

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2
ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี *

Predictive Factors of Depression Among the Older Adults with
Diabetes Mellitus Type II in Chon Buri Hospital

จันจิรา กิจแก้ว**

รวีวรรณ เผ่ากัณหา***

รัชณีภรณ์ ทรัพย์กรานนท์****

นัยนา พิพัฒน์วณิชชา***

Chanjira Kitkaw, M.N.S.

Rawewan Paokunha, Ed.D.

Rarcharneeporn Subgranon, Ph.D.

Naiyana Piphatvanitcha, Ph.D.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี จากปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ภาวะโรคร่วม และยาที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี จำนวน 250 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการเผชิญความเครียด แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดทักษะคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย โดยแบบวัดการเผชิญความเครียด แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดทักษะคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีค่า

ความเที่ยง เท่ากับ .80, .85, .85 และ .78 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis)

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

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ส่งเสริมสัมพันธ์ภาพในครอบครัวและสังคม สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเฉพาะผู้ที่เจ็บป่วยในระยะเวลาที่ยาวนาน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชลบุรี
*** อาจารย์กลุ่มสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, ผู้สูงอายุ

Abstract

The purpose of this research was to determine predictive factors of depression among the older adults with diabetes mellitus type II in Chon Buri Hospital based on selected factors of stress coping, social support, attitude about diabetes mellitus, knowledge about diabetes mellitus, perceived severity of disease, time, comorbidity and drugs. The samples consisted of 250 elderly patients with diabetes mellitus type II in Chon Buri Hospital. Data were collected via structured interview using seven questionnaires: A questionnaire on demographic data, a questionnaire on demographic data, a questionnaire on stress coping, a questionnaire on social support, a questionnaire on attitude about diabetes mellitus, a questionnaire on knowledge about diabetes mellitus, a questionnaire on perceive severity of disease, a questionnaire on Thai Geriatric Depression Scale. The reliability coefficients of the questionnaires on stress coping, social support, attitude about diabetes mellitus, and knowledge about diabetes mellitus were .80, .85, .85 and .78, respectively. Data were analyzed through stepwise multiple regression.

The results of the study showed that four predictive factors: Knowledge about diabetes mellitus, social support, perceives severity of disease, and duration of illness accounted for 80 percent of the variance

depression among the elderly patients with diabetes mellitus type II at the .05 level of significance. The highest predictive factor was the knowledge about diabetes mellitus.

The finding is recommended that knowledge about diabetes mellitus, enhancing family relationships, and encouragement of perceive severity of illness in elderly should be provided for preventing and decreasing depression in the admitted elderly with prolonged diabetes.

Key words : Depression, diabetes mellitus type II, older adults

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะหนึ่งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 20-40 ของผู้สูงอายุ (Miller, 2007) และพบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะในรายที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สูงถึงร้อยละ 33.33 (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543) เพราะการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้ผู้สูงอายุต้องแยกจากบุคคลในครอบครัว ต้องเผชิญกับสิ่งที่ไม่คุ้นเคย ต้องพบกับการรักษาในลักษณะต่างๆ ต้องเผชิญกับปัญหาที่เป็นผลจากการที่เข้ารับการรักษาไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทเดิมได้ จึงมีโอกาสทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (จอม สุวรรณโณ, 2541) จากการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของโรคเบาหวานกับภาวะซึมเศร้าในต่างประเทศพบว่า บุคคลที่เป็นโรคเบาหวานสามารถพบภาวะซึมเศร้าเกิดร่วมได้ถึงร้อยละ 15-30 (Anderson, Freedland, Clouse & Lustman, 2001) สำหรับในประเทศไทย พบว่าอัตราชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ร้อยละ 14 (พวงสร้อย วรกุล และมลวัลย์ โมลิ,

2547) ทั้งนี้เนื่องจากพยาธิสรีรวิทยาของระบบประสาทต่อมไร้ท่อที่ภาวะซิมเสร์รา เกี่ยวเนื่องมาจากความเครียด โดยความเครียดจะทำให้ร่างกายมีปฏิกิริยาการตอบสนอง เกิดการกระตุ้นการทำงานของระบบ hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis (HPA Axis) ทำให้หลั่งสาร corticotrophin releasing factor (CRF) เพิ่มขึ้น ส่งผลให้สารคอร์ติซอล (cortisol) สูงขึ้นในระบบไหลเวียน ซึ่งเป็นสารที่ทำให้เกิดภาวะซิมเสร์รา และยังไปขัดขวางการทำงานของอินซูลิน นำไปสู่การเกิดภาวะน้ำตาลและไขมัน ในเลือดสูงกว่าปกติ นอกจากนี้ความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานาน และเรื้อรัง จะทำให้สารสื่อประสาท นอร์อิพิเนพทริน (norepinephrin) และซีโรโตนิน (serotonin) มีจำนวนลดลง เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซิมเสร์รา (Kaplan, 1994 อ้างถึงใน จุฑารัตน์ บุญวัฒน์, 2552) จากกลไกดังกล่าว ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ การดำเนินชีวิตประจำวันไม่เป็นไปตามปกติวิสัย และมีภาวะแทรกซ้อนตามมา (นภคณ เดมิยะประดิษฐ์, อัญชลี เดมิยะประดิษฐ์ และสุรีย์ เกื้อศิริกุล, 2536) ตลอดจนส่งผลด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพ ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายสูงมากถึง 4.5 เท่า โดยสูงกว่าบุคคลที่เป็นเบาหวานไม่มีภาวะซิมเสร์ราด้วย (Egede, Zheng & Simpson, 2002) ดังนั้นบุคคลที่เป็นเบาหวาน และมีภาวะซิมเสร์ราด้วยจึงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ทำให้สุขภาพกายเสื่อมลงและอาจเกิดการเจ็บป่วยทางจิตรุนแรงตามมา (พิไลรัตน์ ทองอุไร, 2542) เพราะฉะนั้นจำเป็นต้องแก้ไขปัญหภาวะซิมเสร์ราที่เกิดขึ้น เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเอง และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าภาวะซิมเสร์ราในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีปัจจัยที่มี

