

การบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน :
การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์

เรื่อง

การบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน :

การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

จินตนา กันทนงค์

นางสาวจินตนา กันทนงค์

ผู้ศึกษา

ปัทมา ขุนไกร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภา ยุทธไตร,

พย.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์อัจฉราพร สิริบุญวงศ์,

พย.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.,ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ยาใจ สิริหมงคล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน :
การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ได้รับการพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
วันที่ 8 เมษายน พ.ศ. 2554

จินตนา กันทนงค์

นางสาวจินตนา กันทนงค์
ผู้ศึกษา

ปฐก เจริญทรัพย์

นายประยุทธ์ เจริญทรัพย์,
พ.บ., ว.ว. จิตเวชศาสตร์
กรรมการสอบสารนิพนธ์

อนุช ธีรธรรม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์อนุช ธีรธรรม,
Ph.D. (Nursing)
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

รองศาสตราจารย์อรรถพร สิริบุญวงศ์

รองศาสตราจารย์อรรถพร สิริบุญวงศ์,
พย.ค.
กรรมการสอบสารนิพนธ์

ประภา ยุทธไธสง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภา ยุทธไธสง,
พย.ค.
กรรมการสอบสารนิพนธ์

สมพร งาม

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พรทิพย์ งาม

รองศาสตราจารย์พองคำ ทิลกสกุลชัย,
Ph.D. (Nursing)
คณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาชี้แนะแนวทางการศึกษาและข้อเสนอแนะเพื่อนำไปทบทวนและแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ เพื่อให้สารนิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นรวมทั้งได้รับความเอื้ออาทร ความช่วยเหลือและให้กำลังใจอย่างดียิ่งจากคณาจารย์หลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภา ยุทธไตร อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์อรรถพร สี่หิรัญวงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม ผู้ซึ่งให้คำปรึกษา คำชี้แนะ และช่วยปรับแก้ข้อบกพร่องต่าง ๆ เติมเต็มความสมบูรณ์ของสารนิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่และให้กำลังใจที่ดีตลอดระยะเวลาการศึกษา ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์อุษาวดี อัครวิเศษ ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์ และนายแพทย์ประยุทธ์ เสรีเสถียร กรรมการสอบสารนิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ต่อความสมบูรณ์ของสารนิพนธ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ กรมสุขภาพจิตที่สนับสนุนทุนการศึกษาให้กับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ภาคพิเศษในครั้งนี้อย่างดียิ่ง ขอขอบคุณผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและหัวหน้างานหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลบางบัวทองที่อนุญาตให้ศึกษาต่อและขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นทุกคนที่ร่วมเป็นกำลังใจและช่วยเหลือกันด้วยดีตลอดมา

คุณค่าและประโยชน์ของสารนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้ศึกษาขอขอบคุณบิดา มารดา ผู้ให้กำเนิด และคณาจารย์ทุกท่านที่ให้ความรู้ทำให้ผู้ศึกษาสำเร็จการศึกษาในครั้งนี้

จินตนา กันทองค์

การบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

PSYCHOSOCIAL INTERVENTION TO REDUCE DEPRESSIVE SYMPTOMS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS: EVIDENCE- BASED NURSING

จินตนา กันทนงค์ 5137697 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ประภา ยุทธไตร, พย.ค., อัจฉราพร สิริหิรัญวงศ์, พย.ค.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้ขั้นตอนดำเนินการของ Polit & Beck (2008) เป็นกรอบในการศึกษาดังนี้ 1) ระบุปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา 2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบแนวคิด PICO 3) ประเมินคุณภาพและระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ และ 4) สังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการดำเนินการได้งานวิจัย จำนวน 7 เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม จำนวน 5 เรื่อง งานวิจัยเดี่ยวที่วัดผลแบบอนุกรมเวลา จำนวน 1 เรื่อง และงานวิจัยกลุ่มเดียวที่วัดก่อนและหลังการบำบัด จำนวน 1 เรื่อง 4) ผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์ได้ข้อแนะนำดังนี้คือ จิตสังคมบำบัดเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมี 3 รูปแบบได้แก่ 1) การบำบัดแบบประคับประคอง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการของโรคซึมเศร้าสามารถปรับตัวกับภาวะแทรกซ้อนและปัญหาที่ยากซับซ้อนจากภาวะโรคได้ 2) การบำบัดความคิดและพฤติกรรม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้เทคนิคการรู้คิดในการระบุมุมมองด้านลบที่นำไปสู่อารมณ์ซึมเศร้าโดยทดแทนด้วยความคิดที่ถูกต้อง สมเหตุสมผล มีประโยชน์และส่งเสริมการใช้กระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบรวมทั้งการปรับเปลี่ยนกิจกรรมเพื่อสร้างความพึงพอใจมากขึ้น 3) การปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการจัดการกับภาวะโรคเบาหวานเพื่อส่งเสริมความคิดทางบวกที่ถูกต้องและพฤติกรรมที่สร้างความสุขรวมทั้งมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับภาวะโรคเบาหวานสามารถให้การบำบัดทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม

หน่วยงานที่จะนำรูปแบบจิตสังคมบำบัดนี้ไปใช้ ควรมีการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรและคู่มือการบำบัดเพื่อการทดลองใช้และพัฒนาเป็นโปรแกรมมาตรฐานต่อไป

คำสำคัญ: การบำบัดทางจิตสังคม / เบาหวาน / อาการซึมเศร้า / การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

PSYCHOSOCIAL INTERVENTION TO REDUCE DEPRESSIVE SYMPTOMS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS: EVIDENCE - BASED NURSING

JINTANA KANTANONG 5137697 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: PRAPA YUTTATRI, D.N.S.,
ACHARAPORN SEEHERUNWONG, D.N.S

ABSTRACT

The present study aimed at investigating psychosocial interventions to reduce depressive symptoms in patients with DM-2 from empirical evidence. Polit & Beck's processes were used as a framework for this study. It included: 1) identifying clinical problems under study, 2) searching for evidence-based research based on the PICO conceptual framework, 3) evaluating quality and reliability as well as validity of the selected evidence, and 4) synthesizing the selected evidence. In the present study, seven research studies were selected for the synthesis. Of these, five were randomized controlled trials, one was a single group with a time-series design, and one was a single group with a pre-test and post-test design. The research was then analyzed, synthesized, and summarized into recommendations for psychosocial interventions to reduce depressive symptoms in patients with DM-2. There are generally three types of interventions: 1) supportive therapy to promote adaptation of patients with DM-2 to complications and complex problems caused by the disease, 2) cognitive behavioral therapy to enable patients to identify distorted negative autonomous thinking that leads to depressive symptoms by substituting correct and beneficial thinking and promoting systematic problems-solving and satisfactory activities, and 3) cognitive behavioral therapy and management of diabetes to enhance more realistic positive thinking, along with behaviors that promote happiness as well as the knowledge and skills for self care to suit the conditions of the disease. These psychosocial interventions can be conducted either individually or in groups.

The healthcare setting should prepare personnel through training and develop a manual for the psychosocial therapy. These recommendations for the psychosocial interventions should then be implemented and developed in to a program to become the evidence-based nursing practice standard.

KEY WORDS: PSYCHOSOCIAL INTERVENTION / DIABETES MELLITUS /
DEPRESSIVE SYMTOMS / EVIDENCE-BASED NURSING PRACTICE

127 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา	15
วัตถุประสงค์	16
ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	16
บทที่ 2 วิธีการดำเนินการ	
วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	17
วิธีการประเมินคุณภาพและระดับหลักฐานเชิงประจักษ์	19
บทที่ 3 ผลการดำเนินการสืบค้น	
ผลการดำเนินการสืบค้น	22
การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์	24
สรุปประเด็นจากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์	44
ข้อเสนอแนะ	46
บทที่ 4 สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ	
สรุปการศึกษา	51
ข้อเสนอแนะ	53
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	54
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	67
รายการอ้างอิง	81
ภาคผนวก	85
ประวัติผู้ศึกษา	127

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดของโรคระบบต่อมไร้ท่อและกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก รวมทั้งปัญหาของประเทศไทย เนื่องจากมีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization (WHO), 2005) พบว่าในปี พ.ศ. 2552 มีผู้ป่วยเบาหวาน 250 ล้านคน และได้ประมาณการว่าผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นมากกว่า 360 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของ สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (international diabetes federation: IDF) ได้รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกมีประมาณ 246 ล้านคน และคาดว่าจะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 380 ล้านคนในปี พ.ศ. 2568 และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนภายใน 5-10 ปี (เทพ หิมะทองคำ, 2551) ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ จอประสาทตาเสื่อม (diabetic retinopathy) ไตวาย (nephropathy) โรคในระบบประสาท (neuropathy) ระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease) หลอดเลือดในสมอง (cerebrovascular disease) และเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ (sexual dysfunction) (Groot et al., 2001; Frank et al., 2009) ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมานใจ และมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในเรื่องหน้าที่การงาน ครอบครัว เศรษฐกิจก่อให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ ความเครียด เบื่อหน่าย ท้อแท้ รู้สึกสิ้นหวัง ไร้เรี่ยวแรง มีภาวะซึมเศร้าหรือเป็นโรคซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งส่งผลกระทบกับครอบครัวและประเทศชาติ (กัลยา เอี่ยมศรีตระกูล, 2549; สมภพ เรืองตระกูล, 2549; Lustman et al., 2000) โดยพบว่าโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ 10 อันดับแรกของเพศชายในประเทศไทย {Disability-adjusted life year (DALY), 2004} ได้แก่ โรคเอดส์ อุบัติเหตุ ดิสุรา หลอดเลือดสมองแตกตีบตัน โรคมะเร็งตับ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคซึมเศร้า และโรคตับแข็ง ตามลำดับ และโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ 5 อันดับแรกของเพศหญิงในประเทศไทย ได้แก่ หลอดเลือดในสมองแตกตีบตัน โรคเอดส์ โรคเบาหวาน โรคซึมเศร้า และโรคมะเร็งตับ ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549) และพบว่าโรคเบาหวาน

ร่วมกับโรคเรื้อรังอื่นอีก 3 โรคได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง โรคถุงลมปอดโป่งพอง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกถึงร้อยละ 60 {World Health Organization (WHO), 2005} สำหรับประเทศไทยพบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานประมาณ 7.9-11.8 ต่อประชากรแสนคน โดยในปี พ.ศ. 2551 มีผู้ป่วยเบาหวานเสียชีวิตประมาณ 7,686 คน หรือ ประมาณวันละ 21 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดอาการของโรคซึมเศร้าสูงกว่าคนปกติถึง 2 เท่า (Anderson, 2001) และการที่ผู้ป่วยเบาหวานมีอาการของโรคซึมเศร้ามักจะส่งผลย้อนกลับทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย หดท้อใจ ทำให้มีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ไม่ควบคุมอาหาร ไม่ออกกำลังกาย และดูแลตนเองน้อยลง ส่งผลให้โรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนมีความรุนแรงยิ่งขึ้น นอกจากนี้ภาวะเครียดและอาการซึมเศร้าจะมีผลต่อฮอร์โมน cortisol ให้เพิ่มปริมาณสูงขึ้นรวมทั้งรบกวนการทำงานของ insulin มีผลทำให้น้ำตาลในเลือดสูงยิ่งขึ้นเกิดเป็นวงจรต่อเนื่อง จึงพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการของโรคซึมเศร้ามักจะยิ่งเพิ่มเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้นจากภาวะโรคและภาวะแทรกซ้อนทำให้โรคหายช้า ต้องเข้ารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกบ่อยครั้งและหากต้องเข้ารักษาแบบผู้ป่วยในก็ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานกว่าปกติก่อให้เกิดความเบื่อหน่าย คุณภาพชีวิตลดลง (Ciechanowski et al., 2000; American Diabetes Association, 2004; Simson et al., 2008)

โรคเบาหวานเป็นภาวะที่ร่างกายมีความผิดปกติของระบบเมตาโบลิซึมทำให้การเผาผลาญของคาร์โบไฮเดรตผิดปกติ ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงเพราะความไม่สมดุลระหว่างความต้องการและการสร้างหรือการใช้อินซูลิน ซึ่งอินซูลินผลิตจาก Beta cell ของ islets of Langerhans ในตับอ่อน มีหน้าที่ทำให้เกิดเมตาโบลิซึมของกลูโคส นำกลูโคสไปใช้ในเซลล์ทำให้เกิดพลังงาน โดยที่ islets of Langerhans จะกระตุ้นหรือยับยั้งการหลั่งอินซูลินซึ่งขึ้นอยู่กับปริมาณน้ำตาลในเลือดและปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง การที่ระดับน้ำตาลในเลือดเสียสมดุล อาจเกิดเนื่องจาก มีการผลิตได้ช้า ผลิตไม่เพียงพอ หรือผลิตได้มากแต่ไม่สามารถนำไปใช้ได้ จนเกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดซึ่งได้จากอาหารไปใช้ได้ตามปกติ และตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารเข้ามากกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไปหรือหลังรับประทานอาหารแล้วมีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรและถ้าระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 180-200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรน้ำตาลจะถูกกรองออกจากเลือดและขับออกทางปัสสาวะ และเนื่องจากน้ำตาลกลูโคสเป็นสารที่มีแรงดันน้ำมาก (osmotic pressure) น้ำตาลจึงดึงเอาน้ำออกมาด้วย (osmotic diuresis) ทำให้มีอาการปัสสาวะบ่อยและมีปริมาณมาก (polyuria) มีผลทำให้คอแห้ง กระหายน้ำมากกว่าปกติ ร่างกายเกิดภาวะ dehydration เลือดมีความ

