

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2
ในเขตชุมชนเมือง จังหวัดชลบุรี

Predictive Factors of Depression in Persons with Type 2
Diabetes in Urban Areas, Chonburi Province

วรัทยา ทัดหล่อ* พย.ม.
ภาวนา กิระติยตวงศ์** ปร.ด.
ชนัดดา แนบเกษร*** Ph.D
นิภาวรรณ สามารถกิจ** ปร.ด.

Waratya Tadhlor, M.N.S.
Pawana Keeratiyutawong, Ph.D.
Chanudda Nabkasorn, Ph.D.
Niphawan Samartkit, Ph.D.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตชุมชนเมืองจังหวัดชลบุรี โดยปัจจัยที่เลือกสรรได้แก่ ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน จำนวนโรคร่วม สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง และการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เป็นเบาหวานในเขตชุมชนเมือง มารับบริการ ณ คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเมืองชลบุรี จำนวน 262 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามจำนวน 5 ฉบับ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว แบบสอบถามความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง แบบสอบถามการดูแลตนเอง และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัว และความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางถึงมากร้อยละ 39.3 ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน จำนวนโรคร่วม สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง และการดูแลตนเอง

สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 77 ($R^2 = 77, p < .001$) โดยพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นตัวแปรทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้มากที่สุด ($\beta = -.46, p < .001$) รองลงมาได้แก่ ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง ($\beta = -.33, p < .001$) การดูแลตนเอง ($\beta = -.23, p < .01$) จำนวนโรคร่วม ($\beta = .21, p < .01$) และระยะเวลาการเป็นเบาหวาน ($\beta = .13, p < .05$) ตามลำดับ

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้เป็นเบาหวานควรออกแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว เพิ่มความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง และการดูแลตนเองในผู้เป็นเบาหวานเขตชุมชนเมืองเพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานต่อไป

คำสำคัญ : ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ภาวะซึมเศร้า

Abstract

This predictive correlational study aimed to examine predictive factors of depression in persons with type 2 diabetes in urban areas at

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสินแพทย์ จังหวัดกรุงเทพมหานคร

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มสาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Chonburi province. Selected predictive factors consisted of duration of diabetes, the number of diabetes co-morbidity, family relationship, self-esteem, and diabetes self-care. Two hundred and sixty two subjects from diabetes outpatient clinic at Maung Chonburi hospital were included in this study by simple random sampling. The subjects completed 5 questionnaires including the Demographic Data, the Family Relationship, the Rosenberg's Self-esteem Questionnaire, the Diabetes Self-care, and Beck's Depression Inventory. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

The results showed that the mean score of family relationship and self-esteem were at a moderate level. Mean score of depression at a moderate to high level was 39.3 percents. Duration of diabetes, the number of diabetes co-morbidity, family relationship, self-esteem, and diabetes self-care jointly predicted depression in persons with type 2 diabetes ($R^2 = .77$, $p < .001$). The strongest predictor of depression was family relationship ($\beta = -.46$, $p < .001$), followed by self-esteem ($\beta = -.33$, $p < .001$), diabetes self-care ($\beta = -.23$, $p < .01$), the number of diabetes co-morbidity ($\beta = .21$, $p < .01$), and duration of diabetes ($\beta = .13$, $p < .05$), respectively.

The findings showed that diabetes nurses should further design nursing interventions to enhance family relationship, self-esteem and diabetes self-care for preventing depression in persons with diabetes in urban areas to prevention and decrease depression in persons with diabetes.

Key words: Type 2 diabetes, depression

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่าผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและคาดว่าจะในปี พ.ศ. 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 366 ล้านคน (World Health Organization, 2004) ผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อาจจะทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ และเบื่อหน่าย จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานพบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่เป็นเบาหวานถึง 2 เท่า และผู้เป็นเบาหวานมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 36 (Goldney, Phillip, Fisher & Wilson, 2004; Thomas, Jones, Scarinci & Brantley, 2003) และจากการศึกษาของพวงสร้อย วรรณกุล และมลิลักษณ์ โมลี (2547) พบภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานระดับรุนแรงร้อยละ 5.7 ส่วนการศึกษาของรัตนา เดิมเกษมสานต์ (2549) พบภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 39.44 นอกจากนี้การศึกษาของจุฑารัตน์ บุญวัฒน์ ภาวนา กิรติยดวงศ์ และชนัดดา แนบเกษร (2552) พบภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงมากร้อยละ 42.9 และพบว่าระยะเวลาการเป็นเบาหวาน จำนวนโรคร่วม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ($r = .50$, $r = .47$ ตามลำดับ) และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = .37$, $r = .49$ ตามลำดับ) จากการศึกษาดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานพบค่อนข้างมาก ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในเขตชนบทเกือบทั้งหมด และยังไม่มีการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานในเขตชุมชนเมืองซึ่งความเป็นสังคมเมืองซึ่งชีวิตมีความเร่งรีบ สภาพชีวิตต่างคนต่างอยู่ ซึ่งอาจจะมีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้า ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจ

ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวาน ในเขตชุมชนเมือง โดยปัจจัยที่เลือกสรรได้แก่ ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน จำนวนโรคร่วม สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการดูแลตนเอง ซึ่งความรู้ที่ได้จะทำให้เข้าใจภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานในเขตชุมชนเมือง และช่วยในการวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าผู้เป็นเบาหวานในเขตชุมชนเมืองต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับสัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง และภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตชุมชนเมือง
2. เพื่อศึกษาอำนาจในการร่วมกันทำนายของปัจจัยคัดสรรได้แก่ ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน จำนวนโรคร่วม สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการดูแลตนเอง กับภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตชุมชนเมือง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดจากกรอบทฤษฎีทฤษฎีการประกอบไปด้วย 3 แนวคิดหลักคือ แนวคิดความเจ็บป่วยเรื้อรังกับการเกิดภาวะซึมเศร้า แนวคิดทางด้านชีววิทยาของ Kaplan (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1994) และทฤษฎีภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck, 1967) โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด การดูแลรักษาต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อการคงหน้าที่ปกติ (ภาวนา กิตติคุณวงศ์, 2544) ผู้เป็นเบาหวานต้องดูแลตนเอง ตลอดจนต้องพึ่งพาผู้อื่นในบางช่วงเวลา ส่งผลให้อาจเกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย รู้สึกสูญเสียอำนาจในการควบคุมตนเอง เกิดความรู้สึกทางลบต่อตนเอง มองตนเองไร้ค่า ท้อแท้ต่อการดูแลตนเองในอนาคต (Beck, 1967) ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง มีความยุ่งยากในการบูรณาการการดูแลตนเองให้เป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งสิ่งต่างๆ

เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกายและทางจิตใจ ก่อให้เกิดความเครียด และความวิตกกังวล (สายฝน เอกวรรณกูร, 2553) ซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้

ภาวะเครียดเรื้อรังจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานดังกล่าว ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาของระบบต่อมไร้ท่อ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดย Kaplan (Kaplan et al., 1994) ได้อธิบายไว้ในแนวคิดทางชีววิทยาว่า ความเครียดจะเป็นสิ่งกระตุ้นทำให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเครียดโดยกระตุ้นการทำงานของระบบ hypothalamic-pituitary-adrenocortical (HPA axis) ทำให้เกิดการหลั่งสาร corticotrophin releasing factor (CRF) เพิ่มขึ้น ส่งผลให้สารคอร์ติซอลสูงขึ้นในระบบไหลเวียน และเกิดการปรับตัวของสารสื่อประสาทนอร์อิพิเนฟริน และซีโรโตนิน โดยมีจำนวนลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า รวมทั้งความเครียดเรื้อรังจากการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ยังส่งผลให้เกิดความคิดในทางลบ ซึ่งสามารถอธิบายด้วยทฤษฎีภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck, 1967) คือ เมื่อบุคคลประสบเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต จะมีการประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตและจะกระตุ้นให้บุคคลนั้นเกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบเกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต โดยมีอาการเศร้า เสียใจ โดดเดี่ยว เฉื่อยชา เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ รู้สึกไร้ค่า เป็นภาระผู้อื่น และ เกิดภาวะซึมเศร้า (Beck, 1967)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยระยะเวลาการเป็นเบาหวาน จำนวนโรคร่วม สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (จุฑารัตน์ บุญวัฒน์ และคณะ, 2552) และการดูแลตนเอง (Gonzalez et al., 2008) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานในระดับปานกลางถึงมาก ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานในเขตชุมชนเมือง โดยปัจจัยประกอบด้วย ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน จำนวนโรคร่วม สัมพันธภาพใน

ตนเอง

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พักอาศัยในเขตเทศบาลอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ได้แก่ ตำบลบางปลาสร้อย ตำบลบ้านโจด และตำบลมะขามหย่ง ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลเมืองชลบุรี รวมจำนวน 754 คน (โรงพยาบาลเมืองชลบุรี, 2553)

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุไม่เกิน 65 ปี อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดชลบุรี มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มีสติสัมปชัญญะระหว่างให้ข้อมูล กลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรของยามานะ (Yamane, 1973 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตยน์รากรู, 2547) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 262 คน การคำนวณกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบลใช้การเทียบตามสัดส่วน และการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลากเลขคู่และเลขคี่ในวันที่เก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. **แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป** ประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน และจำนวนโรคร่วม

2. **แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว** เป็นแบบประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวที่ปฏิบัติต่อกันในด้าน ความรัก ความห่วงใย เอื้ออาทรซึ่งกันและกัน การพักผ่อนหย่อนใจร่วมกัน การเคารพซึ่งกันและกัน การปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในครอบครัว โดย อัญชดี ฐิตะปุระ (2536) เป็นผู้สร้างเครื่องมือโดยใช้แนวคิดของของฟรายด์แมน (Friedman, 1981) มอร์โรว์และวิลสัน (Morrow & Wilson, 1961) มีจำนวน 29 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านความรัก จำนวน 6 ข้อ ด้านความห่วงใยอาทรซึ่งกันและกัน จำนวน 8 ข้อ ด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว จำนวน 4 ข้อ