ความเกี่ยวข้องหลายปัจจัย ซึ่งผู้วิจัยได้คัดสรรตัวแปรที่นำมาศึกษาประกอบด้วย การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ภาวะโรคร่วม และยาที่ได้รับ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทำให้มีการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (นงนุช โอบะ, ชุตีวรรณ, ด่านยุทธศิลป์ และสมจิตร์ ชัยรัตน์, 2545) ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุต้องการการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากขึ้น บุคคลในครอบครัวจึงต้องยอมรับและเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ตลอดจนให้การสนับสนุนผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลรักษาและเป็นกำลังใจให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (พวงสร้อย วรกุล และมลิวลย์ โมลี, 2547)

นอกจากนี้ปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่อธิบายได้ว่า ถ้าผู้สูงอายุมีการเรียนรู้ถึงประสบการณ์ที่ดีเกี่ยวกับโรคเบาหวานจะทำให้ผู้สูงอายุปรับวิธีคิดไปในแง่ดีเกี่ยวกับโรคเบาหวานได้ (Miller, 2007) การที่ผู้สูงอายุต้องอยู่กับการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน เป็นระยะเวลาที่ยาวนานทำให้มีการเผชิญความเครียดเกิดขึ้น ผู้สูงอายุมีการปรับตัวในการดำเนินชีวิต เพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินของโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร หากไม่สามารถปรับตัวได้ หรือมีการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสมจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเครียด วิตกกังวล และความรู้สึกรู้สึกเครียดดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุซิมเสร์ราตามมา (นงนุช โอบะและคณะ, 2545) รวมทั้งด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีประสบการณ์ด้านการเจ็บป่วยในด้านลบ ก็จะส่งผลต่อการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เมื่อ

ระดับความรุนแรงของโรคสูงขึ้นจะก่อเกิด ความวิตกกังวล ความเครียดและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาในที่สุด (บุษรา ราชรักษ์, 2549) ปัจจัยด้านระยะเวลาของการเจ็บป่วย โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนาน จึงมีผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกท้อแท้ในชีวิต เกิดความไม่แน่นอนในอนาคต วิตกกังวล ประกอบกับด้วยโรคเบาหวานเองจำเป็นต้องดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอตลอดเวลา จึงทำให้รู้สึกว่าการทำตามความชอบเดิมของตนไม่ได้ มองว่าการดูแลตนเองเป็นเรื่องยากลำบากใจ (Griffiths, 2002) ปัจจัยด้านภาวะโรคร่วม ผู้สูงอายุมักมีการเจ็บป่วยมากกว่า 1 โรค ซึ่งสอดคล้องกับ Piette, Richardson & Valenstein (2004) กล่าวว่าโรคทางอายุรกรรม ได้แก่โรคความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหัวใจตาย ไตวายเรื้อรัง และปัจจัยด้านยาที่ได้รับ Miller (2007) กล่าวว่าผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ต้องได้รับยาในการรักษาหลายชนิดร่วมกัน ซึ่งผลข้างเคียงของยาที่ได้รับอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยกัลดสรรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปพัฒนาหาแนวทางในการบำบัดทางการแพทย์รวมทั้งการพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้ครอบคลุมปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและดูแลตนเองจากภาวะแทรกซ้อน ดำรงชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี

2. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยกัลดสรร ได้แก่ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ภาวะโรคร่วม และยาที่ได้รับกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี โดยใช้กรอบแนวคิดการเกิดภาวะซึมเศร้าของ Kaplan เป็นแนวคิดทางชีววิทยาที่อธิบายถึงพยาธิสรีรวิทยาของระบบประสาทต่อมไร้ท่อที่ภาวะซึมเศร้าว่า ความเครียดจะทำให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาการตอบสนอง ด้วยการกระตุ้นการทำงานของระบบ hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis (HPA axis) ทำให้หลั่งสาร corticotrophin releasing factor (CRF) เพิ่มขึ้น ส่งผลให้สารคอร์ติซอลสูงขึ้น ซึ่งเป็นสารที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและสารคอร์ติซอลยังไปขัดขวางการทำงานของอินซูลิน นำเกิดภาวะน้ำตาลและไขมันในเลือดสูงกว่าปกติ นอกจากนี้ความเครียดที่เกิดขึ้น เป็นระยะเวลานาน และเรื้อรัง จะทำให้สารสื่อประสาท นอร์อิพิเนพรีน และซีโรโตนินมีจำนวนลดลง เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น (Kaplan 1994 อ้างถึงใน จุฑารัตน์ บุญวัฒน์, 2552) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีดังนี้

การเผชิญความเครียด เป็นกลไกการปรับตัวของบุคคลเมื่อมีภาวะเครียด หากบุคคลสามารถเผชิญความเครียดได้เหมาะสม หรือปรับตัวได้ก็จะดำเนินชีวิตเป็นปกติสุข ในทางตรงข้ามถ้าไม่สามารถปรับตัว หรือมีวิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม จะ