เข้มข้นมีความหนืด ไหลเวียนได้ช้าลง ทำให้เซลล์ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เกิดการเผาผลาญอาหารโดยที่ไม่ใช้ออกซิเจนทำให้เกิด lactic acid เข้าสู่กระแสเลือดและกล้ามเนื้อ และจากการที่ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลกลูโคสที่ได้จากเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรตไปใช้เป็นพลังงาน จึงมีการสลายไขมันที่สะสมไว้มาใช้เป็นพลังงานทดแทน การสลายไขมันจะเกิด ketone ส่งผลให้ระดับ pH ของเลือดลดลง ร่างกายมีภาวะ acidosis และภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ (เทพ หิมะทองคำ, 2551) และในระยะต่อมาร่างกายจะดึงโปรตีนที่สะสมไว้ในร่างกายมาใช้เป็นพลังงาน ทำให้สูญเสียโปรตีนและไขมันออกจากร่างกาย การที่มีน้ำตาลและออกซิเจนในเลือดต่ำการเสียสมดุลของสารต่างๆ เหล่านี้ ทำให้เนื้อเยื่อในระบบต่างๆ ถูกทำลายเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบต่างๆ ทั้งโรคหัวใจและหลอดเลือด ไต ตา และ ระบบประสาท ดังกล่าวข้างต้น และมีผลต่อสารสื่อประสาท เช่น ทำให้ Serotonin ลดลง เกิดอาการของโรคซึมเศร้าได้ เนื่องจากมีรายงานว่า การรักษาโรคซึมเศร้าด้วยยาต้านเศร้าตัวใหม่เช่น Fluoxetine นอกจากช่วยรักษาอาการของโรคซึมเศร้าแล้วยังช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติด้วย (Lustman et al., 1998) โดยเชื่อว่ายาต้านเศร้าจะลดปริมาณฮอร์โมน cortisol ทำให้การทำงานของอินซูลินดีขึ้นควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการของโรคซึมเศร้าร่วมด้วยมักมีฮอร์โมน cortisol สูงกว่าคนปกติ เนื่องจากการทำงานที่มากกว่าปกติของ Hypothalamic pituitary – adrenocortical axis (HPA – axis) ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมทั้ง cortisol และ Serotonin ทำให้เกิดความคิดที่ผิดปกติไปจากเดิม (cognitive dysfunction) การทำงานของสารเคมีที่ผิดปกติดังกล่าวจึงเป็นสาเหตุทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติด้วย (Prestele et al., 2003; เสาวนีย์ พิสิฐานุสรณ์, 2004)

จากภาวะของโรคเบาหวานดังกล่าว การรักษาอาการทางกายสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินนั้นในระยะแรกจึงให้การรักษาเพื่อลดภาวะน้ำตาลสูง โดยมุ่งเน้นที่การควบคุมอาหาร ซึ่งจะลดระดับน้ำตาลภายหลังการรับประทานอาหารลงได้ การลดน้ำหนักตัวลงร่วมกับการออกกำลังกายจะช่วยให้ภาวะดีต่ออินซูลินดีขึ้น จนทำให้ระดับน้ำตาลในขณะอดอาหารลดลงได้ อย่างไรก็ตามเมื่อการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายไม่เป็นผล จำเป็นต้องได้รับยาซึ่งจะออกฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือด ยาต่างๆ เหล่านี้ในปัจจุบันมีมากมาย และมีกลไกการออกฤทธิ์ที่แตกต่างกันไป แพทย์จะเป็นผู้พิจารณาเลือกยาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ยาที่ใช้ในการรักษาโรคเบาหวานมี 2 กลุ่มใหญ่ คือยาเบาหวานชนิดเม็ด ใช้เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด (Oral Hypoglycemic agents) และยาฉีดอินซูลิน (Insulin) การเลือกใช้ยาแต่ละชนิดควรต้องพิจารณาถึงข้อบ่งชี้ของการใช้ยา ข้อห้าม รวมทั้งอาการอันไม่พึงประสงค์ต่างๆ การใช้ยาต่างๆ เหล่านี้ ควรต้องคำนึงถึงปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมักมีโรคต่างๆ หลายอย่างร่วมด้วย

การได้รับยาหลายๆ ชนิดรวมกันมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนการใช้ยาได้โดยง่าย (สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, 2551)

จากการประเมินสถานการณ์ความรุนแรงของโรคซึมเศร้าพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับน้อย (Minor depressive disorder) ในประชาชนทั่วไปมีความชุก 1 ปี ร้อยละ 2-17 % (Tamburrino, Lynch, Nagel, and Smith, 2009) และโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) มีความชุก 1 ปี ร้อยละ 4.1 ความชุกชั่วชีวิต ร้อยละ 6.7 (Waraich, Goldner, Somers, and Hsu, 2004) พบว่าในผู้ป่วยเบาหวาน มีอาการของโรคซึมเศร้าร้อยละ 31 และเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 11 (Anderson, Freedland, Clouse, and Lustman, 2001) สำหรับประเทศไทย พบประชาชนทั่วไปมีอาการของโรคซึมเศร้า ประมาณ ร้อยละ 5-25 แต่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานมีอาการของโรคซึมเศร้าร้อยละ 14-42 (พวงสร้อย วรรกุล, 2547; สิตานันท์ พูนผลทรัพย์, 2548) ซึ่งปัจจัยที่ก่อให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานมี 3 ประเด็น คือ

1. ปัจจัยทางชีวภาพ เชื่อว่าอาการของโรคซึมเศร้าอาจเกิดจากการบกพร่องทางพันธุกรรมโดยถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง จากการศึกษาพบว่า ญาติสนิทของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีโอกาสเป็นโรคนี้นี้สูงกว่าประชากรทั่วไป 1.5 – 3 เท่า และถ้าบิดา หรือมารดา คนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า บุตรมีโอกาเป็นโรคนี้นี้สูงกว่าเด็กทั่วไป 2 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่าการเปลี่ยนแปลงของสรีระ ระบบประสาทวิทยา การสูญเสียการควบคุมของระบบประสาทส่วนกลาง ระบบต่อมไร้ท่อ และการมีสารสื่อประสาทเคมีบางชนิดลดลง เช่นความผิดปกติของ monoamine metabolism (norepinephrine และ/หรือserotonin) ในระบบประสาทส่วนกลางเป็นสาเหตุสำคัญของผู้ป่วยที่มีอาการของโรคซึมเศร้า และความผิดปกติของระดับ cortisol ในพลาสมาสูง การคิดสุราและสารเสพติด และการป่วยโรคทางกายเรื้อรัง เช่น กลุ่มอาการอ่อนเพลียเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคไทรอยด์ ความผิดปกติเหล่านี้จะไปกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางและระบบต่อมไร้ท่อ ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าหรือเป็นโรคซึมเศร้าได้

2. ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา พบว่ามีหลายแนวคิดที่อธิบายสาเหตุของภาวะซึมเศร้าและการเป็นโรคซึมเศร้า เช่น เชื่อว่าเหตุการณ์ในชีวิตมีความสัมพันธ์กับการเริ่มมีอาการซึมเศร้า โดยเฉพาะการสูญเสียบิดาหรือมารดาก่อนอายุ 11 ปี ความรู้สึกหวั่นเหิน แยกแยก รู้สึกล้มเหลว ผิดหวัง หดความภาคภูมิใจในตนเอง นอกจากนี้ยังมีการอธิบายสาเหตุของการเกิดอาการของโรคซึมเศร้าตามแนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยาต่างๆ เช่น ทฤษฎีการรู้คิด เชื่อว่าผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ามีแนวโน้มที่จะคิดเกี่ยวกับตัวเอง รวมทั้งชีวิตที่ผ่านมา และอนาคตทางด้านลบ และคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า ทฤษฎีทางพฤติกรรมอธิบายว่าอารมณ์เศร้า เป็นปฏิกิริยาโต้ตอบที่ไม่เหมาะสม (Maladaptive response) เนื่องจากขาดทักษะทางสังคม ทำให้ขาดแรงเสริม และเรียนรู้ว่าหมดหนทาง (Learned

helplessness) เพราะไม่สามารถแสดงออกด้านอารมณ์โกรธ ต้องเก็บกด หลีกหนี ทำให้เกิดความเครียดเรื้อรัง และท้อถอยนานๆเนื่องจาก ต้องเผชิญกับการที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ และโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นของโรคเบาหวาน ทำให้รู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือตนเอง ความภาคภูมิใจลดลง เนื้อหาและขอบแพ้ ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้า เกิดเนื่องจากบุคคลมีปัญหาสัมพันธภาพใน 4 ลักษณะคือ 1) ความรู้สึกเศร้าเสียใจจากการเสียชีวิตของบุคคลอื่นเป็นที่รัก 2) ความขัดแย้งกับบุคคลสำคัญในชีวิต 3) การเปลี่ยนผ่านบทบาทหน้าที่ทางสังคม และ 4) การขาดสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เป็นต้น

3. ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม พบว่าบริบทสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดความเครียดรุนแรงหรือความเครียดเรื้อรังจนเกิดโรคซึมเศร้าได้ เช่น การเปลี่ยนแปลงจากภาคเกษตรกรรมสู่อุตสาหกรรม โครงสร้างครอบครัวเปลี่ยนไป ขาดเครือญาติ ขาดปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคม ครอบครัวยากจน อาศัยอยู่ในแหล่งแออัด ถูกดูถูก ถูกเอาเปรียบ เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง เพราะทำอะไรก็ไม่สำเร็จเป็นปัญหาลูกโซ่ต่อเนื่อง ทำให้มีผู้มีภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น

จากปัจจัยต่างๆข้างต้นที่สัมพันธ์กับอาการของโรคซึมเศร้า จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการของโรคซึมเศร้าร่วมด้วย อาจเนื่องจากปัจจัยทางชีวภาพ คือมีกรรมพันธุ์ เป็นโรคซึมเศร้าอยู่แล้ว หรือเคยเป็นโรคซึมเศร้าก่อนเป็นโรคเบาหวาน หรือผลของการเป็นโรคเบาหวานทำให้ฮอร์โมน หรือสารสื่อประสาทเสียสมดุล จนเกิดอาการของโรคซึมเศร้าได้ หรืออาจเกิดจากปัจจัยทางสังคม เช่นต้องเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ป่วย เกิดความเครียดจากการที่ต้องปฏิบัติตามแผนการรักษา วิตกกังวลกับภาวะแทรกซ้อน และผลของการเจ็บป่วยรบกวนต่อ บทบาท หน้าที่การงาน การเงิน และสังคม ก่อให้เกิดความเครียดที่รุนแรงหรือเรื้อรังนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าได้

โรคซึมเศร้า หมายถึง ภาวะทางอารมณ์ที่ทำให้บุคคลไม่เป็นสุข ขาดความสมดุลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อบุคคลมีภาวะซึมเศร้าจะมีอารมณ์หม่นหมอง หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ ท้อแท้หมดหวังมองโลกในแง่ร้าย เนื่องจากความเจ็บป่วยทางจิตจากการสูญเสียหรือ มีการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีในร่างกายทำให้สนใจสิ่งแวดลอมลดลง มีความท้อแท้สิ้นหวังในชีวิต ความรู้สึกนึกคิดในคุณค่าในตนเองน้อยลง หมดอาลัยตายอยาก เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง มีผลต่อน้ำหนักของร่างกาย ทำให้เกิดผลกระทบด้านสังคม หรือการประกอบอาชีพ ตลอดจนความสัมพันธ์กับผู้อื่น อาการดังกล่าวหากมีอาการแย่งจากเดิม อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้(ดวงใจ กษานติกุล, 2544; สมภพ เรื่องตระกูล, 2549) การประเมินภาวะซึมเศร้าว่าปกติหรือผิดปกติจนเป็นโรคจะประเมินจาก 1) ระดับความรุนแรงของอาการ 2) ระยะเวลาที่มีอาการและ 3) ความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆว่าเปลี่ยนแปลงหรือลดลงหรือไม่ ตัวอย่างภาวะผิดปกติ

จนเข้าเกณฑ์วินิจฉัยว่าเป็นโรค เช่น โรคอารมณ์เศร้าเรื้อรัง (Dysthymic disorder) โรคซึมเศร้า (Major depression disorder) ซึ่งโรคซึมเศร่ายังแบ่งย่อยได้อีก เช่น มีอาการรุนแรง (Melancholia) ชนิดเปลี่ยนเร็ว (Rapid -cycling) ชนิดมีอาการทางจิตร่วมด้วย เป็นต้น ซึ่งอาการแสดงว่าบุคคลมีภาวะซึมเศร้าพอสรุปได้ดังนี้ (Beck, 1979 อ้างใน มาโนช หล่อตระกูล, 2551)

