

บทความวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง การเผชิญปัญหา ความร่วมมือในการใช้ยา กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2*

Relationships among Social Support, Self-Management, Coping, Medication Adherence, and Depression in Adult Patients with Type 2 Diabetes

จงลักษณ์ ทวีแก้ว พยม. (Chonglak Taweekaw, MNS)**

ชนกพร จิตปัญญา ปรด. (Chanokporn Jitpanya, PHD)***

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง การเผชิญปัญหา ความร่วมมือในการใช้ยา กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง จำนวน 150 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการจัดการตนเอง แบบประเมินการเผชิญปัญหา แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และคำนวณค่าความเที่ยงเท่ากับ .93, .74, .92, .60 และ .81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยน์ไบซีเรียล

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้ามียุทธละ 48.7 ($\bar{X}=22.97$, $SD=5.37$) ส่วนการสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง การเผชิญปัญหา ความร่วมมือในการใช้ยา มีความ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.477, -.275, -.344$ และ $-.196$ ตามลำดับ) จากผลการวิจัยครั้งนี้ควรเน้นให้พยาบาลมีการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานและมีการพัฒนาโปรแกรมต่างๆที่เน้นการจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง การเผชิญปัญหา ความร่วมมือในการใช้ยา ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

The purpose of this research was to investigate relationships among social support, self-management, coping, medication adherence, and depression in adult patients with type 2 diabetes in the lower northeastern region of Thailand. The subjects were 150 persons with type 2 diabetes. They were select by a purposive sampling. The instruments used for data collection were the demographic questionnaire, the Enrich Social Support Questionnaire, the self-management questionnaire, the Coping Strategies Inventory, the Morisky Medication Adherence Scale, and the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale. The instruments were test for content validity by a panel of experts. The internal consistency reliability for each questionnaire .93,.74,.92,.60 and .81, respectively. Data were analyzed by using means, standard deviations, Point bi-serial correlation.

The study findings revealed that 48.7% of patients with type 2 diabetes had depression with mean score that equal to 22.97 (SD = 5.37). There were negatively significant statistical correlation between social support, self-management, coping and medication adherence at the level of .05 ($r = -.477, -.275, -.344$ and $-.196$ respectively). Regarding the research findings, nurses should assess depression in diabetic patients, and develop the programs to prevent depression in the patients.

Keywords: Depression, Social Support, Self-management, Coping, Medication Adherence, Adult Patients with Type II Diabetes

ความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลก ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องต่อเนื่องก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย ทั้งภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง ทำให้เกิดความพิการและตายก่อนวัยอันควร ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ภาวะเศรษฐกิจ ของผู้ป่วยและครอบครัวรวมทั้งประเทศชาติภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต และเท้า (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีการแพทย์, 2556)

นอกจากภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายแล้ว ผู้ป่วยเบาหวานยังมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่พบได้มากในผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากการศึกษาอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าในต่างประเทศระหว่างปี 1993-2000 พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานวัยผู้ใหญ่พบได้ตั้งแต่วัย 19 - 31 ของผู้ป่วยเบาหวาน และพบในผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิง ร้อยละ 28 มากกว่าเพศชายที่พบร้อยละ 18 นอกจากนี้ยังพบอัตราเสี่ยงของเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานถึงสองเท่าเมื่อเปรียบเทียบกับคนทั่วไป (Anderson et al., 2001) และการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของอินเดียพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 23 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง และร้อยละ 18 อยู่ในระดับปานกลาง (Raval et al., 2010) ในประเทศไทยพบว่ามีความชุกร้อยละ 10-39 (พิรุณ สัมไพโร, 2553; ธิติพันธ์ ธาณรัตน์, 2551;

นิตยา จรัสแสง, 2555) สำหรับความชุกของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนืออยู่ในลำดับที่สามของประเทศและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ในด้านความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบอยู่ที่ร้อยละ 10-39.6 (ประอรทิพย์ สุทธิสาร, 2550; พิรุณ สัมไพโร, 2553; นิตยา จรัสแสง, 2555)

โรคเบาหวานและภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุร่วมกันที่ทำให้ร่างกายอ่อนแอลงและมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับอัตราการเจ็บป่วย การเสียชีวิต และค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงขึ้น (Egede & Ellis, 2010) นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตทุกด้านของผู้ป่วยเบาหวาน (Egede, Grubaugh & Ellis, 2010; Palpelbaum et al., 2010) และยังส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่สูงขึ้น เพิ่มอัตราการเกิดความพิการ และ อัตราการเสียชีวิต (Egede & Ellis, 2010; Park, Katon & Wolf, 2013)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา การศึกษาปัจจัยทางด้านเพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า พิรุณ สัมไพโร (2553) พบว่าในเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชายถึงสองเท่า การศึกษาของประอรทิพย์ สุทธิสาร (2550) พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ คือ อายุ ความจำ และสมาธิ การนอนหลับ แรงและการเคลื่อนไหว เป็นต้น ส่วนปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้อง คือ เหตุการณ์สำคัญในชีวิต การสูญเสีย การแสดงออกทาง

อารมณ์ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ศาสนา และ วัฒนธรรม ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ในทางลบกับคะแนนประเมินภาวะซึมเศร้า (อิติพันธ์ ธาณิรัตน์, 2551) และรสมาลิน ชาบธรรม และพรณทิภา ศักดิ์ทอง (2552) พบว่าคะแนนของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ในทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยา นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ (Cobb, 1976) การใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม ความเครียดหรือสิ่งคุกคามยังคงอยู่ ไม่สามารถปรับตัวได้ ซึ่งผลให้บุคคลมีภาวะซึมเศร้าตามมา (Kraaij & Garnefski, 2012)

การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาอุบัติการณ์ ปัจจัยด้านชีวภาพ ส่วนปัจจัยทางด้านจิตสังคมเป็นปัจจัยที่พยาบาลสามารถเข้าไปมีบทบาทในการออกแบบการพยาบาล การพัฒนาโปรแกรมที่ส่งเสริมความเข้มแข็งทางจิตสังคมให้กับผู้ป่วยได้ ยังมีรายงานการศึกษาไม่มากนักนั้นผู้วิจัยจึงได้ให้ความสำคัญกับการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อประโยชน์ในการประเมินปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วยและการให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนทั้งด้านร่างกาย และจิตสังคมและเป็นแนวทางในการพัฒนานวัตกรรมการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าเพื่อนำผลจากการศึกษาที่ได้ไปสู่การวางแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือการวางแผนป้องกันภาวะ

ซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นและส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะสั้นและระยะยาวได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง การเผชิญปัญหา ความร่วมมือในการใช้ยา กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

กรอบแนวคิด และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมดังรายละเอียดต่อไปนี้

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญกับภาวะสุขภาพ โดยจะทำให้บุคคลเกิดความมั่นคงสูง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยความรักใคร่ผูกพันกัน ความช่วยเหลือเรื่องข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนให้ความมั่นใจในคุณค่าหรือความสามารถในบทบาท การเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และโอกาสในการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน การที่ผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ (Cobb, 1976) และพบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า (Egede, Grough & Ellis, 2010)

การจัดการตนเองเป็นส่วนสำคัญในการรักษาเบาหวานนอกจากการใช้ยา สิ่งที่เหมาะสม

ที่สุดในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้ผลลัพธ์ที่ต้องการผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซิมเศร้ามีพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซิมเศร้า (Lin et al., 2004) และ Al-Amer et al. (2011) ที่ศึกษาพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานพบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมจัดการตนเองไม่ดีมีภาวะซิมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมจัดการตนเองในทางที่ดี

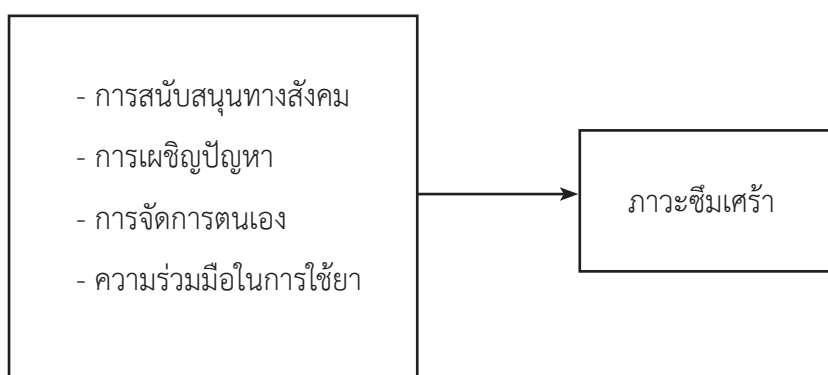
การเผชิญปัญหาเป็นความพยายามทางปัญญา และพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่หยุดยั้งเพื่อจะจัดการกับปัญหาหรือข้อเรียกร้องทั้งจากภายนอกและภายในตนเองที่บุคคลประเมินว่าถูกคุกคามวิธีการเผชิญปัญหา พบว่าการจัดการอารมณ์ที่ดี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการควบคุมเบาหวานที่ดี (Smalls et al., 2012)

ความมั่นใจในการเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดภาวะซิมเศร้า (Harris, Cronkite, & Moos, 2006)

ความร่วมมือในการใช้ยาผู้ป่วยเบาหวานจะได้รับประทานหรือฉีดอย่างน้อย 1 ชนิดในการควบคุมอาการและต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการเป็นภาระแก่ผู้อื่นดังเช่นการศึกษาโดย Al-Amer, Sobeh, Zaye & Al-domi (2011) พบว่าความร่วมมือในการใช้ยามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซิมเศร้า และ Lin et al. (2004) พบว่าความร่วมมือในการใช้ยามีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะซิมเศร้า

จากแนวเหตุผลดังกล่าวนำสู่กรอบแนวคิดที่ผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัยเพื่อมาทำการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร้า ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



สมมุติฐานการวิจัย

การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง การเผชิญปัญหา และความร่วมมือในการใช้ยา มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุระหว่าง 18 -59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของรัฐ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุระหว่าง 18 -59 ปี ที่เข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และโรงพยาบาลสุรินทร์ โดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ ดังนี้

1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ที่เข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยนอก ไม่มีอาการทางจิตประสาท อันเป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมวิจัย

2) อายุระหว่าง 18 -59 ปี

3) ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

4) อ่านและเขียนภาษาไทยได้

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Power Analysis Size for sample size เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 (Type II error) ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์อำนาจทดสอบโดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ระดับอำนาจ

ทดสอบที่ 90 % โดยจากการทบทวนงานวิจัยของอิติพันธ์ ธาณรัตน์ (2551) ใช้ค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร 0.276 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 6 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน ภาวะโรคร่วม การรักษาที่ได้รับ ค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นแบบประเมินที่แปลจาก The Enrich Social Support Questionnaire (พวงผกา กริทอง, 2550) มีข้อคำถาม 7 ข้อ ข้อคำถามที่ 1-6 ค่าคะแนนเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับส่วนข้อคำถามข้อ 7 เป็นแบบเลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ ไม่นำมาคิดคะแนน คะแนนเต็ม 30 คะแนน โดยระดับคะแนน 1- 10 คะแนน หมายถึง ว่ามีการสนับสนุนทางสังคมน้อย ระดับคะแนน 11-20 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ระดับคะแนน 21-30 คะแนน หมายถึง ว่ามีการสนับสนุนทางสังคมมาก ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .80 นำไปทดลองใช้วิเคราะห์ค่าความเที่ยงได้เท่ากับ .93