ด้านการเคารพซึ่งกันและกัน จำนวน 7 ข้อ และด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน จำนวน 4 ข้อ แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเกิร์ต (Likert Scale) 4 ระดับ โดยข้อความนั้นไม่เป็นจริงเลยให้ 1 คะแนน จนถึงข้อความนั้นเป็นจริงมากที่สุดให้ 4 คะแนน ส่วนข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ ผู้วิจัยจะกลับคะแนนก่อนการรวมคะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 29-116 คะแนน แบ่งระดับสัมพันธภาพในครอบครัวเป็น 3 ระดับ คือ สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี (29-58 คะแนน) ระดับปานกลาง (59-88 คะแนน) และระดับดี (89-116 คะแนน) ผู้วิจัยนำเครื่องมือนี้ไปทดลองใช้กับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 ราย คำนวณหาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .88

3. **แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง** เป็นแบบประเมินพิจารณาตัดสินค่าของตนเองตามความรู้สึกและทัศนคติที่มีต่อตนเอง เกี่ยวกับความพึงพอใจในตนเอง การรับรู้ว่าคุณค่าตนเองมีประโยชน์ต่อครอบครัวและผู้อื่น ความสามารถในการพึ่งตนเอง การนับถือตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง ประเมินโดยแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965 อ้างถึงในผ่องศรี ศรีมรกต, 2536) ที่แปลและเรียบเรียงโดยผ่องศรี ศรีมรกต (2536) จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นเลยให้ 1 คะแนน จนถึงมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นตลอดเวลาให้ 4 คะแนน ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ ผู้วิจัยจะกลับคะแนนก่อนรวมคะแนน คะแนนรวมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ระหว่าง 10-40 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วงเท่าๆ กัน คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ (10-20 คะแนน) ระดับปานกลาง (21-30 คะแนน) และระดับสูง (31-40 คะแนน) ผู้วิจัยนำเครื่องมือนี้ไปทดลองใช้กับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .90

4. **แบบสอบถามการดูแลตนเอง** เป็นแบบ

ประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลตนเองและการจัดการเกี่ยวกับความเครียด เวชกา กลิ่นวิต และคณะ (2546) เป็นผู้สร้างขึ้น จำนวนข้อคำถามมีทั้งหมด 39 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า คือ ไม่เคยปฏิบัติเลยให้ 0 คะแนน จนถึง ปฏิบัติอยู่เป็นประจำ บ่อยๆ ให้ 4 คะแนน สำหรับข้อคำถามทางลบผู้วิจัยจะทำการกลับคะแนนก่อนการรวมคะแนน คะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 0-117 คะแนน การแปลผลคะแนนโดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ช่วงเท่าๆ กัน คือ การดูแลตนเองไม่เหมาะสม (0-39 คะแนน) ระดับปานกลาง (40-78 คะแนน) และระดับดี (79-117 คะแนน) ผู้วิจัยนำเครื่องมือนี้ไปทดลองใช้กับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .84

5. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า เป็นการประเมินด้านอารมณ์ ความคิด และการรับรู้ ซึ่งนำไปสู่ความเป็ยเบนทางด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรีรงค์ (2522 อ้างถึงใน นิสารัตน์ เซตวรณ, 2543) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 0-3 คะแนน 0 คะแนนคือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า จนถึง 3 คะแนนคือ มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้คือ 0-63 คะแนน แบ่งระดับภาวะซึมเศร่าดังนี้ ไม่มีภาวะซึมเศร่า (0-9 คะแนน) มีภาวะซึมเศร่าเล็กน้อย (10-15 คะแนน) มีภาวะซึมเศร่าปานกลาง (16-19 คะแนน) มีภาวะซึมเศร่ามาก (20-29 คะแนน) และมีภาวะซึมเศร่ารุนแรง (30-63 คะแนน) ผู้วิจัยนำเครื่องมือนี้ไปทดลองใช้กับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .91

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะ

กรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลเมืองชลบุรี ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ และวิธีเก็บข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบ กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลต่อการบริการที่ได้รับ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและจะแสดงผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยไว้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากได้รับอนุญาตให้ทำการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานผู้ป่วยนอก และพยาบาลผู้รับผิดชอบงานคลินิกเบาหวาน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนที่เตรียมไว้สำหรับผู้เป็นเบาหวานที่นัดมาตรวจล่วงหน้า ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการจับฉลากเลขคู่และเลขคี่ทุกวันๆ ไปเก็บข้อมูล ถ้าได้เลขใดก็จะเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่ได้บัตรคิวตามหมายเลขคู่หรือคี่ที่จับได้ในวันนั้น

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ทุกวันจันทร์ ถึงวันศุกร์เวลา 08.00 - 12.00 น. โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ณ สถานที่จัดเตรียมไว้ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะอยู่บริเวณใกล้เคียงเพื่อตอบคำถามหากมีข้อสงสัย และระหว่างการตอบแบบสอบถามถ้ากลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ เช่น ร้องไห้ นั่งซึม ไม่พูดได้ตอบ เป็นต้น ผู้วิจัยจะให้การช่วยเหลือดูแลทางด้านจิตใจก่อนจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะรู้สึกผ่อนคลาย หลังจากนั้นผู้วิจัยก็จะแจ้งรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าให้พยาบาลในคลินิกเบาหวาน เพื่อส่งต่อให้คำปรึกษา หรือพบจิตแพทย์ต่อไป