1. อาการแสดงออกทางด้านอารมณ์ ซึ่งเป็นอาการแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกของบุคคลหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยมีเหตุผลจากความรู้สึกโดยตรง มีการแสดงอาการในลักษณะต่างๆ ได้แก่ มีอารมณ์เศร้าเป็นอาการสำคัญ เช่น หดหู่ เศร้าซึม ไม่มีชีวิตชีวา ไม่แจ่มใส ไม่มีความสุข มีความรู้สึกโดดเดี่ยว หดท้อใจ ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ อารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่ายและมีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ เช่น รู้สึกว่าตนเองผิด บาปไร้ค่า

2. อาการแสดงออกทางด้านความคิด เป็นความคิดทางด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมรอบตัว และต่ออนาคต ความคิดทางด้านลบต่อตนเอง คือ มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ประสิทธิภาพ ต่ำหิวเตี้ยนตนเอง โทษตนเอง มองตนเองว่าบกพร่อง มีความลำบากในการเลือกและตัดสินใจในเรื่องต่างๆ มีความคิดซ้ำๆ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และมีการประเมินตนเองต่ำในด้านความสามารถ มีความคิดว่าตนเองล้มเหลว ทำอะไรก็ไม่สำเร็จ มองตนเองว่ารู้สึกไร้ค่า ทำให้รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง คิดว่าตนเองมีอุปสรรคมากมายที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ไม่พอใจตนเอง มองภาพลักษณะของตนเองบิดเบือนไป ถ้ามีอาการรุนแรงอาจทำให้มีความคิดฆ่าตัวตายได้

ความคิดทางด้านลบต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว คือ มีความคิดว่าชีวิตตนเองมีอุปสรรคมากมาย แปลเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นว่าทำให้ตนเองได้รับความเจ็บปวด รู้สึกว่าตนเองถูกใส่ร้ายจากบุคคลรอบข้างเป็นประจำ

ความคิดทางด้านลบต่ออนาคต คือ คิดว่าเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความลำบากในปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่สิ้นสุด มองว่าอนาคตข้างหน้ามีแต่ความยากลำบาก ส่งผลให้เกิดความท้อแท้สิ้นหวังต่ออนาคต

3. อาการแสดงเกี่ยวกับแรงจูงใจ เป็นอาการแสดงออกถึงการสูญเสียแรงจูงใจ ขาดสิ่งกระตุ้น ขาดแรงจูงใจที่จะทำสิ่งต่างๆ ท้อแท้ สิ้นหวัง ขาดความคิดริเริ่ม ขาดพลังใจที่จะทำงานต่างๆ ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย

4. อาการแสดงด้านร่างกาย และการทำกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ มีความอยากรับประทานอาหารลดลง ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยเป็นอันดับแรกของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มีอาการผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ เช่น นอนไม่หลับ หรือหลับยาก เป็นต้น มีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรงหรือเหนื่อยเกือบตลอดเวลา

5. สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง ความสนใจต่อบุคคลอื่นลดลง เข้ากับผู้อื่นไม่ได้ ไม่ต้องการอยู่ร่วมกับผู้อื่น แยกตัว หลบหนีจากสังคม

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม ICD-10 องค์การอนามัยโลก (WHO, 2006; สุวรรณอรุณพงศไพบูล, 2543) ได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าไว้ดังต่อไปนี้

A. มีกลุ่มอาการซึมเศร้าเป็นตลอดทั้งวัน หรือเกือบทุกวัน อย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 2 สัปดาห์

B. อาการหลักที่ต้องมีอย่างน้อย 2 ข้อคือ

1. อารมณ์เศร้าเป็นตลอดทั้งวัน หรือเกือบทุกวัน
2. ความสนใจสิ่งต่างๆลดลงมาก หรือไม่อยากพูดคุยกับใคร ไม่อยากทำอะไร หรือไม่รู้สึกสนุกสนานเพลิดเพลินในสิ่งที่เคยเพลิดเพลิน เป็นเกือบทุกวัน
3. อ่อนเพลียง่าย เหนื่อยล้า ไม่มีเรี่ยวแรงเป็นเกือบทุกวัน

C. อาการรองที่ต้องมีอย่างน้อย 4 ข้อคือ

1. ขาดความเชื่อมั่น ความภาคภูมิใจในตนเองหายไป
 2. ชอบตำหนิตนเอง หรือรู้สึกผิดมากกว่าปกติ
 3. คิดอยากตายซ้ำๆ หรือพยายามฆ่าตัวตาย
 4. สมาธิไม่ดี คิดไม่ออก หรือตัดสินใจลำบาก
 5. การเคลื่อนไหวและความคิดเชื่องช้า หรือกระวนกระวายอยู่ไม่สุข
 6. นอนไม่หลับ หรือนอนมาก
 7. น้ำหนักลดลงอย่างมากโดยที่ไม่ได้ตั้งใจลดอาหาร หรือน้ำหนักเพิ่มอย่างมาก
- เพราะกินจุ นอกจากนี้ยังแบ่งระดับความรุนแรงของอาการของโรคซึมเศร้าออกเป็น 3 ระดับดังนี้ คือ

1. อาการของโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression episode) มีอาการหลัก 2 ข้อ และอาการรอง 4 ข้อ

2. อาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depression episode) มีอาการหลัก 2 ข้อ และอาการรอง 6 ข้อ

3. อาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression episode) มีอาการหลักและอาการรองทุกข้อ

- ไม่เคยมีอาการ Hypomania หรือ mania ตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมา
- อาการไม่ได้เกิดจากการใช้สารเสพติด หรือโรคทางกาย

เกณฑ์การวินิจฉัยว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจนถึงขั้นเป็นโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) (DSM-IV-TR) ผู้ป่วยต้องมีอาการดังนี้ (American Psychiatric Association, 2000 อ้างใน มาโนช หล่อตระกูล, 2550)

A. มีอาการดังต่อไปนี้ห้าอาการ (หรือมากกว่า) ร่วมกันอยู่นานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ไปจากแต่ก่อน: โดยมีอาการอย่างน้อยหนึ่งข้อของ
1) อารมณ์ซึมเศร้า 2) เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข

หมายเหตุ: ไม่รวมอาการที่เห็นชัดว่าเป็นจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย หรือ Mood-incongruent delusions หรือ hallucinations

1) มีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน โดยไม่ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย (เช่น รู้สึกเศร้า หรือว่างเปล่า) ก็ได้จากการสังเกตของผู้อื่น (เช่น เห็นว่าร้องไห้)

หมายเหตุ: ในเด็กและวัยรุ่นสามารถเป็นอารมณ์หงุดหงิด

2) ความสนใจหรือความสุขใจในกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งหมดหรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก เป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน (โดยไม่ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย ก็ได้จากการสังเกตของผู้อื่น)

3) น้ำหนักลดลงโดยมิได้เป็นจากการคุมอาหาร หรือเพิ่มขึ้นอย่างมีความสำคัญ (ได้แก่น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือมีอาการเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารแทบทุกวัน
หมายเหตุ: ในเด็ก คำนวณน้ำหนักไม่เพิ่มขึ้นตามที่ควรจะเป็น

4) นอนไม่หลับ หรือหลับมากไปแทบทุกวัน

5) Psychomotor agitation หรือ retardation แทบทุกวัน (จากการสังเกตของผู้อื่น มิใช่เพียงจากความรู้สึกของผู้ป่วยว่ากระวนกระวายหรือช้าลง)

6) อ่อนเพลีย หรือไร้เรี่ยวแรงแทบทุกวัน

7) รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินไป (อาจถึงขั้นหลงผิด) แทบทุกวัน (มิใช่เพียงแค่การโทษตนเองหรือรู้สึกผิดที่ป่วย)

8) สมาธิหรือความสามารถในการคิดอ่านลดลง หรือตัดสินใจอะไรไม่ได้ แทบทุกวัน (โดยไม่ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย ก็ได้จากการสังเกตของผู้อื่น)

9) คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อย ๆ (มิใช่แค่กลัวว่าจะตาย) คิดอยากตายอยู่เรื่อย ๆ โดยมิได้วางแผนแน่นอน หรือพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผนในการฆ่าตัวตายไว้แน่นอน

B. อาการเหล่านี้มิได้เข้ากับเกณฑ์ของ Mixed Episode

C. อาการเหล่านี้ก่อให้เกิดผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ หรือกิจกรรมด้าน สังคม การงาน หรือด้านอื่นๆ ที่สำคัญ บกพร่องลง

D. อาการมิได้เป็นจากผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (เช่น สารเสพติด ยา) หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย (เช่น hypothyroidism)

E. อาการไม่ได้เข้ากับ Bereavement ได้ดีกว่า กล่าวคือถ้าเป็น Major depression disorder จะมีอาการคงอยู่นานกว่า 2 เดือนหลังการสูญเสียผู้ที่ตนรัก หรือมีหน้าที่บกพร่องลงมากหมกมุ่นกับความคิดว่าตนไร้ค่าอย่างผิดปกติ มีความคิดฆ่าตัวตาย มีอาการโรคจิต หรือ psychomotor retardation

จะเห็นได้ว่าการที่ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการของโรคซึมเศร้า อาจเป็นลักษณะอาการของโรคซึมเศร้าเล็กน้อย ซึ่งยังคงทำกิจกรรมต่างๆ ได้ แม้จะทำได้ลดลงบ้าง หรือมีอาการของโรคซึมเศร้ารุนแรงถึงเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) นั้น จะมีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองด้านต่างๆ ลดลง มีผลให้อาการของโรคแย่ลงและคุณภาพชีวิตลดลง ดังนั้นจึงควรมีการประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อจะได้ป้องกัน หรือรักษาโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานต่อไป ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบันที่เน้นการคัดกรองและรักษาอาการของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งรวมถึงโรคเบาหวานด้วย โดยรูปแบบการบำบัดผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอาการของโรคซึมเศร้า ที่สำคัญคือการบำบัดด้วยยา (Pharmacotherapy) เพื่อปรับสมดุลของสารสื่อประสาทที่มีผลต่ออาการซึมเศร้าและการบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial intervention) เพื่อส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวกับภาวะโรคและปัจจัยต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ใจ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตรูปแบบของการบำบัดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานมีดังนี้

1. การบำบัดทางชีวภาพ (somatic treatment)

1.1 การบำบัดรักษาด้วยยาด้านเศร้า (Antidepressant) ยาด้านเศร้า

นอกจากมีฤทธิ์ลดอาการซึมเศร้า และลดอาการวิตกกังวล แล้วยังสามารถช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ด้วย โดยยาจะช่วยในการปรับสมดุลของสารสื่อประสาทในสมองซึ่งในการออกฤทธิ์ต้องใช้เวลาพอสมควรกว่าที่จะทำให้อารมณ์เศร้าหายไปจนกลับเป็นปกติ ยารักษาอาการเศร้ามี 4 กลุ่มคือ 1) Tricyclic antidepressants (TCAs) ยาในกลุ่มนี้ imipramine, amitriptyline และ nortriptyline ข้อดีของยาในกลุ่มนี้คือ ได้ผลดีราคาถูกแต่มีข้อเสียคือ มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น อาการง่วงนอน คอแห้ง ปากแห้ง และท้องผูกมาก ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาเองได้ 2) Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, sertraline และ citalopram เป็นยาที่ช่วยรักษาอาการซึมเศร้า 3) Monoamine oxidase inhibitors (MAOI) ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ hydrazine (phenelzine) และ nonhydrazine (tranylcypromine)

เป็นยาที่พิจารณาใช้เมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยากลุ่มอื่นเนื่องจากเป็นยาที่มีผลข้างเคียงเป็นอันตรายสูงกว่ายากลุ่มอื่น และ 4) Newer antidepressants (NAs) ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ venlafaxine, nefazodone และ bupropion ซึ่ง Venlafaxine มีคุณสมบัติทั้ง tricyclic และ SSRIs (norepinephric และ serotonergic) ส่วน Nefazodone ออกฤทธิ์โดยยับยั้งทั้ง serotonin และ norepinephrine reuptake และ Bupropion มีฤทธิ์เป็น dopamine agonist แพทย์มักเริ่มบำบัดด้วยขนาดน้อยๆ ก่อน เพื่อให้ผู้ป่วยชินกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา จึงค่อยๆ เพิ่มขนาดยา เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นมากแล้ว แพทย์จะค่อยๆ ลดขนาดยาลงจนกระทั่งหยุดยาได้ ไม่ควรหยุดยาเร็วไป หรือหยุดยาทันที เพราะอาการอาจกลับมาเป็นใหม่ได้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2550) ซึ่งในปัจจุบันกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2552) ได้ให้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัดไว้ดังนี้คือ มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงซึ่งประกอบด้วย 1) ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าชัดเจน 2) ผู้ป่วยที่มีอาการทางกายเรื้อรังหลายอาการที่หาสาเหตุไม่ได้ 3) ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 4) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะ 5 โรคดังต่อไปนี้ คือ เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, โรคไต, โรคหัวใจและโรคมะเร็ง 5) หญิงตั้งครรภ์หรือหลังคลอด 6) ผู้มีปัญหายาเสพติดและ 7) ผู้ที่มีประสบการณ์การสูญเสียที่รุนแรงมาไม่นาน โดยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต และเมื่อประเมินพบผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (9Q = 7-12 คะแนน) กำหนดให้มีการบำบัดโดยการให้การปรึกษาปัญหาทางจิตสังคม หรือให้ยาต้านเศร้า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (9Q = 13-18 คะแนน) ให้การปรึกษาปัญหาทางจิตสังคม และให้ยาต้านเศร้า แต่ถ้าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายสูงให้ส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (9Q $\geq$ 19 คะแนน) ให้ประเมินว่าผู้ป่วยมีโรคทางกายหรือใช้ยาที่ทำให้เกิดอาการคล้ายโรคซึมเศร้าหรือไม่ ถ้าไม่ใช่เป็นเพราะโรคทางกายให้ส่งรักษาโรงพยาบาลจิตเวชเพื่อให้ยาต้านเศร้า และติดตามต่อไป แต่ในแนวปฏิบัตินี้แนะนำให้แพทย์บริหารยาด้านเศร้า (Antidepressants) ทั้งชนิดและปริมาณดังนี้ (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2551)