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ของ

อุษาศรี แสงสง่า (2554) ที่แปลและพัฒนา โดย ภาวนา กิริติยวงศ์ (2548) จาก Summary of Diabetes Self-care Activities ของ Toobert, Hamton et al. (2000) เป็นแบบวัดการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองในรอบ 7 วัน ที่ผ่านมา 5 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร 8 ข้อ การออกกำลังกาย 2 ข้อ การประเมินตนเองเกี่ยวกับอาการ 3 ข้อ การดูแลเท้าและสุขอนามัย 5 ข้อ การรับประทานยา จำนวน 2 ข้อ การให้คะแนนเป็นแบบประมาณค่า 8 ระดับ เริ่มจาก 0 - 7 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1) คะแนน 0.00-2.33 หมายถึง มีการจัดตนเองในระดับน้อย 2) คะแนน 2.34-4.66 หมายถึง มีการจัดการตนเองในระดับปานกลาง และ 3) คะแนน 4.67-7.00 หมายถึง มีการจัดการตนเองในระดับมาก ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.0 นำไปทดลองใช้วิเคราะห์ค่าความเที่ยงได้เท่ากับ .74

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการเผชิญปัญหา (The Coping Strategies Inventory : CSI) ของ Tobin et al. (1986) ซึ่งผู้วิจัยได้แปล และได้รับตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษา ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านการมุ่งจัดการกับปัญหา จำนวน 9 ข้อ และด้านการมุ่งจัดการกับอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ มาตราวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ 1-5 คะแนน แปลผลโดยใช้คะแนนเฉลี่ย คือ 1) คะแนน 1.00-2.25 คะแนน หมายถึง ใช้กลวิธีการจัดการปัญหาในทางสร้างสรรค์ต่ำ 2) คะแนน 2.26-3.50 คะแนน หมายถึง ใช้กลวิธีการจัดการปัญหาทางสร้างสรรค์

ปานกลาง และ 3) คะแนน 3.51-5.00 คะแนน หมายถึง ใช้กลวิธีการจัดการปัญหาทางสร้างสรรค์สูง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .80 นำไปทดลองใช้วิเคราะห์ค่าความเที่ยงได้เท่ากับ .92

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา Morisky Medication Adherence Scale (Morisky et al, 2008) ที่พัฒนาโดย ปชาณัฐ์ ตันติโกสม (2553) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 8 ข้อ คำถามข้อ 1-7 เป็นมาตรวัดแบบนามบัญญัติ โดยให้เลือกตอบ ใช่ กับ ไม่ใช่ โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับประทานยา เช่น ฉันลืมรับประทานยา เป็นต้น ส่วนข้อคำถามข้อที่ 8 เป็นแบบตัวเลือก 5 ระดับ แปลงเป็นคะแนน ดังนี้ 1) ปฏิบัติ 0-1 ครั้ง/สัปดาห์ เท่ากับ 1 คะแนน 2) ปฏิบัติ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ เท่ากับ 0.75 คะแนน 3) ปฏิบัติ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ เท่ากับ 0.5 คะแนน 4) ปฏิบัติ 5-6 ครั้ง/สัปดาห์ เท่ากับ 0.25 คะแนน และ 5) ปฏิบัติ ตลอดเวลา เท่ากับ 0 คะแนน การคิดคะแนนโดยนำคะแนนที่ได้มา รวมกันและแปลผลเป็น 3 ระดับ คือ 1) คะแนน รวมน้อยกว่า 6 คะแนน หมายถึง ระดับความร่วมมือในการใช้ต่ำ 2) คะแนนรวม 6-7.9 คะแนน หมายถึง ระดับความร่วมมือในการใช้ยาปานกลางและ 3) คะแนนรวม 8 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ระดับความร่วมมือในการใช้ยาสูง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.85 นำไปทดลองใช้วิเคราะห์ความเที่ยงได้เท่ากับ .60

