

รายงานฉบับสมบูรณ์

การวิจัยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ในประเทศไทย

Depression among Older Adults with Diabetes in Thailand

(สัญญาเลขที่ RAC 56006)

โดย

ผศ.ดร. กัตติกา ณะขว่าง

อ.ดร. วันทนา ถิ่นกาญจน์

ผศ.ดร. รวมพร คงกำเนิด

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

กรกฎาคม พ.ศ. 2558

คำนำ

การวิจัยเรื่อง “ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ในประเทศไทย” วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ รายได้ การทำงาน สถานภาพสมรส รูปแบบการอยู่อาศัย) ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย (ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน ชนิดการรักษา การมีโรคเรื้อรังอื่น ๆ ร่วม ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการออกกำลังกาย) ปัจจัยทางด้านจิตสังคม (ความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความว้าเหว่ ความผาสุกทางใจ จำนวนเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม)

ศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย และปัจจัยทางด้านจิตสังคม ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในประเทศไทย

คณะผู้วิจัยฯ ขอขอบคุณ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) ที่สนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัย และเห็นความสำคัญในการสนับสนุนให้มีการดำเนินงานวิจัยนี้ มิเช่นนั้น รายงานวิจัยนี้คงจะสำเร็จไม่ได้ ขอขอบคุณ ทุกฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัยและอำนวยความสะดวกจนทำให้งานวิจัยเรื่องนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ ซึ่งคณะผู้วิจัยฯ ขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ และหวังว่ารายงานวิจัยฉบับนี้ จะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาความชมรมผู้สูงอายุต่อไป

กัตติกา ธนะขว้าง
วันทนา ถิ่นกาญจน์
รวมพร คงกำเนิด
อัมพรพรรณ อีรานูตร
กรกฎาคม 2558

กิตติกรรมประกาศ

เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญมาก และมีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา โรคเบาหวานเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในอันดับต้นๆ ของกลุ่มโรคเรื้อรังทั้งหมด เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนานและต้องรักษาแบบต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และมีอัตราการครองเตียงที่สูงและนานกว่ากลุ่มอายุอื่นมาก จึงส่งผลกระทบต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ต้องเปลี่ยนบทบาทไปเป็นผู้ป่วย และเกิดการสูญเสียในด้านต่างๆ ได้แก่ การสูญเสียบทบาทหน้าที่ในครอบครัว สูญเสียบทบาทในสังคม สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเองหรือการทำกิจกรรมที่ตนเองพึงพอใจ สูญเสียคุณค่าและศักดิ์ศรีในตนเอง และต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น รวมทั้งความสูญเสียในด้านเศรษฐกิจ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงและการสูญเสียในด้านต่างๆ เหล่านี้จะส่งผลกระทบทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ปัจจุบันพบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของสุขภาพจิตผู้สูงอายุทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว และในประเทศที่กำลังพัฒนา รวมทั้งประเทศไทย พบว่าส่วนใหญ่จะพบในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังถึงร้อยละ 33.3 อย่างไรก็ตามการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทย ยังมีค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่ศึกษาในภาพรวมที่ยึดโรคเป็นหลัก

ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการศึกษาถึงภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน อีกทั้งเป็นการหาปัจจัยกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

การศึกษาเรื่อง ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในประเทศไทยในครั้งนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) ประจำปี พ.ศ. 2556 คณะผู้วิจัยขอขอบคุณทุกหน่วยงานในการสนับสนุนงบประมาณในการศึกษา และขอพระคุณทุกท่านที่เกี่ยวข้องที่ช่วยสนับสนุนให้การศึกษานี้ด้วยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ดร.กัตติกา ณะขวิ้ง และคณะ

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญตาราง	ค
สารบัญภาพ	ง
บทที่	
1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
ขอบเขตของการวิจัย	5
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
2 การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ	10
ภาวะซีมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน	11
ความหมายของภาวะซีมเศร้า	11
ทฤษฎีอธิบายการเกิดภาวะซีมเศร้า	12
ทฤษฎีทางชีววิทยา	12
ทฤษฎีทางจิตวิทยา	13

สารบัญ (ต่อ)

ทฤษฎีทางสังคม	14
อุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน	14
ผลกระทบที่ตามมาของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน	15
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน	16
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	28
กรอบแนวคิดการวิจัย	32
 3 ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย	
รูปแบบการวิจัย (การแบ่งการวิจัยเป็น 2 ระยะ)	35
วิธีการคัดเลือกตัวอย่าง	36
กลุ่มตัวอย่าง	37
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	38
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	41
ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล	42
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	43
การวิเคราะห์ข้อมูล	43
กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย	45
วิธีการดำเนินการวิจัย	46
เครื่องมือวิจัย	47
ขั้นตอนการศึกษา	47

สารบัญ (ต่อ)

4 ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน	49
1) ลักษณะทางด้านประชากรและสังคมของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน	50
2) ลักษณะทางด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน	51
3) ข้อมูลทางด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน	52
ตอนที่ 2 อุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน	54
ตอนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยทางจิตวิทยา (ความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความว้าเหว่ และความผาสุกทางใจ) และปัจจัยทางสังคม (จำนวนเหตุการณ์เครียดในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม) ในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน	55
ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางจิตวิทยา และปัจจัยทางจิตสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน	56
ตอนที่ 5 ปัจจัยทำนาย (ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางจิตวิทยา และปัจจัยทางจิตสังคม) ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน	57
ตอนที่ 6 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน	58
1.1 โรงพยาบาลสูงเนิน	59
1.) ปัญหาและอุปสรรคในการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน	62
2.) ปัญหาด้านผู้รับบริการ	
3.) ปัญหาการใช้บริการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลสูงเนิน	
4.) ความต้องการการได้รับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลสูงเนิน	
5.) ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลสูงเนินโดยทีมสุขภาพจิต	63

สารบัญ (ต่อ)

Flow chart ของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	64
1.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	65
1.) ปัญหาด้านบุคลากรและระบบการให้บริการคลินิกโรคเบาหวาน	66
2.) ปัญหาด้านผู้รับบริการ	
3.) ความต้องการการได้รับสนับสนุนจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น อบต. หรือ รพ.สูงเนิน	
1.3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	67
1.) การบริการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชน	
2.) ปัญหาการให้บริการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชน	
3.) ความต้องการได้รับสนับสนุนจาก รพ. สูงเนิน หรือเทศบาล	68
1.4 กลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานและญาติผู้ดูแล	68
1.) ปัญหาการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ	
2.) ปัญหาการใช้บริการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวานที่สถานีนอนมัย หรือ โรงพยาบาลสูงเนิน	
3.) ความต้องการการได้รับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานที่ รพ.สต.หรือ โรงพยาบาลสูงเนิน	
2. การศึกษาแนวทางขั้นตอนและกระบวนการและการพัฒนาแนวปฏิบัติ ในการให้บริการสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคเบาหวานเพื่อป้องกัน ภาวะซึมเศร้า	69
3.การพัฒนาทักษะของบุคลากรสาธารณสุขในการให้บริการสุขภาพที่ เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน	
1. เจ้าหน้าที่คลินิกเบาหวาน รพ.สูงเนิน	71
2. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เครือข่าย	
3. อสม.	72
4.การยกย่องรูปแบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า	72
ข้อเสนอแนะอื่นๆ เพิ่มเติม	

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ
สรุปผลการวิจัย	74
อภิปรายผลการวิจัย ส่วนที่1	74
อภิปรายผลการวิจัย ส่วนที่ 2	86
บรรณานุกรม	91
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ ประเมินพิจารณางานวิจัยที่มีความเสี่ยงต่ำ	103
ภาคผนวก ข ประเด็นคำถามการสนทนากลุ่ม	106
ภาคผนวก ค แบบสอบถาม	107
ภาคผนวก ง ผลงานวิจัยตีพิมพ์	123
ภาคผนวก จ ประวัติและผลงานทีมวิจัย	143
สรุปผู้บริหาร	

ค

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ภาค จังหวัด อำเภอบางบาล จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน และจำนวนผู้สูงอายุโรคเบาหวานกลุ่มตัวอย่าง ในประเทศไทย แยกตามพื้นที่ศึกษา	37
2	จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำแนกตามคุณลักษณะทางด้านประชากรและสังคม (n = 1015)	50
3	จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จำแนกตามคุณลักษณะทางด้านเศรษฐกิจ (n = 1015)	51
4	จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จำแนกตามข้อมูลทางด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย (n = 1015)	52
5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ	53
6	จำนวน และร้อยละ ของสมรรถนะทางด้านสมอง ของผู้สูงอายุวัยปลาย	54
7	จำนวน และร้อยละ ของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน	54
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยทางด้านจิตวิทยาของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน	55
9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยทางสังคมของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน	55
10	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านประชากร ปัจจัยทางจิตวิทยา และปัจจัยทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน	56
11	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยพหุคูณ ระหว่างปัจจัยทางด้านประชากร ปัจจัยทางจิตวิทยา และปัจจัยทางจิตสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน	57

ง
สารบัญภาพ

ภาพประกอบที่		หน้า
1	แสดงร้อยละ ของระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า	54
2	รูปแบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า	73

1

บทที่ 1

บทนำ

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญมาก และมีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา (เยาเวิร์ธน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพันธุ์ บุญยรัตนพันธ์, 2549, 2551; ฉัตรปวีณ์ จรสุรารัตน์, 2551; Wild et al., 2004) องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 366 ล้านคน (Wild et al., 2004) โรคเบาหวานเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในอันดับต้นๆ ของกลุ่มโรคเรื้อรังทั้งหมด ที่รัฐบาลหลายๆ ประเทศมุ่งเน้นให้ความสำคัญในการป้องกันและการควบคุมโรค สำหรับประเทศไทย ความชุกของโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.3 ในปี พ.ศ. 2534 มาเป็นร้อยละ 4.6 ในปี พ.ศ. 2539 (ฉัตรปวีณ์ จรสุรารัตน์, 2551) จากการสำรวจสุขภาพคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในปี พ.ศ. 2547 พบโรคเบาหวานร้อยละ 7 หรือประมาณ 3 ล้านคน (เยาเวิร์ธน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพันธุ์ บุญยรัตนพันธ์, 2549; Aekplakorn, et al., 2007) โรคเบาหวานส่วนใหญ่พบในเพศหญิง และกลุ่มประชากรสูงอายุ โดยพบอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานในผู้สูงอายุร้อยละ 14.8 (เยาเวิร์ธน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพันธุ์ บุญยรัตนพันธ์, 2549, 2551) ถึงร้อยละ 45.5 (ฉัตรปวีณ์ จรสุรารัตน์, 2551) ของประชากรที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน

เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนานและต้องรักษาแบบต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และมีอัตราการครองเตียงที่สูงและนานกว่ากลุ่มอายุอื่นมาก จึงส่งผลกระทบต่อความต้องการบริการด้านสาธารณสุข และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สิ่งเหล่านี้อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ต้องเปลี่ยนบทบาทไปเป็นผู้ป่วย และเกิดการสูญเสียในด้านต่างๆ ได้แก่ การสูญเสียบทบาทหน้าที่ในครอบครัว สูญเสียบทบาทในสังคม สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเองหรือการทํากิจกรรมที่ตนเองพึงพอใจ สูญเสียคุณค่าและศักดิ์ศรีในตนเอง และต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น รวมทั้งความสูญเสียในด้านเศรษฐกิจ (โสภณ แสงอ่อน พรเพ็ญ สำเภา และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2550) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงและการสูญเสียในด้านต่างๆ เหล่านี้จะส่งผลกระทบทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Egede, 2005a; Trief, 2007) มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชี้ว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวานถึง 2-3 เท่า (Egede, 2005a; Harris, 2003; Maraldi et al., 2007) ดังนั้นอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าจึงพบได้ค่อนข้างสูงในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (Anderson et al., 2001; Anderson & Christison-Lagay,

2008; Blazer, 2003; DeGroot et al., 2001; Egede, 2005a, 2005b; Trief, 2007) ในประเทศตะวันตก พบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 7.2 ถึง 31.7 (Astle, 2007; Egede, 2005a) สำหรับในประเทศไทย จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (อายุเฉลี่ย 60.2 ± 8.6 ปี) ของ สิตานันท์ พูนผลทรัพย์ และคณะ (2548) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 25.2

ปัจจุบันพบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของสุขภาพจิตผู้สูงอายุทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว (Blazer, 2003; Peyrot, 2003; Egede, 2005a, 2005b; Lustman & Clouse, 2005; Astle, 2007) และในประเทศที่กำลังพัฒนารวมทั้งประเทศไทย (เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพันธุ์ บุญรัตน์พันธ์, 2551; Chou & Chi, 2005; Wangtongkum et al., 2008) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา หรือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของโกเมซ (Gomez & Gomez, 1993) พบว่าส่วนใหญ่จะพบในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังถึงร้อยละ 33.3 ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพหลายประการ เช่น พฤติกรรมและความสามารถในการดูแลตนเองลดลง การดำเนินโรคที่เป็นอยู่ไม่ดีหรือรุนแรงยิ่งขึ้น ร่างกายยิ่งเสื่อมถอยเร็วยิ่งขึ้น ต้องใช้ระยะเวลานานในการบำบัดรักษา เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ภาวะแทรกซ้อนของโรคเพิ่มขึ้น และคุณภาพชีวิตลดลง (Colenda & Smith, 1993; Trief, 2007; Chachamovich et al., 2008) ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จึงเป็นประเด็นที่ท้าทายในการศึกษาวิจัย (Blazer, Hughes, & George, 1987; Peyrot & Rubin, 1997; DeGroot et al., 2001; Trief, 2007)

ภาวะซึมเศร้ามีผลกระทบต่อพฤติกรรม的自我ดูแลและการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เนื่องจากพฤติกรรม的自我จัดการตนเองนั้นจะช่วยลดภาระโรคที่สัมพันธ์กับเบาหวาน เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ การตายก่อนวัยอันควร ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนของโรค และการที่จะต้องเข้าโรงพยาบาลอยู่เป็นประจำ (Lin et al., 2004) การจัดการตนเองจึงเป็นส่วนที่สำคัญในการดูแลโรคเบาหวานที่มีประสิทธิภาพ ที่นักวิชาการหลายคนใช้กิจกรรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง ในการควบคุมโรคเบาหวานและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี (Anderson & Christison-Lagay, 2008) จากหลักฐานเชิงประจักษ์จากการศึกษาหลายงานที่ชี้ว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม的自我จัดการตนเอง (Egede, 2005a) โดยการมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยในผู้ป่วยเบาหวานมักนำไปสู่สภาวะที่ร่างกายและจิตใจทำงานได้ลดลง ส่งผลให้ขาดพฤติกรรม的自我ดูแลที่ดี เช่น กินมากเกินไป ดื่มสุรา ไม่ออกกำลังกาย หรือ ไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (Lin et al., 2004; Trief, 2007; Egede & Ellis, 2008; Gonzalez et al., 2008) ซึ่งจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพในทางลบของผู้ป่วย และรวมไปถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคตามมา (Lustman & Clouse, 2005)

ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ได้รับการยืนยันจากการศึกษาหลายงานว่า ส่งผลทางลบต่อภาวะสุขภาพและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย เช่น เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ก่อให้เกิดภาวะโรคร่วมอื่นๆ ได้ง่าย (DeGroot et al., 2001; Lustman & Clouse, 2005; Trief, 2007) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง (Colenda & Smith, 1993; Lustman & Clouse, 2005; Chachamovich et al., 2008) และเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (Gilmer et al., 1997; Trief, 2007) ที่สำคัญคือส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Glycemic control) ซึ่งภาวะซึมเศร้ามักส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย ซึ่งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับค่าปกติ เป็นเป้าหมายสำคัญที่สุดของการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน มีหลักฐานจากการศึกษาหลายงานในประเทศตะวันตกที่ชี้ว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย มีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ (Harris, 2003; Lin et al., 2004; Lustman & Clouse, 2005) จากการศึกษาสังเคราะห์อย่างเป็นระบบ (Meta-analysis) โดย ลีสท์แมน และคณะ (Lustman et al., 2000) พบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานทั้งชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยเฉพาะภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) และจากการศึกษาเพียงชิ้นเดียวในประเทศไทยในเรื่อง ภาวะซึมเศร้ากับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้ามีโอกาสที่จะไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มากกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (สิตานันท์ พูนผลทรัพย์ และคณะ, 2548) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากภาวะซึมเศร้ามีผลทำให้ผู้ป่วยมีสภาวะทางด้านร่างกายและจิตใจที่แย่ลง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ขาดความสนใจในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และมีการดูแลตนเองน้อยลง การมีภาวะซึมเศร้าจะก่อให้เกิดผลเสีย และส่งผลกระทบในทางลบต่อภาวะสุขภาพและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุ เช่น ความสามารถในการจัดการตนเองลดลง การไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคและเกิดโรคร่วมอื่นๆ ตามมา นำไปสู่การพยากรณ์โรคเลวลง การมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง และเพิ่มอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

ปัญหาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานดังกล่าวข้างต้นมีความสำคัญมาก แต่อย่างไรก็ตามภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุยังได้รับความสนใจและความตระหนักจากสังคมหรือผู้ที่เกี่ยวข้องค่อนข้างน้อย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอาจคิดว่าอาการที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าเกิดจากความเสื่อมหรือภาวะถดถอยจากความสูงอายุ จึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่ออาการซึมเศร้าถูกละเลย หรือได้รับการคัดกรองหรือการเข้าถึงการรักษาได้ไม่ทันท่วงทีและไม่ครอบคลุม (สุวรรณ อรุณพงศ์ ไพศาล, 2543) ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน จึงมักจะถูกกละเลยในการวินิจฉัยหรือค้นหาโรคตั้งแต่เริ่มแรกจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ (Black, Markides, & Ray,

2003; Li et al., 2009) เมื่อล่าสุดนี้กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศว่าปัจจุบันนี้คนไทยป่วยเป็นโรคซึมเศร้าถึง 1.5 ล้านคน แต่เข้าถึงการรักษาน้อยมากๆ โดยกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุ เป็นประชากรกลุ่มหนึ่งที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเป็นอย่างมาก (หนังสือพิมพ์ไทยโพสต์, 11 ตุลาคม 2555) จากอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาที่พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว บ่งชี้ถึงความจำเป็นในการเตรียมการในเชิงนโยบาย และการปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ที่นับว่าเป็นความจำเป็นเร่งด่วนในการเตรียมพร้อมของทั้งภาครัฐและภาคประชาชนที่จะเผชิญกับปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะ “โรคเบาหวาน” ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ดังนั้นปรากฏการณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการศึกษาวิจัย

อย่างไรก็ตามการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทย ยังมีค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่ศึกษาในภาพรวมที่ยึดโรคเป็นหลัก โดยศึกษารวมกลุ่มอายุทั้งวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ (สุทธนันท์ ชุนแจ่ม, 2551) ซึ่งยังไม่พบว่ามีการศึกษาภาวะซึมเศร้าที่เฉพาะเจาะจงในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุโรคเบาหวานในประเทศไทย การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานส่วนใหญ่จะมีการศึกษาในประเทศตะวันตก (Blazer, Hughes, & George, 1987; Peyrot & Rubin, 1997; DeGroot et al., 2001; Trief, 2007) ซึ่งมีวัฒนธรรมและวิถีชีวิตต่างจากสังคมไทย นอกจากนี้การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางด้านบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยปัจจัยทางด้านจิตสังคมที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุยังมีการศึกษาน้อยมากและยังไม่ครอบคลุม การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเฉพาะบางปัจจัยเท่านั้น ทำให้เข้าใจปรากฏการณ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้เพียงระดับหนึ่งเท่านั้น (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2542; โสภณ แสงอ่อน และคณะ, 2550) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และปัจจัยกำหนดที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าที่ครอบคลุมทั้ง ปัจจัยทางด้านบุคคล ปัจจัยทางจิตวิทยา และปัจจัยทางสังคม และมีอำนาจทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในประเทศไทย เพื่อเป็นองค์ความรู้ให้เกิดความเข้าใจปรากฏการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น และเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง นำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันการเกิดหรือลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน อันจะเป็นผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

นอกจากนี้ถึงแม้ระบบบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานในสถานบริการสุขภาพ จะมีการจัดตั้งคลินิกเฉพาะโรคเบาหวาน แต่ส่วนใหญ่มุ่งเน้นด้านร่างกาย และการรักษาด้วยยา ส่วนทางด้านจิตใจ และด้านสังคม ยังมีการตระหนักในการให้บริการอยู่ค่อนข้างน้อย และขาดการมุ่งเน้นในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมี

ความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตมากกว่าวัยอื่น ดังนั้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จึงต้องการความร่วมมืออย่างจริงจังในการทำความเข้าใจและแก้ไขอย่างเร่งด่วน เป็นความรับผิดชอบร่วมกันของทุกฝ่ายทั้งสถานบริการสุขภาพ ครอบครัว และชุมชน ปัจจุบันแม้กระทรวงสาธารณสุข จะมีนโยบายที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ แต่ในสถานการณ์จริงพบว่าการทำงานของสถานบริการสุขภาพ องค์กร และผู้เกี่ยวข้อง ในลักษณะที่มุ่งเป้าหมายเดียวกัน ต่างคนต่างทำ ขาดการทำความเข้าใจและการนำบทเรียนมาทำการวิเคราะห์ เชื่อมโยง เพื่อพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ในการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันภาวะซึมเศร้า ประกอบกับการขาดระบบติดตามสนับสนุนให้เกิดการส่งต่อเพื่อช่วยเหลือ สนับสนุน และประคับประคองระหว่างเครือข่ายการทำงานที่เข้มแข็ง ผลที่เกิดขึ้นคือระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคเบาหวานยังไม่เห็นรูปธรรมที่ชัดเจน ดังนั้นให้การแก้ปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะเรื่องภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานให้มีทางออกที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยนี้ มีดังต่อไปนี้

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ในประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ รายได้ การทำงาน สถานภาพสมรส รูปแบบการอยู่อาศัย) ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย (ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน ชนิดการรักษา การมีโรคเรื้อรังอื่น ๆ ร่วม ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการออกกำลังกาย) ปัจจัยทางด้านจิตสังคม (ความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความว้าเหว่ ความผาสุกทางใจ จำนวนเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม) กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย และปัจจัยทางด้านจิตสังคม ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
4. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์และทำนาย (A descriptive correlational predictive research)

ระยะที่ 2 การศึกษาครั้งนี้ใช้การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Base Project: PABP) เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

โดยผู้วิจัยได้จำกัดขอบเขตของการวิจัยไว้ดังนี้

1) ขอบเขตด้านพื้นที่

พื้นที่ศึกษาในระยะที่ 1 เป็นโรงพยาบาล 3 ระดับ (โรงพยาบาลขนาด 30 เตียง, โรงพยาบาลขนาด 60 เตียงขึ้นไป, และโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์) จำนวน 24 โรงพยาบาลจาก 8 จังหวัด ในทุกภาคของประเทศไทย (ภาคเหนือ 2 จังหวัด, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2 จังหวัด, ภาคกลาง 2 จังหวัด, และภาคใต้ 2 จังหวัด) โดยเลือกพื้นที่ในการศึกษาแบบสุ่ม

พื้นที่ศึกษาในระยะที่ 2 เป็นโรงพยาบาลชุมชนสูงเนิน และ 14 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่าย และชุมชนที่เกี่ยวข้อง ในอำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา โดยเลือกพื้นที่ในการศึกษาแบบเจาะจง

2) ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาระยะที่ 1 คือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน จาก 24 โรงพยาบาลที่สุ่มเลือก กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบสุ่มจากคุณสมบัติที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 1015 คน ส่วนการศึกษาในระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป้าหมาย ได้แก่ เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการคลินิกโรคเบาหวานในโรงพยาบาลสูงเนิน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่าย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ทำงานในชุมชน รวมทั้งผู้สูงอายุโรคเบาหวานและญาติผู้ดูแล

3) ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยในระยะที่ 1 นี้มุ่งเน้น (focus) ประเด็นเนื้อหา ดังนี้คือ

3.1 ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

3.2 คุณลักษณะของปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ รายได้ การทำงาน สถานภาพสมรส รูปแบบการอยู่อาศัย) ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย (ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน ชนิดการรักษา การมีโรคเรื้อรังอื่น ๆ ร่วม ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการออกกำลังกาย) ปัจจัยทางจิตวิทยา (ความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความว้าวุ่น และความผาสุกทางใจ) และปัจจัยทางสังคม (จำนวนเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม)

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ปัจจัยทางจิตวิทยา และปัจจัยทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

3.4 อำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ปัจจัยทางจิตวิทยา และปัจจัยทางสังคม ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ส่วนการวิจัยในระยะที่ 2 นี้มุ่งเน้น ประเด็นเนื้อหาการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ได้แก่

1) ศึกษาและวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และความพร้อมของสถานบริการสุขภาพในการ จัดบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน 2.) การพัฒนาทักษะของบุคลากรสาธารณสุขในการ ให้บริการสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน 3.) การศึกษาแนวทางขั้นตอนและกระบวนการ และการพัฒนาแนวปฏิบัติในการให้บริการสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคเบาหวานเพื่อป้องกัน ภาวะซึมเศร้า 4.) การยกกร่างรูปแบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคเบาหวานเพื่อป้องกัน ภาวะซึมเศร้า

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน หมายถึง ผู้สูงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจาก แพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 diabetes mellitus) ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ และภาวะการเจ็บป่วย ไม่มีปัญหาในการฟังและการพูด โดยฟังได้ดี และพูดเข้าใจ ไม่จำเป็นต้องอ่าน ออกเขียนได้

การมีโรคเรื้อรังอื่นๆรวม หมายถึง โรคเรื้อรังอื่นๆนอกจากโรคเบาหวานที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ และเป็นโรคที่ต้องใช้การรักษาเป็นเวลานาน เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อเสื่อม โรคมะเร็ง ฯลฯ เป็นต้น

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน หมายถึง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคหรือกลไกของ โรคเบาหวาน เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางตา ภาวะแทรกซ้อนทางไต และการมีแผลที่เท้า เป็นต้น

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน 2 ส่วนคือ 1) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน และ 2) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ต่อเนื่องและซับซ้อน การประเมินโดยใช้ Modified Barthel ADL Index – MBA และ ดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index; CAI) ซึ่งเป็นเครื่องมือ มาตรฐาน ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและได้รับการทดสอบแล้วกับผู้สูงอายุไทย โดยสุทธิชัย จิตะ พันธ์กุล และคณะ (Jitapunkul et al., 1994)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง การประเมินภาวะสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ โรคเบาหวานว่าโดยภาพรวมอยู่ในระดับใด ตั้งแต่ สุขภาพ แย่มาก แย่ ปานกลาง ดี และดีมาก

พฤติกรรมการออกกำลังกาย หมายถึง พฤติกรรมการออกกำลังกายชนิดต่างๆ ที่เป็ยแบบ แผน ใช้เวลาดังแต่ 30 นาทีขึ้นไป อย่างต่อเนื่อง และทำเป็นประจำอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์

การเกื้อหนุนทางสังคม หมายถึง ความช่วยเหลือที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้รับจาก เครือข่ายทางสังคม ได้แก่ ครอบครัว และเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน หรือการได้รับตอบสนองความต้องการ จากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มสังคมของผู้สูงอายุ ที่ทำให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมและ เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ประกอบด้วยมิติต่างๆ ดังนี้

การเกื้อหนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น ในการดำรงชีวิต และการชี้แนะแนวทางที่ควรปฏิบัติ เพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการ ดำเนินชีวิตประจำวัน

การเกื้อหนุนด้านอารมณ์ จิตใจ หมายถึง การได้รับการตอบสนองความต้องการ ด้านอารมณ์หรือจิตใจ การแสดงออกของบุคคลที่ทำให้ผู้สูงอายุวัยปลายเชื่อว่าเขาได้รับความรัก

ความอบอุ่น การดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า มีความใกล้ชิด ความผูกพันและมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน และมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน

การเกื้อหนุนด้านสิ่งของการช่วยเหลือในกิจกรรมต่างๆ หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือเกื้อหนุนหรือช่วยทำกิจกรรมที่เป็นรูปธรรม การช่วยเหลือด้านแรงงาน สิ่งของ เงินทอง เครื่องใช้ ตลอดจนช่วยเหลือฟื้นฟูแรงต่างๆ หรือกิจกรรมอื่นๆ เช่น ทำงานบ้าน ช่วยเหลือเรื่องการเดินทาง พาไปเยี่ยมญาติ ไปสถานพยาบาล หรือไปเที่ยวในสถานที่ต่างๆ

ความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน หมายถึง อารมณ์ความรู้สึกของบุคคลต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่อยู่กับโรคเบาหวาน เป็นความรู้สึกกดดัน คับข้องใจ โกรธน้อยใจ ไม่มีกำลังใจ และรู้สึกขัดแย้ง ที่มักพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประเมินโดยใช้แบบวัดความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ที่พัฒนาและแปลจากต้นฉบับโดยผู้วิจัย (Thanakwang, Thinganjana, & Konggumnerd, 2014)

จำนวนเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต หมายถึง ความเครียดกับเหตุการณ์ชีวิต ซึ่งเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้น จากการตอบสนองต่อปัญหาต่างๆ หรือความเดือดร้อนในชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังทางกาย การสูญเสียบุคคลหรือสิ่งอันเป็นที่รัก ความขัดแย้ง และปัญหาชีวิตสมรส หรือปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น

ความผาสุกทางใจ หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ ตามสภาพความเป็นจริงที่ตนเผชิญอยู่ โดยผ่านกระบวนการทางปัญญา เกิดการรับรู้และประมวลภาพรวมเป็นแนวคิดของตนเอง ความผาสุกทางใจประกอบด้วยหลายมิติทั้งความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในตนเองและความสุขที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยประเมินจากแบบวัดความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุไทย ของ อินเกอซอล เดย์ตัน และคณะ (จิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ, 2543; Ingersoll-Dayton et al., 2004)

ความว้าเหว่ หมายถึง ความทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้สูงอายุที่เกิดจากการสูญเสียสัมพันธภาพที่มีความหมายหรือมีความสำคัญกับบุคคลอื่น ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว ขาดที่พึ่ง สงสารตนเอง รู้สึกว่าตนเองด้อยค่า ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ประเมินโดยใช้แบบวัดความว้าเหว่ฉบับย่อของ Hughes et al., (2004) ที่พัฒนามาจากแบบวัด The University of California at Los Angeles (UCLA) Loneliness Scale Version 3 ของ รัสเซลล์ (Russell, 1996)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองของผู้สูงอายุ ต่อเหตุการณ์หรือภาวะแวดล้อมที่แสดงออกมาในรูปแบบของความเปราะบางทางด้านจิตใจและอารมณ์ ความเปราะบางด้านความคิด และการรับรู้ รวมทั้งความเปราะบางทางด้านร่างกาย และพฤติกรรม ซึ่งเป็นภาวะอารมณ์และความรู้สึกในแง่ลบ เช่น โศกเศร้า เสียใจ โดดเดี่ยว อ้างว้าง เชื่องช้า มีความคิดในทางลบต่อตนเอง วัดได้จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS) ที่พัฒนาโดย ฌนทัย วงศ์ปะการันย์ และคณะ (Wongpakaran, Wongpakaran, & Reekun, 2013)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) ได้ทราบถึงอุบัติการณ์และระดับปัญหาความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในประเทศไทย เพื่อเป็นข้อมูลแก่ผู้ที่กำหนดนโยบาย หรือผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้อง นำมาใช้ในการกำหนดนโยบายและแนวทางการปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาทั้งระยะสั้นและระยะยาว
- 2) เป็นการขยายองค์ความรู้เพิ่มความเข้าใจในปรากฏการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน รวมทั้งปัจจัยกำหนดที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้ามากขึ้น อันจะนำไปสู่การนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
- 3) ได้เครื่องมือแบบวัดความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ฉบับภาษาไทย ที่สามารถนำไปใช้กับผู้สูงอายุโรคเบาหวานในคลินิกได้
- 4) จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมทำให้ได้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เหมาะสมกับชุมชน ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชุมชนอื่นๆที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้
- 5) ได้ทราบถึงบทเรียนของการสร้างและการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานของทุกภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
- 6) ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นองค์ความรู้ใหม่ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่อื่นๆได้ตามความเหมาะสมต่อไป และสามารถนำไปสู่การวางแผนพัฒนาภาวะความเป็นอยู่ที่ดี และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็น องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น หรือองค์กรในระดับประเทศ เช่น หน่วยงานต่างๆ ในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ หรือกระทรวงวัฒนธรรม เป็นต้น
- 7) ข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปเผยแพร่ต่อสาธารณชน ทั้งในรูปแบบการเผยแพร่ในการประชุมทางวิชาการ และการตีพิมพ์บทความการวิจัยในวารสารทั้งระดับประเทศและระดับนานาชาติ

2

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้ได้กรอบแนวคิดมาจากการทบทวนวรรณกรรม ที่ผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้าตำรา เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญมาก และมีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา (ฉัตรปวีณ์ จรสุราวัฒน์, 2551; วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร และวิโรจน์ เจียมจรัสรังษี, 2550; ยะวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพันธุ์ บุญยรัตนพันธ์, 2549, 2551; Aekplakorn et al., 2007; Wild et al., 2004) สำหรับประเทศไทย แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของความชุกและจำนวนผู้เป็นเบาหวานสูงขึ้นอย่างรวดเร็วทุกปี โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2534 มีความชุกของโรคเบาหวานร้อยละ 2.3 เพิ่มมาเป็นร้อยละ 4.6 ในปี พ.ศ. 2539 (วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร และวิโรจน์ เจียมจรัสรังษี, 2550) และจากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยคนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 ในปี พ.ศ. 2547 พบความชุกของโรคเบาหวานร้อยละ 6.7 หรือประมาณ 3 ล้านคน (ยะวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพันธุ์ บุญยรัตนพันธ์, 2549; Aekplakorn et al., 2007) นอกจากนั้นยังพบว่าเมื่ออายุสูงขึ้นมีโอกาสเป็นเบาหวานมากขึ้น นั่นคือโรคเบาหวานก็จะพบได้มากในกลุ่มผู้สูงอายุ (วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร และวิโรจน์ เจียมจรัสรังษี, 2550; ยะวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ จรรยา ภัทรอาชาไชย, 2550; Trief, 2007; Wild et al., 2004) จากการสำรวจสถานะสุขภาพคนไทย ครั้งที่ 3 ในปี พ.ศ. 2547 พบว่าความชุกของโรคเบาหวานพบมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยพบความชุกสูงสุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 13.8 ในเพศชาย และร้อยละ 18.9 ในเพศหญิง ตามมาด้วยกลุ่มอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 12.3 ในชาย และร้อยละ 15.7 ในหญิง (ยะวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพันธุ์ บุญยรัตนพันธ์, 2549) นอกจากนี้เมื่อแยกเป็นภาคพบความชุกของโรคเบาหวานในผู้สูงอายุมากที่สุดในเขตกรุงเทพมหานครร้อยละ 12.4 (วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร และวิโรจน์ เจียมจรัสรังษี, 2550) นอกจากนี้ประเด็นที่น่าสนใจจากการสำรวจสถานะสุขภาพคนไทย ครั้งที่ 3 คือ พบผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคหรือไม่ทราบว่าตนเองเป็นเบาหวานถึงร้อยละ 41 โดยในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษา พบว่าประมาณร้อยละ 26 เท่านั้นที่สามารถปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ ทำให้การรักษาได้ผลดี แต่มีผู้สูงอายุโรคเบาหวานอีกประมาณร้อยละ 27 ที่ได้รับการรักษาแต่ควบคุมไม่ได้ นั่นคือประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมโรคให้อยู่ในภาวะปกติได้ (ยะวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ จรรยา ภัทรอาชาไชย, 2550; ยะวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ

พรพันธุ์ บุญรัตนพันธุ์, 2549) โรคเบาหวานในผู้สูงอายุจึงควรได้รับการสนใจจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ในการคัดกรองและให้กิจกรรมการบำบัด รักษา ที่เหมาะสมกับบริบทผู้สูงอายุ