1. กลุ่มยา Tricyclic antidepressants nortriptyline และ desipramine (TCA) ชื่อยา nortriptyline amitriptyline ขนาดยาที่ใช้ 25-150 mg วิธีการให้ยา เริ่มต้น 25 mg ก่อนนอน (สำหรับผู้ป่วยอายุเริ่มที่ 10 mg) เพิ่มยา 25 mg ทุก 2 สัปดาห์ ประเมินผลข้างเคียงของยาทุกครั้งที่เพิ่มยา (หากมีอาการหน้ามืด วิงเวียนศีรษะ เป็นลม ความดันต่ำ ปัสสาวะลำบากให้หยุดยาและเปลี่ยนยาเป็นยา fluoxetine) และควรประเมินผลการรักษาด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q ทุก 1 เดือน ถ้าคะแนนลดลง $\geq$ 50% จากเดิมหรือคะแนนรวม < 7 แสดงว่าตอบสนองดีต่อยา สามารถให้ในขนาดเดิมและนัดมาประเมินผลการรักษาด้วยแบบประเมิน 9 Q ทุก 1 เดือน ถ้าคะแนนลดลง $< 50\%$ จากเดิม ให้เพิ่มยาอีก 25 mg และประเมินด้วย 9Q อีก 1 เดือน และหลังให้ยาเต็ม dose (150 mg)

2 เดือนถ้าคะแนนไม่เปลี่ยนแปลงหรือคะแนนรวมยัง ≥ 7 แสดงว่า ไม่ตอบสนองต่อยาให้เปลี่ยนเป็นยา fluoxetine แล้วดำเนินการตามวิธีการให้ยา fluoxetine

2. กลุ่มยา Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs) ชื่อยา fluoxetine ขนาดยาที่ใช้ 20-60 mg วิธีการให้ยา เริ่มต้น 20 mg เวลาหลังอาหารเช้า นัดติดตามประเมินผลครั้งแรก 2 สัปดาห์ ด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q ถ้าคะแนนลดลง $\geq 50\%$ จากเดิมหรือคะแนนรวม < 7 แสดงว่าตอบสนองดีต่อยา สามารถให้ในขนาดเดิมและนัดมาประเมินผลการรักษาด้วยแบบประเมิน 9Q ทุก 1 เดือน ถ้าคะแนนลดลง $< 50\%$ จากเดิม ให้เพิ่มยาอีก 20 mg และประเมินด้วย 9Q อีก 1 เดือน และถ้าคะแนนไม่เปลี่ยนแปลงหลังให้ยาเต็ม dose 2 เดือน แสดงว่าไม่ตอบสนองต่อยาให้ส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช

หลังให้ยาด้านเศร้า (Antidepressant) ถ้าคะแนนจากการประเมินโรคซึมเศร้า 9Q < 7 คะแนน เป็นระยะเวลา 6 เดือนติดต่อกัน ถือว่ามี Full remission ให้ค่อยๆ ลดขนาดยาลงประมาณ 25% ทุก 2 สัปดาห์ ขณะลดยาควรประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q ทุกครั้งที่พบผู้ป่วยหากคะแนน > 7 คะแนนแสดงว่า ผู้ป่วยมีการกลับเป็นซ้ำ ให้เพิ่มยาในขนาดที่ก่อนจะลด และนัดติดตามประเมินอาการทุกเดือน

2. การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial Intervention)

ในการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการของโรคซึมเศร้า ซึ่งแนวปฏิบัติในการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต ได้ให้คำแนะนำว่าควรบำบัดโดยการให้การปรึกษาปัญหาทางจิตสังคมเท่านั้น มิได้บอกแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการบำบัด ซึ่งรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าที่นิยมใช้ในผู้ป่วยเบาหวานมีดังนี้

2.1 พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยผู้ป่วยเพิ่มความถี่ของการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม โดยเป็นการปฏิสัมพันธ์ชนิดที่ทำให้ได้รับการเสริมแรงบวก ลดความถี่ของการปฏิสัมพันธ์ชนิดที่ทำให้เกิดแรงเสริมชนิดลบ เพิ่มทักษะทางสังคม การส่งเสริมผู้ป่วยให้เฝ้าติดตามประเมินและเตือนตนเองหรือให้แรงเสริมแก่ตนเองตามที่ เป็นจริง และถูกต้องโดยเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าว จะทำให้ความรู้สึกซึมเศร้าดีขึ้น วิธีการบำบัดมีหลายวิธีมีโครงสร้างที่แน่นอน มักใช้เวลาสั้น ให้ความสำคัญที่ผู้ป่วยจะต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยใช้หลักการให้แรงเสริมเพราะเชื่อว่าพฤติกรรมถูกเปลี่ยนแปลงไปในทางอารมณ์บวกอารมณ์ซึมเศร้าจะดีขึ้น วิธีต่างๆประกอบด้วย

1) ให้ผู้ป่วยบันทึกประจำวัน เกี่ยวกับกิจกรรมและอารมณ์ทั้งชนิดบวกและชนิดลบที่เกิดขึ้นประจำวันและบันทึกการเฝ้าสังเกตผลระยะสั้นและผลระยะยาวของพฤติกรรมเฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่งซึ่งเป็นกิจกรรมที่สำคัญในการทำพฤติกรรมบำบัด

2) ให้ผู้ป่วยเพิ่มกิจกรรมต่างๆไปโดยเฉพาะกิจกรรมที่ทำแล้วเกิดความสุขตามมา ผู้รักษาจะพิจารณารายละเอียดของกิจกรรมและอารมณ์ที่ผู้ป่วยบันทึกในข้อ 1 และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยที่สามารถทำกิจกรรมที่ทำให้ตนเองมีความสุขเพิ่มขึ้น ผู้รักษาจะแสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้ป่วยเพิ่มกิจกรรมที่ทำให้มีความสุขอารมณ์ซึมเศร้าของผู้ป่วยจะลดลง

3) ลดหรือจัดการกับกิจกรรมที่ทำให้ไม่มีความสุข ผู้รักษาจะพิจารณารายละเอียดของกิจกรรมและอารมณ์ที่ผู้ป่วยบันทึกไว้ในข้อที่ 1 แล้วรวบรวมว่ามีปฏิสัมพันธ์หรือสถานการณ์ใดบ้างที่กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกซึมเศร้าแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องเรียนรู้วิธีการที่จะลดหรือหลีกเลี่ยงกิจกรรมนั้น ผู้รักษาจะสอนผู้ป่วยให้จัดการกับความรู้สึกที่มีต่อเหตุการณ์เชิงลบนั้น สอนผู้ป่วยให้คิดไปในทางบวกมากขึ้น สอนผู้ป่วยให้ผู้ป่วยเตรียมตัวให้พร้อมที่จะพบกับเหตุการณ์ที่ทำให้ไม่มีความสุขและให้พร้อมที่จะพบกับความล้มเหลว

4) พัฒนาพฤติกรรมโดยให้แรงเสริมกับตนเอง ผู้ป่วยเรียนรู้การให้รางวัลแก่ตนเองหรือเรียนรู้วิธีการเพิ่มกิจกรรมที่มีเป้าหมายชัดเจนหรือรางวัลที่จับต้องได้

5) เสริมทักษะทางสังคม ผู้รักษาช่วยผู้ป่วยแก้ไขทักษะทางสังคมและปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ยังบกพร่องอยู่ด้วยการให้ผู้ป่วยฝึกฝนการรักษาสีหน้าของตนเองฝึกฝนให้ลอกเลียนแบบอย่างที่เหมาะสม และลองเล่นตามบทบาทที่สมมุติขึ้นมา เป็นการให้ผู้ป่วยซักซ้อมและท่องจำบทบาทที่จะต้องทำ ผู้ป่วยกระทำให้ผลอย่างไรผู้รักษาก็ป้อนข้อมูลกลับให้ผู้ป่วย หรือให้ค่อยๆ เพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ทำแล้วได้รางวัล ขณะเดียวกันก็สอนให้ผู้ป่วยให้ลดหรือหลีกเลี่ยงนิสัยสังคม

6) ฝึกฝนการผ่อนคลาย(relaxation training) โดยสอนให้ผู้ป่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อใหญ่ โดยให้ทำวันละ 2 ครั้ง

7) การบริหารเวลา สอนให้ผู้ป่วยฝึกฝนการวางแผนการรู้จักเตรียมสิ่งจำเป็นแก่การมีกิจกรรมที่จะทำให้ตนเองมีความสุข ให้สอดคล้องกับกิจกรรมต่างๆตามบทบาทหน้าที่ ฝึกการคิด อ่าน การทำความเข้าใจ (Cognitive skin training) ฝึกสังเกตความคิดของตนเอง แยกแยะว่าส่วนใหญ่เป็นความคิดสร้างสรรค์หรือทำลายตนเอง คิดเชิงบวกหรือเชิงลบบ่อยกว่ากัน เป็นการคิดหมกมุ่น ไม่มีประโยชน์ หรือเป็นแบบความคิดรอบครอบมีประโยชน์ รู้จักหยุดคิด รู้จักแย่งความคิดที่ไม่เหมาะสม ผล ฝึกการคิดที่ก่อให้เกิดความทุกข์ใจน้อยที่สุด ก่อให้เกิดความสุขใจมากขึ้น บนพื้นฐานของความเป็นไปได้ (สุชาติ พหลภคย์, 2542)

สำหรับการบำบัดผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการของโรคซึมเศร้ามีการนำแนวคิดทฤษฎีนี้ มาใช้ร่วมในการบำบัดความคิดและพฤติกรรม โดยนำเทคนิคของพฤติกรรมบำบัดในเรื่องการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและเสริมทักษะทางสังคม และให้แรง

เสริมต่อตนเองที่เป็นจริงและถูกต้อง และให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ทำแล้วเกิดความสุขและความพอใจในชีวิต (Lustman, 1998)

2.2 การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral therapy)

ในการบำบัดผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ามีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิธีคิดให้แก่ผู้ป่วยโดยการค้นหาความรู้คิดด้านลบ (negative cognition) ที่ผู้ป่วยมีอยู่และช่วยทดสอบว่า negative cognition นั้นเป็นไปในทางลบจริงหรือไม่ ช่วยผู้ป่วยสร้างแบบแผนการคิด (thought schema) แบบอื่นๆ (alternative) โดยต้องเป็นแบบอย่างการคิดที่มีความยืดหยุ่นและส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและช่วยให้ยอมรับการเจ็บป่วย ตระหนักในอาการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนของโรค ส่งเสริมความสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับความคิดด้านลบให้เป็นความจริงและเป็นการช่วยผู้ป่วยชักจูงการรู้คิดและปรับพฤติกรรมที่กำหนดขึ้นใหม่ จะทำให้อาการของโรคซึมเศร้าดีขึ้นทั้งยังช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำ มีวิธีการบำบัดดังนี้(ธวัชชัย ลิขิตานาจ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2549)

- 1) การเรียนการปรับความรู้คิดด้านลบ ระบุนิยามความคิดอัตโนมัติ ที่บิดเบือนหรือรูปแบบการคิดที่ไม่สมเหตุสมผล และฝึกการแทนที่ด้วย ความคิดที่ถูกต้อง เหมาะสมมากกว่า และเป็นมุมมองที่มีประโยชน์
- 2) ให้ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วยและเห็นถึงความจำเป็นของการรักษา
- 3) ให้ผู้ป่วยตระหนักถึง psychosocial stressors และปัญหาเรื้อรังส่วนบุคคล และการจัดการแก้ไขปัญหาย่างเหมาะสม
- 4) ให้ผู้ป่วยเกิดทักษะทางจิตวิทยาในการแก้ปัญหาการควบคุมอารมณ์ และการตอบสนองในทางสร้างสรรค์ต่อความคิดที่ไม่ดีต่างๆ(negative cognitions) เพื่อให้จัดการต่อความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 5) เพื่อช่วยให้เกิดความตระหนักถึงอาการเตือนของอาการรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อน และมีวิธีการจัดการที่เหมาะสมซึ่งอาจจะช่วยลดความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นและอาจช่วยให้ระยะเวลาป่วยสั้นลง
- 6) เน้นถึงความเชื่อที่คลาดเคลื่อนของผู้ป่วยเกี่ยวกับการกินยาเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญของการกินยาอันส่งผลให้การผูกติดกับการรักษา
- 7) ผู้ป่วยมีการจัดการและการดูแลได้อย่างเหมาะสมโดยผ่านการมอบหมายการบ้านเพื่อการกลับไปฝึกปฏิบัติ
- 8) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกถึงการมีความสามารถ ความมั่นใจภายในขอบเขตที่เป็นปกติ