ทำให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์และซึมเศร้าได้ (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543)

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการให้และการได้รับความรัก ความผูกพัน รวมถึงการได้รับการดูแลเอาใจใส่ ไว้วางใจซึ่งกันและกัน หากบุคคลมีความเครียด ขัดข้องทางการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว หากไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือไม่ได้รับความรัก ความเอาใจใส่ จะทำให้บุคคลเกิดความไม่มั่นคงทางอารมณ์ และการเกิดซึมเศร้าได้ (House, 1981)

ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เป็นกระบวนการทางความคิดและความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบต่อสิ่งต่างๆ (นงนุช โอบะและคณะ, 2545) ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ที่ผ่านมาว่าเป็นเบาหวานแล้วรักษาไม่หาย ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย ทำให้ไม่มั่นใจในตนเอง เกิดความเครียด และมีภาวะซึมเศร้าตามมา (พิไลลักษณ์ ทองอุไร, 2542)

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นความรู้สึกของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพทางกาย จิตใจ สังคม และความไม่สุขสบายจากอาการเจ็บป่วย และผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เป็นอยู่ในขณะนั้น ผู้สูงอายุโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลารักษายาวนานตลอดชีวิต เกิดการรับรู้ว่าเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง ทำให้เกิดความเครียด รู้สึกท้อแท้ในชีวิต ที่ต้องดูแลตนเองอย่างเคร่งครัด ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (บุษรา ราชรักษ์, 2549; Griffiths, 2002)

ระยะเวลาของการเจ็บป่วย เป็นประสบการณ์ของบุคคลเมื่อมีการเจ็บป่วย ทำให้บุคคลมีการปรับตัวตามระยะของการเจ็บป่วย การเจ็บป่วยเรื้อรังที่ยาวนานทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด และเบื่อหน่ายจากการเป็นภาระแก่บุคคลอื่น มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ทำให้ท้อแท้ สิ้นหวัง และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Beck, 1967)

ภาวะโรคร่วม เป็นการเจ็บป่วยที่มีมากกว่าหนึ่งโรค ซึ่งในผู้สูงอายุมักพบว่าการเจ็บป่วยหลายโรค โรคที่พบบ่อยและสัมพันธ์กับโรคเบาหวานได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหัวใจตาย ไตวายเรื้อรัง (Piette et al., 2004) ภาวะโรคร่วมดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุไม่สุขสบาย เกิดความลำบาก ยุ่งยากในการดูแลสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า (Anderson et al., 2001) ยาที่ได้รับ เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย จึงทำให้มีการเจ็บป่วยด้วยโรคหลายๆโรคและต้องได้รับยาร่วมกันหลายชนิด เช่น ยาลดความดันโลหิต ยานอนหลับ ยารักษาหัวใจ และยาขับปัสสาวะ เป็นต้น ซึ่งยาดังกล่าวมีผลข้างเคียงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Miller, 2007)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาลชลบุรี โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. อายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง
2. สามารถได้ยินเสียงและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ
3. เป็นผู้ที่ได้รับการทดสอบระดับความรู้คิดและสติปัญญาโดยประเมินจากแบบทดสอบสุขภาพจิต จูพา (CMT) และได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 15 ขึ้นไป

4. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา
5. กรณีที่มีโรคร่วมดังต่อไปนี้ โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรัง กล้ามเนื้อหัวใจตาย และโรคหัวใจวาย โรคร่วมดังกล่าวต้องอยู่ในระยะสงบไม่กำเริบ
6. ไม่มีประวัติการดื่มสุราเป็นประจำและไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง
7. ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า
8. ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดโดยใช้ตารางประมาณค่าอำนาจทดสอบ (power analysis) กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) ที่ .80 และขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) ที่ .20 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 197 ราย (Polit & Hungler, 1999) และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้เป็น 217 ราย จากการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอนพบว่า มีการกระจายของข้อมูลไม่เป็นแบบปกติ ผู้วิจัยจึงตรวจสอบข้อมูลและเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 250 ราย ข้อมูลจึงมีการกระจายแบบปกติทุกตัวแปร

การสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยมีขั้นตอนการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ผู้วิจัยตรวจสอบทะเบียนรับใหม่ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั้ง 4 แห่ง และคัดรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ตามคุณสมบัติที่กำหนดและเรียงตามลำดับตัวเลขก่อนหลัง
2. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติแล้ว ผู้วิจัยจึงสุ่มตัวอย่างโดยเลือกสัมภาษณ์ผู้ป่วย ลำดับเลขที่ โดยจะตรวจสอบทะเบียนผู้ป่วยในหอผู้ป่วยใน

อายุรกรรมทั้ง 4 แห่งและสุ่มตัวอย่างทุกวันผู้วิจัยจะนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์วันถัดไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

แบบทดสอบสภาพจิตจรรยา เป็นแบบประเมินการรับรู้ ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542) ได้มีการนำไปทำการทดสอบในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 212 คนและผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แคปปา (Kappa Coefficient) ได้เท่ากับ 0.65 และ 0.81 (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) มีลักษณะการวัดเป็นการประเมินสภาพจิตของผู้สูงอายุ เพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ผิดปกติ ประกอบด้วย 13 รายการ คะแนนต่ำสุด คือ 0 และคะแนนสูงสุดคือ 19 การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ ประกอบด้วย มีความบกพร่องทางด้านการรับรู้รุนแรง (0-4 คะแนน) มีความบกพร่องทางด้านการรับรู้ปานกลาง (5-9 คะแนน) มีความบกพร่องทางด้านการรับรู้เล็กน้อย (10-14 คะแนน) และไม่มี ความบกพร่องทางด้านการรับรู้ หรือ มีการรับรู้ที่ปกติ (15-19 คะแนน)