อายุที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน เนื่องจากเมื่อสูงอายุ ตับอ่อนจะสังเคราะห์และหลั่งฮอร์โมนอินซูลินน้อยลง ประกอบกับโรคเบาหวานเป็นโรคที่เกิดจากการสะสมจากวิถีชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพตั้งแต่วัยหนุ่มที่อาจมาปรากฏอาการเมื่ออายุมากขึ้น ดังนั้นจึงทำให้พบอุบัติการณ์ของโรคสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเบาหวานชนิดที่ 2 การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาหรือส่งเสริมสุขภาพที่ดี อาจก่อให้เกิดปัญหาหลายด้านต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทั้งสุขภาพกายและจิต โดยปัญหาที่สำคัญคือภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นอาการแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน (Peyrot & Rubin, 1997; DeGroot et al., 2001; Trief, 2007)

2. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

การให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า มีนักการศึกษาได้ให้ความหมายแตกต่างกันออกไป ดังนี้

เบ็ค (Beck, 1967) ให้ความหมาย ภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะเบี่ยงเบนของบุคคลทางด้านอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ซึ่งก่อให้เกิดอารมณ์ที่แปรปรวนง่าย เช่น โศกเศร้า เสียใจ โดดเดี่ยว อ้างว้าง มีความคิดในทางลบต่อตนเอง มีพฤติกรรมถดถอย ต้องการที่จะหลีกเลี่ยงจากสังคม และลงโทษตนเองหรืออยากตาย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และขาดความสนใจในกิจกรรมที่เคยทำประจำ

บีเบอร์ (Beeber, 1996) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติทางจิตใจและอารมณ์ โดยมีความรู้สึกเศร้ามากผิดปกติ อ่อนเพลีย เหนื่อยหน่าย รู้สึกสูญเสียพลัง มีความคิดอัตโนมัติในด้านลบ โทษตนเอง มองโลกในแง่ร้าย ไม่สนใจในกิจกรรมที่เคยทำมา แสดงออกโดยการแยกตัว ไม่สนใจผู้อื่นและขาดสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

ดวงใจ กษานติกุล (2542) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า เป็นลักษณะอารมณ์ทุกข์ เศร้าหมอง หดหู่ เชื่องซึม และสับสน ก่อให้เกิดอาการทางกาย เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ผอมลง ไม่มีเรี่ยวแรง มีอาการทางจิตและความคิดด้านลบ ไม่สามารถตัดสินใจได้ คิดอยากตาย บุคลิกภาพและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง สมรรถภาพในการทำงานลดลง

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1992) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นความผิดปกติทางจิตใจ ที่แสดงออกโดยมีอาการเศร้าซึม ขาดความสนใจหรือพึงพอใจในชีวิต ไร้พลังที่จะสู้ต่อไป

เหนื่อยหน่าย มีความรู้สึกผิดหรือภาคภูมิใจในตนเองลดลง ไม่มีคุณค่า มองไม่เห็นอนาคต คิดอยากตาย นอนไม่หลับ และเบื่ออาหาร

โสภณ แสงอ่อน และคณะ (2550) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะผิดปกติของจิตใจและอารมณ์ ที่แสดงออกผ่านอาการเศร้าสร้อย ท้อแท้ สิ้นหวัง มีความคิดในแง่ลบทั้งต่อตนเองและสังคม รอบตัว มองโลกในแง่ร้าย พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ไม่ใส่ใจสิ่งแวดล้อมและแยกตัวจากสังคม

จากการให้ความหมายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าที่กล่าวมา สรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะ เบี่ยงเบนทางด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านความคิดและการรับรู้ รวมทั้งความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกาย และพฤติกรรม ซึ่งเป็นภาวะอารมณ์ ความคิด และความรู้สึกในแง่ลบ เช่น โศกเศร้า ท้อแท้ โดดเดี่ยว อ้างว้าง เชื่องช้า เบื่อหน่าย และวิตกกังวล ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อมรอบข้าง มีความคิดในทางลบ ต่อตนเอง เช่น ตำหนิตนเอง มีพฤติกรรมถดถอย ต้องการที่จะหลีกเลี่ยง แยกตัวจากสังคม ลงโทษตนเองหรืออยากตาย ไม่มีความสุขหรือความพอใจในชีวิต และมีกิจกรรมต่างๆ เปลี่ยนไปจากเดิม

2.2 ทฤษฎีอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้า

ปัจจุบันแม้ว่ายังไม่มีทฤษฎีใดที่สามารถอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างชัดเจน แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีทฤษฎีหลัก 3 ทฤษฎี ที่ใช้ร่วมกันในการอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

2.2.1 ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological theories) ประกอบด้วยทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1) ทฤษฎีทางพันธุกรรม (Genetic theory) ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงการเกิดภาวะซึมเศร้าว่าเป็นลักษณะของการบกพร่องในพันธุกรรมที่ถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง จากการศึกษาครอบครัวที่มีผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าพบว่าพันธุกรรมเป็นสาเหตุที่สำคัญในการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยพบว่าถ้าญาติสายเลือดเดียวกันในลำดับที่ 1 และ 2 ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า บุคคลในครอบครัวเดียวกันรุ่นต่อไปจะมีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าได้สูงกว่าประชาชนทั่วไป 1.5-3 เท่า (Jones, Kent, & Craddock, 2002) และถ้าบิดาและมารดาเป็นโรคซึมเศร้าทั้งสองคน บุตรจะมีโอกาสเป็นโรคสูงกว่าประชาชนทั่วไปถึง 4 เท่า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543)

2) ทฤษฎีสารสื่อประสาท (Neurochemical theory) ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีที่ศึกษาความเกี่ยวข้องระหว่างสารสื่อประสาทในสมอง กับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยเชื่อว่าความผิดปกติของการเผาผลาญของสารเหล่านี้ในสมอง ได้แก่ serotonin, norepinephrine, dopamine และ gamma – aminobutyric acid (GABA) ที่มีค่าต่ำกว่าปกติ จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Miller

& Raison, 2008) อาจกล่าวได้ว่าการทำงานที่ลดลงกว่าปกติของสารสื่อประสาทที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า

3) ทฤษฎีฮอโมน (Hormonal theory) ทฤษฎีนี้เป็นการศึกษาความเกี่ยวข้องระหว่างฮอโมนกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งให้ความสำคัญกับฮอโมน cortisol และ estrogen กล่าวคือเมื่อมีความผิดปกติของกลไกการทำงาน และหน้าที่ของระบบ hypothalamic – pituitary – adrenal (HPA) axis ซึ่งเป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองต่อความเครียด จะทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นอย่างผิดปกติของฮอโมน cortisol ร้อยละ 40 – 60 (hypercortisolism) โดยการเพิ่มขึ้นดังกล่าวจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า (จำลอง ดิษยวานิช และพริ้มเพรา ดิษยวานิช, 2546)

2.2.2 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theories) ประกอบด้วยทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนี้

1) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นผลจากความสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รักไม่ว่าจะเป็นวัตถุหรือบุคคล ทั้งที่เกิดขึ้นจริงหรือจินตนาการก็ตาม สามารถเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Freud, 1917 cited in Bush, Rudden & Shapiro, 2004) ร่วมด้วย แต่ความรู้สึกดังกล่าวถูกเก็บกดอยู่ในระดับจิตใต้สำนึกจึงไม่ได้รับการแก้ไข ทำให้เกิดการหันเหเข้าหาตัวเอง ผลที่ตามมาทำให้บุคคลเกิดการกล่าวโทษตนเอง รู้สึกผิดและเกิดภาวะซึมเศร้า (Ailey & Miller, 2005)

2) ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้า เกิดจากการเรียนรู้ทางสังคมที่บุคคลมีกระบวนการคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง ทำให้เกิดแนวคิดและการรับรู้ในทางลบเกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต (Clark, Beck, & Alford, 1999) ส่งผลให้บุคคลมีการมองเหตุการณ์ความทุกข์ในปัจจุบัน ว่าจะดำเนินไปไม่มีสิ้นสุด ส่งผลให้เกิดความคับข้องใจ ท้อแท้ สูญเสียความหวังในอนาคต และมีแนวโน้มในการเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

3) ทฤษฎีพฤติกรรม (Behavior theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า การเกิดภาวะซึมเศร้าเกิดจากการได้แรงเสริมทางบวก ที่ไม่เหมาะสม หรือไม่เพียงพอจากสิ่งแวดล้อม หรือไม่ได้รับทันทีที่แสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง ทำให้บุคคลเกิดความเบื่อหน่าย ผิดหวังเสียใจ รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งนำไปสู่การเกิด ภาวะซึมเศร้าตามมา (Clark, Beck, & Alford, 1999) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของแรงเสริม เช่น การมีหรือขาดทักษะทางสังคม อาจเป็นสาเหตุทำให้ภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่ดีขึ้นหรือเลวลง (ดวงใจ กษานติกุล, 2542)

4) ทฤษฎีการยอมจำนนที่เกิดจากการเรียนรู้ (Learned helplessness theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า การเกิดภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับประสบการณ์หรือเหตุการณ์ ที่บุคคลรับรู้ ว่าตนเองไม่สามารถควบคุมได้ หรือเหตุการณ์เลวร้าย ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีอำนาจเพียงพอที่จะควบคุมหรือแก้ไขเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ดังนั้นเมื่อบุคคลต้องประสบกับเหตุการณ์ที่รับรู้ ว่าเลวร้ายซ้ำๆ กัน ความรู้สึกดังกล่าวจะส่งผลให้บุคคลยอมจำนน ไม่ยอมแก้ปัญหา เนื่องจากเกิดการ เรียนรู้ว่าจะไม่สามารถแก้ไขได้ ประกอบกับการขาดแรงเสริมที่เหมาะสม ทำให้บุคคลสูญเสียความ ภาคภูมิใจ และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (จำลอง ดิษยวานิช และพริ้มเพรา ดิษยวานิช, 2546; Ailey & Miller, 2005)

2.2.3 ทฤษฎีทางสังคม (Social Theories) เป็นทฤษฎีที่ศึกษาความเกี่ยวข้องในการเกิด ภาวะซึมเศร้าที่มีสาเหตุจากปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยแนวคิดทฤษฎีนี้เห็นว่า สาเหตุของ ภาวะซึมเศร้าเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลทำให้เกิดการรับรู้ หรือ ความ รู้สึกทั้งทางด้านบวกหรือด้านลบ เช่น เหตุการณ์วิกฤติในชีวิต (Stressful life event) ได้แก่ การสูญเสียงาน การถูกทำร้าย ปัญหาครอบครัว ปัญหาด้านการเงิน และปัญหาด้านกฎหมาย (วิภาวี เฒ่า กันทรกร, 2548) มีบทบาททำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สถานภาพ สมรส บทบาททางสังคม การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยเหล่านี้ อาจเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้ บุคคลที่มีความเปราะบางทางจิตใจ ยอมรับสภาพดังกล่าวไม่ได้ เกิดทัศนคติในแง่ลบ เกิดการแยกตัว จากสังคม ส่งผลให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2.3 อับติการณ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะหนึ่งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เพราะเป็นวัยที่มีการสูญเสียหลายด้าน และ เป็นวัยที่ต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของชีวิตอย่างมาก รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม การมีค่านิยมทางวัฒนธรรมมากกว่าจิตใจ ทำให้บุตรหลานมีเจตคติต่อผู้สูงอายุเปลี่ยนไป มองเห็นคุณค่า ผู้สูงอายุลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า น้อยใจ ท้อแท้ และเบื่อหน่ายชีวิต ความรู้สึกมี คุณค่าในตนเองต่ำ สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง มักมองตนเองในแง่ลบ ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง และยากต่อการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น และเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด (โสภณ แสงอ่อน และกระ, 2550) จากการศึกษาหลายชิ้นในประเทศตะวันตก พบภาวะซึมเศร้าจะพบในผู้สูงอายุ ตั้งแต่ร้อยละ 2.3 ถึง 32.6 (Gallo & Lebowitz, 1999; DeGroot et al., 2001) ซึ่งจะพบในผู้สูงอายุหญิงมากกว่า ผู้สูงอายุชาย (Anderson et al., 2001) สำหรับในประเทศไทยจากการสำรวจสุขภาพคนไทย ระดับชาติครั้งที่ 3 พบอับติการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 17 และผู้สูงอายุชายร้อยละ 10 (เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพันธุ์ บุญยรัตนพันธ์, 2549)

มีการศึกษาหลายชิ้นยืนยันว่าภาวะซึมเศร้านี้จะพบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543; Blazer, 2003; Harris, 2003) จากการทบทวนวรรณกรรมส่วนใหญ่จะชี้ว่าการเป็นโรคเบาหวานอาจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาบางงานที่พบว่าการมีภาวะซึมเศร้าเรื้อรังอาจก่อให้เกิดโรคเบาหวานได้ (Kawakami et al., 1999) นั่นคือความเกี่ยวพันระหว่างโรคเบาหวานกับภาวะซึมเศร้าอาจเป็นแบบ 2 ทิศทาง (bidirectional) นอกจากนี้ยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์จากการศึกษาทั้งภาคตัดขวาง และการศึกษาไปข้างหน้า พบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย (Anderson et al., 2001; Bell et al., 2005; De Groot et al., 2001) เมื่อเปรียบเทียบกับคนปกติพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวานถึง 2-3 เท่า (Harris, 2003; Egede, 2005a) อุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าจึงพบได้ค่อนข้างสูงในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (Anderson et al., 2001; Egede, 2005a, 2005b; Anderson & Christison-Lagay, 2008) ในประเทศตะวันตก พบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 7.2 ถึง 31.7 (Astle, 2007; Bell et al., 2005; Egede, 2005a)

สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (อายุเฉลี่ย 60.2 ± 8.6 ปี) ของ สิตานันท์ พูนผลทรัพย์ และคณะ (2548) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 25.2 และจากการศึกษาของ ประอรทิพย์ สุทธิสาร (2550) ในผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในจังหวัดหนองคาย พบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมดร้อยละ 20.3 เมื่อแยกเป็นกลุ่มอายุพบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีอายุ 60 ปี มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 17.8 และจากการศึกษาของ นพรัตน์ วัชรขจรกุล (2550) ในผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดลำปาง พบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานร้อยละ 38.8 ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานพบได้สูงมากเมื่อเทียบกับวัยอื่นๆ อย่างไรก็ตามการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย โดยส่วนใหญ่จะศึกษาในภาพรวมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานโดยเฉพาะยังมีน้อยมาก

2.3.1 ผลกระทบที่ตามมาของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย ดังนี้

- 1) ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีอิทธิพลทางด้านลบต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง (Egede, 2005a) โดยการมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยในผู้ป่วยเบาหวานมักนำไปสู่สภาวะที่ร่างกายและจิตใจทำงานได้ลดลง ส่งผลให้ขาดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี เช่น กินมากเกินไป ดื่มสุรา ไม่ออกกำลังกาย

กำลังกาย หรือไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (Egede & Ellis, 2008; Gonzalez et al., 2008; Lin et al., 2004; Trief, 2007) ซึ่งจะส่งผลทางลบต่อไปถึงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยตามมา

2) เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งเกิดจากการมองตนเองในแง่ลบ มองตนเองไร้ค่า ท้อแท้ หดงำลังใจ และหนทางตัน ซึ่งนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหาหรือหนีความทุกข์ทรมาน โดยผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงสูงที่มีความคิดฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย (Pompili et al., 2009)

3) เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เพราะด้วยภาวะของโรคทั้งเบาหวานและภาวะซึ่มเศร้ำทำให้ต้องใช้วิธีการรักษาหลายวิธี (Polytherapy) และต้องใช้ระยะเวลานานในการบำบัดรักษา (Gilmer et al., 2005; Trief, 2007; Welch et al., 2009)

4) ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Glycemic control) ซึ่งภาวะซึ่มเศร้ำมักส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย โดยมีหลักฐานการศึกษาหลายชิ้นในประเทศตะวันตกที่แสดงว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึ่มเศร้ำร่วมด้วย มีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ (สิตานันท์ พูนผลทรัพย์ และคณะ, 2548; Harris, 2003; Lin et al., 2004; Lustman et al., 2000; Lustman & Clouse, 2005; Wang et al., 2008) โดยเฉพาะภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

5) เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเพิ่มขึ้น ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพไม่ดี และเสี่ยงต่อการเกิดโรคร่วมอื่นๆ ตามมา เช่น โรคหัวใจ สมองเสื่อม และภาวะทุพพลภาพ (Black, Markides, & Ray, 2003; DeGroot et al., 2001; Lustman & Clouse, 2005; Peyrot, 2003; Trief, 2007)

6) ทำให้ร่างกายยิ่งเสื่อมถอยเร็วยิ่งขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง (Colenda & Smith, 1993; Lustman & Clouse, 2005; Chachamovich et al., 2008)

7) เพิ่มอุบัติการณ์ของการตายก่อนวัยอันสมควร (DeGroot et al., 2001; Trief, 2007) โดยผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึ่มเศร้ำจะเสี่ยงต่อการตายมากกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะซึ่มเศร้ำถึง 2-3 เท่า (Katon et al., 2005) จากการศึกษาระยะยาวของ บอคเนอร์ และคณะ (Bogner et al., 2007) พบว่าการใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึ่มเศร้ำ ช่วยลดอัตราการตายในระยะที่ติดตาม 5 ปี ได้มากกว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึ่มเศร้ำ ที่ได้รับการดูแลตามปกติ

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึ่มเศร้ำในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

1) เพศ (Gender)

โดยทั่วไปโรคเบาหวานมักจะพบมากในเพศหญิงมากกว่าเพศชายถึง 2 เท่า (ศิริอร สีนธู, 2542) การประสบกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และยังต้องทำบทบาทหน้าที่ทั้งเป็นภรรยา แม่ และดูแลสมาชิกในครอบครัว อาจส่งผลให้ผู้ป่วยหญิงโรคเบาหวานมีความเครียดที่ส่งผลต่อการมีอารมณ์ซึมเศร้าตามมา (ศิริอร สีนธู, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาหลายงานที่พบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการเป็นเพศหญิง (Anderson et al., 2001; Blazer et al., 1991; Tellez-Zenteno & Cardiel, 2002) จากการศึกษาของ Egede และ Zheng (2003) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงมีโอกาสมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย 1.7 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของเบล และคณะ (Bell et al., 2005) ที่พบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานเพศหญิงเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุชายเกือบ 2 เท่า ดังนั้นด้วยเหตุปัจจัยทางด้านชีววิทยา และปัจจัยทางจิตสังคมที่มีการกำหนดและการตอบสนองแตกต่างกัน ผู้ป่วยหญิงโรคเบาหวานจึงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ชาย (Peyrot & Rubin, 1997; Dalgard et al., 2006) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของฮู และคณะ (Hu et al., 2007) กลับพบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานเพศชายมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุหญิง

2) สถานภาพสมรส (Marital status)

สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมและการได้รับการเกื้อหนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ (Sicotte et al., 2008) จากการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยของ สุทธนันท์ ชุนแจ่ม (2551) พบว่าสถานภาพสมรสเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากชีวิตสมรสเป็นบริบทของความผูกพันใกล้ชิด บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของคู่สมรสที่มีต่อกัน มีการดูแลช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ตลอดจนร่วมกันเผชิญกับปัญหา เหตุการณ์ต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิต มีการศึกษาหลายงานชี้ว่า สถานภาพสมรสคู่เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อภาวะความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสส่วนใหญ่มักจะมีภาวะความเป็นอยู่ที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานะหม้าย หย่า แยก หรืออยู่คนเดียว (นภาพร ชัยวรรณ, 2548; Horwitz, et al., 1996; Silverstein, Cong, & Li, 2006) และการมีคู่สมรสจะช่วยลดหรือบรรเทาอารมณ์เศร้าได้ (Law & Sbarra, 2009) ทั้งนี้เนื่องจากอย่างน้อยคู่สมรสจะเป็นบุคคลหลักในการดูแลเกื้อหนุนใกล้ชิดในรูปแบบทั้งการแนะนำให้ข้อมูลข่าวสาร การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการดูแลความเป็นอยู่และดูแลทางด้านอารมณ์จิตใจ ดังนั้นการเป็นหม้าย หย่า หรืออยู่คนเดียว อาจนำมาซึ่งความว้าวุ่น เนื่องจากขาดคู่คิด ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นมาได้

สำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน มีหลายการศึกษาชี้ว่า ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวหรือเป็นหม้ายมีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรส (Katon et al., 2004; Sicotte et al., 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ เทลเลซ-เซนติโน และ คาร์ดีเอล (Tellez-Zenteno & Cardiel,

2002) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีสถานะภาพสมรส หม้ายหรือหย่าแยก มีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึ่มเศร้ามากกว่าผู้ที่มีสถานะภาพสมรสคู่ ถึง 3.5 เท่า อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ บาย และคณะ (Bai et al., 2008) ในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ได้หวั่น พบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เป็นหม้ายหรือหย่าแยก มีภาวะซึ่มเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรส

3) ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน (Duration of diabetes)

โรคเบาหวานเป็นโรคที่เป็นเรื้อรัง ที่จำเป็นต้องรักษาพยาบาลเป็นระยะเวลานาน หรืออาจตลอดชีวิตของผู้ป่วย (DeGroot et al., 2001) ระยะเวลาในการเป็นโรคจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้จากการเจ็บป่วยของตนเอง มีการปรับตัวและเรียนรู้ในการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีตามที่ควรจะเป็น อย่างไรก็ตามถ้าผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวหรือเรียนรู้ในการอยู่กับโรคได้ หรือมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ระยะเวลาในการเป็นโรคอาจมีผลต่อภาวะอารมณ์จิตใจทางลบของผู้ป่วยได้ ประกอบกับถ้าโรคนั้นรุนแรง มีพยาธิสภาพแทรกซ้อนมาก ก็อาจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่เลวลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน เกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง นำไปสู่การขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง และเกิดภาวะซึ่มเศร้ามได้มากที่สุด ดังเช่นการศึกษาของ ประอรทิพย์ สุทธิสาร (2550) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึ่มเศร้าม ส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุ การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกับโรค เช่น การจำกัดอาหาร กินยาหรือฉีดยาเป็นประจำ และการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ มักทำให้มีปัญหาทางด้านอารมณ์ เพราะไม่สามารถปรับตัวได้ ทำให้เกิดความท้อแท้ในชีวิต และเกิดภาวะซึ่มเศร้ามตามมา

จากการศึกษาหลายงานในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พบว่าระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดภาวะซึ่มเศร้าม (Bai et al., 2008; Katon et al., 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชู และคณะ (Xu et al., 2004) และ ยาง และคณะ (Yang, Li, & Zheng, 2009) ในผู้ป่วยเบาหวาน ประเทศจีน พบว่าระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกและเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญต่อการเกิดภาวะซึ่มเศร้ามในผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือยิ่งระยะเวลาที่เป็นโรคนานเท่าใดก็มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึ่มเศร้ามมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้จากการศึกษาของซัดเจน จันทรพัฒน์ (2542) ในผู้สูงอายุเจ็บป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่าระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึ่มเศร้าม

4) จำนวนปัญหาสุขภาพและโรคร่วม (Complications and comorbidities)

การมีระดับน้ำตาลสะสมมากในกระแสเลือด เป็นตัวการสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมา และมีผลกระทบต่อหลายระบบในร่างกาย ทำให้เกิดโรคอื่นๆ ตามมาอีกหลายโรค เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเส้นเลือดในสมอง ไตวายเรื้อรัง ตาบอด อัมพาต เป็นต้น

(วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร และวิโรจน์ เจริญจรัสรังษี, 2550; Meneilly & Tesessier, 2001) สอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 ที่พบว่า โดยเฉลี่ยแล้วผู้สูงอายุไทยมีโรคประจำตัวประมาณ 2 โรค และพบว่าผู้สูงอายุบางคนมีโรคเรื้อรังในเวลาเดียวกันถึง 7-8 โรค (เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ จรรยา ภัทรอาชาชัย, 2550) การมีโรคร่วมหลายโรคส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นหรือเกิดความพิการต่างๆ ตามมา (ฉัตรปวีณ์ จรัสรวาวัฒน์, 2551) แบล็คและคณะ (Black, Goodwin, & Markides, 1998) กล่าวว่าระดับของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับจำนวนโรคที่เป็น ยิ่งมีโรคประจำตัวมากการเกิดภาวะซึมเศร้าก็จะมากขึ้นด้วย ดังเช่นการศึกษาของ Egede (2005b) ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีโอกาที่จะมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Major depression) ถ้ามีโรคเรื้อรังร่วมด้วยตั้งแต่ 2 หรือ 3 โรคขึ้นไป โดยเฉพาะโรคหัวใจขาดเลือด (Coronary artery disease) ข้ออักเสบเรื้อรัง (Chronic arthritis) และหลอดเลือดสมอง (Stroke) สอดคล้องกับการศึกษาของ แบล็ค (Black, 1999) ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีโรคร่วม เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคข้ออักเสบ และโรคหัวใจแองไจนา (angina) มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาหลายงานที่สรุปตรงกันว่า การเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานก็เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ (Bai et al., 2008; Black, 1999; Katon et al., 2004; Peyrot & Rubin, 1997) นั่นแสดงว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ยังมีโรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อนมาก ก็จะมีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้ามากยิ่งขึ้น

5) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นสมรรถนะพื้นฐานของผู้สูงอายุในการดูแลพึ่งพาตนเอง ได้แก่ การกิน การนั่ง การยืน การเดิน และการทำสุขอนามัยส่วนบุคคล ซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดเบื้องต้นของภาวะสุขภาพและภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุ (โสภณ แสงอ่อน และคณะ, 2550) โดยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดี แสดงถึงบุคคลนั้นมีความสามารถในการดำเนินชีวิตและดำรงบทบาทของตนเองได้เหมาะสม พึ่งพาตนเองได้ โดยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสามารถนำมาใช้เป็นตัวชี้วัดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุได้ (Jitapunkul et al., 1994) จากการศึกษาของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2542) โดยใช้แบบวัด Barthel ADL Index (BAI) และ Chula ADL Index (CAI) พบว่าผู้สูงอายุไทยร้อยละ 2.1 มีภาวะพึ่งพาและต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ และพบผู้สูงอายุถึงร้อยละ 45 ที่ไม่สามารถเดินทางโดยลำพังได้ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนและภาวะทุพพลภาพ ผู้สูงอายุมักเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ด้วยภาวะของโรคทำให้ต้องมีการรักษาตัวยาวนาน ย่อมจะมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย การดำรงบทบาทของตนเอง และ

จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจนำไปสู่ความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง และเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด

มีการศึกษาหลายงานที่พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กับสภาวะทางด้านอารมณ์และจิตใจ ดังเช่นการศึกษาของเมลานี เอบาส และคณะ (Abas et al., 2009) ในผู้สูงอายุไทย จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าภาวะบกพร่องทางกายที่เกิดจากโรคเรื้อรังต่างๆ โดยเฉพาะโรคอัมพาต มีอิทธิพลต่อการลดลงในความสุขทางใจของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ สเต็ก และคณะ (Stek et al., 2004) พบว่าภาวะทุพพลภาพเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุวัยปลาย มากกว่านี้การศึกษาของ จุฬารัตน์ สธิรปัญญา และ พรชัย สธิรปัญญา (2548) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้น้อย จะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้มาก และการศึกษาของ โซภิน แสงอ่อน และคณะ (2550) ที่พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในชุมชน นั่นคือผู้สูงอายุที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้น้อย จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีความเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ฮู และคณะ (Hu et al., 2007) ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับภาวะซึมเศร้า

6) พฤติกรรมการออกกำลังกาย (Exercise behavior)

การออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพราะการออกกำลังกายจะช่วยเพิ่มความไวของอินซูลิน จะกระตุ้นร่างกายให้ใช้น้ำตาล และช่วยให้กล้ามเนื้อใช้กลูโคสอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ลดหรือชะลอการเกิดโรคต่างๆ ได้ (ฉัตรปวีณ์ จรสวรรค์, 2551; Boule et al., 2001; Demura, Tada, & Matsuzawa, 2003) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอไม่เพียงแต่จะช่วยให้สุขภาพทางด้านร่างกายดีขึ้น ยังส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นด้วย มีหลักฐานจากการศึกษาหลายงานที่ชี้ว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีภาวะซึมเศร้ามาน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกาย แพลนเต้ และ โรดิน (Plante & Rodin, 1993) กล่าวว่า การออกกำลังกายมีอิทธิพลทางบวกต่อสภาวะทางด้านจิตใจ เช่น ช่วยทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น เพิ่มความภูมิใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สอดคล้องกับ คิง และคณะ (King et al., 1993) กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะมีอุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้ามาน้อย ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมออกกำลังกาย กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานของ เดมูระ และคณะ (Demura, Tada, & Matsuzawa, 2003) พบว่าเมื่อเพศและอายุถูกควบคุมทางสถิติ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ บาย และคณะ (Bai et al., 2008) และ ยาง และคณะ (Yang, Li, & Zheng, 2009) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุประเทศจีน

และเงินได้หัววัน ก็พบเช่นกันว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะประเมินตนเองว่ามีความเครียดต่ำกว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ไม่ออกกำลังกาย

7) ความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน (Diabetes-related distress)

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นระยะเวลานานซึ่งบางที่อาจต้องรักษาตลอดชีวิตของผู้ป่วย การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง รวมทั้งการรับประทานยาหรือฉีดยาอย่างสม่ำเสมอจึงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ที่ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติตัวและจัดการตนเอง (Self management) ในการควบคุมโรค หรือการสร้างเสริมสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการเลือกและการควบคุมอาหารที่เหมาะสม การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การกินยาอย่างสม่ำเสมอ หรือการไปพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น ดังนั้นการอยู่กับโรคเบาหวานที่ต้องปฏิบัติตามกฎเกณฑ์การรักษา อาจก่อให้เกิดความ กัดดันในผู้ป่วยได้ ยิ่งถ้าผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแล และมีปัญหาในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลหรือบุคคลรอบข้าง ก็อาจทำให้เกิดความเครียดได้เช่นกัน

ความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน (Diabetes-related distress) เป็นความรู้สึกกดดัน คับข้องใจ โกรธ น้อยใจ ไม่มีกำลังใจ และรู้สึกขัดแย้ง ที่มักพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Fisher et al., 2007; Polonsky et al., 2005) ซึ่งถ้าความทุกข์ยากเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เช่น เกิดภาวะซึมเศร้า (Egede & Zheng, 2003; Polonsky et al., 2005) ความสามารถในการดูแลหรือจัดการตนเองลดลง (Polonsky et al., 1995) และการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ (Cherrington et al., 2006; Polonsky et al., 2005; Snoek et al., 2000) รวมทั้งผลลัพธ์ทางการรักษาไม่ดี (Peyrot, Rubin, & Polonsky, 2008)

มีหลายการศึกษาชี้ว่าภาวะบีบคั้นหรือกดดันทางอารมณ์ (Emotional distress) ความเครียด (Stress) และภาวะซึมเศร้า (Depression) มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันเป็นอย่างมากในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน (Cherrington et al., 2006; Polonsky et al., 1995; Reinschmidt & Chong, 2007) จากการศึกษาของ โพลอนสกี และคณะ (Polonsky et al., 2005) พบว่าความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นการประเมินสุขภาพทางด้านอารมณ์ (Emotional health) ในผู้ป่วยเบาหวานจึงเป็นประเด็นที่สำคัญที่ผู้เกี่ยวข้องควรตระหนักเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นตามมา (Cherrington et al., 2006)

โพลอนสกี และคณะ (Polonsky et al., 1995; Polonsky et al., 2005) ได้พัฒนาแบบวัดความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน มาจากแบบสอบถามความเครียดในผู้ป่วยเบาหวานฉบับแก้ไข (Questionnaire on Stress in patients with Diabetes-Revised – QSD-R) ของ เอิร์ชแบช และคณะ (Herschbach et al., 1997) และแบบวัดพื้นที่ปัญหาในผู้ป่วยเบาหวาน (Problem Areas in Diabetes scale - PAID) ของ โพลอนสกี และคณะ (Polonsky et al., 1995) พบว่าความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1) ความทุกข์ยากต่อกฎเกณฑ์การปฏิบัติตัวต่อโรคเบาหวาน (Regimen distress - RD) เป็นความรู้สึกขัดแย้งหรือกดดันในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในการควบคุมโรค เช่น รู้สึกว่าไม่สามารถทดสอบระดับน้ำตาลด้วยตนเองได้บ่อยเพียงพอ รู้สึกถึงความล้มเหลวในการปฏิบัติตามกฎเกณฑ์คำแนะนำ ไม่มั่นใจในความสามารถตนเอง ไม่สามารถควบคุมการรับประทานอาหารได้อย่างเข้มงวด และขาดแรงจูงใจในการจัดการตนเอง เป็นต้น

2) ความเก็บบททางอารมณ์ (Emotional burden - EB) เป็นความรู้สึกคับข้องใจในการอยู่กับโรคเบาหวาน เช่น รู้สึกว่าเบาหวานต้องใช้ทั้งพลังกายและพลังใจอย่างมากในทุกวัน รู้สึกโกรธอาย หรือเก็บบทเวลาคิดถึงการอยู่กับโรคเบาหวาน รู้สึกว่าเบาหวานนั้นมาควบคุมชีวิต ไม่รู้จะทำอย่างไรในการจัดการกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเป็นเวลานาน และรู้สึกถูกรบกวนงำด้วยข้อ กำหนดของการอยู่กับโรคเบาหวาน จากการศึกษากของ ฮู และคณะ (Hu et al., 2007) พบว่าความทุกข์ยากจากอาการหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (Symptom distress) ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญที่สุดต่อภาวะซึมเศร้า

3) ความทุกข์ยากจากปฏิสัมพันธ์กับบุคคล (Interpersonal distress - ID) เป็นความรู้สึกคับข้องใจหรือน้อยใจในปฏิสัมพันธ์หรือท่าทีของบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนต่อการผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ซึ่งถ้าผู้ป่วยเบาหวานไม่ได้รับการตอบสนองตามที่คาดหวังหรือมีปฏิสัมพันธ์ในทางลบต่อกัน จะส่งผลต่อการเกิดความเครียดได้ เช่น รู้สึกว่าครอบครัวหรือเพื่อนไม่ได้สนับสนุนเท่าที่ควรในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตัวเองที่ถูกต้อง ไม่ได้ซาบซึ้งในความลำบากในการที่ต้องอยู่กับเบาหวาน และไม่ได้ให้การดูแลเอาใจใส่ทางด้านอารมณ์จิตใจตามที่ผู้ป่วยต้องการ

4) ความทุกข์ยากจากความสัมพันธ์กับแพทย์หรือบุคลากรทางด้านสุขภาพ (Physician-related distress - PD) ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์หรือบุคลากรทางด้านสุขภาพกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีผลก่อให้เกิดความรู้สึกตึงเครียดในผู้ป่วยได้ ถ้าผู้ป่วยรู้สึกว่าแพทย์หรือบุคลากรทางด้านสุขภาพ มีความรู้ความชำนาญในการดูแลเบาหวานไม่เพียงพอ ไม่มีทิศทางชัดเจนในการรักษา ไม่ได้ดูแลเอาใจใส่เท่าที่ควร และไม่ได้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยได้

8) ความว้าเหว (Loneliness)

ความว้าเหวเป็นสภาวะการณ์ที่บุคคลรู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง จากการขาดสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และการแยกตัวเองออกจากสังคม (Victor et al., 2000) ความว้าเหวจึงมักจะสัมพันธ์กับสภาวะการณ์ทางด้านจิตใจและอารมณ์ด้านอื่นๆ เช่น ความเศร้า (Karnick, 2005) และความรู้สึกแยกจากสังคม (social isolation) อย่างไรก็ตามบุคคลอาจจะรู้สึกเหงา ว้าเหวได้ แม้ว่าจะอยู่ท่ามกลางผู้คนมากมาย (Victor et al., 2000) Weiss (Weiss, 1973 cited in Russell et al., 1984) แบ่งความว้าเหวออกได้เป็น 2 ประเภทคือ 1) ความว้าเหวทางด้านอารมณ์ (Emotional loneliness) เป็นความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว จากการขาดบุคคลใกล้ชิด หรือบุคคลอันเป็นที่รัก ทำให้รู้สึกอ้างว้าง ว่างเปล่า จากการขาดสัมพันธภาพที่มีความหมายหรือพึงพอใจ และ 2) ความว้าเหวทางด้านสังคม (Social loneliness) เป็นสถานการณ์ที่บุคคลไม่มีเครือข่ายทางสังคม หรือรู้สึกไม่พึงพอใจในเครือข่ายทางสังคมที่ตนอยู่ ขาดการติดต่อ ปฏิสัมพันธ์ และบูรณาการกับสิ่งแวดล้อมทางสังคมนรอบข้าง หรือขาดสัมพันธภาพทางสังคมกับบุคคลอื่น