9) เพิ่มความหวังและเพิ่มการมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งในปัจจุบันและอนาคตให้กับผู้ป่วย อันส่งผลต่อการลดการกลับเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและการลดการเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

การบำบัดผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการของโรคซึมเศร้าได้นำแนวคิดทฤษฎี Cognitive Behavioral therapy โดยใช้นั้นในเรื่องดังนี้ (Henry et al., 1997; Lustman et al., 1998; Georgiades et al., 2007; วัชนี หัตถพนม, 2007)

1. การเรียนการปรับความรู้คิดด้านลบ ระบุความคิดอัตโนมัติ ที่บิดเบือนหรือรูปแบบการความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล และฝึกการแทนที่ด้วย ความคิดที่ถูกต้อง เหมาะสมมากกว่า และเป็นมุมมองที่มีประโยชน์

2. ส่งเสริมให้ตระหนักถึงอาการและปัญหาต่างๆ โดยใช้กระบวนการจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมในเรื่องความเครียด

3. ส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวในเรื่องกิจวัตรประจำวันโดยเพิ่มกลยุทธ์การบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและทางกายภาพที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจ

4. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกนึกคิดโดยใช้กระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบเพื่อจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Georgiades et al., 2007)

5. ส่งเสริมการผ่อนคลายความเครียดใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดตามแนวคิดพฤติกรรมบำบัด (Lustman et al., 1998)

2.3 การบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive therapy) เป้าหมายของการบำบัดมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้เข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของตนเองสามารถประเมินสถานการณ์ในชีวิตวางแผนแก้ไขปัญหของตนเอง ซึ่งมีวิธีการบำบัดดังนี้ (ยุพาพัคตร์ รักษณิงส์, 2547)

- 1) สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน
- 2) การสื่อสารช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ตระหนักในความรู้สึกหรืออารมณ์ตนเองรวมถึงได้พิจารณาปัญหาของตนเองรวมทั้งพิจารณาปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดความทุกข์ใจนั้นๆ วิธีการปรับตัวกับปัญหาปัจจุบัน เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาการงาน ปัญหาภาวะโรค
- 3) ใช้เทคนิคการสนทนาและการตั้งคำถามอย่างมีโครงสร้าง รวมทั้งการแนะแนวทางและสนทนาบนพื้นฐานของความเข้าใจ (Empathic responses)
- 4) รูปแบบการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของการบำบัดผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการซึมเศร้าตามแนวคิดทฤษฎี Supportive therapy เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วย

ตระหนักในความรู้สึกเครียด เบื่อหน่าย ท้อแท้ เศร้า เนื่องจากภาวะโรคและภาวะแทรกซ้อน และปัญหาอื่นๆในปัจจุบัน แบบแผนในการปรับตัวกับปัญหาปัจจุบันเช่นภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ความตึงเครียดทางอารมณ์, ปัญหาครอบครัว ส่งเสริมการให้ผู้ป่วยระบุปัญหาในปัจจุบันที่ชัดเจน การวางแผนแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ โดยผู้บำบัดจะเป็นผู้ให้ความรู้ในเรื่องโรค วิธีการบำบัดดูแลและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนส่งเสริมเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการตัดสินใจให้กำลังใจผู้ป่วยตระหนักในความรู้สึกเครียด เบื่อหน่าย ท้อแท้ เศร้า เนื่องจากภาวะโรคและภาวะแทรกซ้อน และปัญหาอื่นๆในปัจจุบัน มีทักษะในการปรับตัวกับปัญหาต่างๆในชีวิตและให้แรงเสริมทางบวก เพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Simson et al, 2008)

จะเห็นได้ว่าการบำบัดอาการของโรคซึมเศร้าหลายรูปแบบได้มีผู้นำวิธีการบำบัดดังกล่าวมาใช้ในการรักษาผู้ที่มีอาการของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งการบำบัดด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคม หรือใช้ทั้ง 2 อย่างร่วมกัน (Frank et al., 2009) การเลือกการบำบัดรูปแบบใดขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยด้านระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค เช่น การกลับเป็นซ้ำ ความพร้อมของผู้บำบัดและผู้ป่วย รวมถึงพิจารณาถึงความคุ้มค่าคุ้มทุนด้วย

ดังนั้นในการบำบัดทางจิตสังคมผู้ปฏิบัติจึงได้ศึกษาถึงปัญหาทางจิตสังคมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีอาการของโรคซึมเศร้าว่ามีปัจจัยอะไรที่เกี่ยวข้องบ้างและปัจจัยใดเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเลือกกลยุทธ์ในการบำบัด ตามแนวคิดทฤษฎีในการบำบัดที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย ช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำ รวมทั้งการส่งเสริมให้สามารถกลับไปทำหน้าที่ต่างๆได้ตามปกติ

ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา

โรงพยาบาลบางบัวทองซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ขนาด 30 เตียง ซึ่งผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่พบผู้ป่วยโรคเบาหวานมาตรวจคัดกรองที่โรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2553 จำนวน 2,524 คน/ปี ได้รับการรักษาจำนวน 16,300 ครั้ง/ปี ที่เหลือส่วนหนึ่งไปรับการรักษาที่สถานบริการอื่น โรงพยาบาลหรือไปคลินิกเอกชน โดยโรคเบาหวานเป็นโรคที่มีมูลค่าการใช้จ่ายสูงเป็นอันดับ 2 ของมูลค่าการรักษากลุ่มผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลบางบัวทอง จากนโยบายการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าซึ่งส่งเสริมให้มีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งรวมถึงโรคเบาหวานด้วย ผู้ศึกษาในฐานะผู้ปฏิบัติงานอยู่ในงานสุขภาพจิตและให้คำปรึกษา กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบางบัวทอง จึงได้ดำเนินการคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่

พื้งอินชูลินจำนวน 520 คน ในเบื้องต้นพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยและระดับปานกลาง 78 คน คิดเป็นร้อยละ 15 และพบผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับรุนแรงจำนวน 16 คนคิดเป็นร้อยละ 3 หลังจากผู้ศึกษาได้ประเมินปัญหาและให้การปรึกษาตามความต้องการของผู้ป่วยกลุ่มนี้รายละ 1-2 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะปรึกษาเกี่ยวกับภาวะโรคและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานชนิดไม่พื้งอินชูลินมีบางส่วนที่ปรึกษาปัญหาส่วนตัว เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาลูกหลาน ไม่ได้ดูแลเป็นต้นหลังจากนั้นผู้ศึกษาส่งผู้ป่วยที่มีคะแนนประเมินระบุว่ามีอาการของโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง พบแพทย์เพื่อบำบัดด้วยยาต้านเศร้าต่อไป เนื่องจากขณะนี้ทางโรงพยาบาลยังไม่มีแนวทางในการบำบัดทางจิตสังคมและจิตบำบัดสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการของโรคซึมเศร้า ที่ชัดเจน ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษารูปแบบการบำบัดทางจิตสังคม เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พื้งอินชูลินจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้สามารถให้บริการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยคำนึงถึงความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานและบริบทของผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์

ศึกษารูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พื้งอินชูลินจากหลักฐานเชิงประจักษ์

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พื้งอินชูลิน

ข้อเสนอแนะจากสารนิพนธ์ที่ศึกษารครั้งนี้สามารถนำไปพัฒนาแนวปฏิบัติในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พื้งอินชูลินที่สามารถใช้ในโรงพยาบาลบางบัวทอง

บทที่ 2

วิธีการดำเนินการ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหารูปแบบวิธีการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่ต้องการศึกษามากที่สุด ทั้งในด้านกลุ่มประชากร แหล่งที่ทำการศึกษ วิธีการบำบัด และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยมีขั้นตอนการดำเนินการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากประเด็นคำถามทางคลินิก เพื่อตอบปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา และเพื่อนำไปสู่การกำหนดกรอบการสืบค้นและเกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัย วิธีการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ และวิธีการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังต่อไปนี้

2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษาสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เพื่อให้ได้งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่กำลังศึกษา ผู้ศึกษาจึงได้กำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้กรอบแนวคิดของ “PICO” (PICO Framework: Population, Intervention, Comparison intervention, Outcome) (Craig & Smyth, 2002) เป็นเกณฑ์ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

2.1.1 กรอบการสืบค้น

P (Population) = Patients with diabetes mellitus with depressive symptoms

I (Intervention) = Psychosocial intervention

C (Comparison) = ไม่มีการเปรียบเทียบ

O (Outcome) = Depressive symptoms

คำสำคัญในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ มีดังนี้ Diabetes mellitus, Diabetes with complication, Psychosocial intervention, Cognitive behavior therapy, Problem solving therapy, Depressive disorders, Depression, Depressive symptoms

2.1.2 แหล่งสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

กำหนดฐานข้อมูลในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆ ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษในการตีพิมพ์ทั้งหมดโดยกำหนดการสืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ ดังนี้

1) การสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic database)

1.1) ฐานข้อมูลที่รวบรวมการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ได้แก่ The Cochrane library

1.2) ฐานข้อมูลอื่นๆ ที่รวบรวมงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ดังนี้ The Cochrane Library, Blackwell Synergy, Pub Med, CINAHL, Science Direct, Springer Link

2) Hand search

2.1) สืบค้น จากวารสารต่างๆ ได้แก่ Diabetes Care, Psychiatric Nursing Journal of Psychosocial Nursing, British Journal of Psychiatry, Journal Psychiatric Associate Thailand

2.2) เอกสารอ้างอิง (Reference List) ของทำยบทความและงานวิจัยที่สืบค้นได้

2.3) จากบทความ วิทยานิพนธ์ตามห้องสมุดของสถาบันต่าง ๆ ในประเทศไทย

2.1.3 เกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

1) เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่มีประเด็นการศึกษาเกี่ยวกับแนวทางในการการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

2) เลือกจากงานวิจัยที่เป็นงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ (Full text) และเลือกชนิดของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) งานวิจัยกึ่งทดลอง ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง (Nonrandomized controlled trial) งานวิจัยกรณีศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Case controlled analytical studies) งานวิจัยที่มีการศึกษาไปข้างหน้า (cohort study) ที่เป็นกลุ่มงานวิจัยหรือวิจัยจากแหล่งศึกษามากกว่า 1 แหล่ง งานวิจัยเชิงทดลอง one group pre-posttest

3) งานวิจัยที่คัดเลือกเป็นงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ ที่ระบุระยะเวลาในการตีพิมพ์ ในช่วงปี ค.ศ. 1995 -2010

4) ภาษาที่ใช้ในการตีพิมพ์ใช้ภาษาอังกฤษ และภาษาไทย

2.2 วิธีการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

วิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ 3 ด้าน ได้แก่ ประเมินความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงศาสตร์ และแนวโน้มที่จะนำไปปฏิบัติ และประเมินความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์

2.2.1 การวิเคราะห์และประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์

การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้เกณฑ์การประเมินความเป็นไปได้ ในการนำงานวิจัยไปใช้ในคลินิก (Utilization Criteria) ของ Polit & Beck (2008) ซึ่งมี 3 องค์ประกอบคือ

2.2.1.1) ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical Relevance) โดยพิจารณาจากงานวิจัยตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิก คือ รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินควรเป็นอย่างไร เพื่อช่วยในกระบวนการตัดสินใจในการเลือกรูปแบบการบำบัดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ งานวิจัย มีการทดสอบสมมติฐานที่มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหา พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาดตามขอบเขตการปฏิบัติพยาบาลและงานวิจัยมีกระบวนการเก็บข้อมูลสามารถนำมาใช้ได้จริงในคลินิก

2.2.1.2) การมีความเหมาะสมหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (Scientific merit) โดยพิจารณาจากแหล่งตีพิมพ์, ผู้ทำการวิจัย, ทุนสนับสนุน, คุณภาพงานวิจัย ได้แก่ ชื่อเรื่อง, ปัญหาและเหตุผลที่ทำการวิจัย, กรอบแนวคิด, วัตถุประสงค์การวิจัย, การทบทวนวรรณกรรม, การระบุประชากรเป้าหมาย, วิธีการวิจัย, การรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์, การประเมินผลลัพธ์หลักเหมาะสม, การใช้สถิติในการวิเคราะห์, ผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัย และมีการระบุข้อจำกัดของการวิจัย การอ้างอิงถึงประชากรและข้อเสนอแนะในการนำไปปฏิบัติและข้อเสนอแนะอยู่ภายใต้ขอบเขตของข้อค้นพบจากการวิจัย

2.2.1.3) แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (Assessing Implementation Potential) ซึ่งการประเมินมี 3 มิติหลัก คือ

การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) พิจารณาโดยคำนึงว่านวัตกรรมมีความเหมาะสมกับหน่วยงาน กลุ่มประชากรในหลักฐานหรืองานวิจัยต่าง ๆ มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรหน่วยงานหรือไม่ ประชญาในการดูแลกลุ่มประชากรของหน่วยงานกับในหลักฐานเชิงประจักษ์หรืองานวิจัยมีความคล้ายคลึงกันหรือไม่ และการนำข้อเสนอ