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนแล้ว นำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงบรรยาย สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) และ สถิติถดถอยพหุคูณ (multiple regression) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 262 ราย เป็นเพศหญิงร้อยละ 76.3 จบชั้นประถมศึกษาร้อยละ 75.6 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 64.1 มีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานอยู่ระหว่าง 1-5 ปี มากที่สุดร้อยละ 63.4 มีอายุเฉลี่ย 54.94 ปี ($SD = 7.18$) ประกอบอาชีพค้าขายและรับจ้างร้อยละ

58.8 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3-4 คนมากที่สุด ร้อยละ 48.1 ส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพอื่นๆ ร่วมด้วย ร้อยละ 75.2 โดยมีโรคร่วมจำนวน 2 โรคมากที่สุด ร้อยละ 34.7 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไตวาย โรคไขมันในเลือดสูง จอตาเสื่อม และ ต้อกระจก เป็นต้น รายได้ส่วนใหญ่ในครอบครัวเพียงพอใช้จ่ายร้อยละ 55 และมีค่าน้ำตาลสะสม (HbA_{1C}) มากกว่า 7 เปอร์เซ็นต์ร้อยละ 52.3

กลุ่มตัวอย่างประเมินคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 78.3$, $SD = 11.76$ จากคะแนนเต็ม 116 คะแนน) โดยมีค่าเฉลี่ยร้อยละสูงสุด 2 อันดับแรกคือ ด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ($Mean\% = 77.75$) รองลงมาด้านความรัก ($Mean\% = 70.87$) ส่วนด้านการเคารพซึ่งกันและกันมีค่าเฉลี่ยร้อยละน้อยที่สุด ($Mean\% = 59.57$) ถัดขึ้นมาคือ ด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว ($Mean\% = 65.93$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยร้อยละ ของสัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวม และรายด้าน ($N = 262$)

| สัมพันธภาพในครอบครัว(รายด้าน) | ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ | ช่วงคะแนนที่เป็นจริง | <i>M</i> | <i>SD</i> | Mean % |
|--|-----------------------|----------------------|--------------|--------------|--------------|
| การปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (4 ข้อ) | 4-16 | 6-16 | 12.44 | 1.56 | 77.75 |
| ความรัก (6 ข้อ) | 6-24 | 8-24 | 17.01 | 2.68 | 70.87 |
| ความห่วงใยอาทรซึ่งกันและกัน (8 ข้อ) | 8-32 | 12-32 | 21.63 | 3.33 | 67.59 |
| การพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว (4 ข้อ) | 4-16 | 6-16 | 10.55 | 1.53 | 65.93 |
| การเคารพซึ่งกันและกัน (7 ข้อ) | 7-28 | 11-25 | 16.68 | 2.66 | 59.57 |
| คะแนนเฉลี่ยโดยรวม (116 คะแนน) | 29-116 | 43-113 | 78.31 | 11.76 | 68.34 |

กลุ่มตัวอย่างประเมินคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 22.21$, $SD = 7.33$ จากคะแนนเต็ม 40 คะแนน) เมื่อพิจารณาข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนสูงสุด 2 อันดับแรกคือ รู้สึกว่าตนเองสามารถทำสิ่งต่างๆ ได้ดีเท่าเทียม

กับคนอื่น ๆ และรู้สึกดีต่อตนเอง ส่วนข้อที่มีคะแนนต่ำสุดคือ รู้สึกว่าตนเองไม่ค่อยมีอะไรที่น่าภาคภูมิใจ ข้อถัดมาคือ ต้องการยอมรับนับถือตนเองมากกว่านี้ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (N = 262)

| ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (คะแนนเต็ม 4) | M | SD |
|---|--------------|-------------|
| รู้สึกว่าตนเองสามารถทำสิ่งต่างๆ ได้ดีเท่าเทียมกับคนอื่น ๆ | 3.28 | 0.61 |
| มีความรู้สึกดีต่อตนเอง | 2.96 | 0.77 |
| พึงพอใจในตนเอง | 2.87 | 0.70 |
| รู้สึกมีคุณค่าเท่าเทียมกับคนอื่น | 2.77 | 0.68 |
| รู้สึกว่าตนเองมีแนวโน้มเป็นคนล้มเหลว | 2.68 | 0.71 |
| รู้สึกว่าตนเองมีสิ่งที่ต้องอยู่หลายประการ | 2.49 | 0.98 |
| รู้สึกว่าตนเองเป็นคนไร้ประโยชน์ | 1.72 | 0.76 |
| รู้สึกว่าตนเองไม่มีอะไรดีเลย | 1.19 | 0.82 |
| ต้องการยอมรับนับถือตนเองมากกว่านี้ | 1.18 | 0.62 |
| รู้สึกว่าตนเองไม่ค่อยมีอะไรที่น่าภาคภูมิใจ | 1.07 | 0.68 |
| ค่าเฉลี่ยโดยรวม (40 คะแนน) | 22.21 | 7.33 |