ปัจจุบันนี้ความว้าเหวในผู้สูงอายุได้รับความสนใจในการค้นหาปัจจัยกำหนดและผลกระทบของความว้าเหวจากนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะผลกระทบที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า มีการศึกษาหลายงานทั้งในประเทศตะวันตกและประเทศตะวันออก ที่พบว่าความว้าเหวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Barg et al., 2006; Kim et al., 2009; Prince et al., 1997; Stek et al., 2004)จากการศึกษาของโสภณ แสงอ่อน และคณะ (2550) ในผู้สูงอายุไทย พบว่าความว้าเหวมีความสัมพันธ์ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเป็นปัจจัยทำนายที่มีอำนาจมากที่สุดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องพบกับเหตุการณ์สูญเสียหลายอย่างที่เกิดขึ้นไม่ได้ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ไม่ว่าจะเป็นคู่ชีวิตหรือญาติสนิท การสูญเสียบทบาทต่างๆ ในสังคม และการขาดปฏิสัมพันธ์กับสังคม ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเหงา โดดเดี่ยว มักจะเก็บตัวหมกมุ่นอยู่กับตัวเอง มองตนเองในด้านลบ และรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า โดยถ้าความรู้สึกเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องยาวนาน ก็จะทำให้เกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด (Prince et al., 1997)

9) ความผาสุกทางใจ (Psychological well-being)

ความผาสุกทางใจ เป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิตของมนุษย์และเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนปรารถนา เพราะเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงการมีคุณภาพชีวิต และการมองสภาพแวดล้อมในแง่ดี บุคคลจะรับรู้ความผาสุกทางใจต่อสภาวะของตนในลักษณะของความสุขและความพึงพอใจในชีวิตที่ปรากฏอยู่จริง ผู้สูงอายุที่มีความผาสุกทางใจจะเป็นผู้ที่มีความสุข ความยินดี และมีความพึงพอใจกับ

ชีวิตไม่มีภาวะบีบคั้นทางจิตใจ ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงถึงการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (Ingersoll-Dayton et al., 2004)

อินเกอซอล เดย์ตัน และคณะนักวิจัยในประเทศไทย (จิราพร เกศพิชญพัฒนา และคณะ, 2543; จันทรเพ็ญ แสงเทียนฉาย และคณะ, 2544; Ingersoll-Dayton et al., 2001; Ingersoll-Dayton et al., 2004) ได้พัฒนารอบแนวคิดความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุไทย ที่สอดคล้องกับบริบทความเป็นจริงของสังคมไทย ผลการศึกษาพบว่า ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุไทยมีทั้งความรู้สึกสุขที่เกิดจากความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง (Interpersonal psychological well-being) และความสุขทางใจภายในตนเอง (Intrapersonal psychological well-being) โดยได้นิยามความผาสุกทางใจว่าเป็นความรู้สึกตามการรับรู้ของบุคคลขึ้นอยู่กับสภาพสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ ซึ่งมีผลต่อความรู้สึก และการรับรู้ในมิติที่ต่างกันไป ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุไทยประกอบด้วย 5 มิติ คือ

1. ความสามัคคีปรองดอง (Harmony) เป็นเรื่องที่ผู้สูงอายุไทยให้ความสำคัญมาก เมื่อกล่าวถึงความสุขทางใจ เกิดขึ้นเมื่อบุคคลในครอบครัว สังคม มีความกลมเกลียวรักใคร่ ไม่ทะเลาะเบาะแว้งกัน ความสามัคคีที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลในครอบครัว เช่น ลูกหลาน การเป็นมิตรที่ดีต่อกันระหว่างเพื่อน เพื่อนบ้าน ตลอดจนความสำเร็จ ความก้าวหน้าของบุคคลในครอบครัว ลูกหลาน นำมาซึ่งความภาคภูมิใจและความสุขทางใจของผู้สูงอายุ

2. การพึ่งพาอาศัยกันและกัน (Interdependence) ผู้สูงอายุรู้สึกสบายใจมีความสุขในการที่ตนเองได้ทำตนให้เป็นประโยชน์ หรือช่วยเหลือลูกหลาน บุคคลในครอบครัว ในขณะเดียวกันบุคคลในครอบครัว หรือลูกหลานตอบแทนผู้สูงอายุโดยการเลี้ยงดู ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วย ความรู้สึกสบายใจ เกิดจากความมีคุณค่าในตนที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และตนยังมีคุณค่าเป็นที่พึ่ง เป็นบุคคลที่มีประโยชน์แก่ลูกหลาน

3. ความสงบสุขและการยอมรับ (Calmness & acceptance) การทำใจให้ยอมรับและหาความสงบในจิตใจเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างหนึ่งสำหรับผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะกล่าวถึงการปล่อยวางความคิดที่ทำให้ไม่สบายใจ ทำใจให้ยอมรับ หรือปลงกับสิ่งที่ตนเอง ไม่สามารถขัดขวาง หรือควบคุมได้ การทำใจให้สงบไม่คิดมาก อารมณ์เสีย หรือกลุ้มกับสิ่งที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ จะเป็นวิธีหนึ่งที่ผู้สูงอายุใช้เพื่อให้เกิดความสงบทางใจ

4. การเคารพนับถือ (Respect) การเคารพนับถือที่นำไปสู่ความสุขทางใจของผู้สูงอายุ คือการที่ผู้สูงอายุรับรู้ มีความรู้สึกกับการเคารพให้เกียรติ หรือคำแนะนำที่ให้แก่ผู้อาวุโสน้อยกว่า มีผู้รับฟัง หรือปฏิบัติตาม การเคารพนับถือที่ผู้สูงอายุ ได้รับจากบุคคลอื่นๆ แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในชีวิตของผู้สูงอายุ การดำเนินชีวิตที่ดีเป็นที่เคารพและนับถือของบุคคลในชุมชนนั้นๆ

5. ความเบิกบาน (Enjoyment) ความเบิกบานนำมาซึ่งความสุขของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความรู้สึกสดชื่น มีชีวิตชีวา และสนุกสนาน รื่นรมย์กับสิ่งรอบตัว ความเบิกบานอาจเกิดจากการทำกิจกรรมกับเพื่อน หรือกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน เช่น ร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ไปวัด หรือ

อาจเป็นความเบิกบานจากการทำสิ่งที่ตนเองชอบ งานยามว่าง หรือเก็บเกี่ยวความสุขเล็กๆ น้อยๆ ที่อยู่รอบตัว รวมทั้งการมีอารมณ์ขัน ทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกรำคาญ เหงา หรือโดดเดี่ยว

ความผาสุกทางใจ เป็นความรู้สึกพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ ตามสภาพความเป็นจริงที่ตนเผชิญอยู่ โดยผ่านกระบวนการทางปัญญา เกิดการรับรู้และประมวลภาพรวมเป็นแนวคิดของตนเอง ความผาสุกทางใจประกอบด้วยหลายมิติทั้งความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเองและความสุขที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งขึ้นอยู่กับความรู้ สิ่งแวดล้อม สังคม วัฒนธรรมของบุคคลนั้นๆ บุคคลที่มีความผาสุกทางใจสูง จึงมีภาวะอารมณ์จิตใจทางบวก และมีความพึงพอใจในชีวิตสูง ในทางตรงกันข้ามจะมีภาวะอารมณ์จิตใจทางด้านลบต่ำ ดังเช่นการศึกษาของ อินเกอซอล-เดย์ตัน และคณะ (Ingersoll-Dayton et al., 2004) ที่พบว่าความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Liu, Shono, และ Kitamura (2007) ที่พบว่าความผาสุกทางใจเป็นปัจจัยกำหนดที่สำคัญต่อภาวะซึมเศร้า เช่นเดียวกับการศึกษาของ Gargiulo และ Stokes (2009) ที่ชี้ว่าการขาดความสุขทางใจ เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ส่วน Rizwan และคณะ (2005) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับของภาวะซึมเศร้ากับความผาสุกทางใจในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน แต่ทว่ามีความผาสุกทางใจต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน นั่นคือภาวะซึมเศร้ากับความผาสุกทางใจมีความสัมพันธ์ทางลบต่อกันและกัน

10) เหตุการณ์วิกฤตในชีวิตและความเดือดร้อน (Stressful Life Events and difficulties)

ปัจจัยด้านจิตใจที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอีกปัจจัยหนึ่ง คือ ความเครียดกับเหตุการณ์ชีวิต ซึ่งเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้น จากการตอบสนองต่อปัญหาต่างๆ หรือความเดือดร้อนในชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังทางกาย การสูญเสียบุคคลหรือสิ่งอันเป็นที่รัก ความขัดแย้ง และปัญหาชีวิตสมรส หรือปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ (Kraaij, Arensman, & Spinhoven, 2002; Trief, 2007) ซึ่งถ้าบุคคลปรับตัวไม่ได้กับปัญหาดังกล่าว อาจทำให้เกิดความเศร้า ท้อแท้ หดหวัง ไม่อยากต่อสู้ชีวิต ขาดความมั่นใจในการดำเนินชีวิตหรือหมดหนทางแก้ไข ปัญหา อันนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ ดังเช่นการศึกษาของบาร์เดอร์ สลิมเบอร์ และลีซาส (Barder, Slimmer, & LeSage, 1994) พบว่าความรู้สึกหมดหนทางจะเกิดกับผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือในระยะเวลานานและมีประสบการณ์ของสุขภาพที่อ่อนแอ ได้มากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยแบบเฉียบพลันหรืออยู่ในช่วงฟื้นฟูสภาพ ความรู้สึกนี้จะทำให้เกิดการเรียนรู้หรือรับรู้ของตนเองหมดหนทางในการช่วยเหลือ และไม่อาจควบคุมสิ่งต่างๆ ได้ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

มีการศึกษาหลายงานที่พบว่าเหตุการณ์วิกฤตของชีวิตที่ทำให้เกิดความเครียด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Fisher et al., 2001; Kraaij, Arensman, & Spinhoven,

2002) ทั้งนี้เนื่องจากอารมณ์ตอบสนองต่อปัญหาต่างๆ ในชีวิต ต่อความเครียดที่เกิดขึ้น ต่อภาวะการสูญเสีย หรือภาวะที่ทำให้เกิดความเสียใจ ไม่สบายใจ หรือเกิดเป็นความทุกข์ทางใจ สามารถพัฒนาสู่ภาวะซึมเศร้าได้ โดยความเครียด (Stress) จะทำให้เกิดการขาดหรือลดน้อยลงของสารสื่อประสาทบางชนิดในสมองที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับอารมณ์ โดยสารสื่อประสาท ซีโรโตนิน จะลดต่ำลงมาก รวมไปถึงสารอื่นๆ อีกบางตัวด้วย ภาวะที่ขาดสมดุลของสารเคมีต่างๆ เช่น การเพิ่มขึ้นของสาร innate immune cytokines จากการกระตุ้นโดยความเครียด จะทำให้ระบบการทำงานของสมองรวนเรไป เกิดเป็นอาการซึมเศร้าตามมา (Miller & Raison, 2008) จากการศึกษาของ Fisher และคณะ (2001) พบว่าเหตุการณ์วิกฤติในชีวิตและความเดือดร้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาทางการเงิน ปัญหาคู่สมรสและความขัดแย้งในครอบครัว เป็นตัวทำนายสำคัญของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน

ผู้สูงอายุโรคเบาหวานอาจประสบกับความเครียดกับเหตุการณ์ชีวิต หรือภาวะวิกฤติในเหตุการณ์ชีวิตได้หลายประการ เช่น การตายของคู่สมรส การเป็นหม้าย (Widowhood) ความขัดแย้งกับบุตรหลาน การขาดการดูแลจากบุตรหลาน หรือแม้กระทั่งความรุนแรงในครอบครัวเนื่องจากปัจจุบันนี้การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ในสภาพเศรษฐกิจบีบรัด โครงสร้างอาชีพและการทำงานของประชาชนไทยเปลี่ยนแปลงไปจากการทำเกษตรกรรมแบบดั้งเดิม ครอบครัวเกษตรกรไม่สามารถหาเลี้ยงชีพได้พอเพียงเช่นที่เคยเป็นมา ประชากรวัยทำงานจำนวนมากจึงต้องอพยพย้ายถิ่นฐานเพื่อมาหางานทำในเมืองใหญ่ๆ โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร โครงสร้างครอบครัวขยายแบบไทยเดิมเปลี่ยนแปลงมาเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น สิ่งเหล่านี้ล้วนกระทบต่อระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง นอกจากนี้สังคมไทยยังให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุน้อย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังขาดการเรียนรู้เพื่อเตรียมตัวรับสภาพการเข้าสู่วัยบั้นปลายของชีวิต ผู้สูงอายุจึงกลายเป็นกลุ่มที่เป็นภาระของสังคมและครอบครัว ยิ่งมีอายุสูงขึ้นอัตราการเกิดโรคมามากกว่าหนึ่งโรคจะสูงขึ้นตามลำดับ ควบคู่ไปกับความเสื่อมโทรมทั้งร่างกาย และจิตใจ จากโรคหรือกลุ่มอาการที่มากับความเสื่อม อันนำไปสู่ภาวะพึ่งพา และภาวะทุพพลภาพ ซึ่งส่งผลต่อความเครียดในชีวิตและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ดังนั้นปัญหาทางด้านจิตใจโดยเฉพาะความเครียดกับเหตุการณ์ทางลบในชีวิต (negative life events) ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานจึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจ

11) การเกื้อหนุนทางสังคม (Social support)

ปัจจัยด้านสังคมที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน คือ การได้รับการเกื้อหนุนทางสังคมจากเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ ครอบครัว บุตร หลาน ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน และชุมชน ทั้งแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

เคราส์ และมากิเดส (Krause & Markides, 1990) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมต่อผู้สูงอายุ ออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นข้อมูลและการแสดงออกที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ เป็นความรู้สึกที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีคุณค่าซึ่งมักจะได้รับความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน

2. การให้ความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม (Tangible support) เป็นการช่วยเหลือเกื้อหนุนหรือช่วยทำกิจกรรมที่เป็นรูปธรรม เช่น ช่วยเหลือเรื่องการเดินทางหรือรับส่งท่านเช่น พาท่านไปเยี่ยมญาติ ไปสถานพยาบาล หรือไปเที่ยวในสถานที่ต่างๆ ช่วยท่านทำงานบางอย่างให้เสร็จ เช่น งานบ้านหรืองานต่างๆ ภายในบ้าน และการช่วยเหลือในการพาไปจ่ายซื้อของ

3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) เป็นการให้คำแนะนำ ข้อมูล และการชี้แนะแนวทางที่ควรปฏิบัติ เพื่อแก้ไขปัญหา การให้คำแนะนำที่ทำให้เรื่องยากๆ เป็นเรื่องที่เข้าใจได้ง่าย รวมทั้งวิธีการปฏิบัติที่ได้ผลมาแล้วเมื่อเจอสถานการณ์ที่ตึงเครียดซึ่งคล้ายกับที่ผู้สูงอายุกำลังประสบอยู่

มีผู้กล่าวจนเป็นที่รับรู้ทั่วกันว่าการช่วยเหลือเกื้อกูลกันเป็นสิ่งที่มียู่ในสังคมไทย อันเป็นสังคมแห่งพุทธศาสนา ผู้คนมีจิตใจเมตตา เพื่อแผ่อุปถัมภ์ซึ่งกันและกัน แนวคิดการเกื้อหนุนทางสังคมนี้ สามารถนำมาอธิบายความช่วยเหลือที่ผู้สูงอายุได้รับจากบุคคลต่างๆ ที่อยู่อาศัยในชุมชนเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นบุคคลในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้าน รวมทั้งหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ครอบครัวเป็นหน่วยทางสังคมพื้นฐานที่เป็นแหล่งเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุไทย (จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย และคณะ, 2544; Subgranon & Lund, 2000) อันมีพื้นฐานมาจากความเชื่อ การให้คุณค่า และหลักธรรมคำสอนของพุทธศาสนา ในภาระหน้าที่ของบุตรหลาน (filial obligation) และเรื่องการตอบแทนบุญคุณ ความกตัญญู กตเวทิต์ ที่มีต่อบุพการี (Kespichayawattana, 1999)

แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การมีสัมพันธภาพอันดีกับครอบครัว เพื่อน และสังคม สัมพันธภาพกับคนที่ดูแลหรือญาติที่ดูแลนั้นว่ามีความสำคัญยิ่งต่อผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ซึ่งการมีสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุไทย ส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยสูงอายุมิมีความรู้สึกเข้ากับสมาชิกครอบครัวได้ดี เนื่องจากตามสภาพสังคมไทย ครอบครัว และบุตรหลาน มีบทบาทสำคัญที่ต้องเลี้ยงดูเมื่อพ่อแม่เข้าสู่วัยสูงอายุ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ก็หวังพึ่งพาบุตรหลานในบั้นปลายของชีวิต หรือเมื่อยามเจ็บป่วย ดังนั้นผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่จึงมีสมาชิกในครอบครัว คือ คู่สมรสหรือบุตรหลาน เป็นผู้ดูแลและใกล้ชิด เป็นที่พึ่งในเวลาเจ็บป่วย เป็นที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหา รวมทั้งเป็นผู้ช่วยเหลือด้านเงินทอง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกอบอุ่นเมื่ออยู่ท่ามกลางบุตรหลาน และมีความสุขทางใจในปฏิสัมพันธ์และการได้รับการช่วยเหลือเกื้อหนุนจากครอบครัว (จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย และ

คณะ, 2544; Ingersoll-Dayton et al., 2001; Knodel & Chayovan, 2009) จากลักษณะดังกล่าว จึงมีผลในการปรับตัวเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยสูงอายุได้ ดังนั้นการได้รับการ เกื้อหนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (Sicotte et al., 2008)

มีการศึกษาหลายงานทั้งในประเทศตะวันตก (Byers et al., 2008; Dalgard et al., 2006; Sicotte et al., 2008; Ward, 2008) และในประเทศไทย (จุฑารัตน์ สติรปัญญา และ พรชัย สติรปัญญา, 2548; โสภณ แสงอ่อน และคณะ, 2550) ที่ชี้ว่าการเกื้อหนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบ กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ นั่นคือการใช้ผู้สูงอายุได้รับการเกื้อหนุนดูแลจากครอบครัวหรือบุคคลรอบข้างดี ก็เกิดภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ หรืออีกทางหนึ่งคือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่ เพียงพอหรืออยู่ในระดับต่ำ มีแนวโน้มที่จะทำให้อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุเพิ่มมากขึ้น (Bai et al., 2008; Chi et al., 2005) และการศึกษาของ วอร์ด (Ward, 2008) พบว่า คุณภาพของ ความสัมพันธ์ระหว่างบุตรกับผู้สูงอายุที่เป็นพ่อแม่ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ นั่นคือถ้าความสัมพันธ์ดี ราบรื่น จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ โดยผู้สูงอายุที่รับรู้หรือรู้สึกว่าได้รับการ ดูแลที่ดีจากบุตรหลานจะช่วยลดอาการของภาวะซึมเศร้าลงได้ (Byers et al., 2008) ดังนั้นปัจจัย ด้านสัมพันธ์ภาพกับครอบครัว น่าจะเป็นสิ่งที่ช่วยในการปรับตัวเผชิญกับความเครียด และป้องกัน ไม่ให้เกิดผลกระทบต่อยุติใจได้ คุณภาพของการเกื้อหนุนทางสังคมนั้นสำคัญกว่าปริมาณ และมี อิทธิพลต่อภาวะทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศหญิง (Siu & Phillips, 2002; Chan & Lee, 2006) การขาดแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุได้ โดยจากการศึกษาของ ยาง และคณะ (Yang et al., 2009) ยืนยันว่า การได้รับการเกื้อหนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีพลังมากปัจจัยหนึ่งในการทำนายภาวะซึมเศร้า โดยผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการเกื้อหนุน ทางสังคมน้อย หรือไม่ได้รับ จะประสบกับภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ได้รับการเกื้อหนุนทางสังคมอย่าง เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บาย และคณะ (Bai et al., 2008) ในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ประเทศจีนได้หวัน ที่พบว่าการเกื้อหนุนทางสังคม เป็นปัจจัยทำนายที่มีพลังสูงที่สุดต่อการเกิดภาวะ ซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานเมื่อเปรียบ เทียบกับปัจจัยอื่นๆ

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ประอรทิพย์ สุทธิสาร (2550) ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลหนองคาย และบริบทชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 340 คน ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าพบร้อยละ 20.3 โดยพบในเพศหญิงร้อยละ 87 และเมื่อแยกเป็นกลุ่มอายุพบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 14.3, 21.3, และ 17.8 ในกลุ่มอายุ 41-49 ปี, 50-59 ปี, และ 60 ปีขึ้นไป ตามลำดับโดยข้อมูลบริบทชีวิตจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า 1) ปัจจัยทางชีวภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุ และปรับตัวไม่ค่อยได้ในการที่ต้องเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต คือ จำกัดอาหาร กินยา หรือฉีดยาเป็นประจำ หรือการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านอารมณ์ เพราะไม่สามารถปรับตัวกับพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยท้อแท้ในชีวิต เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา 2) ปัจจัยทางจิตสังคม พบว่ามีเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต ที่ไม่สามารถควบคุมหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ รู้สึกว่าตนเองถูกกดดันเหตุการณ์หรือปัญหานั้นๆ จนต้องอยู่ในสภาพคล้อยตาม จะทำให้สูญเสียความภาคภูมิใจและคุณค่าในตนเอง และขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งจากคนในครอบครัว ญาติที่อยู่ต่างถิ่น และบุคคลอื่นในสังคม และ 3) ปัจจัยทางสภาพสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง ต้องพึ่งพาคนในครอบครัว และรายได้ก็ยังไม่เพียงพอ ทำให้มีความรู้สึกต่ำต้อย และไม่มีคุณค่าในตนเอง

โสภณ แสงอ่อน และคณะ (2550) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ความว้าเหว่ และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีทางจิตสังคมของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชัยนาท จำนวน 96 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 37.5 มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง 2) จำนวนปัญหาสุขภาพและความว้าเหว่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า 3) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมและสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า 4) จำนวนปัญหาสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว และความว้าเหว่ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 61 ชัดเจน จันทรพัฒน์ (2542) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลา จำนวน 120 คน ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 61.7 โดยที่ร้อยละ 37.5 อยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 21.7 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 2.5 อยู่ในระดับรุนแรง เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล การมีสัมพันธภาพกับครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย และความสามารถในการทำกิจวัตร

ประจำวัน โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึ่มเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลได้ร้อยละ 36

เบล และคณะ (Bell et al., 2005) ศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึ่มเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานประเทศสหรัฐอเมริกาที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท 3 กลุ่ม คือ อัฟริกัน-อเมริกัน ชนพื้นเมืองดั้งเดิม และชนผิวขาว ผลการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์โดยรวมของภาวะซึ่มเศร้าร้อยละ 15.8 ซึ่งพบความชุกมากที่สุดในชนพื้นเมืองดั้งเดิม (ร้อยละ 21) ตามมาด้วยคนอัฟริกัน-อเมริกัน (ร้อยละ 14.6) และชนผิวขาว (ร้อยละ 13.6) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึ่มเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญ คือ เพศหญิง สถานะภาพสมรสโสด หรือหม้าย การศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยม มีปัญหาทางการเงิน มีโรคประจำตัวมาก และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยเมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณ พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึ่มเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน คือ เพศ การศึกษา รูปแบบการอยู่อาศัย ดัชนีมวลกาย จำนวนโรคประจำตัว และสมรรถภาพทางกาย

เทลเลซ-เซนติโน และ คาร์ดีเอล (Tellez-Zenteno & Cardiel, 2002) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะซึ่มเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศเม็กซิโก พบว่าความชุกของภาวะซึ่มเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานร้อยละ 39 ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึ่มเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ การเป็นหม้าย เพศหญิง แม่บ้าน การมีโรคร่วมหลายโรค และการมีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดใน 5 ครั้งที่ผ่านมา มากกว่า 200 mg% โดย 3 ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สามารถทำนายภาวะซึ่มเศร้าในผู้สูงอายุเม็กซิโกโรคเบาหวาน คือ การมีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดใน 5 ครั้งที่ผ่านมา มากกว่า 200 mg% การเป็นหม้ายหรือหย่า และเพศหญิง

ซู และคณะ (Xu et al., 2004) ศึกษาภาวะซึ่มเศร้าและปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึ่มเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประเทศจีน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 222 คน (ชาย 115 คน หญิง 107 คน, อายุเฉลี่ย 56.36 ± 12.67 ปี, ระยะเวลาในการเป็นโรค 7.36 ± 6.32 ปี) ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของภาวะซึ่มเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานพบร้อยละ 23 พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายเกือบ 2 เท่า เมื่อวิเคราะห์ด้วย Univariate logistic regression พบว่า ระยะเวลาในการเป็นโรค ระดับ HbA_{1c} และไตรกลีเซอไรด์ จำนวนโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อน และเพศหญิง มีความสัมพันธ์กับภาวะซึ่มเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อวิเคราะห์ด้วย Multiple logistic regression พบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึ่มเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน คือ ระยะเวลาในการเป็นโรค จำนวนโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อน ระดับ HbA_{1c} และเพศหญิง

ยาง และคณะ (Yang, Li, & Zheng, 2009) ศึกษาถึงระดับของการเกื้อหนุนทางสังคมกับภาวะซึ่มเศร้า และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายภาวะซึ่มเศร้าในผู้ป่วย

โรคเบาหวานที่อาศัยอยู่ในชุมชน ประเทศจีน จำนวน 148 คน ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยทางด้าน อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว การอยู่อาศัย การทำงาน การออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอ ระยะเวลาในการเป็นโรค ภาวะแทรกซ้อนของโรคและโรคร่วมอื่นๆ รวมทั้งการได้รับการ เกื้อหนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยทำนาย ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ดีที่สุด คือ การเกื้อหนุนทางสังคม ระยะเวลาการเป็นโรค การ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมีงานทำ และจำนวนโรคร่วม

บาย และคณะ (Bai et al., 2008) ศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ ซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ประเทศจีนได้หวั่น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป จำนวน 156 คน ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก ใน 3 โรงพยาบาล ในเขต Kaohsiung โดยเลือกตามความสะดวก ผลการศึกษาพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 26 ซึ่งแสดงถึงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ 2) ความแตกต่างของคะแนนภาวะ ซึมเศร้าขึ้นอยู่กับ ระยะเวลาในการเป็นโรค ภาวะแทรกซ้อนของโรค และชนิดของการรักษา 3) การ เกื้อหนุนทางสังคม และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และ 4) การเกื้อหนุนทางสังคม และภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เป็น ปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยสามารถร่วมกันอธิบายความ ผันแปรของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 25.9 โดยการเกื้อหนุนทางสังคมมีอิทธิพลในทางลบต่อภาวะ ซึมเศร้า ในขณะที่การมีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

สเติก และคณะ (Stek et al., 2004) ศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยคัดสรรและสมรรถภาพทาง สมองที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุวัยปลาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุวัยปลาย (Oldest old) ที่มีอายุ 85 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชน จำนวน 500 คน ผลการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์ของ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุวัยปลาย ซึ่งประเมินจากแบบวัด Geriatric Depression Scale พบร้อยละ 15.4 ไม่มีความแตกต่างกันของภาวะซึมเศร้าโดยปัจจัยทางประชากร และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุวัยปลายอย่างมีนัยสำคัญ คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ดี ความว่าเหว่ ความ บกพร่องทางการเคลื่อนไหว สมรรถภาพทางสมองที่ลดลง และการมีภาวะทุพพลภาพ

จิ และคณะ (Chi et al., 2005) ศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจีน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 917 คน ประเมินจากแบบวัด Geriatric Depression Scale 15 ข้อ โดยกำหนดจุดตัดที่ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 8 ที่แสดงถึงการมีภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์ภาวะ ซึมเศร้าพบร้อยละ 14.5 ในผู้สูงอายุหญิง และร้อยละ 11.0 ในผู้สูงอายุชาย ซึ่งมีความชุกพอๆ กับ

ประเทศอื่นๆ ทั้งประเทศแถบตะวันออก และประเทศตะวันตก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การประเมินสุขภาพไม่ดี ความเจ็บปวดระยะยาว มีข้อจำกัดของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การอาศัยอยู่ในฮ่องกง น้อยกว่า 20 ปี มีความยากลำบากทางการเงิน และได้รับการเกื้อหนุนทางสังคมในระดับต่ำ

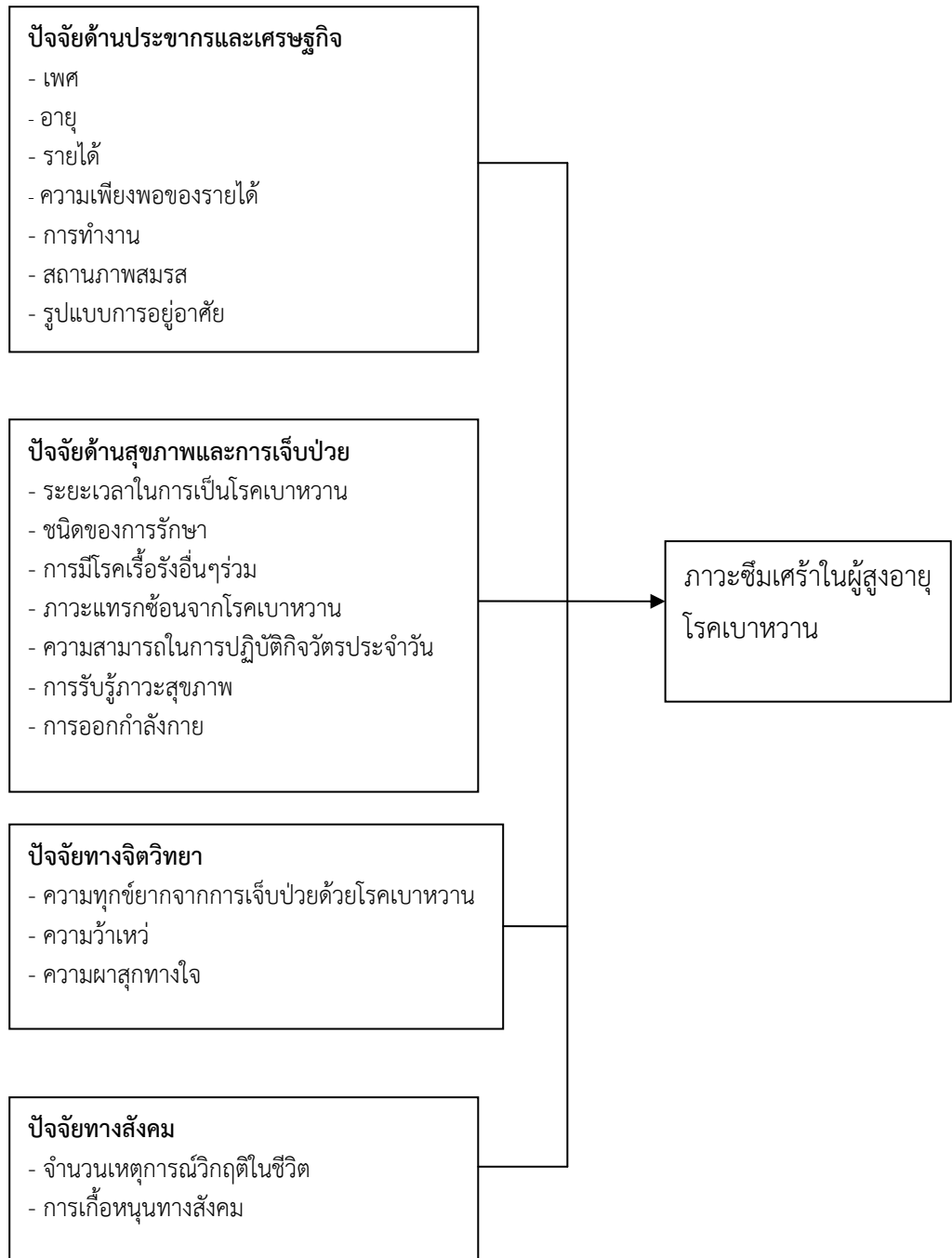
เดอมูระ (Demura et al., 2003) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยในวิถีชีวิต ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ประเทศญี่ปุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 1,269 คน ผลการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน พบในเพศหญิง มากกว่าเพศชาย และพบในผู้สูงอายุที่มีอายุมาก มากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า โดยพบสูงที่สุดในผู้สูงอายุหญิงวัยปลาย เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลโดยควบคุมปัจจัยด้านเพศ และอายุ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ คือ สมรรถภาพทางกาย พฤติกรรมการออกกำลังกาย การมีส่วนร่วมในกิจกรรมจิตอาสา และจำนวนเพื่อน นอกจากนี้ภาวะซึมเศร่ายังพบได้สูงในผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีฐานะเศรษฐกิจต่ำ

ฮาริส และคณะ (Harris et al., 2003) ศึกษาปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุใน ประเทศอังกฤษ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ขึ้นไป จำนวน 2,843 คน ประเมิน ภาวะซึมเศร้าโดยใช้ Geriatric Depression Scale ผลการศึกษาพบความชุกของภาวะซึมเศร่าร้อยละ 23.8 หลังจากควบคุมตัวแปรอายุ เพศ แล้วพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร่ามากกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะทุพพลภาพ 26.9 เท่า ผู้สูงอายุที่ไม่พึงพอใจต่อการเกื้อหนุน ดูแลที่ได้รับมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร่ามากกว่าผู้ที่พึงพอใจ 4.2 เท่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีเงิน บำนาญเลี้ยงชีพมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร่ามากกว่าผู้ที่มีเงินบำนาญ 1.9 เท่า

แบล็ค (Black, 1999) ศึกษาความสัมพันธ์ของภาระโรคกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เม็กซิกัน-อเมริกัน โรคเบาหวาน ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,832 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุ โรคเบาหวานมีภาวะซึมเศร่าร้อยละ 31.1 การมีโรคร่วม ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิต สูง โรคข้อเสื่อม และอาการเจ็บหน้าอกในโรคหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร่า นอกจากนี้ การมีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การ มีโรคปัสสาวะเล็ด สายตาไม่ดี การประเมินสุขภาพที่ไม่ดี และการใช้บริการสุขภาพ ก็มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับอาการซึมเศร้า การศึกษานี้ชี้ว่าการมีภาระโรค ทั้งการมีโรคร่วม และภาวะแทรกซ้อนของ โรค รวมทั้งข้อบกพร่องหรือความพิการทางด้านร่างกาย มีอิทธิพลสำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การเกิดภาวะซึมเศร้ายังไม่มีแนวคิดทฤษฎีใดที่สามารถอธิบายได้อย่างชัดเจน จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่ามีทฤษฎีสำคัญที่เกี่ยวข้องได้แก่ ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยา และทฤษฎีทางสังคม รวมทั้งปัจจัยด้านบุคคลที่เกี่ยวข้อง (Ailey & Miller, 2005; Clark, Beck, & Alford, 1999) สามารถนำมาอธิบายปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยได้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดจากการสังเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มาใช้เป็นกรอบแนวคิด โดยมุ่งเน้นศึกษาปัจจัยคัดสรรสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ซึ่งครอบคลุมทั้งปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยทางด้านร่างกาย ปัจจัยทางด้านจิตใจ และปัจจัยทางสังคม โดยสามารถนำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้ ดังภาพ



3

บทที่ 3

ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย

บทที่ 3

ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์และทำนาย (A descriptive correlational predictive research)

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type II diabetes) ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกเบาหวานในโรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทย โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้คือ 1) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากแพทย์ไม่น้อยกว่า 6 เดือน 3) มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 4) สามารถเข้าใจภาษาไทยและสื่อสารได้ และ 4) ยินดีเข้าร่วมในโครงการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากรในการหาอุบัติการณ์ของโรค ดังสูตรดังนี้ (อรุณ จีรวรรณกุล, 2551) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 1015 คน