ไปใช้จะสามารถประเมินประสิทธิผล เช่น เกิดผลหรือมีประโยชน์กับผู้ป่วยจำนวนมาก นวัตกรรมมีวิธีการและการประเมินผลที่ไม่ยาวเกินไป

ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of Implementation) พิจารณา โดยคำนึงถึงว่าพยาบาลใช้นวัตกรรมนี้ได้หรือไม่ เป็นวิธีที่ย่งยากซับซ้อน ในการนำไปปฏิบัติหรือไม่ ความเป็นไปได้ในเชิงสภาพแวดล้อม ทรัพยากรเกื้อหนุน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องคัดค้านหรือร่วมมือด้วยหรือไม่ ฝ่ายบริหารสนับสนุนให้มีการนำเสนอแนะนั้นมาใช้ในหน่วยงานหรือไม่ งบประมาณประจำที่เคยปฏิบัติหรือไม่ มากน้อยเพียงใด นอกจากนี้ถ้าข้อเสนอแนะจำเป็นต้องฝึกการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มเติม ต้องใช้อุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น ๆ เพิ่มเติม ต้องประเมินว่าหน่วยงานมีความพร้อมในการจัดหาอุปกรณ์ดังกล่าวหรือไม่ และมีเครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกที่เหมาะสมหรือไม่

ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) พิจารณาโดยคำนึงถึงเรื่องต่อไปนี้ นวัตกรรมที่ใช้เกิดความเสียหายหรืออันตรายกับผู้รับบริการหรือไม่ เกิดประโยชน์ด้านใดกับผู้รับบริการ การประเมินค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทั้งในส่วนที่เป็นวัสดุอุปกรณ์และอื่นๆ เช่นเวลา บุคลากร ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม เป็นต้น และประโยชน์ที่นานวัตกรรมมาสู่องค์กร

2.2.2 การประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์

โดยมีเกณฑ์ในการประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้เกณฑ์ประเมินความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Strength of evidence) ตามระบบการจัดความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ Mulnyk & Fineout Overholt (2005) แบ่งระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ออกเป็น 7 ระดับดังนี้

ระดับ 1: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม อย่างเป็นระบบ (Systematic Review) หรือการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta analysis)

ระดับ 2: หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยว ที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial, RCT)

ระดับ 3: หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุม มีการออกแบบอย่างดี (Well-designed) แต่ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง (Nonrandomized controlled trial)

ระดับ 4: หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยกรณีศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Case controlled analytical studies) หรือ งานวิจัยที่มีการศึกษาไปข้างหน้า (cohort study) ที่เป็นกลุ่มงานวิจัย หรือวิจัยจากแหล่งศึกษามากกว่า 1 แหล่ง

ระดับ 5: หลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ของงานวิจัยเชิงบรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

ระดับ 6: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

ระดับ 7: หลักฐานที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะและหรือรายงานจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ / กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

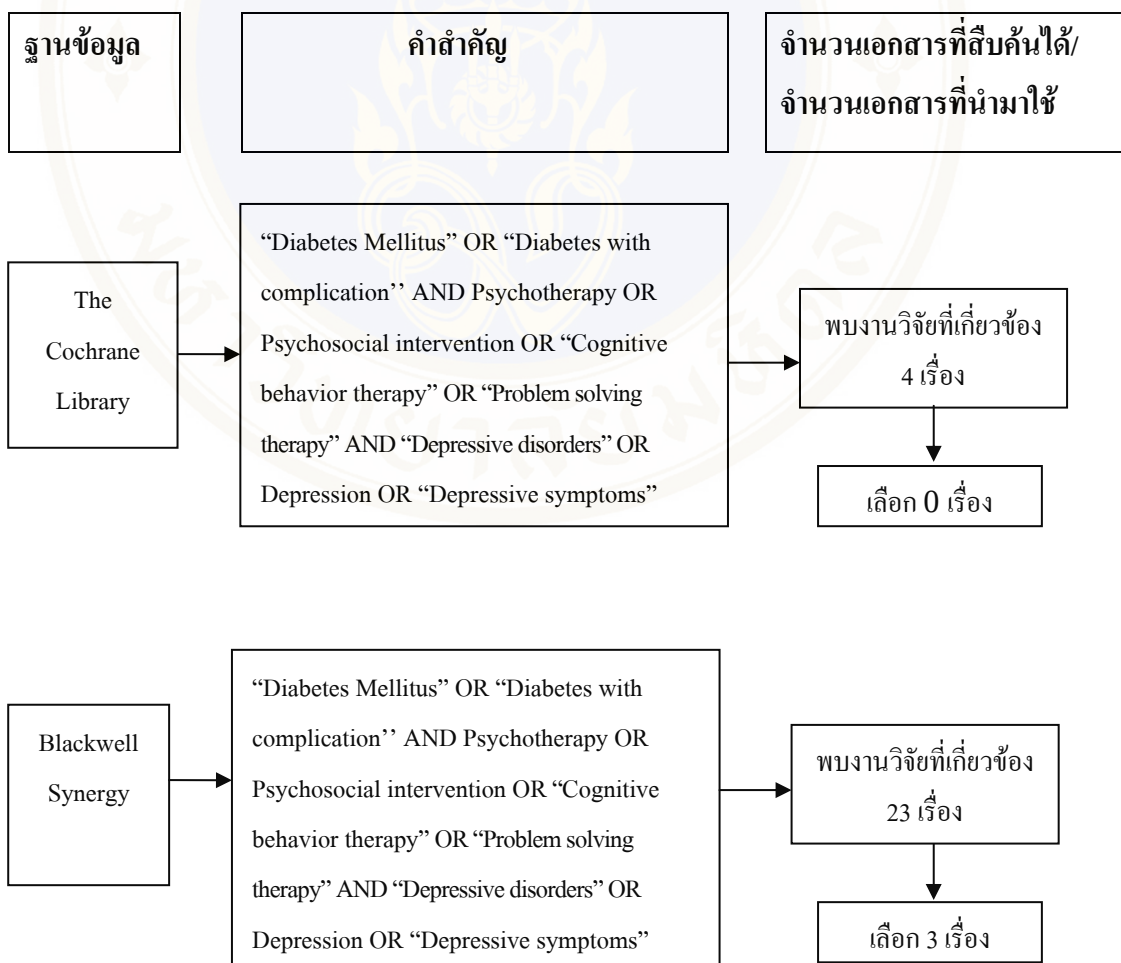
หลังจากประเมินคุณภาพและระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Strength of evidence) แล้วนำงานวิจัยที่ได้มาสกัดข้อมูลและพิจารณาสรุปลงตารางที่ละเรื่อง ซึ่งประกอบด้วย 1) วัตถุประสงค์ 2) ระเบียบวิธี 3) ระดับความเข้มแข็งของหลักฐาน 4) กลุ่มตัวอย่าง 5) สถานที่ในการศึกษาวิจัย 6) เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล 7) วิธีการหรือกิจกรรมบำบัดที่ให้ในกลุ่มตัวอย่าง 8) ผลการวิจัย 9) คุณภาพงานวิจัย 10) การสกัดเพื่อนำมาใช้ จากนั้นทำการสรุปประเด็นความรู้ที่ได้จากงานวิจัยในภาพรวม ประมวลประเด็นสำคัญที่ได้จากงานวิจัย ทั้งหมดเป็นหมวดหมู่และนำเสนอข้อสรุปประเด็นจากงานวิจัยเป็นความเรียง แล้วเสนอข้อแนะนำการบำบัดเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่ได้จากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

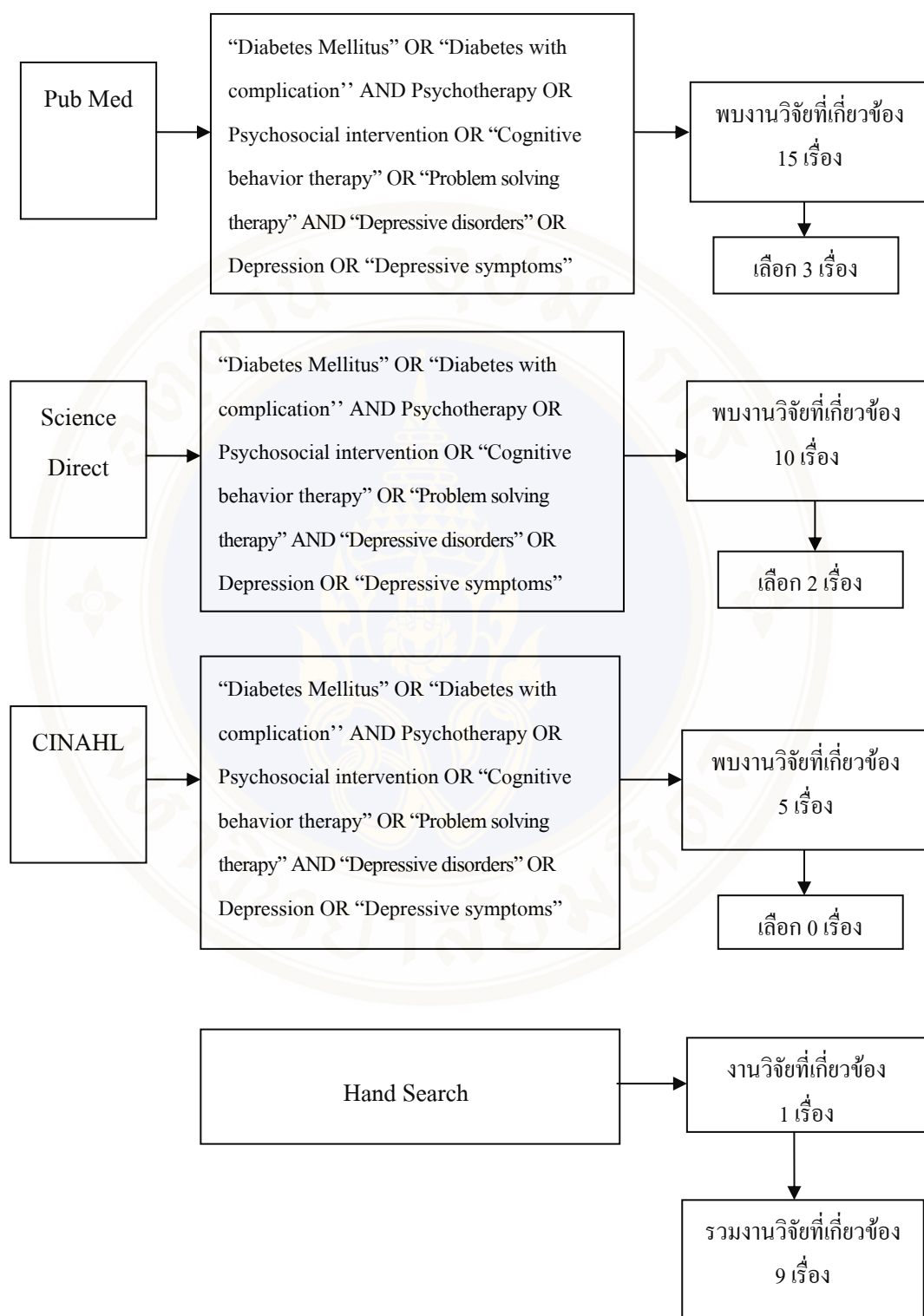
บทที่ 3

ผลการดำเนินการสืบค้น

3.1 ผลการดำเนินการสืบค้น

จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์
 ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ จากวารสาร และจากบรรณานุกรม ที่เกี่ยวข้องกับทางการบำบัดทางจิต
 สังคมเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินพบงานวิจัยจากฐานข้อมูล
 อิเล็กทรอนิกส์ต่างๆที่สืบค้นได้ดังนี้





จากการสืบค้นทาง Hand search จากสำนักห้องสมุดของมหาวิทยาลัยต่างๆ ในประเทศไทย พบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ต้องการ จำนวน 1 เรื่อง จากวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

3.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Appraisal Method of Evidence)

จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ทั้ง 67 เรื่อง ได้เป็นฉบับสมบูรณ์ 9 เรื่อง ผู้ศึกษาได้นำมาวิเคราะห์เพื่อประเมินคุณภาพและสกัดเนื้อหาลงในตารางสัปดาห์วิจัย (ในภาคผนวก) ซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์คัดออก 2 ฉบับ คัดออกเนื่องจากเป็นงานวิจัยที่กำลังดำเนินการวิจัยอยู่ยังไม่เสร็จสิ้นสมบูรณ์ โดยมีงานวิจัยที่ถูกคัดออกและเหตุผลการคัดออกมีดังนี้

1. Van, B. K. M., Pouwer, F., Cuijpers, P., et al. (2008). Web-based cognitive behavioural therapy (W-CBT) for diabetes patients with co-morbid depression: design of a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, (8:9), 1-7

2. Petrak, F., Maetin, H., Kristin, P., Kai, K., et al. (2010). Cognitive behavioural therapy in elderly type 2 diabetes patients with minor depression or mild major depression (MIND-DIA-Study): Study design of a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 10:21

ดังนั้นได้งานวิจัยฉบับสมบูรณ์และมีคุณภาพ 7 เรื่องดังแสดงรายชื่อในตารางแสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นตรงตามขอบเขตการศึกษา