ส่วนที่ 6 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale) โดย Radloff et al. (1977) แปลเป็นไทยโดย ธวัชชัย วรพงษ์ธร และคณะ (2533) ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 4 ระดับ คะแนน 0-3 ประกอบด้วยคำถามเชิงลบ 16 ข้อ และคำถามเชิงบวก 4 ข้อ คิดคะแนนรวม 0-60 คะแนน การแปลผล คือ 1) คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 16 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า และ 2) คะแนนรวมต่ำกว่า 16 หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า ตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน นำไปทดลองใช้วิเคราะห์หาความเที่ยงได้ เท่ากับ 0.81

การรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูล คือ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และ โรงพยาบาลสุรินทร์ ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลที่คลินิกผู้ป่วยนอกเรื้อรัง โดยมีการแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ และสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย และสิทธิที่จะถอนตัวจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องให้เหตุผลใดๆ และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือบริการที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ และผลการวิจัยเป็นการนำเสนอผลในภาพรวมไม่มีการอ้างถึงชื่อของกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด หลังจากนั้นจึงกลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยและ

ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้แจกแบบสอบถามพร้อมอธิบายข้อคำถามและเก็บรวบรวมด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าพิสัย และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยน์ไบเซอร์เรียล

ผลการวิจัยโดยสรุป

1. ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62 อายุเฉลี่ย 52.9 ปี (SD = 6.76) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 88 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 69 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 49.3 ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน 1-5 ปี ร้อยละ 42.7 ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่พบได้แก่ ภาวะ Retinopathy ร้อยละ 10.7 ภาวะโรคร่วมที่พบมากคือ ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 46.6 ค่าระดับ HbA1C $\leq 7\%$ ร้อยละ 46 HbA1C $> 7\%$ ร้อยละ 54

2. คะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย 16.36 (SD=7.89) จัดอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 48.7 ($\bar{X}=22.97$, SD=5.37) กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 51.3 ($\bar{X}=10.09$, SD=3.60) ดังแสดงรายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนร้อยละ ค่าคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

คะแนนภาวะซึมเศร้า	Range	Minimum	Maximum	Mean	SD	จำนวน	ร้อยละ
16 -60 คะแนน	21.00	16.00	37.00	22.97	5.37	73	48.7
0 -15 คะแนน	15.00	.00	15.00	10.09	3.60	77	51.3
โดยรวม	37.00	.00	37.00	16.36	7.89	150	100

3. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง การเผชิญปัญหา ความร่วมมือในการใช้ยา กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การจัดการตนเอง การเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.275$, $-.344$ ตามลำดับ) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.477$) และความร่วมมือในการใช้ยามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.196$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง การเผชิญปัญหาและความร่วมมือในการใช้ยากับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (n= 150)

ตัวแปร	ค่าสหสัมพันธ์ (r_{pb})	P-value
การสนับสนุนทางสังคม	-0.477	0.000
การจัดการตนเอง	-0.275	0.001
กลวิธีการเผชิญปัญหา	-0.344	0.000
ความร่วมมือในการใช้ยา	-0.196	0.016

การอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรสคู่ อายุเฉลี่ยเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย การศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา มีรายได้เฉลี่ยค่อนข้างน้อย

ป่วยเป็นเบาหวานมาแล้วเฉลี่ยมากกว่า 5 ปี ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังส่วนใหญ่ไม่มี แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วม คือ ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดประเมินจากค่า HbA1C ส่วนใหญ่ควบคุมได้ไม่ดี

1. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์มีภาวะซึมเศร้า ($\bar{X} = 16.36$, $SD=7.89$) ซึ่งเมื่อจัดกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าจำแนกตามคะแนนพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 48.7 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าที่ผ่านมา ในต่างประเทศ พบรายงานที่ร้อยละ 19 - 31 (Anderson et al., 2001) ในการศึกษาของ Raval et al. (2010) ที่ศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 41 ส่วนการศึกษาในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ที่ร้อยละ 10 - 39.6 (ประอรทิพย์ สุทธิสาร, 2550; พิรุณิสัฟโส, 2553 ; ธิติพันธ์ ธาณิรัตน์, 2551; นิตยา จรัสแสง และคณะ, 2555) ส่วนในการศึกษาของ จุฑารัตน์ บุญวัฒน์ และคณะ (2552) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้า ระดับเล็กน้อย ร้อยละ 32 ระดับปานกลางถึงมาก ร้อยละ 42.9 ในศึกษานี้ไม่ได้จำแนกระดับความรุนแรง แต่อุบัติการณ์ที่พบค่อนข้างสูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาในวัยผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 52.9 ปี ซึ่งช่วงวัยระหว่าง 37-59 ปี เป็นช่วงวัยของผู้ใหญ่ตอนปลาย ที่เริ่มมีความเสื่อมถอยสุขภาพ เมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและการมีโรคร่วม ต้องมีการปรับตัวเนื่องจากอาการเจ็บป่วยส่งผลให้เกิดความรู้สึกด้อยค่า

เป็นภาระ มีความคิดด้านลบต่อตนเองซึ่งนำไปสู่การเกิดความรู้สึกซึมเศร้าตามมา (Beck, 1967)

จากการศึกษาของจุฑารัตน์ บุญวัฒน์ และคณะ (2552) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมจำนวนโรคร่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน การมีโรคร่วมหลายโรคยิ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความยุ่งยากในการดูแลสุขภาพ เพราะนอกจากต้องกังวลกับโรคเบาหวานที่เป็นอยู่เดิมแล้วยังต้องมีการเพิ่มขึ้นจากการมีโรคร่วมทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย เกิดความลำบากยุ่งยากในการดูแลสุขภาพมาก ส่งผลให้เกิดความท้อแท้เบื่อหน่าย เหนื่อยล้าและภาวะซึมเศร้า (Hanssan, Loar, Anderson & Heptuula, 2006 อ้างถึงใน จุฑารัตน์ บุญวัฒน์ และคณะ, 2552) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในครั้งนี้ที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 63.3 มีโรคเรื้อรังอย่างอื่นร่วมอย่างน้อย 1 โรค ทั้งนี้การศึกษาในครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิจึงพบว่าในผู้ป่วยบางรายมีโรคร่วมมากกว่า 1 ภาวะ ดังนั้นความยุ่งยากและซับซ้อนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจึงมากขึ้น ก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจที่ตามมาคือการเกิดภาวะซึมเศร้า

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหา ความร่วมมือในการใช้ยา กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ในการศึกษานี้พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะ

ซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nau, Aiken & Pacholski (2007) และ Eged, Grough & Ellis (2010) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยมีการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่า การสนับสนุนทางสังคม เช่น การมีบุคคลที่พร้อมจะรับฟัง มีคนคอยให้คำแนะนำ การมีคนคอยช่วยทำงานบ้าน เป็นต้น ทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ (Cobb, 1976) เช่นเดียวกับ ราตรี ตาลเชื้อ (2554) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคลมชักพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า และการศึกษาของสุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์ (2556) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ที่ทึกลำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการตนเองกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กันในทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05ซึ่งสอดคล้องกับ Lin et al. (2004) ที่ศึกษาพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ที่มีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ไม่ดี เช่น การเคลื่อนไหวร่างกายน้อยกว่าการสูบบุหรี่ มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมจัดการตนเองดี เช่นเดียวกับในการศึกษาโดย Chan, Lin, Chau, & Chang. (2012) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ มีภาวะซึมเศร้ามากกว่า และมีการออกกำลังกายและ

แบบแผนสุขภาพที่ดีน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยเห็นว่าพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานในทุกด้าน ล้วนเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าก็ส่งผลให้พฤติกรรมจัดการตนเองไม่ดีเช่นกัน