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}{e^2}$$

โดย, n = ขนาดตัวอย่าง

α = ความผิดพลาดของการสรุปลักษณะประชากรจากค่าสถิติของตัวอย่าง โดยกำหนดที่ 0.05

$Z_{\alpha/2}$ = Confidence coefficient ได้จากความเชื่อมั่นที่กำหนด เท่ากับ 1.96

P = สัดส่วนของอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานจากการศึกษาที่ผ่านมา เท่ากับ 0.39 (นพรัตน์ วัชรขจรกุล, 2550)

e = ความกระชับของการประมาณค่า (precision of estimation) กำหนดที่

0.03

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการเลือกหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 สุ่มจังหวัด โดยแบ่งพื้นที่ เป็น 4 ภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ และทำการสุ่มตัวอย่างจังหวัดแบบง่าย กำหนดภาคละ 2 จังหวัด รวมเป็น 8 จังหวัด

ขั้นที่ 2 สุ่มตัวอย่างโรงพยาบาล โดยใช้วิธีสุ่มแบบ Cluster Random Sampling ซึ่งแบ่งโรงพยาบาล ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

- 1) กลุ่มโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์
- 2) กลุ่มโรงพยาบาลขนาด 60 เตียงขึ้นไป
- 3) กลุ่มโรงพยาบาลขนาด 30 เตียงลงไป

ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ กำหนดกลุ่มละ 1 โรงพยาบาล รวมเป็น 3 โรงพยาบาล รวมทั้งหมดเป็น 24 โรงพยาบาล ใน 8 จังหวัดที่เลือกมา

ขั้นที่ 3 เลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลโดยกำหนดขนาดของตัวอย่างของผู้สูงอายุในแต่ละโรงพยาบาลตามจำนวนสัดส่วนของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนแล้วในอำเภอที่โรงพยาบาลนั้นตั้งอยู่ โดยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n) แบบ Proportional to size ตามสูตรสัดส่วนดังนี้

$$\text{ratio} = 1015 / \text{จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมดใน 24 โรงพยาบาล}$$

$$n = \text{จำนวนผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานทั้งหมดในโรงพยาบาลนั้น} \times \text{ratio}$$

จำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ภาค จังหวัด อำเภอ โรงพยาบาล จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน และจำนวนผู้สูงอายุ โรคเบาหวานกลุ่มตัวอย่าง ในประเทศไทย แยกตามพื้นที่ศึกษา*

ภาค	จังหวัด	อำเภอ	โรงพยาบาล	จำนวนผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน	จำนวนผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง
เหนือ	เชียงใหม่	แมริม	นครพิงค์ (รพ.ทั่วไป)	2765	61
		สันป่าตอง	สันป่าตอง (รพช-90)	1586	35
		ดอยเต่า	ดอยเต่า (รพช-30)	685	15
	น่าน	เมือง	น่าน (รพ.ทั่วไป)	2447	54
		เวียงสา	เวียงสา (รพช-60)	1133	25
		เชียงกลาง	เชียงกลาง (รพช-30)	500	11
ตะวันออกเฉียงเหนือ	นครราชสีมา	เมือง	มหาราชนครราชสีมา (รพ.มหาราช)	4441	98
		ด่านขุนทด	ด่านขุนทด (รพช-90)	2357	52
		หนองบุญมาก	หนองบุญมาก (รพช-30)	952	21
	อุบลราชธานี	เมือง	สรรพสิทธิประสงค์ (รพ.ศูนย์)	4169	92
		เดชอุดม	สมเด็จพระยุพราชเดชอุดม (รพช-120)	3354	74
		โขงเจียม	โขงเจียม (รพช-30)	544	12
กลาง	สระบุรี	พระพุทธบาท	พระพุทธบาท (รพ.ทั่วไป)	3626	80
		แก่งคอย	แก่งคอย (รพช-60)	1224	27
		วิหารแดง	วิหารแดง (รพช-30)	952	21
	กาญจนบุรี	ท่ามะกา	มะการักษ์ (รพ.ทั่วไป)	2493	55
		บ่อพลอย	บ่อพลอย (รพช-60)	1088	24
		ด่านมะขามเตี้ย	ด่านมะขามเตี้ย (รพช-30)	679	15
ใต้	สุราษฎร์ธานี	เมือง	สุราษฎร์ธานี (รพ.ศูนย์)	3218	71
		พุนพิน	พุนพิน (รพช-90)	1360	30
		บ้านนาเดิม	บ้านนาเดิม (รพช-30)	490	11
	สงขลา	หาดใหญ่	หาดใหญ่ (รพ.ศูนย์)	4081	90
		ระโนด	ระโนด (รพช-60)	1414	31
		นาหม่อม	นาหม่อม (รพช-30)	454	10
				46012	1015

* ข้อมูลจากสถานบริการทางด้านสาธารณสุขในพื้นที่เป้าหมาย

1. สํารวจจํานวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งกำหนดให้มีจํานวนตัวอย่าง 1015 ราย โดยกำหนดจํานวนกลุ่มตัวอย่าง (n) แบบ Proportional to size ตามสูตรสําคัญดังนี้

$$\text{ratio} = 1015 / \text{จํานวนผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานทั้งหมดใน 24 โรงพยาบาล}$$

$$n = \text{จํานวนผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานทั้งหมดในโรงพยาบาลนั้น} \times \text{ratio}$$

2. ทำการสุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานโดยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ (systematic random sampling) ทั้งนี้ให้มีช่วงห่างของการเลือกตัวอย่างจากการคํานวณ $I = N/n$ (N=จํานวนผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานทั้งหมดในโรงพยาบาล; n=จํานวนผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลนั้น) เพื่อหาจุดเริ่มต้นการสุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน สำหรับการเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 8 ส่วน โดยมีขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วยข้อมูล 3 ด้าน ได้แก่ ลักษณะทางด้านประชากร ลักษณะทางด้านเศรษฐกิจ และข้อมูลทางด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมินแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 2 ส่วนคือ 1) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Modified Barthel ADL Index - MBAI) และ 2) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องและซับซ้อน โดยใช้ ดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index; CAI) ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐาน ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและได้รับการทดสอบแล้วกับผู้สูงอายุไทย โดยสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ (Jitapunkul et al., 1994)

ส่วนที่ 3 แบบวัดความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน โดยใช้แบบวัดความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน (Diabetic Distress scale - DDS) ของ โพลอนสกี และคณะ (Polonsky et al., 2005) อย่างไรก็ตามเนื่องจากต้นฉบับแบบวัดความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน (DDS) เป็นภาษาอังกฤษ ยังไม่เคยมีการแปลเป็นฉบับภาษาไทย จึงต้องมีการกระบวนการแปลเป็นภาษาไทยอย่างเป็นระบบ โดยใช้วิธีการดังนี้

1. ติดต่อขออนุญาตผู้ถือลิขสิทธิ์เพื่อนำมาใช้
2. นำเครื่องมือที่คัดเลือกแล้วมาแปล เรียบเรียง ตามขั้นตอนที่เหมาะสม ดังนี้คือ
 - 2.1 ให้ผู้แปลซึ่งเป็นคนไทยที่มีความรู้และเชี่ยวชาญในภาษาอังกฤษ จำนวน 2 คน ทำการแปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย (Forward translation)
 - 2.2 นำต้นฉบับการแปลทั้งสองฉบับมาประชุมปรึกษา เปรียบเทียบกับต้นฉบับภาษาอังกฤษ เพื่อทำการแก้ไขให้เหมาะสม และสรุปผลเป็นต้นฉบับภาษาไทยที่ได้รับการยอมรับโดยผู้แปลทั้งสองคน
 - 2.3 นำต้นฉบับที่ได้ไปมอบให้ผู้แปลคนที่สาม ซึ่งเป็นเจ้าของภาษา (อังกฤษ) ที่มีความรู้ความชำนาญในการใช้ภาษาไทยเป็นอย่างดี ทำการแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษอีกครั้ง (Backward translation)
 - 2.4 นำต้นฉบับภาษาอังกฤษนี้มาเปรียบเทียบกับต้นฉบับเดิม ศึกษาทำความเข้าใจถึงความแตกต่างหรือผิดพลาดที่เกิดขึ้น แล้วนำมาพิจารณาเพื่อตกลงแก้ไขต้นฉบับภาษาไทยอีกครั้ง
 - 2.5 นำต้นฉบับภาษาไทยร่างสุดท้ายไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ เพื่อพิจารณาความตรงตามเนื้อหา ขอความคิดเห็นและข้อเสนอเพิ่มเติม
 - 2.6 นำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเบาหวานจำนวน 170 คน เพื่อวิเคราะห์ความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ
 - 2.7 ปรับถ้อยคำ สำนวนภาษาให้เข้าใจง่าย และเหมาะกับการนำไปใช้จริง

แบบวัดความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานฉบับภาษาไทย (Thai version of Diabetic Distress scale) ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ อารมณ์ความรู้สึกเป็นภาระและความยุ่งยากจากข้อกำหนดให้ปฏิบัติ (Emotional and regimen-related burden) 10 ข้อ ความทุกข์จากการให้บริการของแพทย์และพยาบาล (Physician and nurse-related distress) 4 ข้อ และ ความทุกข์จากความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว (Diabetes-related interpersonal distress) 3 ข้อ รวมทั้งหมด 17 ข้อ โดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 6 ระดับ ได้แก่ (1) ไม่ทุกข์เลย (2) ทุกข์เล็กน้อย (3) ทุกข์ปานกลาง (4) ค่อนข้างทุกข์มาก (5) ทุกข์มาก และ (6) ทุกข์มากที่สุด โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 17 – 102 คะแนน ซึ่งคะแนนมากบ่งชี้ถึงการมีความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานสูง แบบวัดความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานฉบับภาษาไทย มีค่า

ความเชื่อมั่นภายใน (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.95 และค่าคะแนนจากการทดสอบซ้ำ 2 ครั้งภายใน 2 อาทิตย์ (Test-retest reliability) เท่ากับ 0.97 ซึ่งแสดงถึงการเป็นที่ยอมรับในความเที่ยงและความคงที่ของเครื่องมือ เครื่องมือนี้มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้สำหรับการประเมินระดับความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานในผู้สูงอายุไทยโรคเบาหวานได้

ส่วนที่ 4 แบบวัดความว้าเหว ผู้วิจัยใช้แบบวัดความว้าเหว ฉบับย่อของ Hughes et al., (2004) ที่พัฒนามาจากแบบวัด The University of California at Los Angeles (UCLA) Loneliness Scale Version 3 ของ รัสเซลล์ (Russell, 1996) แปลเป็นภาษาไทยโดยใช้เทคนิควิธี Forward-backward translation แบบวัดความว้าเหว ประกอบด้วยคำถามจำนวน 3 ข้อ โดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 3 ระดับ ได้แก่ (1) ไม่เคย (2) นานๆครั้ง และ (3) บ่อยครั้ง โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 3 – 9 คะแนน ซึ่งคะแนนมากบ่งชี้ถึงการมีความว้าเหวสูง

ส่วนที่ 5 แบบวัดความผาสุกทางใจ ผู้วิจัยใช้แบบวัดความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุไทย ฉบับภาษาไทยที่สร้างและพัฒนาในบริบทของผู้สูงอายุไทย โดย อินเกอซอล เดย์ตัน และคณะนักวิจัยไทย (Ingersoll-Dayton et al., 2004) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 ด้าน มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 15 ข้อ คือ ความผาสุกทางใจในปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal psychological well-being) จำนวน 9 ข้อ และความผาสุกทางใจที่รู้สึกข้างใน (Intrapersonal psychological well-being) จำนวน 6 ข้อ โดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 4 ระดับ ได้แก่ (1) ไม่จริง (2) จริงบางครั้ง (3) ค่อนข้างจริง และ (4) จริงตลอดเวลา ซึ่งแต่ละข้อจะเป็นข้อคำถามความเห็นทางบวกทั้งหมด โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 15 – 60 คะแนน ซึ่งคะแนนมากบ่งชี้ถึงการมีความผาสุกทางใจสูง

ส่วนที่ 6 แบบวัดเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต ผู้วิจัยใช้แบบประเมินเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต ของ เอบาส และคณะนักวิจัยไทย (Abas et al., 2009) ที่แปลและดัดแปลงมาจากแบบวัดเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต ของ Brugha & Cragg (1990) มีข้อคำถามเพื่อประเมินเหตุการณ์วิกฤติในชีวิตในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 12 ข้อ ให้เลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 0 – 12 คะแนน

ส่วนที่ 7 แบบวัดการเกื้อหนุนทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดการเกื้อหนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่แปลและพัฒนาโดย กัตติกา ธนะขว้าง (Thanakwang, 2008) ตามแนวคิดของ เคราส์ และมากิเดส (Krause & Makides, 1990) โดยปรับสำนวนภาษาข้อคำถามบางข้อให้มีความชัดเจนและเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน แยกเป็นการเกื้อหนุนทางสังคมโดยครอบครัว และการเกื้อหนุนทางสังคมโดยเพื่อน โดยมีแบบวัดการเกื้อหนุนทางสังคมโดยครอบครัว จำนวน 11 ข้อ และแบบวัดการเกื้อหนุนทางสังคมโดยเพื่อน จำนวน 11 ข้อ ซึ่งมี 4 องค์ประกอบ คือ 1) การเกื้อหนุนด้านอารมณ์จิตใจ 2) การเกื้อหนุนด้านความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม และ 3) การ

เกื้อหนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยใช้มาตรวัดแบบ Likert scale 4 ระดับ ได้แก่ (1) ไม่เคย (2) เป็นบางครั้ง (3) ค่อนข้างบ่อย และ (4) เป็นประจำ ซึ่งแต่ละข้อจะเป็นข้อคำถามความเห็นทางบวกทั้งหมด โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 11 – 44 คะแนน ซึ่งคะแนนมากบ่งชี้ถึงการได้รับการเกื้อหนุนทางสังคมในระดับสูง

ส่วนที่ 8 แบบวัดความเศร้า ผู้วิจัยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ (Geriatric Depression Scale – GDS-15) ที่แปลเป็นภาษาไทยและทดสอบคุณสมบัติโดย ณหทัย วงศ์ปการันย์ และคณะ (Wongpakaran, Wongpakaran, & Reekun, 2013) มีจำนวน 15 ข้อ ให้เลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 0 – 15 คะแนน โดยแบ่งกลุ่มคะแนนตามระดับของภาวะซึมเศร้า ดังนี้คือ

ระดับภาวะซึมเศร้า	คะแนน
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	0-4
ซึมเศร้าเล็กน้อย	5-7
ซึมเศร้าปานกลาง	8-12
ซึมเศร้ารุนแรง	13-15

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้าง และพัฒนาขึ้นทั้งหมด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมของข้อคำถาม จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมด มาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ โดยใช้เกณฑ์การตัดสินความตรงของเนื้อหา ตามความเห็นสอดคล้องและยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ซึ่งกำหนดค่าที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป (Burns & Grove, 2009)

2) การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว มาตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในโรงพยาบาลของรัฐอื่นที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แล้วนำข้อมูลมาคำนวณหาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha)

แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์ของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาครอนบาช ดังนี้

แบบวัดการมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคม เท่ากับ 0.87

แบบวัดการก่อหนี้ทางสังคมโดยครอบครัว เท่ากับ 0.91

แบบวัดการก่อหนี้ทางสังคมโดยครอบครัว เท่ากับ 0.90

แบบวัดสมรรถนะทางกาย เท่ากับ 0.79

แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองด้านโภชนาการ เท่ากับ 0.89

แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย เท่ากับ 0.88

แบบวัดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.94

แบบวัดความผาสุกทางใจ เท่ากับ 0.92

แบบวัดการยังประโยชน์ต่อสังคม เท่ากับ 0.87

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย จากหน่วยงานของผู้วิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลแต่ละแห่ง เพื่อขอความร่วมมือในการทำการวิจัย
2. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ธุรการ เพื่อขอทราบผลการอนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาล
3. ภายหลังได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อขอชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนและคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการกับหัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก และหัวหน้าแผนกคลินิกผู้ป่วยเบาหวาน
4. ผู้วิจัยศึกษาจากรายงานประวัติของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่มีลักษณะตรงกับกลุ่มตัวอย่าง
5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยที่ผ่านการอบรมในการใช้แบบสอบถามให้มีความเข้าใจตรงกัน นำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษา รายละเอียด ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยอ่านแบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และแบบสอบถามให้ผู้สูงอายุฟัง เมื่อผู้สูงอายุยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลโดยการอ่านแบบสอบถามแล้วให้ผู้สูงอายุตอบ โดยใช้เวลาเก็บข้อมูลต่อรายประมาณ 40 - 50 นาที
6. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทั้งหมด มาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของคำตอบในแบบสอบถาม และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ตระหนักถึงประเด็นด้านจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ โดยส่งขอรับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ตามเอกสารเลขที่โครงการ 54 02 04 0041 และบางโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปที่กำหนดให้ต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ก่อนเก็บข้อมูล (ภาคผนวก ข) และผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับอนุมัติ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลโดยผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล และผู้สูงอายุจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ประโยชน์ของการให้ข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล หรือการบริการทางสุขภาพที่ได้รับแต่อย่างใด นอกจากนี้ในระหว่างการสัมภาษณ์หากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัย ก็สามารถบอกเลิกได้ โดยไม่มีเงื่อนไขใดๆ และไม่มีผลต่อการบริการที่ได้รับเช่นกัน ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือว่าเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆ จะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง ผู้วิจัยอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างฟัง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยในใบยินยอม (Informed Consent Form)

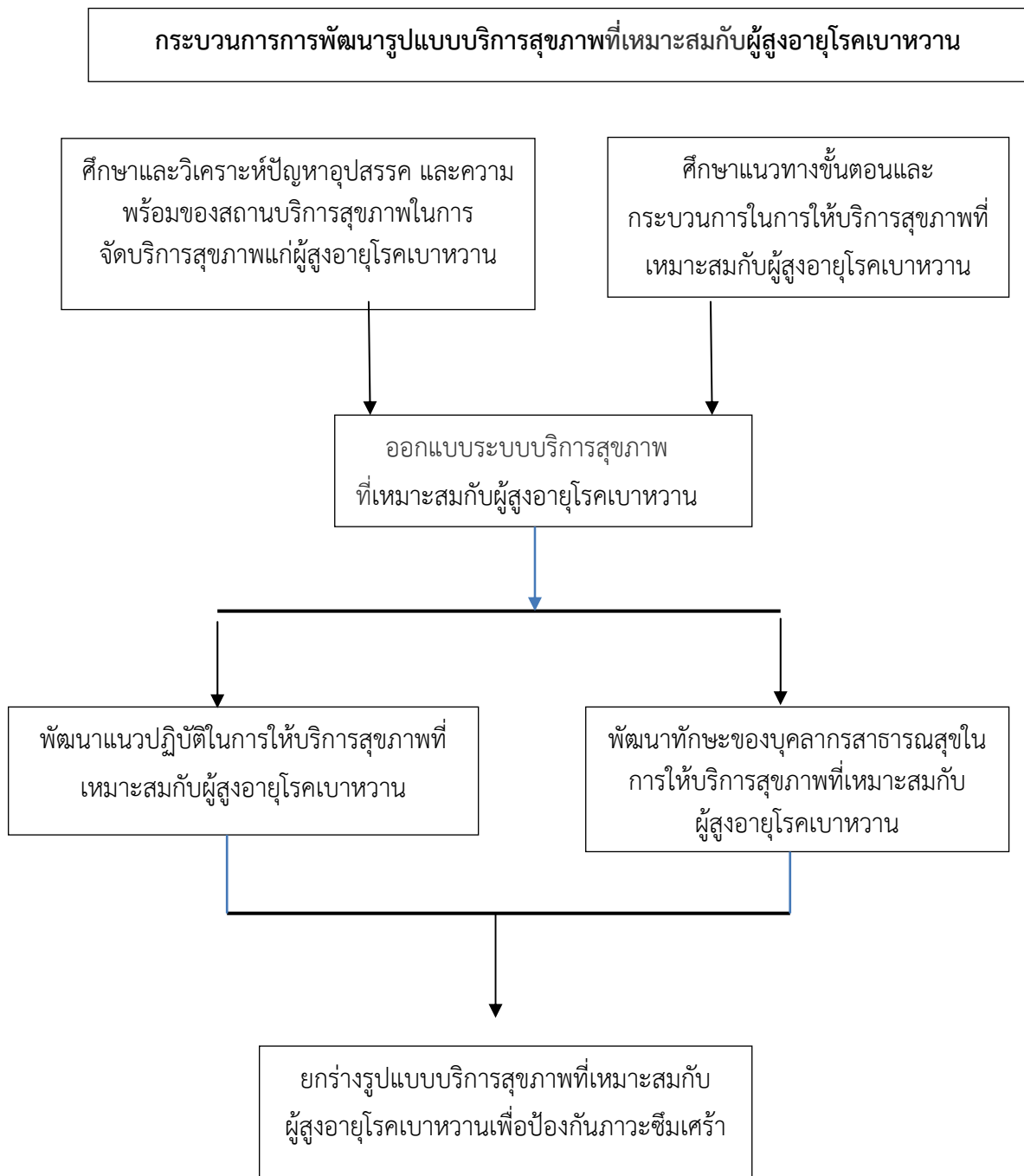
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อีตา (Eta Coefficient) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) ตามระดับมาตรวัดของตัวแปรแต่ละคู่
4. วิเคราะห์อำนาจทำนายด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple correlation coefficient) ระหว่างตัวแปรทั้งหมด โดยใช้วิธีวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณด้วยวิธี Enter

ระยะที่ 2 การศึกษาครั้งนี้ใช้การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Base Project: PABP) เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เป็นการศึกษาระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยนำผลของการศึกษาวิจัยในระยะที่ 1 ร่วมกับการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน รวมทั้งปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุโรคเบาหวานเกี่ยวกับบริการสุขภาพ ร่วมกับการวิเคราะห์ความพร้อมของสถานบริการสุขภาพในการให้บริการสุขภาพ การพัฒนารูปแบบการให้บริการ การพัฒนาทักษะของผู้ให้บริการสุขภาพ การพัฒนาแนวปฏิบัติในการให้บริการ การพัฒนาช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพ และยกย่องระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้า โดยมีวัตถุประสงค์ย่อยดังนี้

- 1) ศึกษาและวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และความพร้อมของสถานบริการสุขภาพในการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
 - 2) ออกแบบรูปแบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
 - 3) ศึกษาแนวทางขั้นตอนและกระบวนการในการให้บริการสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
 - 4) พัฒนาทักษะของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการให้บริการสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
 - 5) พัฒนาแนวปฏิบัติในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
 - 6) ยกย่องรูปแบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
- โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังแผนภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

พื้นที่

โดยเลือกพื้นที่ แบบเจาะจง 1 อำเภอ ในจังหวัดที่มีอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรคเบาหวานในระดับสูงจากข้อค้นพบจากการสำรวจเชิงปริมาณ ในระยะที่ 2 ผู้วิจัยจะเลือกพื้นที่ ดำเนินโครงการ โดยใช้วิธีแบบเจาะจง (Purposive sampling) 1 อำเภอ โดยกำหนดเกณฑ์การ คัดเลือกดังนี้

1. เป็นพื้นที่ที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน และมีอุบัติการณ์ของภาวะ ซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานสูง
2. เป็นพื้นที่ที่มีสถานบริการสาธารณสุขทั้งระดับปฐมภูมิ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ) และระดับทุติยภูมิ (โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลจังหวัด)
3. เป็นพื้นที่มีทุนทางสังคม มีเครือข่ายทางสังคมของชุมชนที่สามารถสร้างให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการร่วมกันพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
4. เป็นพื้นที่ที่ประชาชนมีความเข้มแข็ง มีความกระตือรือร้นในการพัฒนาและมีประวัติใน การมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนที่ดี
5. เป็นพื้นที่ที่นักวิจัยสามารถเข้าถึงและเดินทางได้สะดวก ชุมชน และเครือข่ายทางสังคม โดยเฉพาะสถานบริการสาธารณสุขยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

โดยพื้นที่ที่เลือกคืออำเภอสูงเนิน อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งระบบบริการผู้ป่วย โรคเบาหวาน ประกอบด้วย โรงพยาบาลสูงเนิน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายในเขตอำเภอสูงเนิน

กลุ่มตัวอย่าง

- 1) ผู้ให้บริการสุขภาพ เป็นกลุ่มผู้ที่ให้บริการสุขภาพ ที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานบริการ สุขภาพ ของรัฐ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ในพื้นที่ศึกษาวิจัย จำนวนทั้งสิ้น 15 คน
- 2) ครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มบุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน และเป็นผู้ที่ผู้สูงอายุมีความไว้วางใจในการปรึกษาปัญหา โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ เจาะจง จำนวนทั้งสิ้น 25 คน
- 3) ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่อยู่ในพื้นที่ศึกษาวิจัย จำนวน 25 คน คัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่างแบบเจาะจงผู้ที่สนใจเข้าร่วม
- 4) กลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ใน พื้นที่ศึกษาวิจัย จำนวนทั้งสิ้น 15 คน

5) กลุ่มองค์กรภาครัฐและเอกชนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ คัดเลือกจากหน่วยงานต่างๆ ที่อยู่ในพื้นที่ศึกษาวิจัย เช่น จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาล ผู้นำชุมชน เป็นต้น โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวนทั้งสิ้น 20 คน

เครื่องมือวิจัย

1) แนวคำถามกึ่งโครงสร้างสำหรับการสนทนากลุ่มและการระดมสมอง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม นำไปตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหาและภาษา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน และในประเด็นเกี่ยวกับการจัดระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เป้าหมายของการจัดการบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน รูปแบบการให้บริการ กลยุทธ์ในการสื่อสาร/ช่องทางการสื่อสาร บทบาทหน้าที่ของเครือข่ายทางสังคมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และนำเครื่องมือดังกล่าวไปปรับปรุงตามข้อเสนอแนะและทดลองนำร่องกับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมาย และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

2) แนวคำถามกึ่งโครงสร้างสำหรับการสนทนากลุ่มหรือสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโรคเบาหวานและญาติผู้ดูแล ในการใช้บริการระบบสุขภาพของคลินิกโรคเบาหวาน ความพึงพอใจ ปัญหาอุปสรรคและความต้องการการได้รับการบริการ

ขั้นตอนการศึกษา

1) การสนทนากลุ่มย่อย (focus group discussion) และประชุมระดมสมอง multi-stakeholder ในผู้เกี่ยวข้องเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์การศึกษาสถานการณ์ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพ การปรับตัวและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบกับข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากการสำรวจภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในระยะที่ 1 โดยร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค จุดแข็ง จุดอ่อนของบทเรียนการดำเนินงานการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ผ่านมา ศึกษาสถานการณ์การผลักดันให้มีบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้า

2) ทีมวิจัยศึกษาค้นคว้าเอกสารงานวิจัย และเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้า และร่างระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

3) จัดประชุมระดมสมอง กลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้อง ทั้งฝ่ายผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ครอบครัว องค์กรรัฐและชุมชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อยกร่างระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้า และวิพากษ์ระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิ

4) ประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อระดมสมองผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องด้านผู้สูงอายุและสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อการออกแบบแนวปฏิบัติการให้บริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้า และการถอดบทเรียนจากการพัฒนารูปแบบโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยใช้วิธีการประชุม จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

4

บทที่ 4

ผลการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ผลการดำเนินการวิจัยเรื่องภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ในประเทศไทย ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล จำแนกเป็น 6 ตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ตอนที่ 2 อุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ตอนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยทางจิตวิทยา (ความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความว่าเหว และความผาสุกทางใจ) และปัจจัยทางสังคม (จำนวนเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม) ในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางจิตวิทยา และปัจจัยทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ตอนที่ 5 ปัจจัยทำนาย (ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางจิตวิทยา และปัจจัยทางสังคม) ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ตอนที่ 6 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุเบาหวาน ประกอบด้วย

1. ลักษณะทางด้านประชากรและสังคมของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
2. ลักษณะทางด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
3. ข้อมูลทางด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

1. ลักษณะทางด้านประชากรและสังคมของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำแนกตามคุณลักษณะทางด้านประชากรและสังคม (n = 1015)

คุณลักษณะทางด้านประชากรและสังคม	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- หญิง	703	69.3
- ชาย	312	30.7
อายุ		
- 60 – 69 ปี	569	56.1
- 70 – 79 ปี	353	34.8
- 80 ปี ขึ้นไป	93	9.2
Mean = 69.19, Max = 96 , Min = 60 , SD = 7.12		
สถานภาพสมรส		
- โสด	41	4.0
- คู่	630	62.1
- หม้าย/หย่า/แยก	344	33.9
ระดับการศึกษา		
- ไม่ได้เรียน	194	19.1
- ประถมศึกษาปีที่ 4	696	68.6
- มัธยมศึกษา	88	8.6
- อนุปริญญา/ปริญญาตรี	37	3.7
รูปแบบการอยู่อาศัย		
- อยู่คนเดียว	84	8.3
- อยู่กับคู่สมรสเท่านั้น	208	20.4
- อยู่กับบุตร/หลาน	695	68.5
- อยู่กับญาติ/คนอื่น	28	2.8
ผู้ดูแลหลัก		
- ไม่มี	108	10.6
- คู่สมรส	387	38.1
- บุตร/หลาน	493	48.6
- ญาติพี่น้อง	25	2.5
- คนอื่น	2	0.2
การนับถือศาสนา		
- พุทธ	978	96.3
- คริสต์	10	1.0
- อิสลาม	27	2.7

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานกลุ่มตัวอย่าง มากกว่า 2 ใน 3 เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 69.3 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยต้นที่มีอายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.1 และรองลงมาคือวัยกลางที่มีอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 34.8 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 69 ปี (SD.=7.12) ส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 62.1 รองลงมาคือสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 33.9 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่เรียนจบประถมศึกษาปีที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 68.6 รองลงมาคือไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 19.1 รูปแบบการอยู่อาศัยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตร/หลาน คิดเป็นร้อยละ 68.5 ที่น่าสนใจคือมีผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่อยู่กับคู่สมรสเท่านั้น ร้อยละ 20.4 และอยู่คนเดียว ร้อยละ 8.3 ด้านผู้ดูแลหลักพบว่าเกือบครึ่งมีบุตร/หลานเป็นผู้ดูแลหลัก คิดเป็นร้อยละ 48.6 โดยมีผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคู่สมรสเป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 38.1 และไม่มีผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 10.6 และผู้สูงอายุเกือบทั้งหมด ร้อยละ 96.3 นับถือศาสนาพุทธ

2. ลักษณะทางด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จำแนกตามคุณลักษณะทางด้านเศรษฐกิจ (n = 1015)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การทำงาน		
- ไม่ได้ทำงาน	679	66.9
- ยังทำงานอยู่	336	33.1
รายได้ต่อเดือน		
- 1,000 บาท หรือน้อยกว่า	234	23.1
- 1,001 – 2,000 บาท	238	23.4
- 2,001 – 5,000 บาท	295	29.1
- 5,001 – 10,000 บาท	123	12.1
- มากกว่า 10,000 บาท	125	12.3
ความเพียงพอของรายได้		
- ไม่เพียงพอ	369	36.4
- พอแต่ไม่มีเก็บ	377	37.1
- พอและเก็บได้บ้าง	227	22.4
- พอและเก็บได้ตลอด	42	4.1

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเบาหวานส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 66.9 ส่วนรายได้ต่อเดือนมีรายได้ 2,001 – 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 29.1 รองลงมามีรายได้ 1,001 – 2,000 บาท บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 23.4 และมีรายได้ 1,000 บาท หรือน้อยกว่าต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 23.1 ซึ่งเป็นรายได้ที่ต่ำกว่าเส้นความยากจน (Poverty line) ของประชาชนไทย ในด้านความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่รายงานว่าพอแต่ไม่มีเก็บ คิดเป็นร้อยละ 37.1 ตามมาด้วยไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 36.4 และเพียงพอและเก็บได้บ้าง คิดเป็นร้อยละ 22.4

3. ข้อมูลทางด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จำแนกตามข้อมูลทางด้านสุขภาพ และการเจ็บป่วย (n = 1015)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน (Duration of diabetes)		
- น้อยกว่า 1 ปี	23	2.3
- 1 – 5 ปี	311	30.6
- 6 – 10 ปี	325	32.0
- 11 – 15 ปี	137	13.5
- 16 – 20 ปี	126	12.4
- มากกว่า 20 ปี	93	9.2
Mean = 10.52, Max = 46 , Min = 0.5, SD = 7.97		
ชนิดของการรักษา (Type of treatment)		
- ควบคุมอาหาร	8	0.8
- ยากิน	780	76.8
- ยาฉีด	64	6.3
- ยาฉีด + ยากิน	163	16.1
การมีโรคร่วม (Co-morbid diseases)		
- มี	876	86.3
- ไม่มี	139	13.7
การมีภาวะแทรกซ้อน (Diabetes complications)		
- มี	285	28.1
- ไม่มี	730	71.9
HbA1C		
- มากกว่า 7 mg%	550	61.2
- น้อยกว่า 7 mg%	348	38.8
การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง		
- แย่มากๆ	38	3.7
- แย่	168	16.6
- ปานกลาง	405	39.9
- แข็งแรงดี	326	32.1
- แข็งแรงดีมาก	78	7.7

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การออกกำลังกาย		
- ไม่เคย	387	38.1
- เป็นบางครั้ง	417	41.1
- เสมอ	211	20.8
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน	$\bar{X}$	SD
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ต้องนั่งและซับซ้อน		

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคเบาหวานเป็นระยะเวลา 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 32 รองลงมาเป็นระยะเวลา 1 - 5 ปี ร้อยละ 30.6 โดยเฉลี่ยระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวานเท่ากับ 10.5 ปี ชนิดของการรักษาส่วนใหญ่รักษาด้วยยา กิน คิดเป็น ร้อยละ 76.8 รองลงมาได้แก่ ยาฉีดและยาฉีด ร้อยละ 16.1 และเฉพาะยาฉีด คิดเป็นร้อยละ 6.3 ส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังอื่น ๆ รวมอย่างน้อย 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 86.3 และส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 71.9 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เป็นร้อยละ 28.1 ด้านผลของระดับน้ำตาลกลูโคสในเม็ดเลือดแดง (HbA1C) พบว่ามากกว่าครึ่งมีค่าระดับ HbA1C มากกว่า 7 mg% คิดเป็นร้อยละ 61.2 ในด้านการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพตนเอง พบว่าส่วนใหญ่ รายงานภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 39.9 รองลงมาคือ แข็งแรงดี คิดเป็นร้อยละ 32.1 และสุขภาพแย่ คิดเป็นร้อยละ 16.6 ในด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานออกกำลังกายเป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 41.1 และไม่เคยออกกำลังกายเลย คิดเป็นร้อยละ 38.1

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (n = 160)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	Range	$\bar{X}$	SD.	ระดับ
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน	6 - 18	16.19	3.48	สูง
ความสามารถในการเคลื่อนไหว	3 - 9	6.48	2.46	ปานกลาง
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ต้องซับซ้อน	7 - 21	14.57	4.77	ปานกลาง
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวม	16 - 48	37.24	9.73	ปานกลาง

จากตารางที่ 5 พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activity of Daily Living) อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =16.19, SD.=3.48) ความสามารถในการเคลื่อนไหว (Physical function) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ต้องซับซ้อน (Instrumental Activity of Daily Living) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =6.48, SD.=2.46; $\bar{X}$ =14.57, SD.=4.77 ตามลำดับ) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =37.24, SD.=9.73)

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละ ของสมรรถนะทางด้านสมอง ของผู้สูงอายุวัยปลาย (n = 160)

สมรรถนะทางด้านสมอง	จำนวน	ร้อยละ
มีภาวะสมองเสื่อม	45	28.1
ไม่มีภาวะสมองเสื่อม	115	71.9

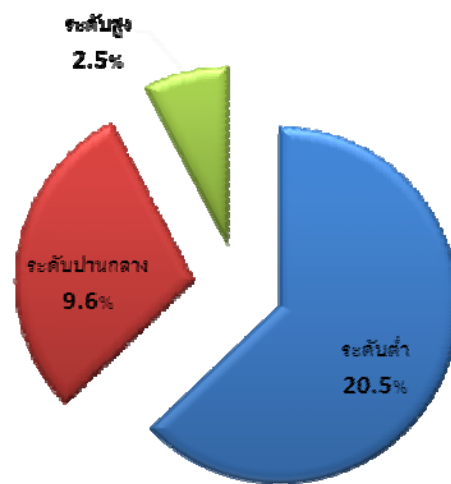
จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้สูงอายุวัยปลายมีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 28.1 และไม่มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 71.9