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ประวัติการดื่มสุราเป็นประจำ ประวัติการได้รับการรักษาโรคพิษสุราเรื้อรัง ประวัติการรักษาโรคซึมเศร้า ประวัติบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

จากการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบทดสอบสภาพจิตจรรยา ผู้สูงอายุจะต้องมีการรับรู้ที่ปกติ คือมีระดับคะแนน 15-19 และจะต้องไม่มีประวัติการดื่มสุราเป็นประจำ ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าและได้รับการรักษาโรคซึม

เศร้าและไม่มีประวัติดุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า จึงจะผ่านตามเกณฑ์คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นเข้าสู่กระบวนการสุ่มตัวอย่างตามที่ได้กล่าวมาแล้ว และสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยใช้เครื่องมือในส่วนที่ 2

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการเผชิญความเครียด แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ เป็นคำถามแบบปลายเปิดและให้เลือกตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ภาวะโรคร่วม และยาที่ได้รับ

แบบวัดการเผชิญความเครียด เป็นแบบสัมภาษณ์วิธีการเผชิญความเครียด ผู้วิจัยใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดของหัทธรัตน์ บำเพ็ญแพทย์ (2544) ซึ่งแปลจากแบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec Coping Scale: JCS) ฉบับปรับปรุงปี ค.ศ. 1988 มีจำนวน 40 ข้อ ลักษณะคำตอบ มี 4 ระดับ คือ ไม่ได้ใช้ (1 คะแนน) ใช้เป็นบางครั้ง (2 คะแนน) ใช้บ่อยๆ (3 คะแนน) และใช้ทุกครั้ง (4 คะแนน) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .92 (หัทธรัตน์ บำเพ็ญแพทย์, 2544) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วย ใช้วิธีการเผชิญความเครียดในระดับน้อย (13-25 คะแนน) ใช้วิธีการเผชิญความเครียดในระดับปานกลาง (26-38 คะแนน) และใช้วิธีการเผชิญความเครียดในระดับมาก (39-52 คะแนน)

แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยนำแบบวัด

การสนับสนุนทางสังคม สร้างโดย เสฐียรพงษ์ ศิวินา (2546) ซึ่งแปลจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ประกอบด้วยข้อความด้านบวก 21 ข้อ และข้อความด้านลบ 4 ข้อ มีจำนวน 25 ข้อ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81 (เสฐียรพงษ์ ศิวินา, 2546) มีลักษณะเป็นประโยคข้อความมาตราส่วนประมาณค่า ซึ่งมีทั้งหมด 3 ระดับ คือ เป็นจริงมาก เป็นจริงปานกลางและไม่เป็นจริงเลย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนข้อความที่มีความหมายทางบวก ดังนี้ เป็นจริงมาก (2 คะแนน) เป็นจริงปานกลาง (1 คะแนน) ไม่เป็นจริง (0 คะแนน) และข้อความที่มีความหมายทางลบให้คะแนน ดังนี้ เป็นจริงมาก (0 คะแนน) เป็นจริงปานกลาง (1 คะแนน) ไม่เป็นจริง (2 คะแนน) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วย ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ (ค่าเฉลี่ย 0.00-0.66) ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 0.67-1.33) ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง (ค่าเฉลี่ย 1.34 - 2.00)

แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เป็นแบบสัมภาษณ์ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ผู้วิจัยนำแบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน สร้างโดย เสฐียรพงษ์ ศิวินา (2546) มาใช้ ประกอบด้วยข้อความด้านบวก 11 ข้อ และข้อความด้านลบ 9 ข้อ มีจำนวน 20 ข้อ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .71 (เสฐียรพงษ์ ศิวินา, 2546) มีลักษณะเป็นประโยคข้อความมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างมาก เห็นด้วย ปานกลาง และไม่เห็นด้วย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนข้อความที่มีความหมายทางบวก ดังนี้เห็นด้วยอย่างมาก (2 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (1 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (0 คะแนน) และข้อความที่มีความหมายทางลบให้คะแนน ดังนี้ เห็นด้วยอย่างมาก (0 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (1 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วย ทัศนคติระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 0.00-0.66) ทัศนคติระดับปานกลาง

(ค่าเฉลี่ย 0.67-1.33) ทักษะคิดระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 1.34-2.00)

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เป็นแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ซึ่งสร้างโดยเสฐียรพงษ์ ศิวินา (2546) มีลักษณะเป็นข้อคำถาม จำนวน 25 ข้อ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .95 (เสฐียรพงษ์ ศิวินา, 2546) ลักษณะข้อคำถามเป็นการตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก ดังนี้ ใช่ (1 คะแนน) ไม่ใช่ (0 คะแนน) และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบให้คะแนน ดังนี้ ใช่ (0 คะแนน) ไม่ใช่ (1 คะแนน) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วย มีความรู้ระดับต่ำ (ร้อยละ 0-49) มีความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 50-74) มีความรู้ระดับดี (ร้อยละ 75 ขึ้นไป)

แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นแบบประเมินการรับรู้ ผู้วิจัยนำแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ซึ่งสร้างโดยบุษรา ราชรักษ์ (2549) มาประเมินการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย จำนวน 1 ข้อ (บุษรา ราชรักษ์, 2549) มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ มีรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยระดับมาก (3 คะแนน) มีรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยระดับปานกลาง (2 คะแนน) มีรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยระดับน้อย (1 คะแนน)

แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) เป็นแบบประเมินด้านอารมณ์ การรับรู้ความรู้สึกด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (2537) ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ และนักจิตวิทยา จาก 14 สถาบันทั่วประเทศไทย ได้สร้างขึ้น โดยใช้ต้นแบบจากแบบวัดความเศร้าของผู้สูงอายุของเฮซาเวจ มีจำนวน 30 ข้อ ได้หาค่าความเที่ยงเท่ากับ .93 (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพ

สมอง, 2537, หน้า 1-9) ให้ตอบข้อความว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ลักษณะข้อคำถามจะเป็นความรู้สึกด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยมีข้อคำถามที่เป็นความรู้สึกทางด้านบวก 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21-27, 29 และ 30 ถ้าตอบไม่ใช่ในข้อคำถามเหล่านี้ จะได้ข้อละ 1 คะแนน ส่วนที่เหลืออีก 20 ข้อซึ่งเป็นความรู้สึกทางด้านลบ ถ้าตอบ “ใช่” จะได้ข้อละ 1 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนรวมของแบบวัดภาวะซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วย ผู้สูงอายุปกติ (0-12 คะแนน) ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (13-18 คะแนน) ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (19-24 คะแนน) ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าสูง (25-30 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบทดสอบสภาพจิตจรรยา แบบวัดการเผชิญความเครียด แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย ได้ผ่านตรวจสอบความชัดเจน ความเหมาะสม ความครอบคลุมของตัวแปร และเนื้อหาที่ใช้ในการวิจัย แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์ เครื่องมื่อดังกล่าวผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือ ได้แก่ แบบวัดการเผชิญความเครียด แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ไปทดลองใช้ (try Out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และนำมาหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยแบบวัดการเผชิญความเครียด แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน มาตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .80, .85,

.85 และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน หากค่าความเที่ยงโดยวิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson Formula 20: KR. 20) ได้ค่าความเที่ยง .78 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากมหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของการวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมงานวิจัย ข้อมูลที่ได้รับถือเป็นความลับและจะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น ถ้ากลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอม

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2551 ในเวลา 8.00 น. ถึง 16.00 น. โดยผู้วิจัยตรวจสอบทะเบียนรับใหม่ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั้ง 4 แห่ง และคัดรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในตามคุณสมบัติที่กำหนด และเรียงตามลำดับตัวเลขก่อนหลัง เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติแล้ว ผู้วิจัยจึงสุ่มตัวอย่างโดยเลือกสัมภาษณ์ผู้ป่วยลำดับเลขที่ ในวันแรกผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายถึงสิทธิที่ผู้ป่วยสามารถปฏิเสธหรือไม่ให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ หลังจากนั้นนัดหมายเพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ในวันถัดไป ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง สัมภาษณ์ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล โดยใช้เวลาประมาณ 40-50 นาที ในขณะที่สัมภาษณ์ เมื่อผู้สูงอายุแสดงความซึมเศร้าชัดเจนและไม่มีความพร้อมในการตอบแบบสัมภาษณ์

ผู้วิจัยรับฟังและเปิดโอกาส ให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึก ให้การปรึกษาประคองจิตใจและอยู่เป็นเพื่อนจนกระทั่งผู้สูงอายุที่พร้อมที่จะให้คำตอบ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์ประมวลผลข้อมูล กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่าหรือเท่ากับ .05 ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ในเชิงทำนายระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ทักษะคิด เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานระยะเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ภาวะโรคร่วม ยาที่ได้รับ กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยวิธีวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.0) มีอายุระหว่าง 60-85 ปี (ร้อยละ 50.0) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 43.2) การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 52.4) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 36.8) รายได้พอใช้ (ร้อยละ 52.8) ระยะเวลาที่เจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 43.2) มีโรคร่วม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรัง กล้ามเนื้อหัวใจตาย และโรคหัวใจวาย (ร้อยละ 70.0) และได้รับยาที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 94.0) มีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในระดับมาก (ร้อยละ 46.8) มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 40.8) รองลงมา คือระดับปานกลาง (ร้อยละ 39.6)

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามคะแนน การเผชิญ ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ทักษะคิดต่อโรคเบาหวาน ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการรับรู้ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย (n = 250)

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

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดระดับปานกลาง ($\bar{X} = 29.89$, S.D. = 4.57) การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ ($\bar{X} = .66$, S.D. = .38) ทักษะคิด

เกี่ยวกับโรคเบาหวานระดับปานกลาง ($\bar{X} = .87$, S.D. = .35) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานระดับต่ำ ($\bar{X} = .58$, S.D. = .16) และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยระดับมาก ($\bar{X} = 2.24$, S.D. = .80)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ กับตัวแปรตาม

ตัวทำนาย	r
ระยะเวลาของการเจ็บป่วย	.225**
ภาวะโรคร่วม	.083
ยาที่ได้รับ	.059
การเผชิญความเครียด	-.428**
การสนับสนุนทางสังคม	-.767**
ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน	-.729**
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	-.815**
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	.788**

** มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

r ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

จากตารางที่ 2 พบว่า ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .225$, $.788$ ตามลำดับ $p < .01$) ส่วนการเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และความรู้เกี่ยวกับ

โรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.428$, $-.767$, $-.729$, $-.815$ ตามลำดับ $p < .01$) สำหรับภาวะโรคร่วมและยาที่ได้รับ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .083$, $.059$ ตามลำดับ $p < .01$)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม

ลำดับที่ตัวทำนาย	R^2	R^2 Change	b	SEb	Beta	t
ขั้นที่ 1						
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	.664	.664	-21.026	.949	-.815	-22.149**
ขั้นที่ 2						
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน			-14.132	1.053	-.548	-13.418**
การสนับสนุนทางสังคม	.762	.098	-6.076	.603	-.411	-10.075**
ขั้นที่ 3						
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน			-10.443	1.135	-.405	-9.202**
การสนับสนุนทางสังคม			-4.605	.605	-.312	-7.611**
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	.796	.034	1.528	.239	.288	6.395**
ขั้นที่ 4						
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน			-10.236	1.128	-.397	-9.073**
การสนับสนุนทางสังคม			-4.560	.600	-.309	-7.601**
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย			1.515	.237	.285	6.396**
ระยะเวลาของการเจ็บป่วย	.800	.004	.351	.150	.068	2.341**
ค่าคงที่(a)			27.177	1.763		13.018
Overall F** = 245.631						

**มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

จากตารางที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และระยะเวลาของการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่ร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรีสูงสุด รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และระยะเวลาของการเจ็บป่วย มีค่า

สัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ $-.397$, $-.309$, $.285$ และ $.068$ ตามลำดับ ซึ่งตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และระยะเวลาของการเจ็บป่วย ส่วนตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการสนับสนุนทางสังคม ตัวทำนายทั้งสี่ สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี ได้ร้อยละ 80.0

อภิปรายผล

1. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ชลบุรี พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 71.2 ซึ่งมีความใกล้เคียงกับการศึกษาของ ชัดเจน จันทรพัฒน์ (2543) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกีดสรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล โดยประเมินผู้สูงอายุภายหลังเข้ารับการรักษาในช่วง 48-96 ชั่วโมง พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง ร้อยละ 61.7 อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปจากเดิม ทั้งบุคคล สถานที่ รูปแบบการรักษาที่ได้รับหรือหัตถการต่างๆ ที่ได้รับ (จอม สุวรรณโณ, 2541) ทำให้เกิดภาวะเครียด และซึมเศร้าตามมาในที่สุด (Kaplan, 1994 อ้างถึงใน จุฑารัตน์ บุญวัฒน์, 2552)

2. ปัจจัยกีดสรที่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และระยะเวลาของการเจ็บป่วย

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.815, p < .01$) และสามารถอธิบายความแปรปรวนภาวะซึมเศร้าได้ ร้อยละ 66.4 ($R^2 \text{ change} = .664$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ในช่วงปานกลางถึงระดับต่ำ ร้อยละ 39.6, 40.8

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ทราบว่า โรคเบาหวานเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม ไม่ทราบว่าวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้อง ซึ่ง

สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ศึกษาการเรียนรู้ในเรื่องของสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวาน ผลกระทบของการเกิดโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การช้ยา และการมาตรวจตามนัด เมื่อผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องก็จะสามารถเผชิญกับแบบแผนในการดำเนินชีวิตที่จะเปลี่ยนแปลงไปได้ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองขึ้น (สิริลักษณ์ สุทธิรัตนกุล, 2549) แต่ต่างกับผู้ที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะแทรกซ้อนจากความเจ็บป่วย และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและใช้เวลานานมากขึ้น (พิไลรัตน์ ทองอุไร, 2542) จึงส่งผลทำให้เกิดภาวะเครียด ซึ่งส่งผลต่อกลไกทางพยาธิสรีรวิทยาของร่างกาย ทำให้หลังสารคอร์ติซอลสูงขึ้น รวมทั้งสารสื่อประสาทนอร์อิพิเนพฟรินและซีโรโตนินมีจำนวนลดลง เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้า จากกลไกดังกล่าวยังไปขัดขวางการทำงานของอินซูลินทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา คือภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Kaplan 1994 อ้างถึงใน จุฑารัตน์ บุญวัฒน์, 2552)

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.767, p < .01$) และสามารถอธิบายความแปรปรวนภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 9.8 ($R^2 \text{ change} = .098$)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 43.2 และมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อคำถามด้านข้อมูลข่าวสารและด้านการสนับสนุนสิ่งของ เงิน มีคะแนนต่ำ การที่ครอบครัวไม่เข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ และขาดการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไม่มีที่พึ่ง มีความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์และความคิด ส่งผลให้เกิด

ปัญหาทางสุขภาพจิตและนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า (อุมาพร ตรังกสมบัติ, 2544) มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ มนัส วณิชชานนท์ (2550) กล่าวว่า สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยเกี่ยวพัน ทำให้บุคคลมีจิตใจที่ดี มีความมั่นคงทางด้านอารมณ์ และมีพลังที่จะสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ในสังคมได้ ดังนั้นผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจึงมีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .788, p < .01$) และสามารถอธิบายความแปรปรวนภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 3.4 ($R^2 \text{ change} = .034$)

อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ในระดับมาก ร้อยละ 46.8 บุคคลที่มีความรู้สึกว่าการเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญอยู่ มีความรุนแรง ทำให้เกิดความรู้สึกกลัว กังวล ไม่แน่ใจต่อสภาพความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และการที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่อาจทำให้ผู้สูงอายุนับว่าเป็นการเจ็บป่วยรุนแรง โดยความรู้สึกดังกล่าวมักเกิดกับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักจะพบเห็นคนป่วยด้วยโรคเดียวกันมาก่อน จึงทำให้รับรู้ว่ามีทางรักษาหาย และมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตอย่างแน่นอน (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543)

ระยะเวลาของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .225, p < .01$) และสามารถอธิบายความแปรปรวนภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 3.4 ($R^2 \text{ change} = .004$)

อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน อยู่ในช่วง 1- 5 ปี ร้อยละ 43.2 มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ พิไลรัตน์ ทองอุไร (2542) ในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย

พบว่า การเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากความเจ็บป่วยได้ และต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานมากขึ้น และการที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงมีโอกาสทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องจากผู้สูงอายุต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปจากเดิม ทั้งบุคคล สถานที่ รูปแบบการรักษาที่ได้รับหรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่ได้รับ ไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทเดิมได้ (จอม สุวรรณโณ, 2541) กล่าวว่า ระยะเวลาที่รักษาตัวนานขึ้น มีผลทำให้อัตมทัศน์เปลี่ยนแปลงไปในทางลบ จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543)

3. ปัจจัยกีดสรรที่ไม่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย การเผชิญความเครียด ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ภาวะโรคร่วม และยาที่ได้รับ

การเผชิญความเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.428, p < .01$) ไม่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม โดยจะเลือกวิธีการรับมือกับปัญหาและคิดว่าสิ่งต่างๆ อาจเลวร้ายได้ และเลือกที่จะทำสมาธิ หรือใช้เทคนิคผ่อนคลาย ซึ่งเป็นวิธีการคลายความเครียด ซึ่งเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ที่เป็นสุข และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 4-6 ครั้งตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จึงสามารถที่จะปรับตัวเองและเผชิญกับความเครียดที่เกิดจากการเจ็บป่วยได้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ชัดเจน จันทรพัฒน์ (2543) กล่าวว่าจากการเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยระยะเวลาที่ยาวนาน ทำให้ผู้สูงอายุต้องเลือกวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม เพื่อให้ยอมรับได้กับสถานการณ์การเจ็บป่วยเรื้อรัง หากผู้สูงอายุมีการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสมอาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.729, p < .01$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ว่าการป่วยเป็นโรคเบาหวานไม่ทำให้รู้สึกแตกต่างจากคนทั่วไป การออกกำลังกายทุกวัน จะช่วยให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้นและการควบคุมอาหารช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จากข้อมูลดังกล่าวมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ Bill (1996) ที่ได้ศึกษาถึงการปรับตัวต่อภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ระยะปรับตัวตามการปรับตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะแบ่งเป็น 5 ระยะ คือ ระยะแรก ผู้ป่วยปฏิเสธไม่ยอมรับในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (denial) ระยะที่สอง จะรู้สึกโกรธ (anger) หรือพยายาม โต้ตอบ อาจเป็นเพราะการต้องยอมรับว่าตนป่วยจริง ระยะที่ 3 ความรู้สึกที่ต้องการต่อรอง (bargaining) เพื่อว่าจะช่วยให้สถานการณ์ต่าง ๆ ดีขึ้น ระยะที่ 4 ความรู้สึกซึมเศร้า หมดหวัง ท้อแท้ (depression) ผู้ป่วยพยายามทำทุกอย่างแล้วแต่ผู้ป่วยก็หลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยไม่ได้ และระยะที่ 5 เป็นระยะของการยอมรับ (acceptance) ต่อการเจ็บป่วยนั้น โดยมีระยะการปรับตัวของผู้ป่วยเรื้อรังจะใช้เวลานาน 6-12 เดือน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารุ่นนี้ผ่านพ้นระยะดังกล่าวมาแล้ว อาจทำให้มีการยอมรับต่อการเจ็บป่วยมากขึ้น และเป็นผลมาจากกระบวนการทางความคิด ที่ดีต่อความเจ็บป่วยตามความรู้สึกของตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางบวกต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว สามารถช่วยเหลือตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า จึงส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดีตามลำดับ

ภาวะโรคร่วม ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .083, p < .01$) ไม่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่า

มีผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะโรคร่วมร้อยละ 70 ไม่มีภาวะโรคร่วม ร้อยละ 30 ซึ่งข้อมูลที่ได้ไม่กระจาย และกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา มีการยอมรับต่อการเจ็บป่วยมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Bill (1996) ที่กล่าวว่าการปรับตัวของผู้ป่วยเรื้อรังจะใช้เวลานาน 6-12 เดือน เมื่อผ่านพ้นระยะดังกล่าวมาแล้วอาจทำให้มีการยอมรับมากขึ้น ถึงแม้ว่าจะมีโรคร่วมหลายโรคก็ตามและกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวนโรคร่วมมากกว่า 1 โรคแต่โรคร่วมอยู่ในระยะสงบไม่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

ยาที่ได้รับ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .059, p < .01$) ไม่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับยาที่มีผลข้างเคียงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ถึงร้อยละ 94 ไม่ได้รับยาที่มีผลข้างเคียงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เพียงร้อยละ 6 ซึ่งข้อมูลที่ได้ไม่กระจาย และกลุ่มตัวอย่างได้รับยาที่มีผลข้างเคียงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 94 แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยาในกลุ่มที่มีผลข้างเคียงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากที่สุดเพียงสามกลุ่มจากแปดกลุ่ม คือกลุ่มยาขับปัสสาวะร้อยละ 33.4 กลุ่มยาลดความดันโลหิต ร้อยละ 29.7 และกลุ่มยารักษาหัวใจ ร้อยละ 19.1 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ และเป็นโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ กลุ่มยาดังกล่าวทั้งแปดกลุ่มที่มีผลข้างเคียงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ยานางตัวได้ยกเลิกไม่มีใช้ในโรงพยาบาลแล้ว จึงอาจเป็นสาเหตุที่ปัจจัยเรื่องยาที่ได้รับไม่สามารถทำนาย ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