ตาราง แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้น

ลำดับ	ชื่อผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง/แหล่งพิมพ์	ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์
1	Henry, J. L., Wilson, P. H., Bruce, D. G., Chisholm, D. J., Rawling, P.J. (1997). Cognitive – behavioural stress management for patients with Non– insulin dependent diabetes mellitus. <i>Psychology, Health & Medicine</i> , 2(2), 109-118	2
2	Lustman, P. J., Griffith, L. S., Freedland, K. E., Kissel, S.S., & Clouse, R.E. (1998). Cognitive behavior therapy for depression in type 2 diabetes. <i>American College of Physicians-American Society of Internal Med</i> , 59, 24 –31.	2

ลำดับ	ชื่อผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง/แหล่งพิมพ์	ความน่าเชื่อถือ ของหลักฐานเชิง ประจักษ์
3	Georgiades, A., Zucker, N., Friedman, E. K., Mosunic, J. C., Applegate, K., Lane, D. J., Feinglos, N. M., Surwit, S. R. (2007). Changes in depressive symptoms and glycemic control in diabetes mellitus. <i>Psychosomatic Medicine</i> , 69, 235–241.	4
4	วัชนี หัตถพนม. (2007). การใช้กระบวนการสอนงาน (Coaching) ในการพัฒนาความสามารถของพยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชนในการใช้วิธีการปรับแนวคิดและพฤติกรรมแบบประยุกต์ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. <i>วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย</i> , 52(4), 390-401.	4
5	Simson, U., Nawarotzky, U., Frieze, G., Porck, W., Schottenfeld-Naor, Y., Hahn, W. H., et al. (2008). Education/Psychological Issues Psychotherapy intervention to reduce depressive symptoms in patients with diabetic foot syndrome. <i>Journal compilation</i> , 25, 206 –212.	2
6	Stiefe, F., Zdrojewski, C., Bel Hadj, F., Boffa, D., Dorogi, Y., So, A., Ruiz, J., Jonge, P. (2008). Effects of a multifaceted psychiatric intervention targeted for the complex medically ill: A randomized controlled trial. <i>Psychotherapy and Psychosomatics Journal</i> , 77, 247-256	2
7	Lamers, F., Jonkers, C. C., Bosma, H., Kempen, G. J. M., Meijer, J. A., Penninx, B. W., Kottnerus, J. A., Van Eijk, J. T. (2010). A Minimal psychological intervention in chronically ill elderly patients with depression: A randomized trial. <i>Psychotherapy and Psychosomatics Journal</i> , 79, 217-226.	2

เนื้อหาโดยย่อของงานวิจัยที่นำมาใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์แต่ละเรื่องมีดังนี้

เรื่องที่ 1. Henry, J. L., Wilson, P. H., Bruce, D. G., Chisholm, D. J., Rawling, P. J. (1997). Cognitive – behavioural stress management for patients with Non– insulin dependent diabetes mellitus. *Psychology, Health & Medicine*, 2(2), 109-118.

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดด้วยวิธีการบำบัดแบบ Cognitive – behavioural stress management ในการลดอาการวิตกกังวลและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเป็นการศึกษาแบบ randomized controlled trial กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกที่ศูนย์โรคเบาหวานของโรงพยาบาล St. Vincent เมืองซิดนีย์ ประเทศออสเตรเลีย ทำการคัดเลือกจากกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะดังนี้คือ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน ไม่เคยรับการรักษาโดยใช้อินซูลินภายใน 6 เดือน ไม่มีอาการผิดปกติด้านจิตเวชอื่นเช่น อาการของโรคจิตเภท โรคไบโพลาร์ หรือมีอาการติดยา ระดับ HbA1c เพิ่มขึ้นไม่มากกว่าร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง 19 คนโดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 10 คน (ชาย 4 คน, หญิง 6 คน) และกลุ่มที่ขึ้นบัญชีรอจำนวน 9 คน (ชาย 5 คน, หญิง 4 คน) การบำบัด (intervention) ให้การบำบัด Cognitive – behavioural stress management โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย 4 และ 6 คน บำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้งในผู้ป่วยนอกจำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 1.5 ชั่วโมง โดยในกลุ่มทดลองเรียนรู้วิธีการจัดการภาวะเครียด โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการสังเกตว่าเหตุการณ์ใดทำให้เกิดความตึงเครียดต่อกล้ามเนื้อ และฝึกเทคนิคการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆที่ทำให้เกิดภาวะเครียดและวิตกกังวลด้วยตนเอง โดยฝึกสังเกตและบันทึกเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด และเรียนรู้การพูดกับตนเองด้านบวก ผลการวิจัย : พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัด Cognitive – behavioural stress management ระดับน้ำตาลในเลือดวัดโดย HbA1c หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.01$ และ 0.05 ตามลำดับ และพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดวัดโดย Blood glucose กลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม แต่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P = 0.05$ ระดับความวิตกกังวลกลุ่มทดลอง ซึ่งวัดโดย Spielberger State-Trait Anxiety Scale หลังการทดลองต่ำกว่า ก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.01$ และพบว่าอาการซึมเศร้ากลุ่มทดลองวัดโดย The Beck Depressive symptoms intervention (BDI) หลังการทดลองต่ำกว่า ก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.01$ และ < 0.05 ตามลำดับ

เรื่องที่ 2: Lustman, P. J., Griffith, L. S., Freedland, K. E., Kissel, S.S., & Clouse, R.E. (1998). Cognitive behavior therapy for depression in type 2 diabetes. *American College of Physicians-American Society of Internal Med*, 59, 24 –31.

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy ;CBT) ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นโรคซึมเศร้า(Major Depression)ประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าโดยแบบประเมิน Beck Depression Inventory :BDI และได้คะแนน BDI อย่างน้อย 14 คะแนน และประเมินความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโรคซึมเศร้ากับความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดซึ่งเป็นการศึกษาแบบ Randomized Controlled Trial กลุ่มตัวอย่าง โดยทำการคัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินชนิดที่ 2 อายุระหว่าง 21-70 ปีและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า มีระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าประเมินด้วย Beck Depression Inventory :BDI ได้คะแนนไม่น้อยกว่า 14 คะแนน มีผู้สมัครเข้าโครงการวิจัยจำนวน 135 คน ไม่ผ่านเกณฑ์ในการคัดเลือก 84 คน (62.2%) โดยมีคะแนน BDI score ต่ำกว่า 14 คะแนน ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ได้ 51 คน (37.8%) เป็นกลุ่มทดลอง (CBT) 25 คน กลุ่มควบคุม 26 คน มีผู้ป่วยออกจากการทดลองระหว่างการวิจัย (Dropout) 9 คน ทำการบำบัดโดยที่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้รับการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานตามโปรแกรม supportive diabetes education program โดยได้รับความรู้ครั้งละ 1 ชั่วโมง 2 สัปดาห์ต่อครั้ง เป็นเวลา 10 สัปดาห์ จากผู้สอนที่ผ่านการฝึกอบรมการสอนผู้ป่วยเบาหวาน (certified diabetes educator) เนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานในหัวข้อต่างๆ เช่น การกินอาหาร การออกกำลังกาย การสนับสนุนควบคุมการดูแลตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ทุกคนจะได้รับการสอนอย่างเป็นระบบ และได้รับความรู้ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยที่กลุ่มทดลองจะได้รับการบำบัด CBT เพิ่มจากการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานครั้งละ 1 ชั่วโมง/สัปดาห์ นาน 10 สัปดาห์ จากนักจิตวิทยาได้รับใบอนุญาตบำบัดตามหลักการของ cognitive therapist ในการให้การบำบัดแบบ CBT โดยการให้การบำบัด CBT ในผู้ป่วยซึมเศร้าประกอบด้วย 1.ใช้กลยุทธ์พฤติกรรมบำบัดเพื่อส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและการออกกำลังกายที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจ 2.การส่งเสริมการใช้กระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบเพื่อจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด 3.เทคนิคการรู้คิดเพื่อระบุมุมมองอัตโนมัติ ที่บิดเบือนหรือรูปแบบการคิดที่ไม่สมเหตุผล และฝึกการแทนที่ด้วย ความคิดที่ถูกต้อง เหมาะสมมากกว่า และเป็นมุมมองที่มีประโยชน์ หลังจากสิ้นสุดระยะเวลาการรักษา 10 สัปดาห์จะมีการประเมินผลทันทีและติดตามประเมินผลอีก 1 ครั้งหลังการบำบัด 6 เดือน โดยที่ถ้าหลังการบำบัด 10 สัปดาห์ ผู้ป่วยที่ยังคงมีคะแนน BDI score เท่ากับ 10

หรือมากกว่าจะถูกส่งไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษาด้วยยาโรคซึมเศร้า หรือส่งพบ psychotherapist ผลการศึกษาพบว่า

หลังสิ้นสุดการบำบัดทันที กลุ่มทดลองหายจากโรคซึมเศร้า (remission คือคะแนน BDI น้อยกว่าหรือเท่ากับ 9) 85.0% กลุ่มควบคุมหายจากโรค 27.3% และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ คือ แตกต่างกัน 57.7 % ($P < 0.001$) กลุ่มทดลองมีอาการดีขึ้น (คะแนน BDI ลดลงมากกว่า 50%) 80.0% กลุ่มควบคุมอาการดีขึ้น 36.4% และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ คือ แตกต่างกัน 43.6 % ($P < 0.001$) ความสัมพันธ์ระหว่างโรคซึมเศร้า (คะแนน BDI มากกว่า 14) กับการควบคุมน้ำตาล พบว่าผู้ป่วย 11 คน ที่ยังเป็นโรคซึมเศร้าไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ และผู้ป่วย 18 คนที่หายจากโรคซึมเศร้า (คะแนน BDI น้อยกว่า 9) สามารถ ควบคุมระดับน้ำตาลได้ โดยพบผู้ป่วยกลุ่มที่ยังเป็นโรคซึมเศร้ามีระดับน้ำตาล 10.9%; (GHb levels) สูงกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นโรคซึมเศร้า 8.5%; (GHb levels) ($P = 0.003$)

หลังสิ้นสุดการบำบัด 6 เดือน จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มทดลองหายจากโรคซึมเศร้า (remission คือคะแนน BDI น้อยกว่าหรือเท่ากับ 9) 70.0% มากกว่าจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมหายจากโรคซึมเศร้า 33.3% และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ คือ แตกต่างกัน 36.7 % ($P < 0.03$) กลุ่มทดลองอาการดีขึ้น (คะแนน BDI ลดลงมากกว่า 50%) 70.0% กลุ่มควบคุมอาการดีขึ้น 38.1% แตกต่างกัน 1.9 % ($P < 0.04$) ความสัมพันธ์ระหว่างการหายป่วยกับการควบคุมน้ำตาล พบว่าผู้ป่วย 11 คนที่ยังเป็นโรคซึมเศร้า (คะแนน BDI มากกว่า 14) ไม่สามารถ ควบคุมน้ำตาลได้ ผู้ป่วย 18 คนที่หายจากโรคซึมเศร้า (คะแนน BDI น้อยกว่า 9) สามารถ ควบคุมน้ำตาลได้ ผู้ป่วยกลุ่มที่ยังเป็นโรคซึมเศร้ามีระดับน้ำตาล 12.1% (GHb levels) สูงกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นโรคซึมเศร้า 9.2% (GHb levels) ($P = 0.006$) และหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลไม่ต่างกัน แต่ผลการทดลอง 6 เดือนกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (8.5% compared with 10.9%; $P = 0.003$)

เรื่องที่ 3: Georgiades, A., Zucker, N., Friedman, E. K., Mosunic, J. C., Applegate, K., Lane, D. J., Feinglos, N. M., Surwit, S. R. (2007). Changes in depressive symptoms and glycemic control in diabetes mellitus. *Psychosomatic Medicine*, 69, 235–241.