ตอนที่ 2 อธิบายการของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละ ของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (n = 1015)

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	685	67.5
มีภาวะซึมเศร้า	330	32.5

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 32.5 และไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 67.5



ภาพที่ 1 แสดงร้อยละ ของระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า

จากภาพที่ 1 ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า มีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ ร้อยละ 20.5 ระดับปานกลาง ร้อยละ 9.6 และระดับสูงร้อยละ 2.5

ตอนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยทางจิตวิทยา (ความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความว้าเหว่ และความผาสุกทางใจ) และปัจจัยทางสังคม (จำนวนเหตุการณ์เครียดในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม) ในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยทางด้านจิตวิทยาของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (n = 1015)

ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา	Range	$\bar{X}$	SD.	ระดับ
ความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน	17 - 87	32.20	13.14	ต่ำ
ความว้าเหว่	0 - 6	1.50	2.01	ต่ำ
ความผาสุกทางใจ	17 - 60	48.98	8.17	สูง

จากตารางที่ 8 พบว่า ความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน (Diabetes-related distress) มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 32.20$, SD.= 13.14) ความว้าเหว่ (Loneliness) อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.50$, SD.= 2.01) และความผาสุกทางใจ (Psychological well-being) อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 48.98$, SD. = 8.17)

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยทางสังคมของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (n = 1015)

ปัจจัยทางสังคม	Range	$\bar{X}$	SD.	ระดับ
จำนวนเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต	0 - 12	1.46	1.39	ต่ำ
การสนับสนุนทางสังคม	22 - 88	59.59	12.60	ปานกลาง
การสนับสนุนจากครอบครัว	11 - 44	37.87	6.94	สูง
การสนับสนุนจากเพื่อน	11 - 44	21.72	7.86	ปานกลาง

จากตารางที่ 9 พบว่า จำนวนเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต (Stressful life events) มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.46$, SD.= 1.39) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 59.59$, SD.= 12.60) และเมื่อแยกการสนับสนุนทางสังคมโดยครอบครัวและเพื่อน ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (Family support) อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 37.87$, SD. = 6.94) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน (Friends support) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 21.72$, SD. = 7.86)

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางจิตวิทยา และปัจจัยทางจิตสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านประชากร ปัจจัยทางจิตวิทยา และปัจจัยทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (n=1015)

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้า	
	r	p
ปัจจัยทางด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคม		
เพศ (หญิง vs ชาย)	0.017	0.580
อายุ	0.035	0.265
การศึกษา	-0.193	0.000
รายได้	-0.221	0.000
ความเพียงพอของรายได้ (เพียงพอ vs ไม่เพียงพอ)	-0.227	0.000
สถานภาพสมรส (คู่ vs ไม่มีคู่)	-0.080	0.011
การทำงาน (ทำงาน vs ไม่ได้ทำงาน)	-0.159	0.000
รูปแบบการอยู่อาศัย (อยู่กับบุตร/หลาน vs อยู่กับคนอื่น ๆ)	-0.065	0.045
ปัจจัยทางด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย		
ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน	0.051	0.107
ชนิดของวิธีการรักษา (ยาฉีด vs ยากิน)	0.141	0.000
การมีโรคร่วม (มี vs ไม่มี)	0.134	0.000
การมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (มี vs ไม่มี)	0.231	0.000
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	-0.424	0.000
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน	-0.336	0.000
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน	-0.351	0.000
การออกกำลังกาย	-0.147	0.000
ปัจจัยทางจิตวิทยา		
ความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน	0.546	0.000
ความว้าเหว่	0.587	0.000
ความผาสุกทางใจ	-0.456	0.000
ปัจจัยทางจิตสังคม		
จำนวนเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต	0.390	0.000
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	-0.284	0.000
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	-0.151	0.000

จากตารางที่ 10 ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านประชากรและเศรษฐกิจกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พบว่า การศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ และการทำงาน มี

ความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.19$, $p<0.001$; $r=-0.22$, $p<0.001$; $r=-0.23$, $p<0.001$; และ $r=-0.16$, $p<0.001$ ตามลำดับ) สถานภาพสมรสคู่ และการอยู่อาศัยกับบุตร/หลาน มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.08$, $p<0.05$ และ $r=-0.07$, $p<0.05$ ตามลำดับ) ส่วน เพศ อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยทางด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย พบว่า ชนิดของวิธีการรักษาด้วยยาฉีดอินซูลิน การมีโรคเรื้อรังอื่น ๆ ร่วมด้วย และการมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.14$, $p<0.001$; $r=0.13$, $p<0.001$; และ $r=0.23$, $p<0.001$ ตามลำดับ) ส่วนระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ต้องเฝ้าระวังและซับซ้อน และการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.42$, $p<0.001$; $r=-0.34$, $p<0.001$; $r=-0.35$, $p<0.001$; และ $r=-0.15$, $p<0.001$ ตามลำดับ) ด้านปัจจัยด้านจิตวิทยา พบว่า ความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน และความว้าวุ่น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.55$, $p<0.001$ และ $r=0.59$, $p<0.001$ ตามลำดับ) ส่วนความผาสุกทางใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.46$, $p<0.001$) ด้านปัจจัยทางจิตสังคม พบว่า จำนวนเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.39$, $p<0.001$) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.28$, $p<0.001$ และ $r=-0.15$, $p<0.001$ ตามลำดับ)

ตอนที่ 5 ปัจจัยทำนาย (ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางจิตวิทยา และปัจจัยทางจิตสังคม) ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยพหุคูณ ระหว่างปัจจัยทางด้านประชากร ปัจจัยทางจิตวิทยา และปัจจัยทางจิตสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ($n=1015$)

ปัจจัยทำนาย	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4	
	b	Beta	b	Beta	b	Beta	b	Beta
ปัจจัยทางด้านประชากรและเศรษฐกิจ								
เพศ: หญิง	-0.36	-0.05	-0.35	-0.05	-0.21	-0.03	-0.24	-0.04
อายุ	-0.03	-0.02	-0.04	-0.09**	-0.03	-0.06*	-0.02	-0.03
การศึกษา	-0.49	-0.14***	-0.38	-0.11***	-0.19	-0.07*	-0.17	-0.06*
รายได้	-0.20	-0.09*	-0.09	-0.04	-0.05	-0.01	-0.03	-0.01
ความเพียงพอของรายได้: เพียงพอ	-1.10	-0.17***	-0.81	-0.12***	-0.38	-0.06*	-0.23	-0.04
สถานภาพสมรส: คู่	-0.35	0.05	-0.31	0.05	-0.01	0.01	-0.01	0.01
การทำงาน: ยังทำงานอยู่	-0.83	-0.13***	-0.35	-0.05	-0.27	-0.04	-0.25	-0.04
การอยู่อาศัย: อยู่กับบุตร/หลาน	-0.13	-0.02	-0.20	-0.03	-0.08	-0.02	-0.07	-0.01
ปัจจัยทางด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย								
ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน			-0.02	-0.05	-0.02	-0.04	-0.01	-0.03

ชนิดของวิธีการรักษา: ยาฉีด	0.51	0.07*	0.27	0.05*	0.26	0.05*
การมีโรคร่วม: มี	0.13	0.01	0.15	0.03	0.12	0.02
มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน: มี	0.76	0.11***	0.40	0.06*	0.34	0.06*
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	-0.86	-0.26***	-0.33	-0.10***	-0.30	-0.09**
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	-0.12	-0.09	-0.02	-0.01	-0.02	-0.01
ขั้นพื้นฐาน						
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ต้องเฝ้าระวัง	-0.20	-0.13**	-0.17	-0.11**	-0.17	-0.11**
การออกกำลังกาย	-0.10	-0.10**	-0.09	-0.08*	-0.08	-0.05*
ปัจจัยทางจิตวิทยา						
ความทุกข์จากการเจ็บป่วย			0.06	0.26***	0.06	0.25***
ความหวาดหวั่น			0.47	0.30***	0.46	0.29***
ความผาสุกทางใจ			-0.06	-0.14***	-0.04	-0.09**
ปัจจัยทางจิตสังคม						
จำนวนเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต					0.23	0.12***
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว					-0.06	-0.07*
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน					-0.02	-0.03
F	14.896***	24.511***	54.362***		49.332***	
Total R ²	0.106	0.282	0.509		0.522	

Note: *p<.05, **p<.01, ***p<.001

จากตารางที่ 11 ในการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยการวิเคราะห์เชิงพหุคูณ (Multiple regression analysis) ด้วยเทคนิค Enter พบว่าปัจจัยทำนายสำคัญต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน คือ การศึกษา ($\beta=-0.06$, $p<.05$) การรักษาด้วยยาฉีดอินซูลิน ($\beta=0.05$, $p<.05$) การมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ($\beta=0.06$, $p<.05$) การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($\beta=-0.09$, $p<.01$) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ต้องเฝ้าระวัง ($\beta=-0.11$, $p<.01$) การออกกำลังกาย ($\beta=-0.05$, $p<.05$) ความทุกข์จากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ($\beta=0.25$, $p<.001$) ความหวาดหวั่น ($\beta=0.29$, $p<.001$) ความผาสุกทางใจ ($\beta=-0.09$, $p<.01$) จำนวนเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต ($\beta=0.12$, $p<.001$) และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta=-0.07$, $p<.05$) โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถรวมอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ถึงร้อยละ 52.2

ตอนที่ 6 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ได้ผลการศึกษาดังต่อไปนี้

1. ปัญหา อุปสรรค และความพร้อมของสถานบริการสุขภาพในการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานของสถานบริการสุขภาพในอำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา มีตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลทุติยภูมิคือ โรงพยาบาลสูงเนิน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่ง ที่เป็นเครือข่าย รวมทั้งการบริการดูแลสุขภาพในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยจากการศึกษาการจัดการบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ปัญหาและอุปสรรคของสถานบริการแต่ละระดับ มีดังนี้

1.1 โรงพยาบาลสูงเนิน

โรงพยาบาลสูงเนินมีการตั้งคลินิกโรคเบาหวานโดยเฉพาะ ให้บริการทุกวันจันทร์ อังคาร และพุธ ภาคเช้า โดยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานมารับบริการเฉลี่ยวันละประมาณ 70 คน ที่จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานค่อนข้างมาก เนื่องจากต้องให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วย โรงพยาบาลสูงเนินมีคลินิกเบาหวาน 2 ที่ คือ ที่งานผู้ป่วยนอก และหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ซึ่งรับผิดชอบประชากรในเขตเทศบาลตำบลสูงเนิน ดังคำกล่าวที่ว่า

“คลินิกเบาหวานเราแต่ก่อนจะอยู่ร่วมกัน OPD นะคะตอนนี้ก็แยกมาเป็นคลินิกเฉพาะในส่วน of โรงพยาบาลนี้จะเป็น 2 ส่วน ก็คือจะมีวันจันทร์ วันอังคาร วันพุธ คลินิกจะอยู่ตรงข้างห้องฟิสิกส์นะคะ ก็จะเป็นผู้ป่วยเบาหวานซึ่งเป็นตำบลอื่นๆนะคะ ส่วนวันพฤหัสบดีก็จะเป็นคนไข้เฉพาะในเขตตำบลสูงเนินซึ่งจะเป็นส่วนที่ PCU ตำบลสูงเนินรับผิดชอบ อันนี้คือในของโรงพยาบาลเองเราก็จะมีบริการระบบนัดล่วงหน้า ก็จะนัดกันเข้าคลินิกแต่ก่อนนี้มันจะรับไม่เยอะมากแต่เดี๋ยวนี้ก็จะเยอะนะคะ ประมาณ 60-70 คนต่อวัน” Focus group เจ้าหน้าที่รพ.สูงเนิน

ทางโรงพยาบาลไม่มีคลินิกผู้สูงอายุโรคเบาหวานแยกไปต่างหาก เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และมีข้อจำกัดทางด้านพื้นที่ ในกรณีที่ผู้ป่วยรายใหม่ จะมีการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับระบบการให้บริการคลินิก เช่น การเตรียมตัว การมาให้ตรงตามนัด เวลานัดเจาะเลือด เป็นต้น

ด้านการระบบการให้บริการจะเป็นแบบการนัดล่วงหน้า ผู้ป่วยจะต้องนัดน้ำ งดอาหารมาจากบ้าน แล้วจึงมายื่นบัตรคิว เพื่อเตรียมตัวเจาะเลือด และวัดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ และมีการประเมิน 2Q หลังจากเจาะเลือดเสร็จจะมีการเลี้ยงข้าวต้ม ซึ่งเป็นสวัสดิการของโรงพยาบาลที่ทำมาเป็นระยะเวลานาน และมีการตรวจคัดกรองระบบอื่นๆ ปีละครั้ง เช่น การตรวจเท้า การตรวจการทำงานของไต การตรวจตา การตรวจระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น

ด้านบุคลากรที่ให้บริการคลินิกโรคเบาหวานของ รพ.สูงเนิน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน หมุนเวียนตรวจผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกเบาหวาน 2 คน และ พยาบาลวิชาชีพงานสุขภาพจิตและให้คำปรึกษา 2 คน และนักจิตวิทยา 2 คน โดยทำงานบูรณาการเชื่อมโยงกับสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ในโรงพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด เป็นต้น

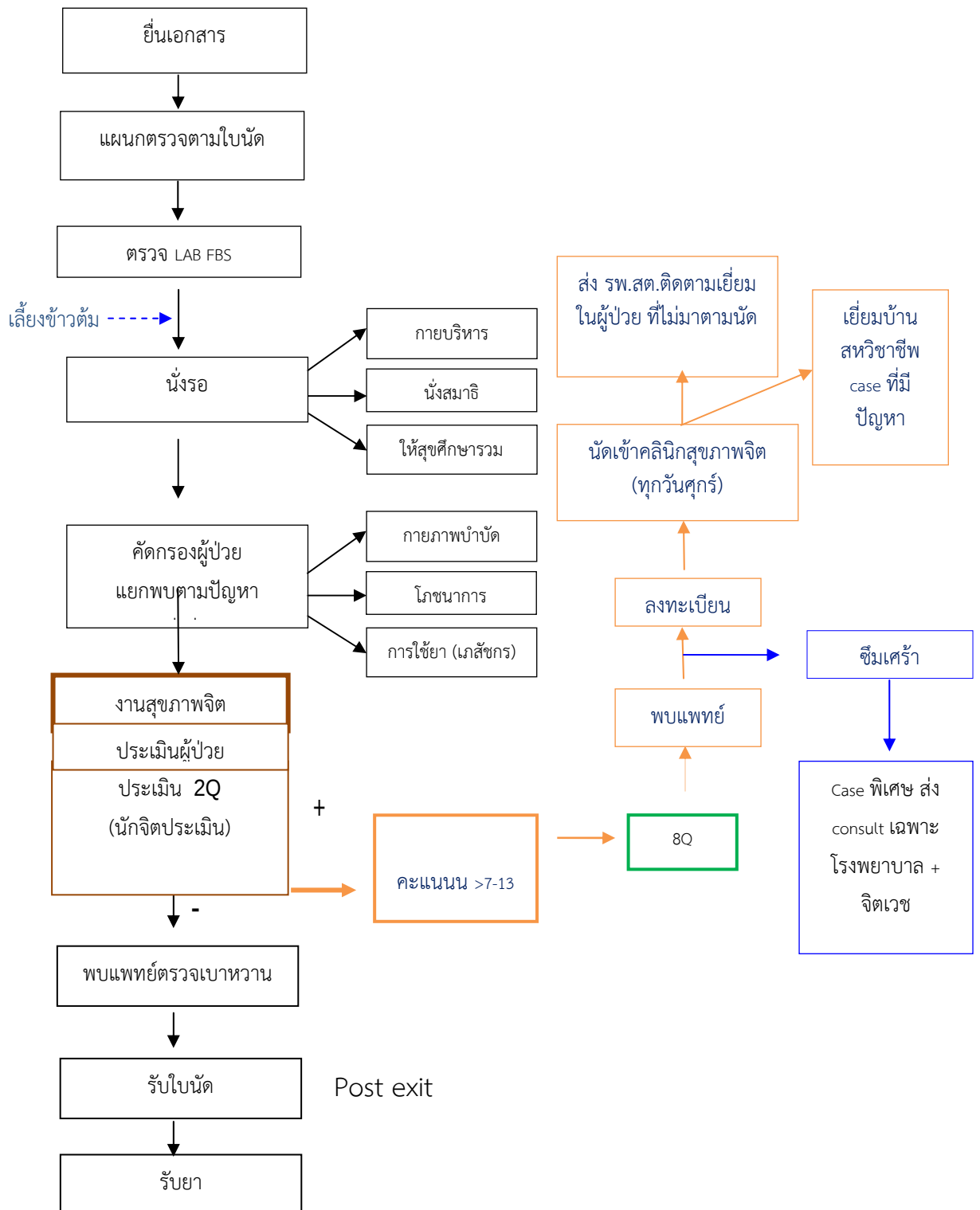
ด้านการดูแลผู้ป่วย ทางโรงพยาบาลจะมีการแนะนำและดูแลอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งมีการอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงสาเหตุของโรค วิธีการดูแลและปฏิบัติตัวที่ดี มีการแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวให้ผู้ป่วยได้ดูแลด้วยเองตามหลักการใช้ป้องกัน 7 สี และบางครั้งมีการสอนให้ผู้ป่วยต้องวิเคราะห์อาการของโรคด้วยตนเองได้ เช่น หากน้ำตาลสูง ผู้ป่วยต้องวิเคราะห์ว่าเกิดจากการรับประทานอาหารและพยาบาลก็จะให้ความรู้ผู้ป่วยในภาพรวม นอกจากนี้ระหว่างที่นักรอกจะมีการสอดแทรกกิจกรรมต่างๆ ที่เป็นสื่อในการสอนถึงวิธีการดูแลตัวเองของผู้ป่วยทางอ้อม อาทิ กายบริหาร นั่งสมาธิ สุขศึกษาธรรม การแกว่งแขนเพื่อยืดหยุ่นกล้ามเนื้อ เป็นต้น อีกทั้งจะฝึกให้ผู้ป่วยมีความกล้าที่จะตอบคำถาม หากมีคนถามว่า “ เป็นเบาหวานการปฏิบัติตัวต้องทำแบบไหน ? ” คนไข้ก็ต้องตอบคำถามให้ได้ ไม่ควรตอบว่า “ จึกะเดะ หรือ ไม่รู้ ” นอกจากนี้ยังมีการรวมกลุ่มเพื่อเป็นการสื่อสารเรื่องโรคต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในช่วงนั้นๆ อาทิ เช่น ตาแดง หรือไข้หวัด หรือเรื่องการใช้จ่ายให้ถูกต้อง รวมถึงโภชนาการ เพื่อเป็นการให้ความรู้ให้ผู้ป่วยสามารถนำไปสื่อสารและถ่ายทอดให้บุคคลใกล้ชิดหรือคนในครอบครัวได้ ซึ่งการทำแบบนี้ทำให้ได้ใกล้ชิดและเพิ่มสัมพันธภาพที่ดีมากขึ้นระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ เหมือนกับว่าสัมพันธภาพดีเนาะ ความเข้าใจและความไว้วางใจในโรคเค้าเยอะขึ้น คือ เราพยายามให้คนไข้เค้าเข้าใจว่าเค้าเป็นโรคอะไร และก็ให้ข้อมูลว่าเค้าต้องปฏิบัติตัวยังไง และก็ให้เค้าวิเคราะห์เองว่า จากการตรวจครั้งนี้พบว่าน้ำตาลสูงนั้น สูงมาจากการทานอะไร ไม่มีการดูการค่าว่าเอ้อทำไมถึงกินอันนี้ เค้าจะรู้เลยว่า น้ำตาลเท่านี้มันเป็นจากอะไร เค้าก็จะให้คำถามเปิดอะไรอย่างนี้ ระหว่างรอเจาะเลือดเราก็จะมีการรวมกลุ่มให้สื่อสารเกี่ยวกับเรื่องเบาหวานหรือเรื่องทั่วไป เช่น โรคที่ระบาดในช่วงนั้นๆ เช่น ตาแดง หรือไข้หวัด หรือในกรณีที่พบปัญหาการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง ก็จะมีเภสัชกรให้คำแนะนำ ” Focus group เจ้าหน้าที่รพ.สูงเนิน

อีกทั้งพยาบาลก็มีการสอดแทรกเพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลตัวเอง การควบคุมอาหาร ด้วยวิธีการใช้หลักจิตวิทยาให้เห็นถึงความสำคัญและผลเสียที่จะเกิดขึ้นกับคนใกล้ชิดหากผู้ป่วยไม่มีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ดังคำกล่าวที่ว่า

“ คนไข้บางคนนั่งรถเข็นมา เป็นคนไข้เก่าๆ ที่เป็นเบาหวานมานาน ค่อนข้างรู้แล้วแหละว่าหมอดึงห้ามนั้นห้ามนี้ แต่พอเราใช้หลักจิตวิทยาว่า ถ้าเป็นอะไรไป คนที่อยู่ข้างหลังอะคะ ใครจะเดือดร้อนกับเรา ถ้าเราไม่ยอมให้ใครเดือดร้อนกับเรา เราก็ต้องกลับมาดูแลตัวเองใหม่ พอใช้วิธีการแบบนี้ก็ได้ผล ” Focus group เจ้าหน้าที่รพ.สูงเนิน

แนวปฏิบัติในการให้บริการคลินิกเบาหวาน เขียนเป็น flow chat ได้ ดังนี้



ปัญหาและอุปสรรคในการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า จากการสนทนากลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลสูงเนิน มีดังต่อไปนี้

1.) ปัญหาด้านบุคลากรและระบบการให้บริการคลินิกโรคเบาหวาน

- การจัดลำดับคิวก่อน-หลัง : บางครั้งมีการลัดคิวให้ผู้ที่มีปัญหา ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนไม่พอใจ
- ในกรณีผู้ป่วยใหม่จะยังไม่ค่อยเข้าใจระบบการให้บริการ
- การเยี่ยมบ้านรพ.สต. ให้ความร่วมมือดีแต่ผลที่กลับมาอาจจะไม่ตามเป้า
- อัตรากำลังด้านบุคลากรค่อนข้างน้อย
- ความไม่พร้อมเรื่องเชิงนโยบายหรือว่าการจัดกรอบอัตรากำลัง
- ความต้องการบุคลากรเฉพาะทาง เนื่องจากผู้ป่วยมีจำนวนค่อนข้างมาก แต่บุคลากรเฉพาะทางมีจำนวนน้อย
- ด้านการสื่อสารระหว่างคนไข้เพื่อให้ได้ซึ่งข้อมูล ยังมีเวลาไม่เพียงพอหรือถูกละเลย
- ในกรณีคนไข้บางรายไม่ให้ความร่วมมือในการรับยา ขาดยา
- ข้อมูลเป็น Data center ไม่เชื่อมกันกับรพ.สต. ปัญหาอยู่ที่เวลาและคนลงข้อมูล ทำให้ระบบข้อมูลไม่เชื่อมโยงกัน ต่างคนต่างทำ

2.) ปัญหาด้านผู้รับบริการ

- ไม่เข้าใจระบบการให้บริการของทางคลินิก แม้พยาบาลจะพูดซ้ำแล้วซ้ำอีก
- ระยะเวลาในการรอพบแพทย์ ไม่แน่นอนแล้วแต่แพทย์คนนั้นจะออกตรวจ
- ไม่ได้มาตามนัด
- ผู้ป่วยมีอาการท้อแท้ สิ้นหวัง
- ผู้ป่วยบางรายไม่ปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ในการรับประทานอาหาร พยาบาลต้องให้คำแนะนำซ้ำแล้วซ้ำอีก เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีการศึกษาน้อย
- ผู้ป่วยบางรายไม่ให้ความร่วมมือในการรับยา ปรับยา
- ด้านการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยเพื่อให้ได้ซึ่งข้อมูล : ผู้ป่วยส่วนใหญ่ตอบคำถามไม่ค่อยเปิดเผย โดยเฉพาะปัญหาที่ตนเองประสบหรือปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว

3.) ปัญหาการใช้บริการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลสูงเนิน

- ผู้ป่วยเบาหวานมีจำนวนมาก จึงทำให้มีการบริการช้า
- จ่ายยาช้า ผู้ป่วยรอนาน เนื่องจากผู้ป่วยนัดส่วนใหญ่จะเหมารถยนต์มาจากหมู่บ้านเดียวกันที่จะต้องรอกลับบ้านพร้อมกัน
- เครื่องชั่งน้ำหนักอ่านยาก

4.) ความต้องการการได้รับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลสูงเนิน

- เพิ่มห้องตรวจและแพทย์มากขึ้น
- เพิ่มเจ้าหน้าที่ห้องยา
- ต้องการให้เจ้าหน้าที่หรือแพทย์ลงพบปะผู้ป่วยตามบ้าน(โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว, ทูพลภาพ หรือติดเตียง, แก่มาๆ)
- ต้องการเครื่องชั่งน้ำหนักดิจิตอลและเครื่องวัดส่วนสูง

- ให้เจ้าหน้าที่เน้นย้ำเรื่องการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองในการควบคุมโรค และติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ
- ต้องการสนับสนุนเรื่องรองเท้าที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน

5.) ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลสูงเนินโดยทีมสุขภาพจิต

ทีมสุขภาพจิตที่ร่วมดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลจิตเวช 2 คน และ นักจิตวิทยา 2 คน โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ได้รับการวินิจฉัยและให้การรักษาโดยแพทย์ของ โรงพยาบาลสูงเนิน ข้อมูลเดือนตุลาคม 2555 ถึงพฤษภาคม 2556 มีจำนวน 220 คน คิดเป็นร้อยละ 28.97 โดยจังหวัดกำหนดจากค่ามาตรฐานว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าจากจำนวนประชากรในอำเภอสูงเนิน ควรเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 37 (818 คน) ปัญหาผู้ป่วยยังเข้าถึงบริการน้อยเนื่องจากการคัดกรอง 2Q ยังไม่ครอบคลุมทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ได้รับการรักษาขาดการติดตาม (loss f/u) ทำให้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายสำเร็จ ข้อมูลฆ่าตัวตายสำเร็จอำเภอสูงเนินจากการสอบสวนการเสียชีวิต ปี พ.ศ. 2555 จากภาวะซึมเศร้ามี 3 ราย ปี 2557 มี 2 ราย โดยมีแนวโน้มว่าร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้คัดกรอง 2Q, 9Q, คะแนน ≥ 7 ได้รับการส่งพบแพทย์ เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัย และรักษา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 267 คนในปี 2555 เป็น 459 คน ในปี 2557 ในขณะเดียวกันก็พบว่ามีผู้ป่วยเข้าถึงบริการการรักษาเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ

ประเด็นสำคัญ/ความเสี่ยงสำคัญ

1. การคัดกรองและการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคสูงเนินน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด
2. ข้อมูลพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ (loss f/u) ไม่ได้รับการรักษาซึ่งนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตาย
3. บุคลากรทางการแพทย์ยังขาดความตระหนักถึงความสำคัญและองค์ความรู้ของโรคซึมเศร้า
4. ขาดการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลสูงเนิน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล PCU และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.)

เป้าหมายการพัฒนาและการชี้วัด

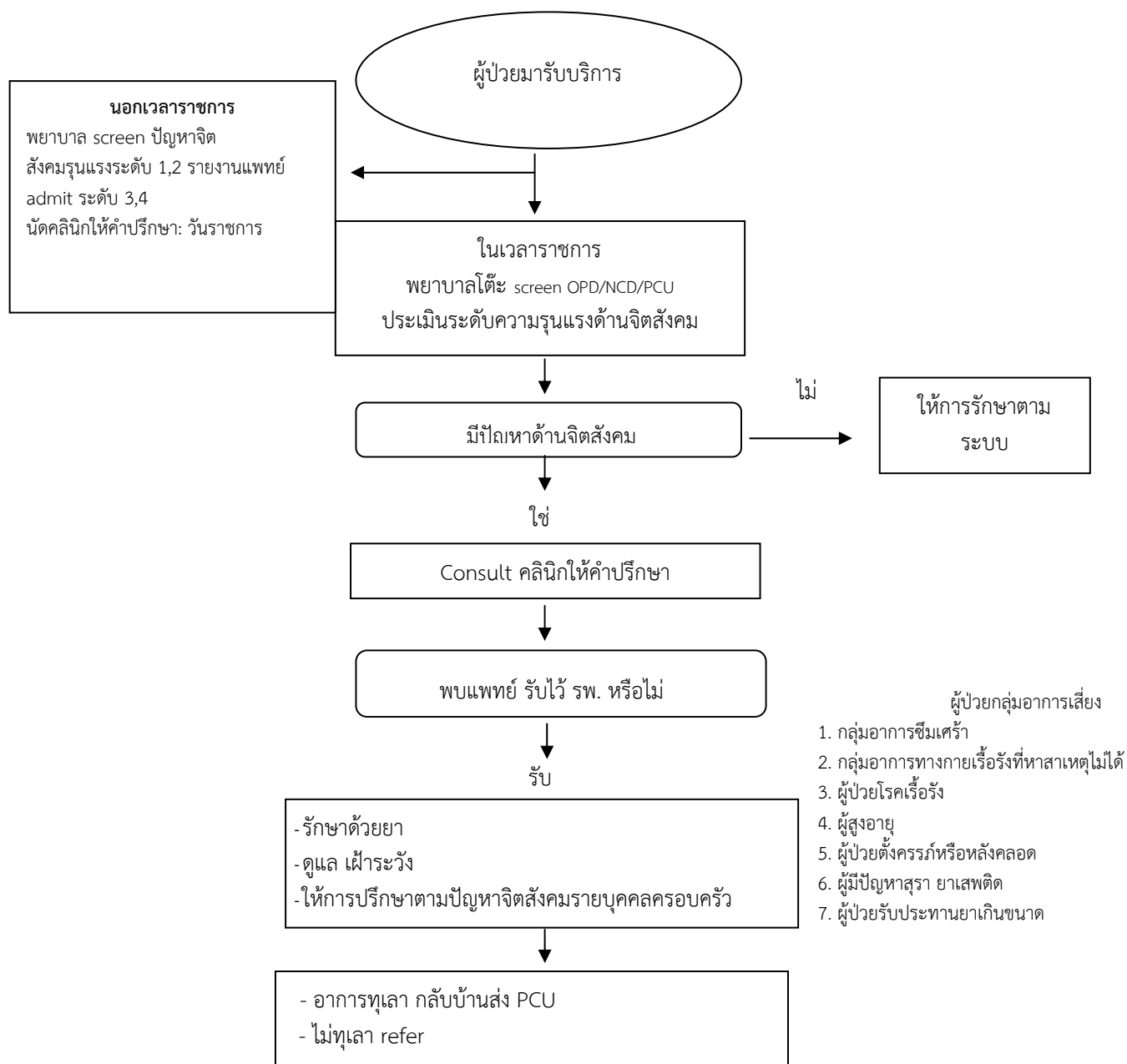
1. ร้อยละของกลุ่มเสี่ยง โรคเรื้อรังที่มาเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้า 100 %
2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้คัดกรอง 2Q, 9Q คะแนน ≥ 7 ได้รับการส่งต่อแพทย์เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัย และรักษาเท่ากับ 100%
3. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ loss f/u จากปีที่แล้ว 2556 ลดลง 5%
4. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการคัดกรองและเข้าถึงบริการ $\geq 37\%$
5. เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพและเข้าประชุม conference case 2 ครั้ง/ ปี
6. ร้อยละของการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีปัญหาซับซ้อน เช่น มีภาวะเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองหรือ loss f/u ร้อยละ 100 %

กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

การประเมินผู้ป่วย

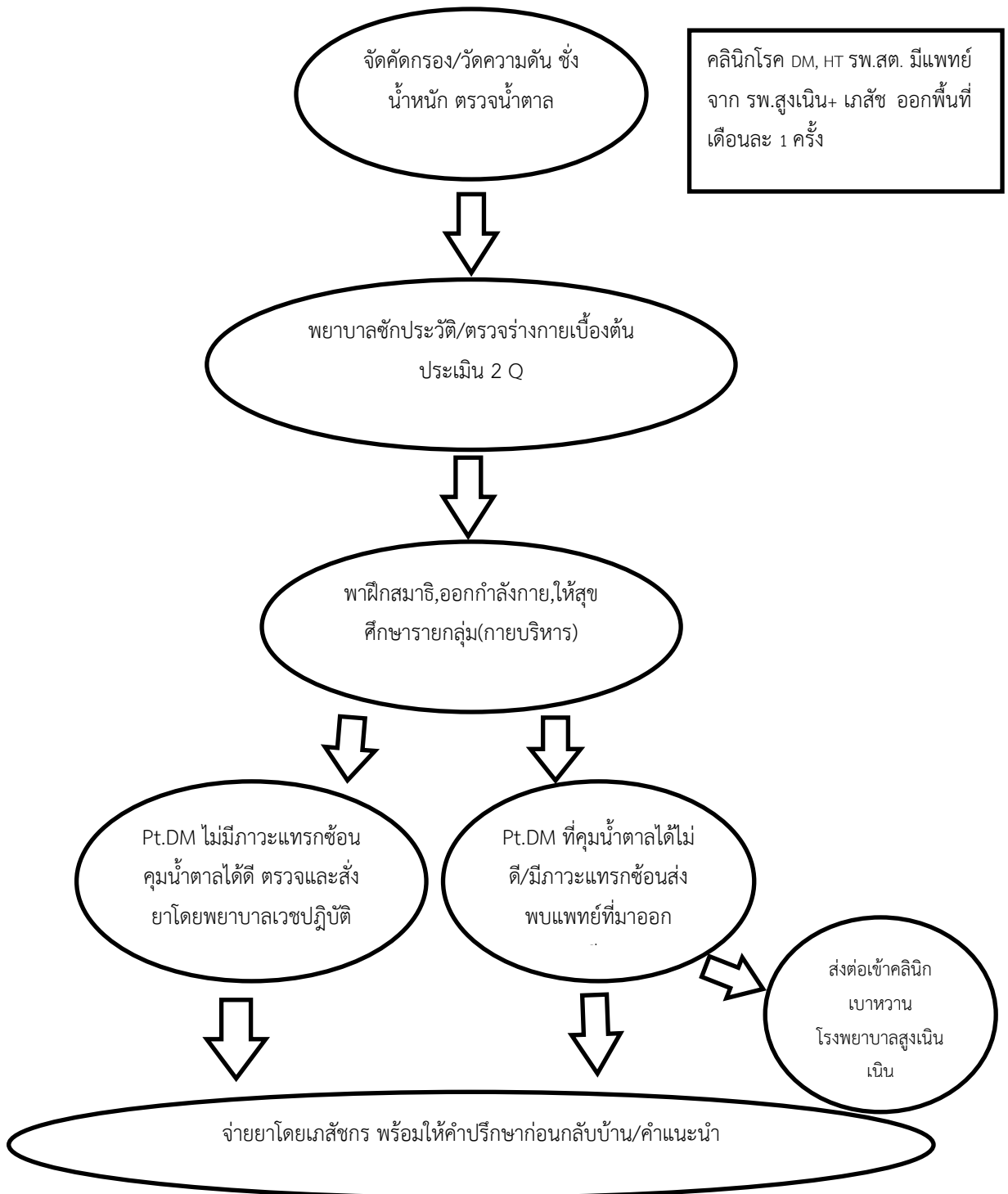
1. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านความรู้ และการคัดกรอง คำถาม 2Q, 9Q, 8Q แก่บุคลากร สาธารณสุข ในโรงพยาบาลแผนก OPD, NCD, PCU
2. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านเพิ่มองค์ความรู้ด้วยวิธีการฝึกอบรมแก่แพทย์ พยาบาลและ นักจิตวิทยา ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต และประชุม Conference ปีละ 2 ครั้ง

Flow chart ของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า



1.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวาน แสดงได้ดัง flow chart ต่อไปนี้



ปัญหาและอุปสรรคในการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะซึ่มเศร้า จากการสนทนากลุ่มมีดังต่อไปนี้

1.) ปัญหาด้านบุคลากรและระบบการให้บริการคลินิกโรคเบาหวาน

- บุคลากรมีพยาบาลวิชาชีพ รพ.สต. ละ 1 คน ต้องให้บุคลากรอื่นมาช่วยให้บริการในคลินิกเบาหวาน โดยมีบุคลากรจากโรงพยาบาลสูงเนินมาให้บริการประจำเดือน แคน แพทย์ กับเภสัชกรเท่านั้น ไม่มีสหสาขาวิชาชีพอื่นมาช่วย

- ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ (flow chart) อย่างเคร่งครัด ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีจำนวนน้อย เช่น การคัดกรองภาวะซึ่มเศร้า 2Q ไม่ครอบคลุมทุกเคส ทุกครั้งที่มาตามนัด การให้สุขศึกษาและคำแนะนำในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันภาวะซึ่มเศร้ารายบุคคลที่มีปัญหาทำได้บางครั้ง

- การประสานงาน ส่งต่อข้อมูลเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลสูงเนินยังมีระบบที่ไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยโรคซึ่มเศร้าบางราย lost follow up และนำไปสู่การฆ่าตัวตายสำเร็จ

- การเชื่อมโยงการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชน กับ อสม. ยังไม่มีระบบที่ชัดเจน ทำให้ อสม. ขาดความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิต ความตระหนักในการคัดกรอง การสังเกตภาวะซึ่มเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน

2) ปัญหาด้านผู้รับบริการ

- ผู้ป่วยขาดนัด/ผิดนัด เนื่องจากขาดคนรับส่งตามเวลานัด ลูกหลานไปทำงาน หรืออยู่ตัวเดียว
- ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคอื่นร่วม ยังรับประทานยาไม่ถูกต้อง ตรงเวลา/ปรับยาเองตามอากาศ ซึ่ยาอื่นตามคำโฆษณา (วิทยุ) / ลูกหลานซึ่ยา อาหารเสริมโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์
- ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ขาดผู้ดูแลที่ตระหนักและเข้าใจผู้ป่วย รวมถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาบุตรหลานโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่พิการดูแลตนเองไม่ได้ หรือแก่มากๆ
- ผู้ป่วยท้อแท้ วิตกกังวลกับโรคเมื่อมีภาวะ hypoglycemia หรือ hyperglycemia
- ผู้สูงอายุโรคเบาหวานส่วนใหญ่จะไม่มีญาติผู้ดูแลมาส่ง หรือมาส่งแล้วกลับไป ทำให้ไม่สามารถให้คำแนะนำญาติผู้ป่วยในการสังเกตภาวะซึ่มเศร้า การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะซึ่มเศร้า รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะซึ่มเศร้า เป็นต้น

3.) ความต้องการการได้รับสนับสนุนจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น อบต. หรือ รพ.สูงเนิน

- เรื่องโครงการต่างๆ/อุปกรณ์ องค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.)หลายแห่งโดยเฉพาะ อบต. นากลาง ให้การสนับสนุนดีมาก แต่น่าจะมีค่าขวัญกำลังใจ ในการเยี่ยมติดตามดูแลผู้ป่วยให้กับ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้วย
- จัดอบรมวิชาการผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 1 กลุ่ม /ต่อกลุ่ม อสม. 1 กลุ่ม โดยบุคลากรจาก รพ.สูงเนิน ปีละ 1-2 ครั้ง
 - สื่อต่างๆ แผ่นพับ โปสเตอร์ ที่ผู้ป่วยเข้าใจง่าย / VCD โรค DM ที่เข้าใจง่าย
 - การได้รับการสนับสนุนกายอุปกรณ์ เช่น รองเท้า เนื่องจากที่ผ่านมามีน้อยมากและยุ่งยาก

1.3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ปัญหาและอุปสรรคในการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า จากการสนทนากลุ่มมีดังต่อไปนี้

1.) การบริการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชน

- ออกเยี่ยมผู้สูงอายุ วัดความดัน ชั่งน้ำหนักอย่างน้อยเดือนละครั้ง
- ให้คำแนะนำการรับประทานอาหาร งดอาหารที่มีน้ำตาลหวาน รสมัน รสเค็ม (ยังขาดเรื่องปริมาณอาหารที่เหมาะสม) ให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น รับประทานผักและผลไม้
- แนะนำให้กินยาตามเวลาที่แพทย์แนะนำ และมาตามแพทย์นัด
- ให้คำแนะนำการออกกำลังกาย (ไม้พลอง, ยางยืด, แกว่งแขน)
- แนะนำการดูแลทำความสะอาดเท้า และควรหลีกเลี่ยงการเกิดบาดแผล ให้ผู้ป่วยดูแลรักษาความสะอาดเท้าก่อนนอนทุกวันโดยล้างและเช็ดเท้าให้สะอาด เพราะถ้าเป็นแผลแล้วจะรักษาหายยาก
- อสม. ออกเยี่ยมบ้านรับฟังและพูดคุยกับผู้ป่วย ให้กำลังใจ เพื่อเป็นการคลายความเครียด

2.) ปัญหาการให้บริการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชน

- ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือเท่าที่ควร เพราะยังไม่เห็นความสำคัญและให้ความเชื่อของอสม.
- ผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่ลืมกินยา
- ผู้ป่วยไม่ยอมรับอาการป่วยของตนเองไม่ค่อยเล่าเรื่องปัญหาที่ตนเองประสบโดยเฉพาะปัญหาครอบครัวหรือการได้รับการดูแลเอาใจใส่
- ผู้ป่วยไม่ยอมไปหาหมอตตามนัด เนื่องจากคิดว่ายาที่แพทย์จ่ายให้ครั้งก่อนยังเหลืออยู่
- ผู้ป่วยไม่ยอมควบคุมอาหาร เนื่องจากส่วนใหญ่ชาวบ้านจะทำอาหารรวมกันกินทั้งครอบครัวผู้ดูแลไม่ค่อยเน้นย้ำในการควบคุมอาหาร
- ผู้ป่วยที่มีแผลไม่มาหาแพทย์ เนื่องจากคิดว่าสามารถทำได้เอง
- ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน เช่น การจัดอบรมให้ความรู้
- ผู้ป่วยไม่เชื่อฟังคำแนะนำในการปฏิบัติตัว เช่น การดูแลแผล
- ขาดความรู้ในการคัดกรองการซึมเศร้า 2Q,9Q
- อสม. ต้องไปเจาะเลือดที่บ้าน เนื่องจากผู้สูงอายุบางคนไม่สามารถมาเจาะเลือดได้ด้วยตนเอง หัวเจาะไม่พอใช้เพราะผู้ป่วยมาก อีกทั้งมีกลุ่มเสี่ยงมาก และ อสม. บางส่วนก็ไม่ได้รับการฝึกอบรม

3.) ความต้องการได้รับสนับสนุนจาก รพ. สูงเนิน หรือเทศบาล

- ให้เทศบาลสนับสนุนการเดินทางของผู้ป่วย บ้านอยู่ไกล (โดยการจัตรถรับส่ง) เพื่อแก้ปัญหาการขาดนัด
- ให้ รพ.สต. เพิ่มความถี่ในการออกเยี่ยมผู้ป่วย
- ให้รพ.สต.+เทศบาลจัดอบรมสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวาน บอกถึงคุณและโทษ และวิธีการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
- ให้เทศบาล+รพ.สต. สนับสนุนสำหรับผู้ป่วยติดเตียงเกี่ยวกับที่นอนบนเตียง สำหรับผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ
- ให้สนับสนุนด้านงบประมาณ ในการออกเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวาน (เช่น ของเยี่ยม, แพมเพิส, สำหรับผู้ป่วยที่ยากจน ขาดแคลนทุนทรัพย์) รวมถึงงบประมาณในการจัดอบรมผู้ป่วยให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเอง
- ให้มีการจัดอบรม อสม. ให้รู้จักการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะซีมีเซร่าแยกจากการประชุมวิชาการทั่วไป

1.4 กลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานและญาติผู้ดูแล

1. ปัญหาการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ

- ควบคุมอาหารและควบคุมน้ำตาลไม่ได้ หรือพยายามคุมอาหารและยาแล้วแต่น้ำตาลยังสูงอยู่
- อ่อน เพลียมาก ทำให้ไม่ร่าเริง -ซีมีเซร่า
- ขาดการออกกำลังกาย ไม่ใส่ใจ ไม่มีเวลา
- การกินยาตามหมอสั่ง เช่น ลืมกิน หรือ ทานยาสมุนไพรตามความคิดของตนเอง
- ขาดปัจจัยในการซื้อรองเท้า
- ไม่มีค่ารถมาพบแพทย์
- มีความกังวล เครียดเกี่ยวกับการมาพบแพทย์ (กลัวน้ำตาลสูง นอนไม่หลับ)

2. ปัญหาการใช้บริการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวานที่สถานีนามัย หรือโรงพยาบาลสูงเนิน

- ไม่มีปัญหาอะไร เจ้าหน้าที่ รพ.สต.หรือโรงพยาบาล พุดเพราะให้คำแนะนำดี
- ที่ รพ.สต. ใช้เวลาไม่นาน (รอคิวไม่นาน) เนื่องจากใน รพ.สต.มีผู้ป่วยจำนวนน้อย
- แต่ระยะเวลารอรับยาที่ รพ.สูงเนิน จะค่อนข้างนาน

3. ความต้องการการได้รับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานที่ รพ.สต.หรือโรงพยาบาลสูงเนิน

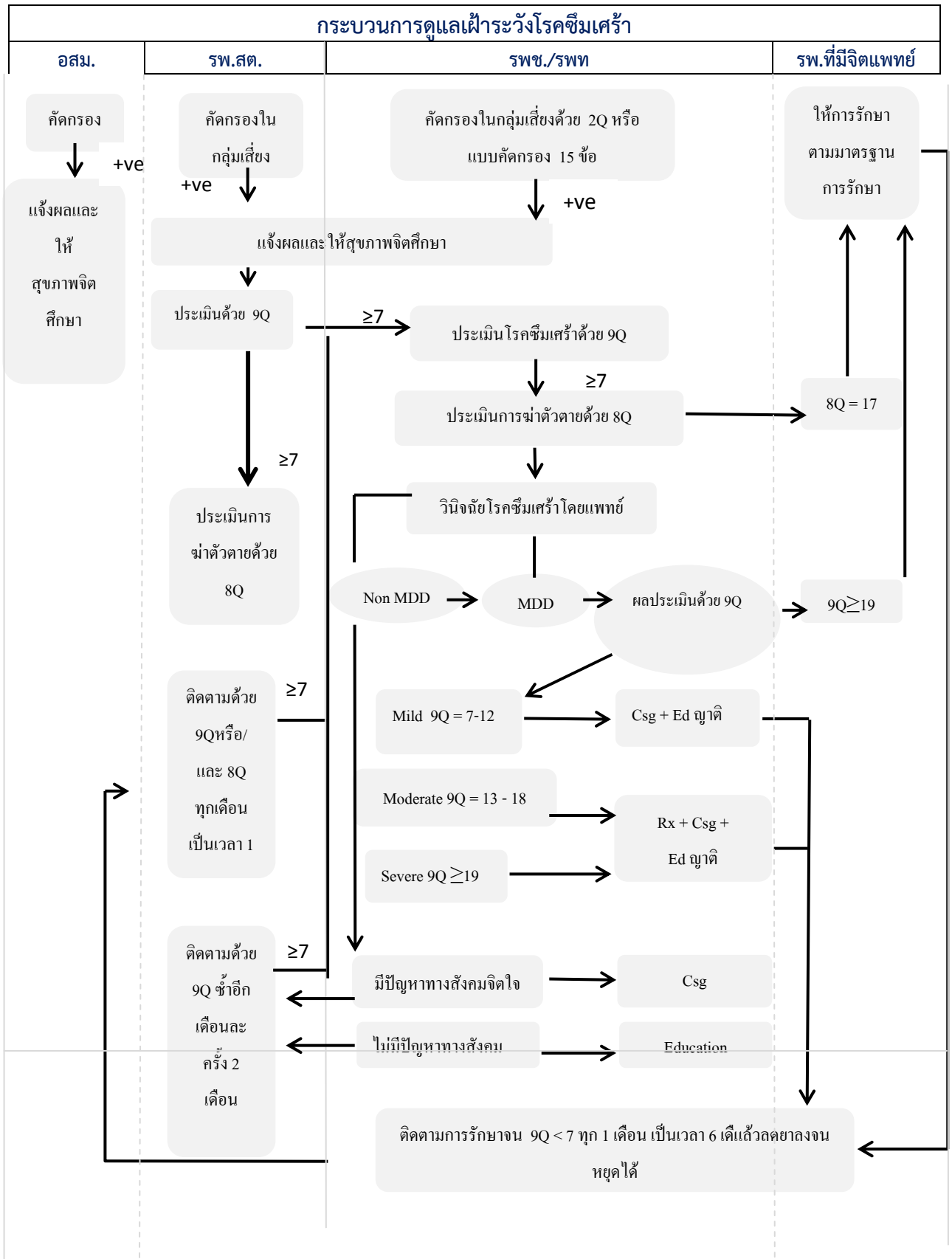
- อยากย้ายมารับยาที่อนามัยใกล้บ้าน เนื่องจากมีปัญหาเรื่องค่ารถในการเดินทางที่ผ่านมานะนัดผู้ป่วยที่อยู่ระแวกเดียวกันมาพร้อมกันจะช่วยลดปัญหาการเดินทาง(ร่วมกันเหมารถ)
- ไม่ควรตำหนิ/ดุว่ากล่าวผู้สูงอายุ เมื่อน้ำตาลขึ้น แต่ให้ทำความเข้าใจและช่วยหาสาเหตุ
- อยากให้มีบริการรถรับส่ง ไป-กลับ รพ. สูงเนินส่งถึงบ้าน
- อยากให้เจ้าหน้าที่พุดคุยสอบถามให้กำลังใจให้มากกว่านี้
- เปิดเพลงที่ผู้ป่วยชอบ ได้ร้อง ได้เต้น เพื่อความสบายใจ

2. การศึกษาแนวทางขั้นตอนและกระบวนการและการพัฒนาแนวปฏิบัติในการให้บริการ สุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า

ทางทีมวิจัยได้มีการประชุมระดมสมอง เริ่มตั้งแต่ในส่วนระดับของรพ.สูงเนิน รพ.สต.ที่เป็น
เครือข่าย และ อสม. รวมทั้งผู้ป่วยโรคเบาหวานและญาติผู้ดูแล จากการวิเคราะห์ปัญหาและการหา
แนวทางในการแก้ไขปัญหาและร่วมกันพัฒนาแนวทางขั้นตอนและแนวปฏิบัติในการให้บริการสุขภาพ
ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า โดยให้ผู้เข้าร่วมระดมสมองเพื่อเสนอ
แนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมและทีมวิจัย ช่วยนำเสนอปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
โรคเบาหวาน เพื่อนำไปบูรณาการ พัฒนาเป็นแนวปฏิบัติ ในการบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ
ที่เป็นโรคเบาหวานต่อไป จนได้แนวปฏิบัติร่างแรก ดัง Flow chart ต่อไปนี้

3. การพัฒนาทักษะของบุคลากรสาธารณสุขในการให้บริการสุขภาพที่เหมาะสมกับ ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

การพัฒนาทักษะของบุคลากรสาธารณสุขในการให้บริการสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ
โรคเบาหวาน โดยทีมวิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานแก่เจ้าหน้าที่ รพ.
สูงอายุ รพ.สต และอสม. เครือข่ายรวมทั้งผู้ป่วยโรคเบาหวานและญาติผู้ดูแล ให้ความรู้เกี่ยวกับการ
สังเกต การคัดกรอง และการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยสามารถเขียน
เป็น flow chart ได้ดังนี้



อธิบายคำย่อในภาพ

+ve	=	ผลจากการคัดกรองแล้วพบว่ามีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า
อสม.	=	อาสาสมัครสาธารณสุข
รพ.สต.	=	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
รพช. / รพท.	=	โรงพยาบาลชุมชน / โรงพยาบาลทั่วไป
รพ.จิตเวช	=	โรงพยาบาลจิตเวช
2Q	=	แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม
9Q	=	แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม
8Q	=	แบบประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8 คำถาม
MDD	=	Major Depressive Disorder
Rx	=	รักษาด้วยยา
Csg	=	การให้การปรึกษา (Counseling)
Ed ญาติ	=	ให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติ

โดยในครั้งนี้ทีมวิจัยและบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกส่วนได้มีการพัฒนาทักษะของบุคลากรดังต่อไปนี้

1.เจ้าหน้าที่คลินิกเบาหวาน รพ.สูงเนิน

- ร่วมกันพัฒนาทักษะในการ สื่อสารกับผู้ป่วย การ approach ผู้ป่วย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สำคัญที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า เช่น ปัญหาครอบครัว ขาดผู้ดูแล ถูกกระทำรุนแรง หรือปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น

- ทบทวนวิธีการ screen ภาวะซึมเศร้าโดยใช้เครื่องมือของกรมสุขภาพจิต 2Q 9Q และ 8Q

- สอนการคัดกรอง ความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานซึ่งเป็นข้อความประเมิน 2 ข้อ เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า ความทุกข์ยากที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานมีอิทธิพลเป็นอย่างสูงต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

- พัฒนาแนวทางทักษะในการประสานงาน กับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์พยาบาล พยาบาลสุขภาพจิต นักจิตวิทยา เภสัชกร นักโภชนาการ นักกิจกรรมบำบัด รวมทั้ง รพ.สต. เครือข่าย

2. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เครือข่าย

- ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชน

- สร้างความตระหนัก เห็นสำคัญของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชน

- พัฒนาแนวทางและฝึกทักษะในการประสานงานการบูรณาการ การให้บริการกับ รพ.สูงเนิน อสม. ญาติผู้ป่วย และผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชน

- ทบทวนการคัดกรอง ความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน(2D)

- ร่วมกันพัฒนาทักษะในการ สื่อสารกับผู้ป่วย การใกล้ชิด (approach) ผู้ป่วย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สำคัญที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า เช่น ปัญหาครอบครัว ขาดผู้ดูแล ถูกกระทำรุนแรง หรือปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น

- ทบทวนวิธีการ screen ภาวะซึมเศร้าโดยใช้เครื่องมือของกรมสุขภาพจิต 2Q 9Q และ 8Q

3. อสม.

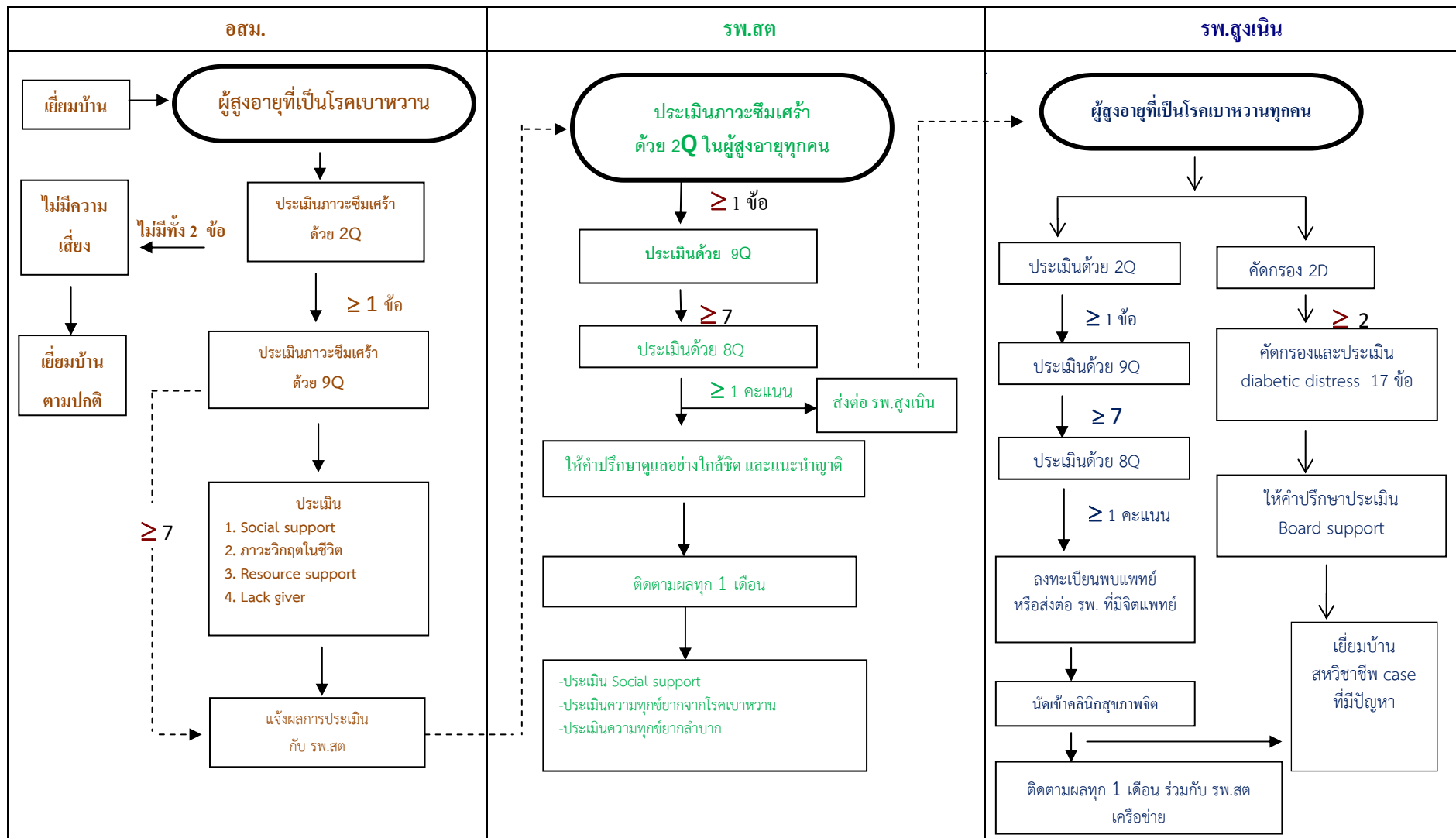
- ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซีมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
- การสังเกตและการป้องกัน ภาวะซีมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน
- พัฒนาทักษะในการดูแล ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคซีมเศร้าในชุมชน ในระแวกที่รับผิดชอบอย่างใกล้ชิด
- สร้างความตระหนัก ให้เห็นสำคัญของภาวะซีมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชน
- พัฒนาและฝึกทักษะในการประสานงานการบูรณาการ การให้บริการกับ รพ.สูงเนิน อสม. ญาติผู้ป่วย และผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชน การรายงานในกรณีที่เกี่ยวข้องต่อภาวะซีมเศร้ากับ รพ.สต.
- แนะนำการให้กำลังใจเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุโรคเบาหวานอย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอ
- สอนและพัฒนาทักษะเพื่อให้สามารถคัดกรอง ภาวะซีมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะซีมเศร้า ได้ 100 เปอร์เซนต์

4. การยกกร่างรูปแบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะซีมเศร้า

สามารถเขียนเป็นผังแผนรายละเอียดได้ดังภาพที่ 2

ข้อเสนอแนะอื่นๆ เพิ่มเติม

- คลินิกเบาหวาน แยกเป็นวันจันทร์และวันอังคาร
- ควรจะมีการรับผู้ป่วยเบาหวานจากตำบลอื่นๆ นอกเขตอำเภอสูงเนิน
- จัดให้มีการบริการนัดล่วงหน้าเข้าคลินิกนัดพบทุก 3 เดือน
- นัดปริมาณผู้ป่วยประมาณ 60-70 คนต่อวัน โดยให้แพทย์เวียนตรวจ
- ควรมีการนัดตรวจเท้าปีละ 1 ครั้ง เพื่อเป็นการนัด consult ทางกายภาพ
- มีการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา
- ให้มีการวัดค่า HbA_{1c} ปีละ 1 ครั้ง
- มีการเยี่ยมใช้เวลา admit และทีมสหวิชาชีพติดตามเยี่ยมบ้านในรายที่มีปัญหา
- มีการใช้สอนให้คนไข้ใช้หลักการกราฟชีวิต ก่อนแนะนำการใช้ป้องกัน 7 สี



ภาพที่ 2 รูปแบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า

5

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ในประเทศไทย เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (mixed methods research) แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์และทำนาย (A descriptive correlational predictive research) เป็นการศึกษาแบบสำรวจครอบคลุม 4 ภาคของประเทศไทย เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านจิตวิทยา และปัจจัยทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ส่วนระยะที่ 2 เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Base Project: PABP) เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ซึ่งในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ สามารถสรุปผลการศึกษา อภิปรายผลและมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

อภิปรายผลส่วนที่ 1 ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาของเรา, นับว่าเป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งประเทศเป็นครั้งแรกในประเทศไทย. ในการศึกษา, พบอัตราภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 32.3, และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 2.5. อัตรานี้ต่ำกว่าอัตราซึมเศร้าร้อยละ 39.2 ของที่พบก่อนหน้านี้, ซึ่งใช้ Zung Self-Rating Depression Scale ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยในชุมชนชาวจีน(Yang และคณะ, 2009). อัตราซึมเศร้าที่ต่างกันนี้อาจเป็นเพราะการใช้มาตรวัดที่ต่างกันและการคัดคะแนนอาการซึมเศร้าที่ต่างกัน. อย่างไรก็ตาม, อัตราภาวะซึมเศร้าที่พบในการศึกษาของเราก็น้อยกว่าอัตราร้อยละ 15.4 ที่พบในการศึกษาก่อน, ซึ่งใช้ the Taiwan Geriatric Depression Scale, ในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในไต้หวัน(Bai และคณะ, 2008). ประชากรที่ใช้ในการศึกษาของ Bai และคณะ ก็แตกต่างจากประชากรที่ใช้ในการศึกษาของเรา. เนื่องจากประชากรที่ใช้ในการศึกษาของเราเป็นเพศชายร้อยละ 30.7 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 62.1 อยู่กับสมาชิกครอบครัวร้อยละ 58.6 และร้อยละ 56.1 ที่เข้าร่วมการศึกษามีอายุระหว่าง 60-69 ปี, ในขณะที่ประชากรที่ใช้ในการศึกษาก่อนหน้านี้เป็นเพศชายร้อยละ 61.3 แต่งงานแล้วร้อยละ 73.1 อยู่กับครอบครัวร้อยละ 91.7 และร้อยละ 56.4 ของผู้เข้าร่วมการศึกษามีอายุระหว่าง 70-79 ปี. ผลของการศึกษาปัจจุบันชี้ให้เห็นว่ามีอัตราภาวะซึมเศร้าที่สูงในผู้ป่วยสูงอายุไทยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. ซึ่งนับว่าเป็นการสร้างความท้าทายสำหรับยุทธศาสตร์และการบริการด้านสุขภาพที่จะลดอัตราภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุให้จงได้

พบว่า ความทุกข์จากโรคเบาหวานเป็นตัวทำนายที่มีอิทธิพลมากที่สุดของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. ความทุกข์ด้านอารมณ์จากโรคเบาหวานสะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกวิตกกังวลใน

แต่ละคน รู้สึกคับข้องใจ และ/หรือ รู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจ เกี่ยวกับประเด็นที่สัมพันธ์กับการจัดการโรค, การรองรับอารมณ์, การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนระหว่างกัน, หรือการได้รับการดูแล, ซึ่งอาจส่งผลต่อพัฒนาการของอาการซึมเศร้า(Baradarenและคณะ,2013; Polonsky และคณะ,2005). ในการศึกษาครั้งก่อนพบว่าปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์, เช่น ความวิตกกังวลและความทุกข์มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (Wu และคณะ, 2011; Baradaren และคณะ, 2013) ดังนั้น ไม่เพียงแต่ภาวะซึมเศร้าที่เป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานเท่านั้น แต่มันชี้ให้เห็นว่าความทุกข์จากการเป็นเบาหวาน เป็นตัวกำหนดภาวะซึมเศร้าที่สำคัญอีกด้วย ผลการศึกษาของเราชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของนโยบายคัดกรองผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อค้นหาความทุกข์ที่เกิดจากโรคเบาหวาน.

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ในผู้ป่วยสูงอายุชาวจีนที่เป็นเบาหวาน(Bai และคณะ,2008; Yang และคณะ,2009) ที่การศึกษาของเราพบว่าการออกกำลังกายและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันทางลบ. การออกกำลังกายเป็นประจำอาจช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานโดยส่งผ่านเครื่องส่งประสาทกระตุ้นส่งเสริมอารมณ์และลดระดับคอติซอล(cortisol), ฮอร์โมนที่ทำให้เกิดความเครียด (Helmich และคณะ,2010) การออกกำลังกายและอารมณ์ที่ดีมีความสัมพันธ์กับหน้าที่ของร่างกายที่ดีกว่า, ความสะดวกสบาย ช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2(Caruso และคณะ,2000) ด้วยเหตุนี้, จึงควรส่งเสริมการออกกำลังกายเมื่อมีการอภิปรายเกี่ยวกับสุขภาพด้านจิตใจและอารมณ์ ในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ยิ่งไปกว่านี้, ควรส่งเสริมการเข้าถึงแหล่งที่ใช้ประโยชน์ได้ง่ายเพื่อให้ความคล่องตัวมากขึ้น

ในการศึกษานี้ยังพบว่าภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้า, เช่นเดียวกับที่พบในการศึกษาก่อนนี้ที่ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเพิ่มระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวาน(Bai และคณะ, 2008; Egede and Zheng, 2003; Shehatah และคณะ, 2010; Yang และคณะ,2009) ผลการศึกษาเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และมีภาวะแทรกซ้อนควรได้รับการเอาใจใส่ในเรื่องพัฒนาการของภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้, ในการศึกษาี้ยังพบว่ารูปแบบของการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า, ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาด้วยการฉีดอินซูลินหรือทั้งฉีดอินซูลินและรับประทานยาเม็ดมีแนวโน้มจะประสบกับภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ที่ได้รับการรักษาแบบรับประทานยาอย่างเดียว(Bai และคณะ,2009; Katon และคณะ,2004). ยิ่งไปกว่านี้, ยังพบว่าภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและการรักษาด้วยอินซูลินมีความสัมพันธ์กันทางบวก ($r = 0.16$; $p < 0.0001$) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนมากมีแนวโน้มที่จะได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน ดังนั้น, ผู้ป่วยสูงอายุจากเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานหรือผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยอินซูลินควรได้รับการตรวจหาพัฒนาการของภาวะซึมเศร้า

พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันระหว่างระยะเวลาที่เป็นเบาหวานกับภาวะซึมเศร้าในการศึกษานี้, ซึ่งคล้ายกับที่พบในการศึกษาก่อนนี้(Fisherและคณะ,2009) อย่างไรก็ตาม,ในการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าระยะเวลาที่เป็นเบาหวานมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับอาการปัจจุบันของภาวะซึมเศร้า (Bai และคณะ,2008; Yang และคณะ,2009) ดังนั้น, เกี่ยวกับระยะเวลาการเป็นเบาหวานกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุไทยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ควรต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

พบว่า ระดับการศึกษาสถานภาพการทำงาน และรายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุไทยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2, ซึ่งก็คล้ายคลึงกับที่พบในการศึกษาก่อนหน้านี้ (Yangและคณะ,2009) ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่า อาจมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน, วิธีการรักษาโรค, และเทคนิคการจัดการกับตนเองในการควบคุมโรคและการดูแลสุขภาพจิตใจที่ดีมากกว่า, ซึ่งอาจป้องกันพัฒนาการภาวะซึมเศร้าได้ เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการรักษายาวนานรายได้ต่อเดือนอาจช่วยป้องกันอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีรายได้สูงเนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้สามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพและด้านจิตใจได้ ซึ่งการดูแลสุขภาพและคำปรึกษาพยาบาลอาจเป็นภาระหนักสำหรับผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำกว่า ยิ่งไปกว่านั้น, สิ่งที่พบยังชี้ให้เห็นว่าหากผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุยังคงทำงานอยู่ พวกเขาจะมีอาการซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้ทำงานแล้ว การมีงานทำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับรายได้และความสะดวกสบายในสังคมและรู้สึกมีคุณค่าที่มีส่วนช่วยด้านเศรษฐกิจต่อความผาสุกทางใจของแต่ละบุคคล

พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อนเป็นตัวทำนายที่สำคัญของภาวะซึมเศร้า การค้นพบยืนยันว่ามีความสัมพันธ์ทางลบระหว่างการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มมากขึ้นกับระดับภาวะซึมเศร่าลดลงในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวาน การค้นพบยังชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากกว่าที่ได้รับจากเพื่อน, ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบในผู้ป่วยสูงอายุชาวเอเชียที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 การสนับสนุนจากครอบครัวมีบทบาทต่อความผาสุกทางใจมากกว่าการสนับสนุนจากเพื่อน (Thanakwang และคณะ,2012; Chen และคณะ, 2014) ซึ่งสามารถอธิบายเกี่ยวกับบทบาทของการสนับสนุนจากครอบครัวต่อความผาสุกทางใจได้ว่าอาจมีความเกี่ยวข้องกับความสำคัญของครอบครัวในประเทศไทย (Knodel and Chayavan, 2009) พ่อแม่มักมีความคาดหวังต่อการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัวและมีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจ (Chen และคณะ, 2014; Takagi and Saito, 2013; Thanakwang และคณะ, 2012) การได้รับเงินจิปจายใช้สอยจากการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นสิ่งสะท้อนต่อความรู้สึกของผู้สูงอายุแต่ละคนในด้านการยอมรับนับถือ ความรัก และความมีคุณค่า การศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุชาวเอเชียที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 (Bai และคณะ,2008; Yang และคณะ, 2008) ชี้ให้เห็นว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำซึ่งการสนับสนุนทางสังคมสามารถป้องกันผู้ป่วยจากผลพยาธิสภาพของภาวะเครียดที่สัมพันธ์กับโรคเบาหวาน, ภาวะแทรกซ้อน

จากเบาหวาน, การดูแลรักษาและค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ ประเทศไทยก็มีวัฒนธรรมคล้ายๆกับประเทศอื่นๆในเอเชีย ที่มีวัฒนธรรมการรวมกลุ่มกันและการพึ่งพาซึ่งกันและกัน (Ingersoll-Dayton และคณะ, 2004), และเป็นที่ยอมรับว่าการมีเพื่อนเล่นมีบทบาทสำคัญในการให้การสนับสนุนและส่งเสริมสุขภาพและความผาสุกทางใจในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวาน (Thanakwan and Soonthorndhada, 2004; Thanakwang และคณะ, 2012) ฉะนั้น, ควรพิจารณาและส่งเสริมการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อนเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวาน

ข้อจำกัด

ในการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดหลักของการศึกษา คือ รูปแบบการศึกษาเป็นภาคตัดขวาง เพราะไม่มีบทสรุปที่สามารถดึงเอาเหตุผลของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆที่ศึกษา จึงต้องมีการศึกษาวิจัยในระยะยาวเพื่อทดสอบความเป็นเหตุเป็นผลในรอบแนวคิดของเรา ประการที่สอง, การรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเองและสอบถามด้วยปากเปล่า ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุมาก, มีระดับการศึกษาต่ำหรืออ่านไม่ออกเขียนไม่ได้(ไม่ได้เรียน), หรือสูญเสียการได้ยิน ด้วยเหตุนี้, ปัญหาส่วนใหญ่จึงต้องการความช่วยเหลือจากผู้ให้การดูแลหรือจากผู้สัมภาษณ์ ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามอาจจะมีผลกระทบต่อความเที่ยงตรง ประการที่สาม, เนื่องจากรูปแบบการเลือกกลุ่มตัวอย่างไม่ได้มีการสุ่มเลือกจากประชากรผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ลงทะเบียนและมาตรวจที่คลินิกเบาหวานที่แผนกผู้ป่วยนอกในแต่ละที่ที่ศึกษา, เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการนัดหมายมาในวันที่ต่างกัน, ซึ่งเวลาไม่อยู่ในแนวทางการเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลทั้ง 24 แห่ง อย่างไรก็ตาม, กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาก็สุ่มคัดเลือกจากผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานที่มาคลินิกโรคเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกในวันที่เก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนตัวอย่างที่คัดเลือกที่ใช้ศึกษาในแต่ละที่เป็นสัดส่วนต่อขนาดของคลินิกแผนกผู้ป่วยนอก.