กลุ่มตัวอย่างประเมินคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 74.67$, $SD = 5.53$ จากคะแนนเต็ม 117 คะแนน) เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่าด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยร้อยละมากที่สุด คือ ด้านการจัดการความเครียด (Mean% = 71.05) น้อยที่สุดคือ ด้านการออกกำลังกาย (Mean% = 48.33) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยร้อยละ ของการดูแลตนเองโดยรวม และรายด้าน (N = 262)

| การดูแลตนเอง(รายด้าน) | ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ | ช่วงคะแนนที่เป็นจริง | M | SD | Mean % |
|---------------------------------------|-----------------------|----------------------|--------------|-------------|--------------|
| ด้านการจัดการความเครียด (6 ข้อ) | 6-18 | 6-16 | 12.79 | 1.11 | 71.05 |
| ด้านการรับประทานยา (19 ข้อ) | 27-57 | 27-55 | 38.86 | 1.68 | 68.17 |
| ด้านการรับประทานอาหาร (10 ข้อ) | 10-30 | 12-28 | 17.22 | 1.74 | 57.40 |
| ด้านการออกกำลังกาย (4 ข้อ) | 4-12 | 4-12 | 5.80 | 0.97 | 48.33 |
| การดูแลตนเองโดยรวม (117 คะแนน) | 4-57 | 4-55 | 74.67 | 5.53 | 61.23 |

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับซึมเศร้าเล็กน้อย 14.95 ($SD = 12.47$) เมื่อพิจารณาตามระดับความซึมเศร้าพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 23.3 และมีภาวะซึมเศร้าระดับมากร้อยละ 16 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามระดับภาวะซึมเศร้า (N = 262)

| ระดับของภาวะซึมเศร้า | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|------------|------------|
| ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-9 คะแนน) | 65 | 24.8 |
| มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (10-15 คะแนน) | 94 | 35.9 |
| มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (16-19 คะแนน) | 61 | 23.3 |
| มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก (20-29 คะแนน) | 42 | 16.0 |
| รวม | 262 | 100 |

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าปัจจัยด้านระยะเวลาการเป็นเบาหวาน และจำนวนโรคร่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01 ($r = .43, r = .33$ ตามลำดับ) ส่วนสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.55, r = -.48, r = -.39$ ตามลำดับ)

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้

เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณพบว่า ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน จำนวนโรคร่วม สัมพันธ์ภาพในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการดูแลตนเอง สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 77 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .77, p < .001$) โดยพบว่า สัมพันธ์ภาพในครอบครัวเป็นตัวแปรที่ทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้มากที่สุด รองลงมาได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง จำนวนโรคร่วม และระยะเวลาการเป็นเบาหวาน ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่าง ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน จำนวนโรคร่วม สัมพันธ์ภาพในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการดูแลตนเอง กับภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตชุมชนเมือง ($N = 262$)

| ตัวแปร | <i>b</i> | <i>SE</i> | β | R^2 | <i>t</i> | <i>p</i> |
|---------------------------|----------|-----------|---------|-------|----------|------------|
| ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน | .36 | 1.53 | .13* | .14 | .27 | $p < .05$ |
| จำนวนโรคร่วม | .27 | 1.61 | .21** | .27 | 1.5 | $p < .01$ |
| สัมพันธ์ภาพในครอบครัว | -2.25 | .55 | -.46*** | .46 | 2.8 | $p < .001$ |
| ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง | -1.13 | .46 | -.33*** | .63 | 3.1 | $p < .001$ |
| การดูแลตนเอง | -.29 | .09 | -.23** | .77 | 2.3 | $p < .01$ |

Constant (a) = 17.10

อภิปรายผล

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 262 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 76.3 สอดคล้องกับรายงานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2550) พบผู้เป็นโรคเบาหวานเพศหญิงมากกว่าเพศชาย กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 54.94 ปี ($SD = 7.18$) ซึ่งโรคเบาหวานมักพบในผู้เป็นเบาหวานที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป (Aekplakorn et al., 2003) รวมทั้งผู้สูงอายุเนื่องจากตับอ่อนมีการเสื่อมลง ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ทำให้การสังเคราะห์และการหลั่งฮอร์โมนอินซูลินน้อยลง จึงมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยจากโรคเบาหวานได้มากขึ้น (ADA,

2008) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย และรับจ้าง ร้อยละ 58.8 ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในเขตเมือง ซึ่งต่างจากผู้ที่อยู่อาศัยในเขตชนบท จะประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ (จุฑารัตน์ บุญวัฒน์ และคณะ, 2552) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพอื่นๆ ร่วมด้วยสูงถึงร้อยละ 75.2 ซึ่งมีโรคร่วมจำนวน 2 โรคมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.7 ทั้งนี้เนื่องมาจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หายขาด และมีการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายเกือบทุกระบบ ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา (ADA, 2008) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างเป็นโรคเบาหวานมานานมากกว่า 6 ปีขึ้น

ไปร้อยละ 36.6 ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น อีกทั้งการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าน้ำตาลสะสม (HbA_{1c}) มากกว่า 7 เปอร์เซ็นต์ สูงถึงร้อยละ 52.3 ซึ่งแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ จากโรคเบาหวานตามมา (ธงชัย ประภูภิญญาวัฒน์, 2550)