นอกจากนี้ตัวแปรดังกล่าวยังมีความสัมพันธ์กันเอง จึงเป็นเหตุผลที่ทำให้ไม่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานแก่ผู้สูงอายุเป็นรายเดี่ยวและรายกลุ่ม โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การสังเกตอาการแทรกซ้อนและวิธีปฏิบัติตัวเกี่ยวกับน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง ซึ่งเป็นเรื่องที่ผู้สูงอายุยังไม่เข้าใจ

2. ควรส่งเสริมการมีสัมพันธภาพกับครอบครัว โดยเปิดโอกาสให้ญาติได้เข้าเยี่ยมพูดคุยให้กำลังใจกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่แรกที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นคนสำคัญ มีคุณค่าสำหรับคนในครอบครัว มีกำลังใจในการเผชิญกับความเจ็บป่วยมากยิ่งขึ้น

3. ควรมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และพัฒนารูปแบบการพยาบาลจากปัจจัยที่พบในงานวิจัยเพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังกลุ่มอื่นทั้งที่เข้ารับการรักษาในสถานบริการหรือที่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2537). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย. *สารศิริราช*, 46(1), 1-9.

จอม สุวรรณโณ. (2541). ภาวะอารมณ์เศร้า ในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. *พยาบาลสาร*, 25(3), 9-20.

จุฑารัตน์ บุญวัฒน์. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 17(2), 32-47.

เดือนใจ เสือดี และสุวรรณี ศรีประสิทธิ์. (2545). การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตอำเภอเมือง นครสวรรค์ หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. *วารสารวิชาการแพทย์เขต*, 8, 10(1-2), 11-18.

ชัดเจน จันทรพัฒน์. (2543). *ความสัมพันธ์*

ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

นงนุช โอบะ, ชลิวรรณ ด้านยุทธศิลป์ และสมจิตร ชัยรัตน์. (2545). *ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. รายงานวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธนเรศวร,*

นกตล เตมียะประดิษฐ์, อัญชลี เตมียะประดิษฐ์ และสุรีย์ เกื้อศิริกุล. (2536). *ภาวะซึมเศร้าในคลินิกผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลสงขลา. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 11(3).

บุษรา ราชรักษ์. (2549). *สัมพันธภาพกับครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในจังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.*

พวงสร้อย วรกุล และมลิวลัย โมลี. (2547). *ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 35(2), 55 -67.

พิไลรัตน์ ทองอุไร. (2542). *ภาวะจิตสังคมในผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 19(2), 38-46.

มนัส วณิชชานนท์. (2550). *ความอบอุ่นของครอบครัวไทย ความสุขที่ยั่งยืน. วารสารเศรษฐกิจและสังคม*, 44(1), 26-33.

สิริลักษณ์ สุทธรัตน์กุล. (2549). *ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.*

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เสฐียรพงษ์ ศิวินา. (2546). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา, คณะพยาบาลศาสตร์, สถาบันราชภัฏมหาสารคาม.

หทัยรัตน์ บำเพ็ญแพทย์. (2544). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยของผู้ป่วยที่ได้รับการถ่วงดุลกระดูก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

อำภาพร พัววิไล และวิมลรัตน์ บุญเสถียร. (2544). *คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน*. *วิจัยทางการพยาบาล* 5(3), 255-267.

อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). *จิตบำบัดและให้คำปรึกษาครอบครัว* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ชันดำ การพิมพ์.

Anderson R. J, Freedland K. E, Clouse R. E, & Lustman P. J, (2001). The prevalence of comorbid depression in adult with diabetes: A meta-analysis. *Diabetes Care*, 24(6), 1069 - 1078.

Beck, A. T. (1967). *Causes of depression- cognitive*. Retrieved July 30, 2004, from <http://www.causesofdepression-1.htm>

Bill, J. (1996). *Coping with chronic illness*. Retrieved January 5, 2005, from <http://www.geocities.com/cfsday/chronic.htm>

Eaton, A. (2002). *Epidemiologic evidence*

on the comorbidity of depression and diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 903-906.

Egede, L. E., Zheng, D., & Simpson, K. (2002). *Comorbid depression is associated with increased health care use and expenditures in individuals with diabetes*. Retrieved June 17, 2004, from <http://www.Diabetes%20care%20Comorbid%20Depression%20is%20Association>.

Griffiths, K. (2002). *Achieving better psychosocial outcomes in diabetes responsibility of patient & Team*. Retrieved June 17, 2004, from <http://www.Diabetes%20-20psychosocial.htm>

Jalowiec, A, & Power, M. J. (1988). *Stress and coping in hypertension and emergency room patients*. *Nursing Research*, 30, 10-15.

House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. New Jersey: Prentice Hall.

Piette, J. D., Richardson, C., & Valenstein, M. (2004). *Addressing the needs of patients with multiple chronic illnesses: The case of diabetes and depression*. *American Journal of Managed Care*, 10(2), 152-162.

Miller, C. A. (2007). *Impaired affective function: Depression*. *Nursing for wellness in older adults theory and practice* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott.

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6thed.). Philadelphia: Lippincott.