สรุป

ในการวิจัยนี้พบว่ามื่อตราภาวะซึมเศร้าที่สูงในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย นอกจากนี้, ยังพบว่าเศรษฐกิจสังคม, ภาวะที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย, และปัจจัยด้านจิตใจ อารมณ์สังคม (ตัวอย่างเช่น ความทุกข์จากโรคเบาหวานและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจาก ครอบครัวและเพื่อน) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับการศึกษาและรายได้ต่ำ ไม่ได้ทำงาน ขาดการสนับสนุนทางสังคม ไม่ออกกำลังกายประจำ มีความทุกข์จากการเป็นโรคเบาหวานระดับสูง ได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน หรือมีภาวะแทรกซ้อนจาก โรคเบาหวาน มีแนวโน้มเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า จากการวิเคราะห์ความถดถอย (Stepwise multiple regression) แสดงให้เห็นว่าความทุกข์จากการเป็นเบาหวาน ขาดการสนับสนุนจาก ครอบครัว และภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน เป็นตัวทำนายที่มีอิทธิพลมากที่สุดของภาวะซึมเศร้า

ข้อค้นพบเหล่านี้อาจเชื่อมโยงถึงนโยบายการพัฒนาการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติที่มี ประสิทธิภาพเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ประการแรก, ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ควรได้รับการคัดกรองเพื่อหาอาการซึมเศร้าและความผิดปกติทางด้านอารมณ์จากการเป็นเบาหวาน, และต้องมีการวางแผนเพื่อลดอาการซึมเศร้าที่สามารถปฏิบัติได้จริง(เป็นรูปธรรม) ในการบริการ สุขภาพแห่งชาติ, การดูแลด้านจิตใจเป็นสิ่งท้าทายในประชาชนที่เป็นโรคเบาหวาน (Lloyd, Gill, and Stone, 2013) จำเป็นต้องใช้เครื่องมือในการประเมินการคัดกรองที่มีความแม่นยำ ยิ่งไปกว่านั้น, อาการซึมเศร้าและความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเป็นเบาหวานควรต้องได้รับพิสูจน์ ตรวจสอบ สมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (2011) ให้ข้อเสนอแนะว่าการประเมินสภาพจิตใจ และสังคมควรผนวกเข้าเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการรักษาโรคเบาหวาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง, นโยบาย การคัดกรองเพื่อหาปัญหาด้านจิตใจสังคมกับภาวะซึมเศร้า ความทุกข์ที่เป็นโรคเบาหวาน และความ วิตกกังวล เมื่อผู้ป่วยเบาหวานมีการจัดการตนเองที่ไม่ดี ควรได้รับการดูแล ต้องมีการสร้างการ สนับสนุนทางสังคมที่มีคุณภาพสูงและในระยะยาวนาน โดยเฉพาะการสนับสนุนจากครอบครัวและ จากเพื่อนเพื่อลดภาวะซึมเศร้า อาจจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบเพื่อเชื่อมโยงและให้ความรู้กับสมาชิกใน ครอบครัวเพื่อให้กลายเป็นแหล่งสนับสนุนที่แข็งแกร่ง พยาบาลควรพิจารณาหาแนวทางให้ความรู้แก่ สมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้เป็นเบาหวานและใช้ประโยชน์แหล่งเหล่านี้เมื่อวางแผนโปรแกรมการ ดูแลสุขภาพเพื่อผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ความสำคัญของบทบาทการสนับสนุนจาก ครอบครัวชี้ให้เห็นว่าการออกแบบการปฏิบัติการที่ให้การสนับสนุนที่หลากหลายควรได้รับการใส่ใจ เป็นอย่างยิ่ง การปฏิบัติการที่เป็นเป้าหมายเฉพาะของการสนับสนุนจากครอบครัวอาจมีผลในการ ป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ในประเทศไทยยังคงดำรงรักษาไว้ซึ่งวัฒนธรรม เกี่ยวกับความผูกพันระหว่างบิดามารดากับบุตรอาจมีความสำคัญมากที่สุดสำหรับผู้สูงอายุที่เป็น เบาหวาน นอกจากนี้, พยาบาลควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมสังคมและคง การติดต่อพบปะกับเพื่อนฝูงอยู่เสมอ กิจกรรมทางสังคมต้องมีการขยายไปสู่ทุกชุมชนเพื่อพัฒนา สุขภาพทางกายและจิตใจให้ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม, ต้องมีการศึกษาวิจัยประเด็นนี้ในอนาคต

ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับความทราบจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน รวมถึงโรคจอประสาทตาเสื่อมจากเบาหวาน ไตวาย โรคหัวใจ และมีแผลที่เท้าจากเบาหวานต้องได้รับการใส่ใจถึงภาวะซิมเสร์ร่า ที่สำคัญคือต้องมีการตรวจหาอาการซิมเสร์ร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนให้ได้แต่เนิ่นๆเท่าที่จะกระทำได้ การตรวจหาและการจัดการภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานและอาการซิมเสร์ร่าแต่เนิ่นๆควรเป็นเรื่องที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

สิ่งที่ได้เรียนรู้

- โรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับอัตราภาวะซิมเสร์ร่าที่สูงขึ้นที่เป็นผลมาจากการจัดการดูแลตนเองต่ำ การควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี มีภาวะเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และค่าดูแลรักษาพยาบาลสูง
- อาการซิมเสร์ร่ามักเกิดในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน แต่อย่างไรก็ตามเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็ยังไม่ได้ตรวจค้นหาและไม่ได้ตระหนักในเบื้องต้นเท่าที่ควร
- ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจสังคม สภาวะความทุกข์ทรมาน และปัจจัยด้านจิตใจสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเสร์ร่าในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2
- ขอบเขตของการศึกษาภาวะซิมเสร์ร่าในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้สำเร็จลุล่วงแล้ว

สิ่งที่เพิ่มเติมในรายงาน

- นับว่าเป็นการศึกษาภาวะซิมเสร์ร่าในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานทั่วประเทศเป็นครั้งแรกในประเทศไทย
- พบภาวะซิมเสร์ร่าสูงในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย
- ภาวะซิมเสร์ร่าในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา รายได้ การจ้างงาน การสนับสนุนทางสังคม การออกกำลังกายสม่ำเสมอ ความทุกข์จากการเป็นเบาหวาน รูปแบบของการรักษา และภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน
- ตัวทำนายที่มีอิทธิพลมากที่สุดสำหรับภาวะซิมเสร์ร่าในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ ความทุกข์จากโรคเบาหวาน การขาดแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

สรุปผลการวิจัย

จากการดำเนินงานวิจัย ให้ข้อค้นพบประเด็นสำคัญ สามารถสรุปได้ดังนี้

ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน มีอุบัติการณ์ภาวะซึ่มเศร้า ร้อยละ 32.5 โดยส่วนใหญ่มีภาวะซึ่มเศร้าในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 20.5 และระดับปานกลาง ร้อยละ 9.6 และระดับสูงร้อยละ 2.5 ตามลำดับ

ปัจจัยที่มีมีความสัมพันธ์ทางบวก และเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญที่มีอำนาจสูงต่อภาวะซึ่มเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานกับภาวะซึ่มเศร้า คือ

ปัจจัยทางด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย

1. ชนิดของวิธีการรักษา
2. การมีโรคร่วม
3. การมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

ปัจจัยด้านจิตวิทยา

4. ความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน
5. ความว้าเหว่
6. จำนวนเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต

ปัจจัยทางด้านประชากรและเศรษฐกิจที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึ่มเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ได้แก่ การศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ การทำงาน สถานภาพสมรสคู่ และการอยู่อาศัยกับบุตร/หลาน

ส่วนปัจจัยทางด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึ่มเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ได้แก่ ชนิดของวิธีการรักษาด้วยยาฉีดอินซูลิน การมีโรคเรื้อรังอื่นๆร่วมด้วย และการมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องและซับซ้อน และการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึ่มเศร้า

ด้านปัจจัยด้านจิตวิทยา ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึ่มเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ได้แก่ ความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน และความว้าเหว่ ส่วนความผาสุกทางใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึ่มเศร้า ด้านปัจจัยทางจิตสังคม ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึ่มเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ได้แก่ จำนวนเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต ส่วนการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึ่มเศร้า

ปัจจัยทำนายสำคัญต่อภาวะซึ่มเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ได้แก่ การศึกษา การรักษาด้วยยาฉีดอินซูลิน การมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องและซับซ้อน การออกกำลังกาย การออกกำลังกาย ความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความว้าเหว่ ความผาสุกทางใจ จำนวนเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว โดยความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความว้าเหว่ และจำนวนเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต เป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญที่มีอำนาจสูงต่อภาวะซึ่มเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

อภิปรายผล

จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ในประเทศไทย พบประเด็นที่สำคัญนำมาอภิปรายได้ดังนี้

โครงการวิจัยนี้เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งประเทศเป็นครั้งแรกในประเทศไทย ในการศึกษาพบอัตราภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 32.3, และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 2.5. อัตรานี้ต่ำกว่าอัตราซึมเศร้าร้อยละ 39.2 ของที่พบก่อนหน้านี้, ซึ่งใช้ Zung Self-Rating Depression Scale ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยในชุมชนชาวจีน(Yang และคณะ, 2009) อัตราซึมเศร้าที่ต่างกันนี้อาจเป็นเพราะการใช้มาตรวัดที่ต่างกันและการคัดคะแนนอาการซึมเศร้าที่ต่างกัน อย่างไรก็ตาม, อัตราภาวะซึมเศร้าที่พบในการศึกษาของเราสูงกว่าอัตราร้อยละ 15.4 ที่พบในการศึกษา ก่อน, ซึ่งใช้ the Taiwan Geriatric Depression Scale, ในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในไต้หวัน(Bai และคณะ, 2008) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาของ Bai และคณะ ก็แตกต่างจากประชากรที่ใช้ในการศึกษาของเราเนื่องจากประชากรที่ใช้ในการศึกษาของเราเป็นเพศชายร้อยละ 30.7 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 62.1 อยู่กับสมาชิกครอบครัวร้อยละ 58.6 และร้อยละ 56.1 ที่เข้าร่วมการศึกษามีอายุระหว่าง 60-69 ปี, ในขณะที่ประชากรที่ใช้ในการศึกษาก่อนหน้านี้เป็นเพศชายร้อยละ 61.3 แต่งงานแล้วร้อยละ 73.1 อยู่กับครอบครัวร้อยละ 91.7 และร้อยละ 56.4 ของผู้เข้าร่วมการศึกษามีอายุระหว่าง 70-79 ปี. ผลของการศึกษาปัจจุบันชี้ให้เห็นว่ามีอัตราภาวะซึมเศร้าที่สูงในผู้ป่วยสูงอายุไทยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. ซึ่งนับว่าเป็นการสร้างความท้าทายสำหรับยุทธศาสตร์และการบริการด้านสุขภาพที่จะลดอัตราภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุให้จงได้

พบว่าความทุกข์จากโรคเบาหวานเป็นตัวทำนายที่มีอิทธิพลมากที่สุดของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ความทุกข์ด้านอารมณ์จากโรคเบาหวานสะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกวิตกกังวลในแต่ละคน รู้สึกคับข้องใจ และ/หรือ รู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจ เกี่ยวกับประเด็นที่สัมพันธ์กับการจัดการโรค, การรองรับอารมณ์, การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนระหว่างกัน, หรือการได้รับการดูแล, ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของอาการซึมเศร้า(Baradarenและคณะ,2013; Polonsky และคณะ,2005). ในการศึกษาครั้งก่อนพบว่าปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์, เช่น ความวิตกกังวลและความทุกข์มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2(Wu และคณะ, 2011; Baradaren และคณะ, 2013) ดังนั้น ไม่เพียงแต่ภาวะซึมเศร้าที่เป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานเท่านั้น แต่มันชี้ให้เห็นว่าความทุกข์จากการเป็นเบาหวาน เป็นตัวกำหนดภาวะซึมเศร้าที่สำคัญอีกด้วย ผลการศึกษาของเราชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของนโยบายคัดกรองผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อค้นหาความทุกข์ที่เกิดจากโรคเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ในผู้ป่วยสูงอายุชาวจีนที่เป็นเบาหวาน(Bai และคณะ,2008; Yang และคณะ,2009) การศึกษาครั้งนี้พบว่า การออกกำลังกายและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันทางลบ การออกกำลังกายเป็นประจำอาจช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานโดยส่งผ่านเครื่องส่งประสาทกระตุ้นส่งเสริมอารมณ์และลดระดับคอติซอล(cortisol),ฮอร์โมนที่ทำให้เกิดความเครียด (Helmich และคณะ,2010) การออกกำลังกายและอารมณ์ที่ดีมีความสัมพันธ์กับหน้าที่ของร่างกายที่ดีกว่า, ความสะดวกสบายช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 (Caruso และคณะ,2000) ด้วยเหตุนี้,

จึงควรส่งเสริมการออกกำลังกายเมื่อมีการอภิปรายเกี่ยวกับสุขภาพด้านจิตใจและอารมณ์ ในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ยิ่งไปกว่านั้น, ควรส่งเสริมการเข้าถึงแหล่งที่ใช้ประโยชน์ได้ง่ายเพื่อให้ความคล่องตัวมากขึ้น

ในการศึกษานี้ยังพบว่าภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้า, เช่นเดียวกับที่พบในการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเพิ่มระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวาน(Bai และคณะ, 2008; Egede and Zheng, 2003; Shehatah และคณะ, 2010; Yang และคณะ, 2009) ผลการศึกษาเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และมีภาวะแทรกซ้อนควรได้รับการเอาใจใส่ในเรื่องพัฒนาการของภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้, ในการศึกษานี้ยังพบว่ารูปแบบของการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า, ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาด้วยการฉีดอินซูลินหรือทั้งฉีดอินซูลินและรับประทานยาเม็ดจะประสบกับภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ที่ได้รับการรักษาแบบรับประทานยาอย่างเดียว(Bai และคณะ, 2009; Katon และคณะ, 2004) ยิ่งไปกว่านั้น, ยังพบว่าภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและการรักษาด้วยอินซูลินมีความสัมพันธ์กันทางบวก ($r = 0.16$; $p < 0.0001$) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนมากมีแนวโน้มที่จะได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน ดังนั้น, ผู้ป่วยสูงอายุจากเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานหรือผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยอินซูลินควรได้รับการตรวจหาพัฒนาการของภาวะซึมเศร้า

พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันระหว่างระยะเวลาที่เป็นเบาหวานกับภาวะซึมเศร้าในการศึกษานี้, ซึ่งคล้ายกับที่พบในการศึกษาก่อนหน้านี้(Fisherและคณะ, 2009) อย่างไรก็ตาม, ในการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าระยะเวลาที่เป็นเบาหวานมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับอาการปัจจุบันของภาวะซึมเศร้า (Bai และคณะ, 2008; Yang และคณะ, 2009) ดังนั้น, จึงควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยของระยะเวลาการเป็นเบาหวานกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุไทยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มเติมต่อไป

พบว่า ระดับการศึกษาสถานภาพการทำงาน และรายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุไทยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2, ซึ่งก็คล้ายคลึงกับที่พบในการศึกษาก่อนหน้านี้(Yang และคณะ, 2009) ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่า อาจมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน, วิธีการรักษาโรค, และเทคนิคการจัดการกับตนเองในการควบคุมโรคและการดูแลสุขภาพจิตใจที่ดีมากกว่า, ซึ่งอาจป้องกันพัฒนาการภาวะซึมเศร้าได้ เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการรักษายาวนาน รายได้ต่อเดือนอาจช่วยป้องกันอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีรายได้สูง เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้สามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพและด้านจิตใจได้ ซึ่งการดูแลสุขภาพและค่ารักษาพยาบาลอาจเป็นภาระหนักสำหรับผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำกว่า ยิ่งไปกว่านั้น, สิ่งที่ยังชี้ให้เห็นว่าหากผู้ป่วยเบาหวานสูงอายวยังคงทำงานอยู่ พวกเขาจะมีอาการซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้ทำงานแล้ว การมีงานทำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับรายได้และความสะดวกสบายในสังคมและรู้สึกมีคุณค่าที่มีส่วนช่วยด้านเศรษฐกิจต่อความผาสุกทางใจของแต่ละบุคคล

พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อนเป็นตัวทำนายที่สำคัญของภาวะซึมเศร้า การค้นพบยืนยันว่ามีความสัมพันธ์ทางลบระหว่างการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มมากขึ้นกับระดับภาวะซึมเศร่าลดลงในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวาน. การค้นพบยังชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากกว่าที่ได้รับจากเพื่อน, ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อน

หน้าที่ที่พบในผู้ป่วยสูงอายุชาวเอเชียที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 การสนับสนุนจากครอบครัวมีบทบาทต่อความผาสุกทางใจมากกว่าการสนับสนุนจากเพื่อน (Thanakwang และคณะ, 2012; Chen และคณะ, 2014) ซึ่งสามารถอธิบายเกี่ยวกับบทบาทของการสนับสนุนจากครอบครัวต่อความผาสุกทางใจได้ว่าอาจมีความเกี่ยวข้องกับความสำคัญของครอบครัวในประเทศไทย (Knodel and Chayavan, 2009) พ่อแม่ก็มีความคาดหวังต่อการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัวและมีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจ (Chen และคณะ, 2014; Takagi and Saito, 2013; Thanakwang และคณะ, 2012) การได้รับเงินจ้บจ่ายใช้สอยจากการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นสิ่งสะท้อนต่อความรู้สึกของผู้สูงอายุแต่ละคนในด้านการยอมรับนับถือ ความรัก และความมีคุณค่า การศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุชาวเอเชียที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 (Bai และคณะ, 2008; Yang และคณะ, 2008)ชี้ให้เห็นว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำซึ่งการสนับสนุนทางสังคมสามารถป้องกันผู้ป่วยจากผลพยาธิสภาพของภาวะเครียดที่สัมพันธ์กับโรคเบาหวาน, ภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน, การดูแลรักษาและค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ. ประเทศไทยก็มีวัฒนธรรมคล้ายๆกับประเทศอื่นๆในเอเชีย ที่มีวัฒนธรรมการรวมกลุ่มกันและการพึ่งพาซึ่งกันและกัน (Ingersoll-Dayton และคณะ, 2004), และเป็นที่ทราบกันว่าการมีเพื่อนเล่นมีบทบาทสำคัญในการให้การสนับสนุนและส่งเสริมสุขภาพและความผาสุกทางใจในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวาน (Thanakwan and Soonthornhdhada, 2004; Thanakwang และคณะ, 2012) ฉะนั้น, ควรพิจารณาและส่งเสริมการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อนเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวาน

ข้อจำกัด

ในการศึกษาครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดหลักของการศึกษา คือ รูปแบบการศึกษาเป็นภาคตัดขวาง เพราะไม่มีบทสรุปที่สามารถดึงเอาเหตุผลของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆที่ศึกษา จึงต้องมีการศึกษาวิจัยในระยะยาวเพื่อทดสอบความเป็นเหตุเป็นผลในกรอบแนวคิดของเรา ประการที่สอง, การรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเองและสอบถามด้วยปากเปล่า ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุมาก, มีระดับการศึกษาต่ำหรืออ่านไม่ออกเขียนไม่ได้(ไม่ได้เรียน), หรือสูญเสียการได้ยิน ด้วยเหตุนี้, ปัญหาส่วนใหญ่จึงต้องการความช่วยเหลือจากผู้ให้การดูแลหรือจากผู้สัมภาษณ์ ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามอาจจะมีผลกระทบต่อความเที่ยงตรง ประการที่สาม, เนื่องจากรูปแบบการเลือกกลุ่มตัวอย่างไม่ได้มีการสุ่มเลือกจากประชากรผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ลงทะเบียนและมาตรวจที่คลินิกเบาหวานที่แผนกผู้ป่วยนอกในแต่ละที่ที่ศึกษา, เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการนัดหมายมาในวันที่ต่างกัน, ซึ่งเวลาไม่อยู่ในแนวทางเดียวกันของการเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลทั้ง 24 แห่ง อย่างไรก็ตาม, กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาก็สุ่มคัดเลือกจากผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานที่มาคลินิกโรคเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกในวันที่เก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนตัวอย่างที่คัดเลือกที่ใช้ศึกษาในแต่ละที่เป็นสัดส่วนต่อขนาดของคลินิกแผนกผู้ป่วยนอก

สรุป

ในการวิจัยนี้พบว่ามื่ออัตราภาวะซึมเศร้าที่สูงในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย นอกจากนี้, ยังพบว่าเศรษฐกิจสังคม, ภาวะที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย, และปัจจัยด้านจิตใจ อารมณ์สังคม (ตัวอย่างเช่น ความทุกข์จากโรคเบาหวานและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจาก ครอบครัวและเพื่อน) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับการศึกษาและรายได้ต่ำ ไม่ได้ทำงาน ขาดการสนับสนุนทางสังคม ไม่ออกกำลังกายประจำ มีความทุกข์จากการเป็นโรคเบาหวานระดับสูง ได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน หรือมีภาวะแทรกซ้อนจาก โรคเบาหวาน มีแนวโน้มเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า จากการวิเคราะห์ความถดถอย (Stepwise multiple regression) แสดงให้เห็นว่า ความทุกข์จากการเป็นเบาหวาน การขาดการสนับสนุนจาก ครอบครัว และภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน เป็นตัวทำนายที่มีอิทธิพลมากที่สุดของภาวะซึมเศร้า

ข้อค้นพบเหล่านี้อาจเชื่อมโยงถึงนโยบายการพัฒนาการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติที่มี ประสิทธิภาพเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ประการแรก, ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ควรได้รับการคัดกรองเพื่อหาอาการซึมเศร้าและความผิดปกติทางด้านอารมณ์จากการเป็นเบาหวาน, และต้องมีการวางแผนเพื่อลดอาการซึมเศร้าที่สามารถปฏิบัติได้จริง (เป็นรูปธรรม) ในการบริการ สุขภาพแห่งชาติ, การดูแลด้านจิตใจเป็นสิ่งท้าทายในประชาชนที่เป็นโรคเบาหวาน (Lloyd, Gill, and Stone, 2013) จำเป็นต้องใช้เครื่องมือในการประเมินการคัดกรองที่มีความแม่นยำ ยิ่งไปกว่านั้น, อาการซึมเศร้าและความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเป็นเบาหวานควรต้องได้รับพิสูจน์ ตรวจสอบ สมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (2011) ให้ข้อเสนอแนะว่าการประเมินสภาพจิตใจ และสังคมควรผนวกเข้าเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการรักษาโรคเบาหวาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง, นโยบาย การคัดกรองเพื่อหาปัญหาด้านจิตใจสังคมกับภาวะซึมเศร้า ความทุกข์ที่เป็นโรคเบาหวาน และความ วิดกกังวล เมื่อผู้ป่วยเบาหวานมีการจัดการตนเองที่ไม่ดี ควรได้รับการดูแล ต้องมีการสร้างการ สนับสนุนทางสังคมที่มีคุณภาพสูงและในระยะยาว โดยเฉพาะการสนับสนุนจากครอบครัวและ จากเพื่อนเพื่อลดภาวะซึมเศร้า อาจจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบเพื่อเชื่อมโยงและให้ความรู้สมาชิก ครอบครัวเพื่อให้กลายเป็นแหล่งสนับสนุนที่แข็งแกร่ง. พยาบาลควรพิจารณาหาแนวทางให้ความรู้แก่ สมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้เป็นเบาหวานและใช้ประโยชน์แหล่งเหล่านี้เมื่อวางแผนโปรแกรมการ ดูแลสุขภาพเพื่อผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ความสำคัญของบทบาทการสนับสนุนจาก ครอบครัวชี้ให้เห็นว่าการออกแบบการปฏิบัติการที่ให้การสนับสนุนที่หลากหลายควรได้รับการใส่ใจ เป็นอย่างยิ่ง การปฏิบัติการที่เป็นเป้าหมายเฉพาะของการสนับสนุนจากครอบครัวอาจมีผลในการ ป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ในประเทศไทยยังคงดำรงรักษาไว้ซึ่งวัฒนธรรม เกี่ยวกับความผูกพันระหว่างบิดามารดากับบุตรอาจมีความสำคัญมากที่สุดสำหรับผู้สูงอายุที่เป็น เบาหวาน นอกจากนี้, พยาบาลควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมสังคมและคง การติดต่อพบปะกับเพื่อนฝูงอยู่เสมอ กิจกรรมทางสังคมต้องมีการขยายไปสู่ทุกชุมชนเพื่อพัฒนา สุขภาพทางกายและจิตใจให้ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม, ต้องมีการศึกษาวิจัยประเด็นนี้ในอนาคต

ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับความทราบจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน รวมถึงโรคจอประสาทตาเสื่อมจากเบาหวาน ไตวาย โรคหัวใจ และมีแผลที่เท้าจากเบาหวานต้องได้รับการใส่ใจถึงภาวะซึ่มเศร้า ที่สำคัญ คือต้องมีการตรวจหาอาการซึ่มเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนให้ได้แต่เนิ่นๆเท่าที่จะกระทำได้ การตรวจหาและการจัดการภาวะแทรกซ้อน โรคเบาหวานและอารมณ์ซึ่มเศร้าแต่เนิ่นๆควรเป็นเรื่องที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

สิ่งที่ได้เรียนรู้

- โรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับอัตราภาวะซึ่มเศร้าที่สูงขึ้นที่เป็นผลมาจากการจัดการดูแลตนเองต่ำ การควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี มีภาวะเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และค่าดูแลรักษาพยาบาลสูง

- อาการซึ่มเศรมักเกิดในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน แต่อย่างไรก็ตามเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็ยังไม่ได้ตรวจค้นหาและไม่ได้ตระหนักในเบื้องต้นเท่าที่ควร

- ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจสังคม สภาพความทุกข์ทรมาน และปัจจัยด้านจิตใจสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึ่มเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

- ขอบเขตของการศึกษาภาวะซึ่มเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้สำเร็จลุล่วงแล้ว สิ่งที่เพิ่มเติมในรายงาน

- นับว่าเป็นการศึกษาภาวะซึ่มเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานทั่วประเทศเป็นครั้งแรกในประเทศไทย

- พบภาวะซึ่มเศร้าสูงในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย

- ภาวะซึ่มเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา รายได้ การจ้างงาน การสนับสนุนทางสังคม การออกกำลังกายสม่ำเสมอ ความทุกข์จากการเป็นเบาหวาน รูปแบบของการรักษา และภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน

- ตัวทำนายที่มีอิทธิพลมากที่สุดสำหรับภาวะ

- ซึ่มเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ ความทุกข์จากโรคเบาหวาน การขาดแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

อภิปรายผลส่วนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ข้อค้นพบประเด็นสำคัญ ที่สามารถอภิปรายผล และประเด็น ดังนี้

1. การประสานงานตั้งแต่ระดับชุมชน อสม. รพ.สต. และโรงพยาบาล รวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นผลรวมจากหลายสาเหตุทั้งจากการประสบปัญหาด้านจิตสังคมและการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง อาการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน (วิจารณ์ วิชัยยะ, 2533) ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยโรคเรื้อรังและต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปจากเดิม ทั้งบุคคล สถานที่ รูปแบบการรักษาที่ได้รับหรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่ได้รับ ทำให้เกิดภาวะเครียด และซึมเศร้าตามมาในที่สุด (สายพิน และจิตภินันท์, 2555) ทั้งนี้ วิธีชีวิตหรือวัฒนธรรมจะมีผลอย่างยิ่งต่อลักษณะอาการที่เกิดขึ้น

ดังนั้น การแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้าจึงต้องเข้าใจลักษณะการเกิดโรคตามบริบทสังคมด้วย กิจกรรมเพียงอย่างหนึ่งอย่างเดียว เช่น การคัดกรองหรือการรักษาไม่เพียงพอที่จะแก้ไขปัญหาได้ **จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 32.5 และไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 67.5 ซึ่งจากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ยังพบภาวะซึมเศร้าในระดับสูงกว่าการวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ** ซึ่งโดยส่วนมากจะพบอยู่ในช่วงประมาณร้อยละ 30 ร้อยละ 15-30 (Anderson, Freedland, Clouse & Lustman, 2001) ผลจากการวิจัยครั้งนี้มีแนวโน้มสอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก(WHO) คาดการณ์ว่าในปี 2020 (พ.ศ. 2560) หรืออีก 14 ปี ข้างหน้า ความสูญเสียด้านเศรษฐกิจและสังคมจากภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มสูงขึ้นเป็นลำดับ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในทุกประเทศทั่วโลก ที่รายงานว่าภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุของภาวะการสูญเสียความสามารถของประชากรโลก 1 ใน 10 อันดับแรก คิดเป็นร้อยละ 10.7 ของประชากรโลก (Murray & Lopez, 1996)

อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีลักษณะแยกส่วนขาดความเชื่อมโยงต่อเนื่องและครอบคลุม โดยเฉพาะบริการสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ขาดคนดูแลรวมถึงบริการสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวยังมีจำกัด (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2553) อีกทั้งผลจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า **ยังมีช่องว่างปัญหาอีกมากมายระหว่างบุคลากร รพ.สต. และโรงพยาบาล จากการศึกษาครั้งนี้แสดงผลให้เห็นว่า อสม.และ รพ.สต. สามารถมีบทบาทสำคัญยิ่งในการพัฒนาระบบทั้งการป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้า** หากมีการส่งเสริมสุขภาพจิตและการแก้ไขปัญหาแบบบูรณาการ โดยดำเนินการให้ครอบคลุมตั้งแต่สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ประชาชนทั่วไป ส่งเสริมสมรรถนะทางจิตใจและทักษะชีวิตแก่กลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้า การรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยและต้องติดตามดูแลอย่างทันที่ตั้งแต่ระยะยาว พร้อมทั้งมีระบบการให้ความช่วยเหลืออย่างทันที่ตั้งแต่ระยะต้น บูรณาการและสร้างเครือข่ายการช่วยเหลือกันจากหลากหลายอาชีพหลากหลาย

องค์กร โดยไม่มุ่งเฉพาะผู้ป่วยแต่ต้องเกี่ยวข้องกับทั้งครอบครัว ชุมชนและสังคม (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2553) อีกทั้งยังพบปัญหาจากความไม่ครอบคลุมในการใช้แบบคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในทุกกลุ่มเป้าหมาย ขาดการพัฒนาาระบบเครือข่ายในชุมชน และไม่มีแนวทางการช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพ สถานการณ์ดังกล่าวบ่งชี้ถึงความจำเป็นที่ต้องมีการศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานซึ่งมีผลเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า

เนื่องจากการแก้ปัญหาไม่สามารถทำได้เพียงหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง แต่ต้องเป็นการประสานงานอย่างมีระบบชัดเจนจากหลายๆ หน่วยงานให้เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้อง ประเด็นสำคัญของการออกแบบระบบ คือ การนำข้อมูลปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาวางแผนออกแบบอย่างเป็นระบบ โดยจัดทำผังการดูแล (Care Map) ที่มีภาคีต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วม (ลลิตา กองคำ, วริฐฐา แก้วเกตุ และ ชนิษฐา คະສິທອງ, 2556) รวมถึงการกำหนดบทบาทของภาคีเหล่านั้น เพื่อให้มีการวางแผนแบ่งหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับบุคคลที่จะให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ครอบครัว ญาติพี่น้องหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งรวมถึงการจัดการกำหนดหน้าที่ให้ภาคีภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ได้แก่ อสม. จากผลการศึกษาในครั้งนี้นี้ยังคงพบว่าบุคคลกรที่เกี่ยวข้องบางส่วนยังต้องการการเพิ่มเติมองค์ความรู้ในหลายเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

2. การเยี่ยมบ้านยังไม่ต่อเนื่องและยังไม่ครบ 100%

เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. ถือเป็นกำลังสำคัญและเป็นต้นน้ำหลักที่สำคัญสำหรับการเฝ้าระวังและการติดตามผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอาการซึมเศร้า เนื่องจาก รพ.สต.มีเขตพื้นที่รับผิดชอบ (catchment area) อย่างชัดเจน และถือได้ว่าเป็นหน่วยงานที่ใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุดจากการลงพื้นที่ทำการวิจัยในครั้งนี้ พบว่ามีผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าฆ่าตัวตายสำเร็จ 2 ราย ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายังพบปัญหา เรื่องการขาดความต่อเนื่องและการลงพื้นที่ไม่ครบ 100 % ดังนั้น จึงควรมีการจัดทีมเยี่ยมบ้านของ รพ.สต. หรือบุคลากรของหน่วยงาน อาสาสมัครสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลแม่ข่าย ผู้มีจิตอาสา และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Health Care) การเฝ้าดูแลผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังที่บ้าน และอาจจะต้องมีการเน้นให้ครอบครัวเห็นความสำคัญและเป็นหลักในการดูแลอีกทั้งให้การพยาบาลผู้ป่วยเบื้องต้น โดยบุคลากร รพ.สต. ทำหน้าที่เหมือนเป็นพี่เลี้ยงคอยเป็นผู้ให้คำแนะนำ ประเมินอาการเป็นระยะๆ อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ช่วยพยาบาลในการเฝ้าระวังร่วมและประสานข้อมูลการดูแลกับทีมงาน อาจจะมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้ การประชาสัมพันธ์ให้ชุมชนได้รับรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพผ่านช่องทางต่างๆ เช่น หอกระจายข่าว การอบรม ฯลฯ การรณรงค์เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น รณรงค์ให้มีการใช้จักรยาน รณรงค์ไม่ให้กินหวานมัน เค็ม เป็นต้น (สถาบันวิจัยสาธารณสุข, 2553) บริการเชิงรุกนั้นนับว่าเป็นจุดเน้นที่สำคัญของการให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการที่จะเป็นด่านแรกทำให้ประชาชนรู้ เข้าใจและเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ตลอดจนในรายที่เจ็บป่วยแล้วจะ

เป็นการช่วยดึงครอบครัว ภาควิชาช่วยให้อาสาสมัครเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วย ดังนั้นการบริการเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมาทำงานร่วมกัน อาจทำได้หลายรูปแบบ บางกิจกรรมสามารถยกให้อาสาสมัครสาธารณสุขหรืออาสาสมัครช่วยเป็นหลักได้ ดังนี้ 2.1 เริ่มจากปรับความคิดของประชาชนจากที่เคยพึ่งพิงระบบสาธารณสุขในเรื่องการรักษาความเจ็บป่วย มาเป็นพึ่งตนเองด้วยการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมป้องกันดูแลสุขภาพตัวเองก่อนที่จะเจ็บป่วย **“สร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ”** โดยอาจทำในรูปการประชุมประชาคมดึงเครือข่ายต่างๆมา ร่วมกันกำหนดเป็นแผนสุขภาพตำบลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน เป็นต้น

3. การมีคลินิกที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าโดยเฉพาะสำหรับ รพ.สต

การจัดบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนที่ผ่านมานานอกจากครอบครัวแล้ว ยังมีหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องทั้งส่วนกลางและท้องถิ่นที่มีบทบาทในการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากโรคซึมเศร้าเป็นโรคเรื้อรังและสามารถเกิดซ้ำๆ ได้ในช่วงชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะในกรณีที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องครบถ้วน ขณะเดียวกัน การเกิดขึ้นซ้ำๆหลายครั้งจะเป็นสาเหตุให้เกิดอาการรุนแรงและรักษาได้ยากขึ้น อีกทั้งยังส่งผลเสียต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนด้วย บุคลากรใน รพ.สต. มีความใกล้ชิดกับคนในชุมชนมากที่สุด จึงง่ายต่อการติดตามดูแล (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2553) สร้างความเข้าใจในเรื่องการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะสามารถเอื้อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพได้เป็นอย่างดี ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระบบการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าจะขึ้นอยู่กับผลการคัดเลือกและประเมินโรคซึมเศร้า เมื่อทราบผลแล้วให้ส่งต่อไปยังสถานบริการสาธารณสุข ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิตามลำดับ การวางระบบในเบื้องต้นนั้น อาจจะมีการคัดเลือกรักษา อสม. ที่ทำงานเก่งและอยากพัฒนาตนเอง โดยอาจจะมีการออกแบบกระบวนการฝึกอบรมให้มีโอกาสได้ปฏิบัติงานจริง มอบหมายงานและบทบาทให้ชัดเจน คอยเป็นที่ปรึกษาให้คำปรึกษา ในช่วงแรกต้องมีการติดตามพูดคุยบ่อยครั้ง เมื่อมั่นใจว่าสามารถทำงานได้คล่องแล้วจึงค่อยออกห่าง (ลลิตา กองคำ, วริษฐา แก้วเกตุ และ ขนิษฐา คะสีทอง, 2556)