คะแนนเฉลี่ยของสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 78.31, SD = 11.76$ จากคะแนนเต็ม 116 คะแนน) สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑารัตน์ บุญวัฒน์ และคณะ (2552) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสภาพสังคมของผู้เป็นเบาหวานที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองเป็นสังคมที่ต้องแข่งขันกันทำมาหากิน และประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขายและรับจ้าง โดยส่วนใหญ่จะเป็นบิดา มารดาที่ต้องทำงาน ส่วนลูกหลานมักจะไปเรียนหนังสือ หรือทำงานในขณะที่เรียนอยู่ด้วย คนที่อยู่บ้านมักเป็นผู้เป็นเบาหวาน หรือเป็นผู้ที่เจ็บป่วยและทำงานไม่ได้ ทำให้สมาชิกในครอบครัว มีเวลาอยู่ด้วยกันลดน้อยลง มีการสื่อสารและการดูแลเอาใจใส่กันลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ มานะสุการ (2544) พบว่าการที่สมาชิกในครอบครัวไม่เข้าใจสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเรื้อรังอาจนำมาสู่ความไม่เข้าใจกัน และเกิดความขัดแย้งขึ้นในครอบครัว ทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวลดลง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ส่งผลให้สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ ($M = 22.21, SD = 7.33$ จากคะแนนเต็ม 40 คะแนน) สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑารัตน์ บุญวัฒน์ และคณะ (2552) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้เป็นเบาหวานต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ยาวนาน และถ้ามีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย จะทำให้เพิ่มความยุ่งยากในการดูแลสุขภาพมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเครียด เบื่อหน่าย ไม่อยากเข้าสังคม รู้สึกว่าตนเองแตกต่างจากผู้อื่น

ทำให้คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ

คะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 74.67, SD = 5.53$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวานไม่ดีพอ ซึ่งสอดคล้องกับค่าน้ำตาลสะสมที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าน้ำตาลสะสมมากกว่า 7 สูงถึงร้อยละ 52.3 ทั้งๆ ที่เมื่อกลุ่มตัวอย่างมารับบริการที่คลินิกเบาหวานจะได้รับความรู้ และคำแนะนำในการดูแลตนเองเป็นกลุ่ม สะท้อนให้เห็นว่าการจัดกิจกรรมให้ความรู้ที่คลินิกเบาหวานจำเป็นต้องทบทวนวิธีการที่จะมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการออกกำลังกาย ถัดมาคือด้านการรับประทานอาหาร ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมืองที่มีลักษณะความเป็นอยู่ที่เร่งรีบ ต้องออกไปทำงานแต่เช้า กลับมาเย็นถึงค่ำ จึงทำให้ไม่มีเวลาไปออกกำลังกาย และไม่มีเวลาปรุงอาหารรับประทานเอง มักซื้ออาหารที่ปรุงสำเร็จรูปมารับประทาน และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมชอบดื่มน้ำอัดลม และเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ดังนั้นกิจกรรมการพยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้เป็นเบาหวานมีการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวาน ชนิดที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงมากร้อยละ 39.3 เนื่องจากผู้เป็นเบาหวาน ต้องดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนต้องพึ่งพาผู้อื่นในบางครั้ง ทำให้ผู้เป็นเบาหวานเกิดความเครียดวิตกกังวล (สายฝน เอกวรรณกูร, 2553) รวมทั้งการเสื่อมถอยของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายจากโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้เป็นเบาหวานไม่สามารถควบคุมตนเอง รู้สึกต่อตนเองทางลบ มองตนเองไร้ค่า ท้อแท้ต่อการดูแลตนเอง ซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Beck, 1967) สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑารัตน์ บุญวัฒน์ และคณะ (2552) พบภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงมากร้อยละ 42.9

แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าการศึกษาคั้งนี้พบภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงมากน้อยกว่าการศึกษาของ จุฑารัตน์ บุญวัฒน์ และคณะ (2552) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุไม่เกิน 65 ปี ส่วนการศึกษาของจุฑารัตน์ บุญวัฒน์ และคณะ (2552) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุมากถึงร้อยละ 55.3 ซึ่งอายุที่มากจะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายขึ้น (จุฑารัตน์ บุญวัฒน์ และคณะ, 2552; สุภาวิณี ประมวลวงศ์, 2548)

2. ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน จำนวนโรคร่วมสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการดูแลตนเอง สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 77 ($R^2 = 77$, $p < .001$) โดยพบว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวเป็นตัวแปรทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้มากที่สุด ($\beta = -.46$, $p < .001$) รองลงมาได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($\beta = -.33$, $p < .001$) การดูแลตนเอง ($\beta = -.23$, $p < .01$) จำนวนโรคร่วม ($\beta = .21$, $p < .01$) และระยะเวลาการเป็นเบาหวาน ($\beta = .13$, $p < .05$) ตามลำดับ อธิบายได้ว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวที่ดีส่งผลต่อความรู้สึกการเป็นส่วนหนึ่งในครอบครัว ทำให้ผู้เป็นเบาหวานรู้สึกว่ายังมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย มีคุณค่า และภูมิใจในตนเอง (เพยาว์ ประเสริฐศรี, 2545) ทำให้ลดภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทริฟ และคณะ (Trief, Morin, Orendorff, Himes & Weinstock, 2001) พบว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวที่ดี สมาชิกในครอบครัวมีความรักใคร่กลมเกลียวกันส่งผลให้ผู้เป็นเบาหวานมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย เช่นเดียวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง คือ การที่ผู้เป็นเบาหวาน รู้สึกดีต่อตนเอง ภูมิใจในตนเอง รู้สึกมีคุณค่า ทำให้ลดภาวะซึมเศร้าได้ (ลิจิต กาญจนภรณ์, 2547) ตรงกันข้ามถ้าผู้เป็นเบาหวานรู้สึกด้อยค่าเป็นภาระผู้อื่น รู้สึกไม่มีความสำคัญ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของพวงสร้อย วรรณกุล และมะลิวัลย์

