรอบที่กฎหมายและกฎระเบียบอนุญาตไว้ โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะรูปแบบสรุปผลการวิจัย

หากข้าพเจ้ามีข้อสงสัยประการใด ข้าพเจ้าสามารถติดต่อได้ที่ ภาญ.รสมาลิน ชาบรรมม โครงการจัดตั้งภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทรศัพท์ 02-218-8403

ข้าพเจ้าได้รับทราบและได้ซักถามผู้วิจัยจนหมดข้อสงสัยแล้ว และยินดีเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้ จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย

(นางสาวรสมาลิน ชาบรรมม)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

### ภาคผนวก ฉ

นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย (เพิ่มเติม)

1. โรคไตเหตุเบาหวาน (diabetic nephropathy) หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีโรคไตเรื้อรัง

2. โรคจอตาเหตุเบาหวาน (diabetic retinopathy) หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีภาวะแทรกซ้อนที่มีการเปลี่ยนแปลงของจอภาพตา โดยได้รับการวินิจฉัยจากจักษุแพทย์ หรือ แพทย์ผู้รักษา

3. โรคเส้นประสาทเหตุเบาหวาน (diabetic neuropathy) หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษาว่าเป็นโรคเส้นประสาทเหตุเบาหวานหรือ โรคทางระบบประสาทส่วนปลาย หรือข้อมูลจากการซักประวัติ ได้แก่ อาการแสดงในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา เช่น ชาหรือปวดบริเวณปลายมือปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง รู้สึกเย็น หรือรู้สึกแสบร้อน ปลายมือ เท้า เป็นตะคริวบริเวณน่อง

4. อาการจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemic symptoms) หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ให้ประวัติว่าในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา มีอาการหิว เหงื่อแตก ใจสั่น มือสั่น หรือมีอาการคล้ายจะเป็นลม ต้องอมลูกอม ดื่มน้ำหวานหรือรับประทานอาหารจึงมีอาการดีขึ้น

5. อาการจากภาวะน้ำตาลสูงในเลือด (hyperglycemic symptoms) หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ให้ประวัติว่าในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา มีอาการกระหายน้ำบ่อย หิวบ่อย ปัสสาวะบ่อย โดยเฉพาะตอนกลางคืน

5. ไขมันในเลือดผิดปกติ (dyslipidemia) หมายถึง ระดับไขมันในเลือดสูงหรือต่ำกว่าเป้าหมายในผู้ป่วยเบาหวานตามข้อกำหนดของ ADA (9) ได้แก่ LDL สูงเกิน 100 มก./ดล., TG สูงเกิน 150 มก./ดล., TC สูงเกิน 200 มก./ดล., HDL ต่ำกว่า 40 ในผู้ชาย และต่ำกว่า 50 ในผู้หญิง โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์

6. ความดันโลหิตสูง (hypertension) หมายถึง ความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัวสูงเกิน 130 มม.ปรอท หรือความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายตัวสูงเกิน 80 มม.ปรอท โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์

7. ยาลดน้ำตาลในเลือด (Hypoglycemic agents) หมายถึง ยาที่ใช้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ที่มีอยู่ในบัญชียาโรงพยาบาลตำรวจ ดังต่อไปนี้

1. ยารับประทาน มี 5 กลุ่ม ได้แก่

1.1) ยาในกลุ่ม Sulfonylurea : Chlorpropamide 250 มก., Glibenclamide 5 มก., Gliclazide 80 มก., Gliclazide 30 มก. (modified release tablet), Glimepiride 1 และ 3 มก., Glipizide 5 มก.

1.2) ยาในกลุ่ม Non-sulfonylurea: Repaglinide 1 และ 2 มก.

1.3) ยาในกลุ่ม Biguanide : Metformin 500 และ 850 มก.

1.4) ยาในกลุ่ม Thiazolidinedione : Rosiglitazone 4 และ 8 มก., Pioglitazone 15 และ 30 มก.

1.5) ยาในกลุ่ม Alpha – glucosidase inhibitor: Voglibose 0.2 และ 0.3 มก., Acarbose 100 มก.