ดังนั้น การจัดระบบดูแล เป็นบทบาทสำคัญของ รพ.สต. ในฐานะผู้จัดการและประสานการดูแล (case management/care coordination) กับ รพ.ชุมชน/รพ. แม่ข่าย ซึ่งมีบทบาทในการหนุนเสริมด้านวิชาการ ทีมสหวิชาชีพ ระบบข้อมูลการรักษาพยาบาล การส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ตลอดจนการสนับสนุนอุปกรณ์ กายอุปกรณ์ ในการดูแลผู้สูงอายุ (ลลิตา กองคำ, วริษฐา แก้วเกตุ และ ขนิษฐา คะสีทอง, 2556)

การดำเนินการเพื่อวางระบบเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าอาจทำได้โดย

- มีการร่วมกันของคณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาพจิตในชุมชนและ/หรือระดับจังหวัด เพื่อทำหน้าที่วางแผนระบบปฏิบัติงาน กำกับติดตาม และแก้ไขปัญหาลุ่บสรรรค คณะทำงานควรประกอบด้วยผู้รับผิดชอบของโรงพยาบาลทั่วไป แพทย์/พยาบาล การร่วมกันทำงานจะช่วยทำให้ รพ.สต. สามารถเข้าถึงสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงและมีโอกาสในการพัฒนาศักยภาพกับเครือข่ายอย่างใกล้ชิด มีการวางระบบส่งต่อผู้ป่วยที่ชัดเจนและทำความเข้าใจวิธีการติดตามผู้ป่วยที่เข้าด้านเศร้าจากโรงพยาบาลชุมชนหรือแม่ข่าย
- กำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน และมีการเพิ่มเติมความรู้ที่เป็นปัจจุบันให้ผู้ที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็น พยาบาล รพ.สต. รวมถึง อสม. อย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพในการทำงาน ความรู้ที่จำเป็น อาทิเช่น
 - ความรู้พื้นฐานของโรคซึมเศร้าและความจำเป็นที่ต้องมีการดูแลเฝ้าระวัง
 - ภาพรวมของระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า
 - การใช้เครื่องมือและแจ้งผลคัดกรอง การประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า
 - การแจ้งผลและการช่วยเหลือตามระดับความรุนแรง
 - การให้สุขภาพจิตศึกษาและการให้การปรึกษา
 - การติดตามการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านเศร้ารวมถึงการแก้ไขผลข้างเคียง
 - การบันทึกและการรายงานผล
- เพื่อให้ประชาชนได้รับประโยชน์ต่อเนื่องและยั่งยืน จะต้องให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิตและการคัดกรองโรคซึมเศร้าแก่ผู้นำชุมชนและ อสม.ด้วย
- มีการพัฒนาแนวทางการดูแลติดตามผู้ป่วย โดยการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต เช่น แบบประเมินภาวะซึมเศร้า เพื่อการปฏิบัติที่เป็นทิศทางเดียวกันของเจ้าหน้าที่ในคลินิก และเครือข่ายสุขภาพจิตในพื้นที่
- มีการส่งต่อผู้ป่วยโดยใช้โทรศัพท์และแบบส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่าย เพื่อติดตามดูแลต่อเนื่องตามนัดของผู้ป่วยในกรณีที่ไม่สะดวกในการเดินทาง และยินดีรับบริการโดยเครือข่ายสุขภาพจิต
- มีการติดตามการมารับบริการ โดยใช้โทรศัพท์แจ้งเตือนบ่งหน้าในผู้ป่วยที่ต้องการรับบริการในคลินิก เพื่อกระตุ้นให้มาตามนัด
- มีการติดตามต่อเนื่องทางโทรศัพท์ เมื่อผู้ป่วยไม่มาตามนัด

- มีการติดตามโดยการเยี่ยมบ้านโดยเครือข่ายในพื้นที่เมื่อผู้ป่วยไม่มาตามนัด หรือผู้ป่วยได้รับการติดตามครบนัดจากคลินิก แต่ยังคงมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแล เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตามการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพตั้งแต่ในระบบของ อสม. และ รพ.สต. จะช่วยให้เกิดการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงอย่างทั่วถึง อีกทั้งยังนำไปสู่รูปแบบการสร้างระบบส่งเสริมสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพสูงสุด จากผลการวิจัยบางส่วนที่ผ่านมา พบว่า หลังได้รับรูปแบบการพยาบาลอย่างใกล้ชิดผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่พบภาวะซึมเศร้ามีระดับของภาวะซึมเศร้ามลดลงจากระดับมาก จนอยู่ที่ระดับปกติภายในระยะเวลา 6 เดือน โรคซึมเศร้า สามารถรักษาให้หายได้ด้วยการใช้ยาและการรักษาทางจิตใจ หรือทั้งสองอย่างรวมกัน บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อาจทำได้ดังนี้

1. เรียนรู้และเข้าใจการดำเนินงานโรคซึมเศร้า
2. รับรู้ เข้าใจ และให้กำลังใจผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
3. เฝ้าระวังและติดตามอาการที่เปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด
4. ปรับสภาพสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ไม่ให้เกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
5. จัดยาให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง
6. นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง
7. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ โดยเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยถนัดหรือเคยทำเสร็จมาแล้ว
8. ช่วยเหลือและกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การนอนการเคลื่อนไหว

อย่างไรก็ตามพบว่า การรักษาหลักของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ การรักษาด้วยยาการช่วยเหลือด้านจิตใจก็เป็นสิ่งที่ต้องทำควบคู่กันไปเสมอ สัมพันธภาพในการรักษาเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากเป็นโรคที่ต้องใช้เวลาในการรักษา อีกทั้งต้องทำความเข้าใจกับผู้ป่วยในแง่มุมต่างๆ หากแพทย์ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพในการรักษาที่ดี ก็ย่อมยากที่การรักษาจะได้ผล

บรรณานุกรม

- กัตติกา ธนะขำ, จินตนา รัตนวิฑูรย์, จามจุรี ทรัพย์, ทัศนีย์ ทรัพย์, พิมพ์พรณ คุณสิทธิ์ และทัศนีย์ ชูวรรณ
ปกรณ์. (2553). *การพัฒนาเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนและศักยภาพในการดูแลตนเองเพื่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุตำบลวรรณคร อำเภอบัว จังหวัดน่าน*. กรุงเทพฯ: สำนักงาน
กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- กาญจนา ตั้งชลทิพย์ และคณะ. (2553). คุณค่าผู้สูงอายุ: ภาพสะท้อนมุมมองจากคนสองวัย. ใน
สุชาดา ทวีสิทธิ์ และสวริย์ บุญยมนานท์ (บรรณาธิการ). *ประชากรและสังคม 2553: คุณค่า
ผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย* (หน้า 29-56). เอกสารวิชาการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลข 372. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.
- เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. (2543). *การจัดการเครือข่าย: กลยุทธ์สำคัญสู่ความสำเร็จของการปฏิรูป
การศึกษา*. กรุงเทพฯ: บริษัทซีเคเอสดี จำกัด.
- จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย จิราพร เกศพิชญวัฒนา ยุพิน อังสุโรจน์ และ Berit Ingersoll-Dayton.
(2544). ความสัมพันธ์ระหว่างการช่วยเหลือเกื้อหนุนในครอบครัวกับความผาสุกทางใจของ
ผู้สูงอายุไทย. *วารสารประชากรศาสตร์* 17(2), 1-18.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา, จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย, ยุพิน อังสุโรจน์ และ Berit Ingersoll-Dayton.
(2543). ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ : การศึกษาเชิงคุณภาพ. *วารสารพหุวิทยาและเวช
ศาสตร์ผู้สูงอายุ* 1(3), 21-28.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา และสุวิณี วิวัฒน์วานิช. (2552). *ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุไทย: การทบทวน
องค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.
ผส.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
- ชาติชาย ณ เชียงใหม่. (2533). *การเปลี่ยนแปลงทางสังคมกับพฤติกรรมทางการเมืองของชาวนาใน
ภาคเหนือ*. กรุงเทพฯ: สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ชาติชาย ณ เชียงใหม่. (2543). *การบริหารการพัฒนาชนบทเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน*.
กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาบริหารศาสตร์.
- ชาย โพธิ์สิตา. (2547). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับ
ลิชชิ่ง.
- ชาย โพธิ์สิตา. (2550). หอมกลิ่นลำดวน เตรียมพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุ. ในชินุทัย กาญจนจิตรา
(บรรณาธิการ), *สุขภาพคนไทย 2550*. (หน้า 87-125). กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
- ดวงภา จิระเดชประไพ. (2554). การศึกษาการเตรียมตัวก่อนเข้าวัยสูงอายุ การปรับตัวและความพึง
พอใจในชีวิต ของผู้สูงอายุตอนต้นเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร. *วารสารรามคำแหง* (ฉบับ
พิเศษ), 28(1), 612-624.
- ดุชนิ ดามี, เกรียงศักดิ์ ชื้อเลื่อม และปราณี สุทธิสุนทร. (2551). ทบทวนปัญหาของครอบครัวคน
ไทย. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา* 6(3): 121-126.
- นภาพร ชัยวรรณ. (2548). ผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย. *วารสารประชากรศาสตร์* 21(1):
1-24.

- นภาพร ชัยวรรณ และจอห์น โนเดล. (2542). *การอยู่อาศัยและการเกื้อหนุนโดยครอบครัวของผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิธิ เอียวศรีวงศ์ (2543). *ทุนทางสังคม หนังสือชุดชุมชนเข้มแข็งลำดับที่ 3*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนเพื่อสังคม และธนาคารออมสิน.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2537). *แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย*. สารคดีราช 46(1), 1-9.
- เล็ก สมบัติ. (2549). *ภาวะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวไทยในปัจจุบัน*. กรุงเทพฯ : มิสเตอร์ก๊อปปี.
- พิมพ์พลย์ ปรีดาสวัสดิ์. (2530). *เครือข่ายทางสังคมกับการดูแลสุขภาพตนเอง*. ใน พิมพ์พลย์ ปรีดาสวัสดิ์ กวี วงศ์ประเสริฐ และอรรัญญา ปุณณัน (บรรณาธิการ). *การดูแลสุขภาพตนเอง ทักษะทางสังคมวัฒนธรรม*. (หน้า 143-200). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แสงแดด.
- พรทิพย์ มาลาธรรม จิราพร คงเอี่ยม และประคอง อินทรสมบัติ. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและแรงสนับสนุนจากเพื่อนกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท*. *รามาศิบัติพยาบาลสาร*, 15(3), 431-448.
- พระระวี สีเหลืองสวัสดิ์. (2545). *การศึกษาเรื่องทุนทางสังคมจากมุมมองแบบไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาชนบทศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พระมหาสุทิตย์ อาภาโร. (2547). *เครือข่ายธรรมชาติ ความรู้ และการจัดการ*. กรุงเทพฯ: โครงการเสริมสร้างความรู้เพื่อชุมชน(สรส.).
- ไพบุลย์ วัฒนศิริธรรม (2542). *ชุมชนเข้มแข็ง ทุนทางสังคมไทย หนังสือชุดชุมชนเข้มแข็งลำดับที่ 1*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนเพื่อสังคม และธนาคารออมสิน.
- ปราโมทย์ ประสาท และปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์. (2553). *นิยามผู้สูงอายุด้วยช่วงชีวิตข้างหน้า*. ใน สุชาดา ทวีสิทธิ์ และสวรัย บุญยานนท์ (บรรณาธิการ), *ประชากรและสังคม 2553: คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย* (หน้า 15-28). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราโมทย์ ประสาท ศุทธิดา ชวนวัน และกาญจนา เทียนลาย. (2555). *ผู้สูงอายุ : คนวงในที่จะถูกผลักให้ไปอยู่ชายขอบ*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
- ประเวศ วะสี. (2542). *ชุมชนเข้มแข็ง ทุนทางสังคมของไทย*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนเพื่อสังคม และธนาคารออมสิน.
- เยาวรัตน์ ปริกซ์ขาม และ พรพันธุ์ บุญรัตน์พันธ์. (2551). *ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2547*. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 1(2), 98-115.
- รศรินทร์ เกรย์, วรชัย ทองไทย และเรวดี สุวรรณนพเก้า. (2553). *ความสุขเป็นสากล*. กรุงเทพฯ: บริษัทจรัสสินทวงศ์การพิมพ์ จำกัด.
- วรภูมิ โรมรัตน์พันธ์. (2548). *ทุนทางสังคม*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และลัดดา ดำริการเลิศ (บรรณาธิการ). (2553). *การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

- วิชัย เอกพลากร (บรรณาธิการ). (2553). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ. (2553) ภาพรวมประชากรสูงอายุในประเทศไทย. ใน ชื่นตา วิชชาวุธ และคณะ (บรรณาธิการ), การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545-2550. (หน้า 19-60) กรุงเทพฯ: บริษัท คิว พี จำกัด.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ นภาพร ชัยวรรณ มาลินี วงษ์สิทธิ์ ศิริวรรณ ศิริบุญ บุศริน บางแก้ว และชเนตตี มลิณทรากูร. (2551). รายงานการศึกษาโครงการสร้างระบบการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564). กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัลลภา โคสีตานนท์. (2542). ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรมต่อการลดความหวาดกลัวในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2541). โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ปรียานุช โชคธนะวิชัย, และธนิกันต์ ศักดาพร. (2552). ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนชนบทไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ภาวนา พัฒนศรี, เล็ก สมบัติ และคณะ. (2541). การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ : พื้นที่การศึกษาในเขตภาคเหนือ. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, และระพีพรรณ คำหอม. (2541). การพัฒนาสถาบันครอบครัว: ปัจจัยสำคัญในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: เจปรีซ์การพิมพ์.
- ศิริพร จีรวัดน์กุล. (2546). ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน : มิติทางวัฒนธรรมในการพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรีเมือง พลัทธิ. (2550). แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยบุคคล ครอบครัว และชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารประชากรศาสตร์, 23(2), 67-85.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ยุพา ถาวรพิทักษ์, วราลักษณ์ กิตติวัฒน์ไพศาล, อิงคภา โคตนารา, และเนตรชนก แก้วจินทา. (2557). ความชุกและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2557; 59(3): 287-298.
- สมศักดิ์ ชุนทรทัศน์. (บรรณาธิการ) (2551). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2550. กรุงเทพฯ: บริษัท ทีคิวพี จำกัด.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธุ์ สาสัตย์, และขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ (2552). รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว, 22-31, URL: http://ihppthai.gov.net/publication/publication_research_show.php?id=122

- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2549). *การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2548-2568*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
- โสภณ แสงอ่อน พรเพ็ญ สำเภา และพรทิพย์ มาลาธรรม. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ความว่าเหว และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. *รวมาริบดีพยาบาลสาร* 13(1), 54-68.
- สุชาดา ทวีสิทธิ์. (2553). บทบรรณาธิการ: การเปลี่ยนกระบวนทัศน์เพื่อการวิจัยผู้สูงอายุ. ใน สุชาดา ทวีสิทธิ์ และ สวริย์ บุญยมนานท์ (บรรณาธิการ). *ประชากรและสังคม 2553: คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย*. เอกสารวิชาการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลข 372. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.
- เสน่ห์ จามริก. (2543). *สิทธิมนุษยชน: เส้นทางสู่สันติประชาธรรม*. นครปฐม: สำนักงานสิทธิมนุษยชนศึกษาและการพัฒนาทางสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). *ผู้สูงอายุไทย 2550 มุมมอง/เสียงสะท้อนจากข้อมูลสถิติ*. กรุงเทพฯ: พี. เอ. สัฟวิง จำกัด.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2548). *ทุนทางสังคมกับการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน : ร่วมเรียนรู้ ร่วมขับเคลื่อน ร่วมพัฒนา*. เอกสารสรุปผลการสัมมนา วันที่ 27 เมษายน 2548 ณ โรงแรมปรีณิพาเลส กรุงเทพมหานคร.
- เสรี พงศ์พิศ. (2546). *วิธีคิด วิธีทำ แผนชีวิตเศรษฐกิจชุมชน*. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพฯ: ภูมิปัญญาไท.
- อนเนก นาคะบุตร. (2545). *ทุนทางสังคมและประชาสังคมในเมืองไทย*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนเพื่อสังคม.
- อมรา พงศาพิชญ์ และเบญจจา ยอดดำเนิน แอดดิก. (2543). *การตรวจสอบทางสังคมประเทศไทย: ทุนทางสังคมและวิกฤต*. ธนาคารโลก, องค์การยูนิเซฟ, วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, ศิริอร สีนรุ, โรจน์ จินตนาวัฒน์ และวารี กังใจ. (2544). การทารุณกรรมผู้สูงอายุสตรีในสังคมไทย. *วารสารพญาวินยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* 2(3): 3-12.
- อานันท์ กาญจนพันธ์. (2544). *“ทุนทางสังคมกับสิทธิชุมชน” มติชุมชน: วิธีท้องถิ่นเกี่ยวกับสิทธิอำนาจ และการจัดการทรัพยากร*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนเพื่อสนับสนุนการวิจัย.
- Albert, S.M. (1990). Caregiving as a cultural system: Conceptions of filial obligation and parental dependency in urban America. *American Anthropologist*, 92: 319-331.
- Anderson, D. N. (2001). Treating depression in old age: the reasons to be positive. *Age and Ageing*, 30, 13-17.
- Antonucci. T. C., & Akiyama, H. (1987). An Examination of Sex Differences in Social Support Among Older Men and Women. *Sex Roles*, 17(11-12): 737-749.

- Antonucci, T. C., Birditt, K. S., & Akiyama, H. (2009). Convoys of social relations: An interdisciplinary approach. In V. L. Bengtson (ed.), *Handbook of Theories of Aging* (pp. 247-260). (2nd edition). New York: Springer Publishing Company.
- Antonucci, T. C., Lansford, J. E., & Akiyama, H. (2001). Impact of Positive and Negative Aspects of Marital Relationships and Friendships on Well-Being of Older Adults. *Applied Developmental Science*, 5(2): 68-75.
- Arai, Y., Linuma, T., Takayama, M., Takayama, M., Abe, Y., Fukuda, R. et al. (2010). The Tokyo Oldest Old Survey on Total Health (TOOTH): A longitudinal cohort study of multidimensional components of health and well-being. *BMC Geriatrics*, 10, 35-46.
- Bark, F. K., Huss-Ashmore, R., Wittink, M. N., Murray, G. F., Bogner, H. R., & Gallo, J. J. (2006). A mixed-methods approach to understanding loneliness and depression in older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 61B(6), S329-S339.
- Baum, F. E., & Ziersch, A. M. (2003). Social Capital. *J Epidemiol Community Health*, 57, 320-323.
- Berkman, L. F. & Glass, T. (2000). Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health. In Lisa F. Berkman and Ichiro Kawachi (Eds.), *Social Epidemiology*. (pp. 137-173). New York: Oxford University Press, Inc.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51, 843-857.
- Berg, A. I., Hassing, L.B., McClearn, G. E., & Johansson, B. (2006). What matters for life satisfaction in the oldest-old? *Aging & Mental Health*, 10(3), 257-264.
- Berg, A. I., Hoffman, L., Hassing, L.B., McClearn, G. E., & Johansson, B. (2009). What matters, and what matters most, for change in life satisfaction in the oldest-old? A study over 6 years among individuals 80+. *Aging & Mental Health*, 13(2), 191-201.
- Bergdahl, E., Allard, P., Lundman, B., & Gustafson, Y. (2007). Depression in the oldest old in urban and rural municipalities. *Aging & Mental Health*, 11(5), 570-578.
- Blazer, D. G. (2000). Psychiatry in the Oldest Old. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 1915-1924.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: Review and commentary. *J Gerontology Series A: Biological Science & Medical Science* 58A(3), 249-265.
- Bowling, A., & Browne, P. D. (1991). Social networks, health, and emotional well-being among the oldest old in London. *Journal of Gerontology: Social Science*, 46(1), S20-32.

- Boissevain, J. (1974). *Friends of Friends: Network, Manipulators and Coalitions*. Oxford: Basil Blackwell.
- Bondevik, M. & Skogstad, A. (1998). The oldest old, ADL, social network, and loneliness. *Western Journal of Nursing Research*, 20(3), 325- 343.
- Bondevik, M. & Skogstad, A. (2000). Loneliness, religiousness, and purpose in life in the oldest old. *Journal of Religious Gerontology*, 11(1), 5-11.
- Bowling, A. (1990). Associations with life satisfaction among very elderly people living in a deprived part of inner London. *Social Sciences & Medicine*, 31(9), 1003-1011.
- Bowling, A. & Browne, P. D. (1991). Social networks, health, and emotional well-being among the oldest old in London. *Journal of Gerontology*, 46(1), S20-32.
- Bowling, A. & Farguhar, M., Grundy, E., & Formby, J. (1993). Changes in life satisfaction over a two and a half year period among the very elderly people living in London. *Social Sciences & Medicine*, 36(5), 641-655.
- Calderon, K. S. (2001). Making the connection between depression and activity levels among the oldest-old. *Activities, Adaptation & Aging*, 25(2), 59 — 73.
- Caplan, G. (1974). *Support Systems and community mental health: Lectures on concept development*. New York: Behavioral Publications.
- Campbell, A. (1976). Subjective measure of well-being. *American Psychologist*, 31(2), 117-1244.
- Chachamovich, E., Fleck, M., Laidlaw, K., & Power, M. (2008). Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes toward aging in an international sample older adults. *The Gerontologist* 48(5), 593-602.
- Chang-Quan, H., Xue-Mei, Z., Bi-Rong, D., Zhen-Chan, L., Ji-Rong, Y., & Qing-Xiu, L. (2010). Health status and risk for depression among the elderly: a meta-analysis of published literature. *Age and Ageing*, 39, 23-30.
- Chen, F., & Short, S. E. (2008). Household context and subjective well-being among the oldest old in China. *Journal of Family Issues*, 29(10), 1379-1403.
- Chen, X., & Silverstein, M. (2000). Intergenerational Social Support and the Psychological Well-Being of Older Parents in China. *Research on Aging*, 22: 43-65.
- Chipperfield, J. G. (1996). Perceived Adequacy of Instrument Assistance: Implications for Well-Being in Later Life. *Journal of Aging and Health*, 8(1): 72-95.
- Chou, K-L., & Chi, I. (2005). Prevalence and correlates of depression in Chinese oldest-old. *Int J Geriatr Psychiatry* 20, 41–50.
- Cohen-Mansfield, J., Shmotkin, D., & Goldberg, S. (2009). Loneliness in old age: longitudinal changes and their determinants in an Israeli sample. *International Psychogeriatrics*, 21(6), 1160-1170.

- Cook, K. S., & Whitmeyer, J. M. (1992). Two Approaches to Social Structure: Exchange Theory and Network Analysis. *Annual Review of Sociology*, 18, 109-127.
- Cornman, J. C., Goldman, N., Gleit, D. A., Weinstein, M., & Chang, M-C. (2003). Social ties and Perceived Support: Two Dimensions of Social Relationships and Health Among the Elderly in Taiwan. *Journal of Aging and Health*, 15(4): 616-644.
- Cowgill, D.O. (1972). The role and status of the aged in Thailand. In Cowgill, D.O., & Holmes, L.D.(Eds), *Aging and Modernization*. (p. 91-101). New York : Appleton-Century-Crofts.
- Davies, K., Collerton, J. C., Jagger, C., Bond, J. Barker, S. AH, Edwards, J., et al. (2010). Engaging the oldest old in research: lessons from the Newcastle 85+ study. *BMC Geriatrics*, 10, 64-72.
- Dunkle, R. E., Robert, B. L., & Haung, M. R. (2001). *The oldest old in everyday life: Self perception, coping with change, and stress*. New York: Springer Publishing Company.
- Dykstra, P. A. (2009). Older adult loneliness: myths and realities. *European Journal of Ageing*, 6, 91-100.
- Dykstra, P. A., van Tilburg, T. G., & de Jong Gierveld, J. (2005). Changes in older adult loneliness: Results from a seven-year longitudinal study. *Research on Aging*, 27(6), 725-747.
- Fiori, K. L., Antonucci, T. C., & Cortina, K. S. (2006). Social Network Typologies and Mental Health Among Older Adults. *Journal of Gerontology: Psychological sciences*, 61B(1): P25-P32.
- Fiori, K. L., Smith, J., & Antonucci, T. C. (2007). Social network types among older adults: A multidimensional approach. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 62(6), P322-P330.
- Gallo, J. J., & Lebowitz, B. D. (1999). The epidemiology of common late-life mental disorders in the community: Themes for the new century. *Psychiatric services* 50, 1158-1166.
- Gottlieb, B. H. (1985). Social support and the study of personal relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 2: 351-375.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2010). Experiences of loneliness among the very old: The Umea° 85Y project. *Aging & Mental Health*, 14(4), 433-438.
- Gray, R. S., Rukamnuaykit, P, Kittisuksathit, S., & Thongthai, V. (2008). Inner happiness among Thai elderly. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 23(3), 211-224.

- Haynie, D. A., Berg, S., Johansson, B., Gatz, M., & Zarit, S. H. (2001). Symptoms of Depression in the Oldest Old: A Longitudinal Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 56 (2): P111-P118.
- Hedberg, P., Brulin, C., & Alex, L. (2009). Experiences of Purpose in Life When Becoming and Being a Very Old Woman. *Journal of Women & Aging*, 21(2), 125-137.
- Hedberg, P., Gustafson, Y., Alex, L., & Brulin, C. (2010). Depression in relation to purpose in life among a very old population: A five-year follow-up study. *Aging & Mental Health*, 14(6), 757 — 763.
- Hedberg, P., Brulin, C., Alex, L., & Gustafson, Y. (2011). Purpose in life over a five-year period: a longitudinal study in a very old population. *International Psychogeriatric*, 23(5), 806-813.
- Hedberg, P., Gustafson, Y., & Brulin, C. (2010). Purpose in life among men and women aged 85 years and older. *The International Journal of Aging and Human Development*, 70(3), 213-229.
- Ingersoll-Dayton, B., Saengtienchai, C., Kespichayawattana, J., & Aungsuroch, Y. 2001. Psychological well-being Asian style: The perspective of Thai elders. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 16(3): 283-302.
- Ingersoll-Dayton, B., Saengtienchai, C., Kespichayawattana, J., & Aungsuroch, Y. 2004. Measuring Psychological well-Being: Insights from Thai Elders. *The Gerontologist*, 44(5): 596-604.
- Israel, B. A., & Antonucci, T. C. (1987). Social Network Characteristics and Psychological Well-Being: A Replication and Extension. *Health Education Quarterly*, 14(4), 461-481.
- Jeon, H-S., & Dunkle, R. E. (2009). Stress and depression among the oldest old: A longitudinal analysis. *Research on Aging*, 31(6), 661-687.
- Johnson, C.L. (1995). Cultural diversity in the late-life family. In R. Blieszner & V. H. Bedford (Eds), *Handbook of aging and the family*. (p. 307-331). Westport, CT : Greenwood Press.
- Kahn, R. L., & Antonucci, T. C. (1980). Convoys Over the Life Course: Attachment, Roles and Social support. In P. B. Baltes and O. G. Brim (Eds.), *Lifespan Development and Behavior* Vol. 3 (pp. 253-286). New York: Academic Press.
- Kaplan, R. M., Atkins, C. J., & Timms, R. (1984). Validity of a quality of well-being scale as an outcome measure in COPD. *Journal of Chronic Disease*, 37, 85-95.
- Karnick, P. M. (2005). Feeling lonely: Theoretical perspective. *Nursing Science Quarterly* 18, 7-12.

- Kawachi, I., Kennedy, B. P., & Glass, R. (1999). Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *American Journal of Public Health*, 89: 1187-1193.
- Kespichayawattana, J. 1999. Katanyu Katavedi and caregiving for frail elderly parents: A perspective of Thai families in metropolitan Bangkok. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 11(3): 51-64.
- Knodel, J. & Chayovan, N. 1997. Family support and living arrangements of Thai elderly. *Asia Pacific Population Journal*, 12: 51-68.
- Knodel, J., Amornsirisomboon, P., & Khiewyoo, J. (1997). *Living arrangements, family support and the welfare of the elderly: Implications of the 1994 Survey of Elderly in Thailand*. Research Report No. 97-43, Population Studies Center, University of Michigan.
- Knodel, J., & Chayovan, N. (2008). *Population Ageing and the Well-being of Older Persons in Thailand*. Population Studies Center Research Report 08-659, University of Michigan.
- Knodel, J., & Chayovan, N. (2009). Intergenerational relationships and family care and support for Thai elderly. *Ageing International*, 33: 15-27.
- Knodel, J., & Saengtienchai, J. (2007). Rural Parent with Urban Children: Social and Economic Implications of Migration on the Rural Elderly in Thailand. *Pop. Space & Place*, 13: 193-210.
- Komjakraphan, P., Isalamalai, S., Boonyasopun, U., & Schneider, J. K. (2009). Development of the Thai family support scale for elderly parents (TFSS-EP). *Thai Journal of Nursing Research*, 13(2), 118-132.
- Krause, N. (2007). Longitudinal study of social support and meaning in life. *Psychology and Aging* 22(3): 456-469.
- Krause, K. (2009). Meaning in life and mortality. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 64B (4), 517-527.
- Krause, N., & Markides, K. S. (1990). Measuring social support among older adults. *International Journal of Aging and Human Development*, 30: 37-53.
- Law, J., Laidlaw, K., & Peck, D. (2010). Is depression viewed as an inevitable consequence of age? The “understandability phenomenon” in older people. *Clinical Gerontologist*, 33, 194-209.
- Lawton, M. P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *The Gerontologist*, 23(4), 349-357.
- Lee, I., & Dunkle, R. E. (2010). Worries, psychosocial resources, and depressive symptoms among the South Korean oldest old. *Aging & Mental Health*, 14(1), 57-66.

- Li, L. W., Zhang, J., & Liang, J. (2009). Health among the oldest-old in China: Which living arrangements make a difference? *Social Science & Medicine*, 68, 220-227.
- Long, M. V., & Martin, P. (2000). Personality, relationship closeness, and loneliness of oldest old adults and their children. *Journal of Gerontology: PSYCHOLOGICAL SCIENCES*, 55(5), P311-P319.
- McDowell, I., & Newell, C. (1987). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press.
- McKeehan, K. M., Cowling, W. R., & Wykle, M. L. (1986). Cantril self-anchoring ladder: Methodological considerations for nursing science. In Chinn, P. L. (ed.), *Nursing research methodology* (pp. 285-294). Maryland: An Aspen Publication.
- Miller, C. A. (1995). *Nursing care of older adults*. (2nd ed.). New York: J.B. Lippincott.
- Mullins, L. C., & Mushel, M. (1992). The existence and emotional closeness of relationships with children, friends and spouses: the effect on loneliness among older persons." *Research on Aging* 14, 448-70.
- Nogon, A., & Pearson, M. (2000). The roles of friends and neighbours in providing support for older people. *Ageing and Society*, 20, 341-367.
- Orem, D. E. (1985). *Nursing: Concepts of practice*. St. Louis: Mosby.
- Pinquart, M., & Silvia, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 15(2), 187-224.
- Pulphonhub S, Uthitwankul A, Laohawattana S, Trisak C. Depressive symptoms and glycemic control in type 2 diabetics. *J Pharm Sci* 2005; 10:17-25.
- Suppaso P. The prevalence of depression among type 2 diabetic patients in Phangkhon hospital. *Srinagarind Medical Journal* 2010; 25: 272-9.
- Taameeyapradhit N, Taameeyapradith A, Kuasirikul S. Depression in diabetes clinic Songkla Hospital. *Songklanagarind Medical Journal* 1993; 11:169-75.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. New York: Simon and Schuster.
- Robine, J-M. (2007). Research Issues on Human Longevity. In Robine, J-M. , Crimmins, E., Horiuchi, S., & Yi, Z. (eds.), *Human Longevity, Individual Life Duration, and the Growth of the Oldest-Old Population*, (p. 7-42). Dordrecht, The Netherlands: Springer.
- Russell, D., Cutrona, C. E., Rose, J., & Yurko, K. (1984). Social and emotional loneliness: An examination of Weiss's typology. *Journal of Personality and Social Psychology* 46(6), 1313-1321.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.

- Sarvimäki, A., & Stenbock-Hult, B. (2000). Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 1025-1033.
- Silverstein, M., Chen, X., & Heller, K. (1996). Too Much of a Good Thing? Intergenerational Social Support and Psychological Well-Being of Older Parents. *J Marriage and the Family*, 58: 970-982.
- Srithongtham, O. (2009). *Social capital process of the community care for people living with HIV/AIDS*. Unpublished Doctoral Dissertayion, Mahidol University, Thailand.
- Stek, M. L., Vinkers, D. J., Gussekloo, J., Van Der Mast, R. C., Beekmen, A.T. F., & Westendorp, R.G. J. (2006). Natural history of depression in the oldest old: Population-based prospective study. *The British Journal of Psychiatry*, 188, 65-69.
- Stek, M. L., Vinkers, D. J., Gussekloo, J., Beekmen, A.T. F., Van Der Mast, R. C., & Westendorp, R.G. J. (2005). Is depression in old age fatal only when people feel lonely? *American Journal of Psychiatry*, 162, 178-180.
- Stek, M. L., Gussekloo, J., Beekman, A. T. F., van Tilburg, W., & Westendorp, R. G. J. (2004). Prevalence, correlates and recognition of depression in the oldest old: the Leiden 85-plus study. *J of Affective Disorders* 78(3): 193-200.
- Subgranon, R., & Lund, D. A. (2000). Maintaining Caregiving at Home: A Culturally Sensitive Grounded Theory of Providing Care in Thailand. *J of Transcultural Nursing*, 11(3): 166-173.
- Takahashi, K., Tamura, J., & Tokoro, M. (1997). Patterns of Social Relationships and Psychological Well-being among the Elderly. *Int. Journal of Behavioral Development*, 21(3): 417-430.
- Thanakwang, K. (2008). Social Networks and Social Support Influencing Health-Promoting Behaviors among Thai Community-Dwelling Elderly. *Thai Journal of Nursing Research*, 12(4): 243-258.
- Thanakwang, K. (2009). Social relationships influencing positive perceived health among Thai older persons: A secondary data analysis using the national elderly survey. *Nursing & Health Sciences*, 11(2): 144-149.
- Thanakwang, K., & Soonthornhdada, K. (2011). Mechanisms by which social support networks influence healthy aging among Thai community-dwelling elderly. *Journal of Aging & Health*, 23(8): 1352-1378.

- Thanakwang, K., Ingersoll-Dayton, B., & Soonthorndhada, K. (2012). The relationships among family, friends, and psychological well-being for Thai elderly. *Ageing & Mental Health*, 16(8): 993-1003.
- Tiikkainen, P., & Heikkinen, R-L. (2005). Associations between loneliness, depressive symptoms and perceived togetherness in older people. *Ageing & Mental Health*, 9(6), 526-534.
- Victor, C. R., Scambler, S. J., Bond, J., & Bowling, A. (2000). Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Reviews of Clinical Gerontology* 10, 407-417.
- Victor, C. R., Scambler, S., Bowling, A., & Bond, J. (2005). The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain. *Ageing & Society*, 25, 357-375.
- Von Heideken Wagert, P., Ronnmark, B., Rosendahl, E., Lundin-Olsson, L., Gustavsson, J. M.C., Nygren, B., et al. (2005). Morale in the oldest old: the Umea 85+ study. *Age and Ageing*, 34, 249-255.
- Wenger, G. and Burholt, V. (2004). Changes in levels of social isolation and loneliness among older people in a rural area: a twenty-year longitudinal study. *Canadian Journal on Aging*, 23, 115-127.
- Wangtongkum, S., Sucharitakul, P., Wongjaroen, S., & Maneechompoo, S. (2008). Prevalence of Depression among a Population Aged over 45 Years in Chiang Mai, Thailand. *J Med Assoc Thai* 91(12), 1812-1817.
- Yu, J., Li, J., Cuijpers, P., Wu, S., & Wu, Z. (2012). Prevalence and correlates of depressive symptoms in Chinese older adults: a population-based study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(3), 305-312.
- Zarit, S. H., Femia, E. E., Gatz, M., Johansson, B. (1999). Prevalence, incidence and correlates of depression in the oldest old: the OCTO study. *Ageing & Mental Health*, 3(2), 119-128.
- Zimmer, Z., & Knodel, J. (2010). Return migration and the health of older aged parents: Evidence from rural Thailand. *Journal of Aging and Health*, 22(7), 955-976.
- Zunzunegui, M.V., Kone, A., Johri, M., Beland, F., Wolfson, C., & Bergman, H. (2004). Social networks and self-rated health in two French-speaking Canadian community dwelling populations aged 65. *Social Science & Medicine*, 58, 2069-2081.