โมลีย์ (2547) พบว่าผู้เป็นเบาหวานที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง

การดูแลตนเองสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ อธิบายได้ว่าถ้าผู้เป็นเบาหวานมีการดูแลตนเองดีจะส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สามารถมีกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ ซึ่งตรงข้ามกับผู้ที่ดูแลตนเองไม่ดี อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีผลกระทบต่อร่างกาย และจิตใจ ส่งผลให้ผู้เป็นเบาหวานเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย และภาวะซึมเศร้าตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของลิน และคณะ (Lin et al., 2004) พบว่าผู้เป็นเบาหวานละเลยในการดูแลตนเองจะเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

สำหรับระยะเวลาการเป็นเบาหวาน อธิบายได้ว่า การเป็นเบาหวานที่ยาวนานขึ้น ทำให้ผู้เป็นเบาหวาน เกิดความคิดในทางลบเกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Beck, 1967) สอดคล้องกับการศึกษาของ กัสซิกิและคณะ (Katsiki et al., 2008) พบว่าระยะเวลาการเป็นเบาหวานยิ่งนาน ยิ่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของเขาวเรศ สมทรัพย์ (2543) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของผู้เป็นเบาหวาน พบว่าระยะเวลาการเป็นเบาหวานที่ยาวนานขึ้น ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น

ผู้เป็นเบาหวานมีจำนวนโรคร่วมหลายโรค จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเบลล์และคณะ (Bell et al., 2005) เนื่องจากโรคร่วมทำให้เกิดการทำลายอวัยวะต่างๆ ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของกรูท และคณะ (Groot et al., 2001) พบว่าผู้เป็นเบาหวานที่มีโรคร่วมหลายโรค จะยิ่งส่งเสริมให้เกิดความเครียด และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา นอกจากนี้ยังพบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 30 ถึง 70 ในผู้เป็นเบาหวานที่มีโรคร่วมหลายโรค (Anderson et al., 2007)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ออกแบบการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว โดยให้ผู้เป็นเบาหวานและสมาชิกในครอบครัวมีความใกล้ชิดกันมากขึ้น และผู้เป็นเบาหวานได้มีส่วนร่วมกิจกรรมในครอบครัวมากขึ้น เพื่อเพิ่มสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี ซึ่งจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวาน

1.2 ออกแบบการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้ผู้เป็นเบาหวานโดยเน้นให้ผู้เป็นเบาหวานมีความรู้ที่ถูกต้องตนเอง ภาควิชาในตนเอง เพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวาน

1.3 ออกแบบการพยาบาลที่ส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน โดยเฉพาะเรื่องการออกกำลังกาย และเรื่องการควบคุมอาหาร เพื่อให้ผู้เป็นเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

1.4 ควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานทุกราย โดยเฉพาะผู้เป็นเบาหวานที่มีโรคร่วมและเป็นโรคเบาหวานมาระยะเวลาหลายปี และติดตามกลุ่มผู้เป็นเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเป็นระยะเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง

2. ด้านการวิจัย

2.1 ควรมีการพัฒนาโปรแกรม และศึกษาผลของโปรแกรมการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานโดยเน้นการส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการดูแลตนเองในผู้เป็นเบาหวาน

2.2 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้เป็นเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและมากเพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนลดภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วย ความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้เป็นเบาหวาน ตลอดจนผู้มีพระคุณทุกท่าน รวมถึงเพื่อนและครอบครัวที่คอยให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *จำนวนและอัตราต่อแสนประชากรผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทยกระจายตามเขตสาธารณสุขรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2550*. วันที่ค้นข้อมูล 19 ธันวาคม 2551, เข้าถึงได้จาก <http://www.dmh.go.th/report/population/provsearch.asp>.

จารุวรรณ มานะสุรการ. (2544). *ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและการพยาบาล*. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

จุฑารัตน์ บุญวัฒน์, ภาวนา กิระดิษฐ์วงศ์ และชนัดดา แนบเกษร. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 17(2), 32-47.

ธงชัย ประภูภินันท์. (2550). *ภาวะเศรษฐกิจจากโรคเบาหวาน*. กรุงเทพฯ: วิวัฒนาการพิมพ์.

นิศาตร์ณ์ เขตวรรณ. (2543). *การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและความซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ผ่องศรี ศรีมรกต. (2536). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบประทับประคอง ต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2547). *ระเบียบวิธี การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ยู แอนด์ไอ อินเทอร์เน็ตเดีย.

พวงสร้อย วรกุล และมะลิวัลย์ โมลี. (2547). ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วย เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 35(2), 55-57.

พิไลลักษณ์ ทองอุไร. (2542). ภาวะจิตสังคม ในผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารสงขลานครินทร์*, 19, 38-48.