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างกลวิธีการเผชิญปัญหากับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กันในทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้ที่มีการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาในทางสร้างสรรค์สูงมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า สอดคล้องกับ Kraaij & Garnefski (2012) ที่พบว่าวิธีการเผชิญปัญหาการปรับเปลี่ยนมุมมองในทางบวกมีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะซึมเศร้า ตรงกันข้ามกับผู้ที่ใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบการโทษตนเอง การคิดใคร่ครวญ การโทษผู้อื่น และการปฏิเสธมีภาวะซึมเศร้ามากกว่า เช่นเดียวกับ Smalls et al. (2012) ศึกษาวิธีการเผชิญปัญหา กับการจัดการอารมณ์ที่ดีส่งผลให้มีพฤติกรรมควบคุมเบาหวานที่ดีกว่า ทั้งนี้ผู้วิจัยเห็นว่ากลวิธีการเผชิญปัญหาของบุคคลส่งผลต่อการเกิดปัญหาทางอารมณ์โดยตรง เพราะการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาเป็นความพยายามทางปัญญาโดยตรงที่จะจัดการกับสิ่งที่คุกคาม หากกลวิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม สิ่งที่คุกคามยังคงอยู่ ย่อมส่งผลต่อภาวะอารมณ์ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กันในทางลบอย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาโดย Al-Amer, Sobeh, Zaye & Al-domi (2011) ที่พบว่าระดับความร่วมมือในการใช้ยา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เช่นเดียวกัน Nau et al. (2007) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีผลทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาเลวลงทั้งนี้ผู้วิจัยเห็นว่าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีเกิดจากการที่ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ในการรักษาโรคความร่วมมือในการใช้ยาจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญที่บ่งบอกความสำเร็จในการรักษา เพราะการใช้ยาไม่เหมาะสม หรือขาดความร่วมมือในการใช้ยา ส่งผลต่อการควบคุมโรคโดยตรง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองล้มเหลวหรือเกิดความท้อแท้ ซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ในทางกลับกัน หากผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยขาดความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเอง รู้สึกไม่มีคุณค่า

ไม่สนใจในเป้าหมายในการรักษาและควบคุมโรคด้วยตนเองส่งผลให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยไม่ดีตามมาด้วย

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาในครั้งนี้สะท้อนให้เห็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้นนอกจากพยาบาลต้องให้ความสำคัญกับการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานเป็นระยะๆ แล้ว การประเมินปัจจัยที่ส่งผลหรือทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าจึงมีความสำคัญทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม หรือการพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมความเข้มแข็งทางด้านจิตสังคมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าตลอดจนการลดภาวะซึมเศร้าในรายที่เกิดภาวะซึมเศร้าแล้ว