## 2. ยาฉีด ได้แก่

- Neutral soluble insulin (Actrapid HM penfill )
- Neutral soluble insulin (Actrapid HM 100 U. injection)
- Regular-neutral- soluble human insulin (Humulin R ® 100 IU. Injection 10 ml)
- Insulin lispro 100 U/ml (Humalog cartridge ® 3 ml)
- 25% insulin lispro & 75% insulin lispro protamine (Humalog mix 25 cartridge ® 3 ml)
- Human insulin NPH 70% & 30% regular insulin (Mixtard 30 HM penfill 3 ml)
- Human insulin NPH 70% & 30% regular insulin (Mixtard 30 HM 100 U. injection)
- Human insulin NPH 70% & 30% regular insulin (Humulin 70/30 injection 10 ml)
- Human insulin isophane 100 IU/ml (Humulin N ® 100 IU/ml 10 ml)
- Insulin glargine 100 IU/ml (Lantus ® 100 IU/ml injection 10 ml)
- Insulin glargine 100 IU/ml (Lantus ® optiset injection 3 ml)
- Insulin detemir (Levemir ® flexpen)

ภาคผนวก ข  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวัดความร่วมมือในการใช้ยา MMAS

1. อาจารย์ดร.พรรณทิพา ศักดิ์ทอง อาจารย์ประจำภาควิชาโครงการจัดตั้งภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ดร.วินิจ วินิจวัจนะ Sunderland school of Pharmacy, UK

## ภาคผนวก ข

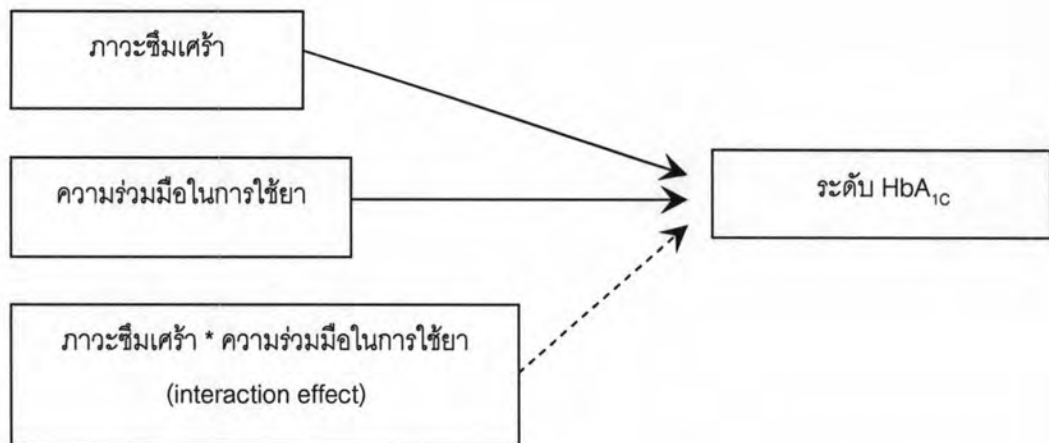
## การทดสอบ Moderation effect

ตัวแปรต้น คือ ภาวะซีมเศร้า

ตัวแปรตาม คือ ระดับ HbA<sub>1c</sub>

ตัวแปร moderator คือ ความร่วมมือในการใช้ยา

อธิบายตามแบบจำลองได้ดังนี้



ผลการวิเคราะห์ moderation effect ได้ผลดังนี้

	Unstandardized		Standardized	t	Sig.
	Coefficients				
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	7.015	.269		26.095	.000
ภาวะซีมเศร้า	1.129E-02	.023	.055	.492	.623
ความร่วมมือในการใช้ยา	.169	.071	.181	2.387	.018
ภาวะซีมเศร้า*ความร่วมมือ	6.357E-05	.005	.002	.012	.990

ตัวแปรตาม: HbA<sub>1c</sub>

จากตาราง พบว่าไม่มี interaction effect หรือ moderation effect ตามแบบจำลอง ( $\beta = 0.002, p=0.990$ )

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวรสมาลิน ชาบรรม หลำเร็จการศึกษาปริญญาตรีเภสัชศาสตรบัณฑิต จากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีการศึกษา 2546 ปัจจุบัน ปฏิบัติราชการในตำแหน่งเภสัชกร 5 ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2548