เพชรวิ ประเสริฐศรี. (2545). *การปรับตัวของ สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสังคมสงเคราะห์ ศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ภาวนา กิระดิษฐ์วงศ์. (2544). *การพยาบาลผู้ป่วย เบาหวาน: โมโนมิตาสำหรับการดูแล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: พี.เพรส.

โรงพยาบาลเมืองชลบุรี. (2553). *ข้อมูลผู้ป่วย โรคเบาหวาน*. ชลบุรี: โรงพยาบาลเมืองชลบุรี.

เยาวเรศ สมทรัพย์. (2543). *ปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานใน จังหวัดสงขลา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

เวธกา กลิ่นวิชิต, พิสิษฐ์ พิริยารรรณ, วัลลดา เล้ากอบกุล, นลิน มงคลศรี, วัลลภา พ่วงขำ และพิจารณา ศรีวางนะ. (2546). *การเปรียบเทียบพฤติกรรม การรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ของผู้ป่วยเบาหวาน ระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่มารับบริการ ตรวจรักษาที่ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา อำเภอมือเมือง จังหวัดชลบุรี*. ทุมนงบประมาณแผ่นดินประจำปี พ.ศ. 2546, สาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์, ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ, มหาวิทยาลัยบูรพา.

รัตนา เดิมเกษมสันต์. (2549). *ภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลไพศาลี จังหวัด นครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร

มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาล จิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ลิขิต กาญจนภรณ์. (2547). *สุขภาพจิต* (พิมพ์ ครั้งที่ 3). นครปฐม: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยศิลปากร.

สมภพ เรื่องตระกูล. (2547). *ความเครียดและ อาการทางจิตเวช*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการ พิมพ์.

สุภาวณี ประมวลวงศ์. (2548). *ความชุกของ ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิต, บัณฑิต วิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สายฝน เอกวางกูร. (2553). *รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

อัญชลี จิตตะปุระ. (2536). *ความสัมพันธ์ ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับการปรับตัวของ ผู้ป่วยโรคคลื่นหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิต วิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

Aekplakorn, W., Cheepudomwit, S., Stolk, R. P., Suriyawongpaisal, P., Chongsu- vivatwong, V., Neal, B., & Woodward, M. (2003). The prevalence and management of diabetes in Thai adults: The international collaborative study of cardiovascular disease in Asia. *Diabetes Care*, 26(10), 2758-2763.

American Diabetes Association. (2008). Standards of medical care in diabetes-2008. *Diabetes Care*, 31(1), 12-54.

Anderson, D., Horton, C., Toole, M. L., & Fisher, E. B. (2007). Integrating depression care with diabetes care in real-world setting: Lessons from the Robert Wood John foundation diabetes initiative. *Diabetes Spectrum*, 20(6), 10-16.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hoeber Medical Division.

Bell, R. A., Smith, S. L., Arcury, T. A., Snively, B. M., Stafford, J. M., & Quandt, S. A. (2005). Prevalence and correlates of depressive symptoms among rural older African Americans, native Americans, and whites with diabetes. *Diabetes Care*, 28(4), 823-829.

Friedman, M. M. (1981). *Family nursing: Theory & assessment*. Connecticut: Appleton Century-Croft.

Goldney, R. D., Phillip, P. J., Fisher, L. J., & Wilson, D. H. (2004). Diabetes, depression, and quality of life. *Diabetes care*, 27(5), 1066-1070.

Gonzalez, J. S., Safren, S. A., Delahanty, L. M., Cagliero, E., Wexler, D. J., Meigst, J. B., & Grant, R. W. (2008). Symptoms of depression prospectively predict poorer self-care in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Medicine*, 25(9), 1102-1107.

Groot, M. D., Anderson, R., Freedland, K. E., Clouse, R. E., & Lusman, P. J. (2001). Association of depression and diabetes complication: A meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 63, 619-630.

Kaplan, H. I., Sadock, B. J. & Grebb, J. A. (1994). *Kaplan and Sadock's synopsis of*

psychiatry: Behavioral sciences clinical psychiatry (7th ed.). Maryland: Williams & Wilkins.

Katsiki, N., Iliadia, F., Diangelos, T., Sarafidou, A., Adamidou, A., & Karamitos, K. (2008). Depression, anxiety and various aspects of positive well-being in uncontrolled adults with type 2 Diabetes. *Annals of General Psychiatry*, 7, 146.

Lin, E. H. B., Katon, W., Koreff, M. V., Simon, G. E., Oliver, M., Ciechanowski, P., Ludman, E. J., & Young, B. (2004). Relationships of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes Care*, 27(9), 2154-2160.

Morrow, P. M., & Wilson, R. C. (1961). Family relationship of bright high-achieving and under-achieving high school boy. *Child Development*, 32, 501-510.

Thomas, J. T., Jones, G., Scarinci, I., & Brantley, P. (2003). A descriptive and comparative study of the prevalence of depressive and anxiety disorder in low-income adults with type 2 diabetes and other chronic illnesses. *Diabetes Care*, 26(8), 2311-2317.

Trief, P. M., Morin, P. C., Orendorff, R., Himes, C. L., & Weinstock, R. S. (2001). The marital relationship and glycemic control of individual diabetes. *Diabetes Care*, 24(8), 1384-1389.

World Health Organization. (2004). Global prevalence of diabetes. *Diabetes Care*, 27(5), 1047-1053.