เอกสารอ้างอิง

- จุฑาวัฒน์ บุญวัฒน์, ภาวนา กิริติยวงศ์ และชนัดดา แนนเกษร. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 17(2), 32-47.
- ธวัชชัย วรพงษ์ธร, วังเดือน ปันดี และสมพร เตรียมชัยศรี. (2533). คุณลักษณะความตรงของแบบวัดความซึมเศร้า CES-D. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 21(1), 26-45.
- จิตติพันธ์ ธาณิรัตน์. (2551). ความสุขของภาวะซึมเศร้า ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยนอกคลินิกต่อมไร้ท่อโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาจิตเวชศาสตร์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา จรัสแสง. (2555). ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(4), 439-446.
- ปชาณัฐ์ ตันติโกสม. (2553). ผลของโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมต่อไขมันในเลือดของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวนหรือการผ่าตัดทางเบี่ยง. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประอรทิพย์ สุทธิสาร. (2550). ภาวะซึมเศร้าและบริบทชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองคาย. วิทยานิพนธ์การค้นคว้าอิสระสาขาสุขศาสตร์มหาบัณฑิต, คณะสาธารณสุขศาสตร์/ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พวงผกา กริทอง. (2550). โมเดลเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิรุณี สัพโส. (2553). ความสุขของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพังโคน. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 25(4), 272-279.
- รสมาลิน ขาบรรทม และพรรณทิพา ศักดิ์ทอง. (2552). ผลของภาวะซึมเศร้าต่อความร่วมมือในการใช้ยาและการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)*, 19(1), 17-26.
- ราตรี ตาลเชื้อ. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราบาป การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา สมรรถนะแห่งตน และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญโรคลมชัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์. (2556). *เอกสารข้อมูล: สถานการณ์โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนในประเทศไทย*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิตการสนับสนุนทางสังคมกลุ่มอาการและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุษาศรี แสงสง่า. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Al-Amer, R.M., Sobeh, M.M., Zayed, A.A., & Al-domi, H.A. (2011). Depression among adults with diabetes in Jordan: risk factors and relationship to blood sugar control. *Journal of Diabetes and Its Complication*, 25(2011), 6.
- Anderson, R.J., et al.(2001).The prevalence of Comorbid Depression in Adults With Diabetes. *Diabetes Care*, 24(6), 1069-1078.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Chan, H.L., Lin, C.K., Chau, Y.L., & Chang, C.M. (2012). The impact of Depression on Self-care activities and health care utilization among people with diabetes in Taiwan. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 98(1), 4-7.
- Cobb, S. (1976). Presidential Address-1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Egede, L. E., & Ellis, C. (2010). Diabetes and depression: global perspectives. [Review]. *Diabetes Res Clin Pract*, 87(3), 302-312. doi: 10.1016/j.diabres.2010.01.024
- Egede, L.E., L.Graugh, A., & Ellis, C. (2010). The effect of major depression on preventive care and Quality of life among adults with diabetes. *Gen Hosp Psychiatry*, 32(6), 563-569.
- Harris, A.H.S., Cronkite, R., & Moos, R. (2006). Physical activity, exercise coping, and depression in a 10-year cohort study of depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 93(2006), 7. doi: 10.1016/j.jad.2006.02.013

- Kraaij, V., & Garnefski, N. (2012). Coping and depressive symptoms in adolescents with a chronic medical condition: A search for intervention targets. *Journal of Adolescence*, 35(6), 1593-1600.
- Lin, E. H., Katon, W., Von Korff, M., Rutter, C., Simon, G. E., Oliver, M., & Young, B. (2004). Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes Care*, 27(9), 2154-2160.
- Nau,D.P., Aikens, J.E., & Pacholski, A.M. (2007). Effect of Gender and Depression on Oral Medication Adherence in Persons with Type 2 Diabetes Mellitus. *Gender Medicine*, 4(3), 205-213.
- Papelbaum, M., et al. (2010).The association between quality of life, depressive symptoms and glycemic control in a group of type 2 diabetes patients. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 89(2010), 227-230.
- Park, M., Katon, W.J., & Wolf, F.M.(2013). Depression and risk of mortality in individuals with diabetes:A meta-analysis and Systemic review. *General Hospital Psychiatry*, 35(2013), 217-225.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A Self- Report Depression Scale for Research in General Population. *Applied Psychological Measurement*,1(3), 385-401.
- Raval, A., et al. (2010). Prevalence & determinants of depression in type 2 diabetes patients in a tertiary care center. *Indian J MED RES*, 132(2010), 195-200.
- Smalls, B. L., Walker, R. J., Hernandez-Tejada, M. A., Campbell, J. A., Davis, K. S., & Egede, L. E. (2012). Associations between coping, diabetes knowledge, medication adherence and self-care behaviors in adults with type 2 diabetes. [Research Support, N.I.H., Extramural]. *Gen Hosp Psychiatry*, 34(4), 385-389. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2012.03.018
- Tobin,D.L., et al.(1986). Self-management and Social Learning Theory. In K.A. Holroyd and T.L. Creer. (Eds), *Self-management of chronic Disease : Handbook of clinical Intervention and Research*. New York: Acedemic Press ,Inc