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษา การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ภายหลังทำการบำบัด CBT ส่งผลต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน Type 1 และ Type 2 แตกต่างกันระหว่างการติดตามผล 12 เดือน เป็นการวิจัยแบบ One-group with a Time-Series Design กลุ่มตัวอย่าง ทำการคัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสุขภาพในมหาวิทยาลัย Duke University จำนวน 543 คน ผ่านการคัดกรองภาวะซึมเศร้า (ประเมินโดย Beck Depression Inventory (BDI) ได้

คะแนนมากกว่า 10 คะแนน คะแนนเฉลี่ย $BDI = 17.9 \pm 5.8$) จำนวน 90 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 จำนวน 28 คน และผู้ป่วยเบาหวานชนิด 2 จำนวน 62 คน การบำบัดโดยใช้หลักการของ Cognitive Behavior Therapy ใช้เวลาในการบำบัดทั้งหมด 14 สัปดาห์ 16 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที โดยในช่วง 2 สัปดาห์แรก ทำ 2 ครั้ง/สัปดาห์ และหลังจากนั้นทำสัปดาห์ละ 1-2 ครั้งจนครบ 16 ครั้ง เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม 2 กลุ่ม กลุ่มละ 5-8 คน นำกลุ่มโดยนักจิตวิทยา การบำบัดใช้รูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของ Beck และคณะ (ค.ศ. 1979) และประยุกต์เพื่อเน้นการจัดการกับภาวะของโรคเบาหวานโดยเฉพาะ ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ได้มีการตรวจสอบและควบคุมเป็นอย่างดี ผู้ป่วยจะได้รับการสอนเรื่องกระบวนการตีความข้อมูลข่าวสารที่บิดเบือนคลาดเคลื่อนไป มีความเกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพกับพฤติกรรมและอารมณ์ ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการสอนให้ใช้ความคิดที่มีหลักฐานสนับสนุนในการประเมินตัดสินข้อมูลข่าวสารต่างที่ได้รับเข้ามา และใช้ทางเลือกใหม่ในการอธิบายเหตุการณ์ต่างๆ ที่ทำให้เกิดความทุกข์ ตลอดจนการบำบัดจะนำการตีความเหตุการณ์ที่สัมพันธ์กับการจัดการกับภาวะเบาหวานเข้ามาเป็นแนวทางในการทำกิจกรรมการตรวจสอบติดตามความคิด (ตัวอย่างเช่น การตีความว่าการระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นความล้มเหลวของฉัน) นอกจากนั้น ผู้เข้าร่วมการวิจัยยังได้ทักษะการสื่อสาร, การแก้ปัญหา และการตั้งเป้าหมาย การเข้ากลุ่มแต่ละครั้งจะเริ่มต้นด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การบ้านที่ได้รับมอบหมายให้ไปติดตามความคิดและเรื่องอื่นๆ และปิดกลุ่มด้วยการให้การบ้านตามเป้าหมายใหม่เครื่องมือที่ใช้ประเมินเมื่อเริ่มโครงการ ได้แก่ เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้า 21-item BDI (Psychological Corporation, Orlando, Florida); และ Hamilton depression scale (HAM-D) และประเมินค่า HbA1 C โดยประเมินด้วยเครื่องมือ 21-item BDI อย่างต่อเนื่องตลอดโปรแกรม โดยประเมิน ทุกๆ 2 สัปดาห์ จนถึงสิ้นสุดโปรแกรม และใช้ HAM-D ประเมินทุกๆ 3 เดือน และตรวจหาระดับค่า HbA1 C หลังการวิจัย 120 วันและมีการประเมินติดตามผล ทุก 3 เดือน, 6 เดือน, 9 เดือน และ 12 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ระดับน้ำตาลหลังการบำบัด วัดโดย HbA1C ไม่แตกต่างจากก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P = 0.85$) และ Fasting blood glucose ไม่แตกต่างจากก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P = 0.62$) ระดับอาการซึมเศร้าหลังการบำบัด วัดโดย BDI score แตกต่างจากก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = .0001$) และระดับอาการซึมเศร้าหลังการบำบัด วัดโดย HAM-D แตกต่างจากก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) ระดับน้ำตาลในเลือดไม่สัมพันธ์กับระดับอาการซึมเศร้า

เรื่องที่ 4: วัชนี หัตถพนม. (2007). การใช้กระบวนการสอนงาน (Coaching) ในการพัฒนาความสามารถของพยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชนในการใช้วิธีการปรับแนวคิด และพฤติกรรมแบบประยุกต์ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 52(4), 390-401.

วัตถุประสงค์; เพื่อให้พยาบาลในศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) สามารถประยุกต์ใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน type 2 ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังกลุ่มตัวอย่าง

1) พยาบาล PCU ในจังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการมีจำนวน 14 คนอายุเฉลี่ย 40 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ผ่านการอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐานและปฏิบัติงานที่ PCU มาแล้ว 8 ปี ได้รับการพัฒนาศักยภาพโดยการสอนงาน (coaching) คือจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ 2 วัน จากนั้นให้ผู้เข้ารับการอบรมนำความรู้ และทักษะที่ได้ไปทดลองปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยเบาหวานและใช้เครื่องมือประเมินความรู้ของพยาบาล PCU โดยแบบประเมินความรู้จำนวน 25 คำถามและตรวจสอบสมรรถนะสำหรับผู้บำบัด 45 คำถามที่ ยุทธนา อองอาจสกุลมั้น ประยุกต์ของ Beck และคณะ

2) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อายุไม่เกิน 60 ปี ที่อยู่ในความรับผิดชอบของ PCU ผ่านการคัดกรองเข้ารับการบำบัด จำนวน 15 คน เป็นผู้ที่ไม่มีอาการทางจิตขั้นรุนแรงหรือมีประวัติเป็นโรคจิตไม่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาต้านเศร้าและใช้แบบประเมิน Thai Depression Inventory (TDI) ของมาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ มีทั้งหมด 20 ข้อคำถาม ประเมินก่อนเข้ารับการบำบัด การบำบัด ใช้หลักการบำบัด CBT แต่ปรับจำนวนการพบกับผู้ป่วยให้เหลือเพียง 6 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที พบกันสัปดาห์แรก 2 ครั้งห่างกันอย่างน้อย 3 วัน ครั้งที่ 3-5 พบกันสัปดาห์ละครั้ง จากนั้นเว้นห่างไป 1 เดือน เพื่อให้ผู้ป่วยนำหลักการบำบัดไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน โดยการบำบัดด้วยตนเอง ซึ่งการบำบัดด้วย CBT มี 5 ระยะดังนี้ 1) ระยะเริ่มต้น (Beginning stage) เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการบำบัดโดยสร้างสัมพันธภาพความไว้วางใจ เน้นการระบายอารมณ์ ความรู้สึก เข้าใจอารมณ์ที่เกิดขึ้น และกำหนดเป้าหมายร่วมกัน 2) การค้นหาความคิดทางลบ (Guide discovery stage) หรือความคิดอัตโนมัติ ร่วมกับผู้ป่วยวิเคราะห์ความคิดที่บิดเบือน 3) การสอนความสัมพันธ์ของความคิดอารมณ์ พฤติกรรม (Relation of thought, emotion and behavior stage) 4) การปรับแนวคิด และพฤติกรรม (Cognitive restructuring stage) ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยปรับความคิดด้านลบต่อเหตุการณ์ใหม่ เป็นมองเหตุการณ์ในด้านดี ช่วยให้ความรู้สึกและพฤติกรรมเปลี่ยนไปในทางดีขึ้น 5) ระยะสุดท้าย (End stage) ให้ผู้ป่วยบอกถึง ความก้าวหน้าในการบำบัด

ส่งเสริมให้ปรับความคิดความเชื่อใหม่ สนับสนุนให้ผู้ป่วยเป็นผู้บำบัดความคิดด้วยตนเองต่อไป มีการให้การบำบัดใน 2 ลักษณะคือ 1. การบันทึกความคิดอัตโนมัติ 2. การมอบหมายงานให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมเพื่อลดการหมกมุ่นอยู่กับตัวเองหรือแยกตัว หรือบันทึกเหตุการณ์ต่างๆที่เข้ามาในชีวิต

ผลการบำบัดพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนบำบัดเฉลี่ย 27 คะแนน (S.D. 4.57) และหลังบำบัด 5 ครั้งคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง มีค่าเฉลี่ย 14.87 คะแนน (S.D. 6.82) และหลังรับการบำบัด 6 ครั้งคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงอีกมีค่าเฉลี่ย 12.07 คะแนน (S.D. 5.24) น้อยกว่าก่อนบำบัด 50 % การประเมินสมรรถนะของพยาบาลผู้บำบัดพบว่าพยาบาล PCU ทั้ง 14 คน มีความรู้เพิ่มขึ้นโดยพบวก่อนอบรมมีความรู้เฉลี่ย 7.50 คะแนน (S.D. 1.37) หลังการอบรมมีความรู้เฉลี่ย 17.14 คะแนน (S.D. 1.96) มีพยาบาล 12 คนที่ให้การบำบัด (มี 2 คนที่ไม่ได้ให้การบำบัดเนื่องจากไม่มีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การบำบัด) และพยาบาลที่ให้การบำบัดประเมินตนเองตามแบบประเมินสมรรถนะในการใช้แนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบประยุกต์ ก่อนอบรมมีค่าเฉลี่ย 19.21 คะแนน (S.D. 16.33) ภายหลังการบำบัดครั้งที่ 3 มีค่าเฉลี่ย 107.17 คะแนน (S.D. 16.58) ภายหลังการบำบัด ครั้งที่ 6 มีค่าเฉลี่ย 121.17 คะแนน (S.D. 8.38) ผลการประเมินสมรรถนะในการใช้วิธีการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบประยุกต์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินภายหลังการบำบัดครั้งที่ 3 มีค่าเฉลี่ย 80.17 คะแนน (S.D. 12.33) และภายหลังการบำบัดครั้งที่ 6 มีค่าเฉลี่ย 118.17 คะแนน (S.D. 5.78)

เรื่องที่ 5: Simson, U., Nawarotzky, U., Friese, G., Porck, W., Schottenfeld-Naor, Y., Hahn, W.H., et al. (2008). Education/Psychological Issues Psychotherapy intervention to reduce depressive symptoms in patients with diabetic foot syndrome. *Journal compilation*, 25, 206–212.

วัตถุประสงค์: เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ซึ่งเป็นการวิจัยแบบ Randomized Controlled Trial กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้าที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล The German Diabetes Centre จำนวนวันนอนน้อยกว่า 3 สัปดาห์ คัดเลือกจากจำนวนผู้ป่วย 111 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะ Dementia สามารถพูดและเข้าใจภาษา German ได้ และติดต่อสื่อสารกันได้เข้าใจ โดยใช้เครื่องมือประเมินอาการซึมเศร้าและอาการวิตกกังวล (Hospital Anxiety and Depression Scale) (HADS) ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้าที่มีคะแนนอาการซึมเศร้าและอาการวิตกกังวลมากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน และไม่ได้รับยา Antidepressants ได้ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 30 คน เป็นชาย 17 คน หญิง 13 คน แบ่งสุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน ประเมินความเครียดหรือปัญหาทาง

อารมณ์ที่มีความสัมพันธ์กับการมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคเบาหวานรวมถึงการรักษาที่ได้รับ โดยเครื่องมือ Problem Areas in Diabetes Scale (PAID) เป็นแบบสอบถามที่ให้คำถาม 20 คำถาม และให้คำตอบ 5 ระดับแบบ Likert scale วิธีการบำบัดในกลุ่มทดลองให้บำบัดแบบ supportive psychotherapy โดยบุคลากรในทีม ของ interdepartmental psychosomatic liaison ในผู้ป่วย ครั้งละ 30 นาทีในแต่ละสัปดาห์ ประมาณ 3-11 ครั้ง เฉลี่ย 5 ครั้ง จำนวนครั้งในการบำบัดขึ้นกับระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล โดยทำความเข้าใจในปัญหาต่างๆของผู้ป่วย เน้นการ ส่งเสริมการวางแผน การปรับตัวของผู้ป่วยกับปัญหาปัจจุบัน เช่นปัญหาการทำงาน ปัญหาครอบครัว การเผชิญกับโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นของโรคเบาหวาน การต้องจากบ้านมานาน ไม่ได้เน้นการเข้าใจตนเอง การบำบัดใช้เทคนิคการบำบัดทางจิต (psychotherapeutic techniques) ต่างๆ เช่น การใช้คำถามอย่างมีโครงสร้างในการถามเกี่ยวกับปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือทุกข์ใจ มีการตอบสนองความคิดความรู้สึกผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ การให้การแนะนำ การสนับสนุนและให้กำลังใจที่เหมาะสมบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ผลการศึกษาของการบำบัดผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลที่เท่าจำนวน 24 คน (80%) มีอาการดีขึ้น อย่างน้อย 1 ระดับเมื่อวัดโดย The Wagner classification มีจำนวน 6 คนที่ระดับ The Wagner classification ไม่เปลี่ยนแปลง ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้า วิตกกังวลและ ปัญหาที่สัมพันธ์กับภาวะโรคเบาหวานกับกับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เท่า (เมื่อ $P=0.5$) ภาวะ anxiety, depression and diabetes-related problems ในกลุ่มทดลองลดลง หลังการบำบัด ($P < 0.01$) ภาวะ anxiety, depression and diabetes-related problems ในกลุ่มควบคุม ก่อนการบำบัดไม่แตกต่างจากหลังการบำบัด(เมื่อ $P=0.5$) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีอาการวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P=0.021$)กลุ่มทดลองมีอาการซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.018$) และกลุ่มทดลองมีปัญหาทางอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะโรคเบาหวานน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.008$)

เรื่องที่ 6: Stiefe , F., Zdrojewski, C., Bel Hadj, F., Boffa, D., Dorogi, Y., So, A., Ruiz, J., Jonge,P. (2008). Effects of a multifaceted psychiatric intervention targeted for the complex medically ill: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics Journal*, 77, 247–256.

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินผลของการบำบัด A Multifaceted Psychiatric Intervention ในกลุ่มผู้ป่วยที่อาการเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อน โดยประเมินจากแบบประเมิน INTERMED เป็นการศึกษาแบบ randomized controlled trial กลุ่มตัวอย่าง: จากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิก

โรคซึมเศร้าและเมตาบอลิซึมและผู้ป่วยโรคข้อที่เข้ารับการรักษาร่วมผู้ป่วยในของ The University Hospital of Lausanne จากผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 885 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มาได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 229 คน และเป็นผู้ป่วยโรคข้อที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในจำนวน 656 คน คัดเลือกมาเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ 332 คน (ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ 162 คน, ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 85 คน) สุ่มแบ่งเข้ากลุ่มทดลอง 125 คน (ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ 84 คน, ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 41 คน) กลุ่มควบคุม 122 คน (ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ 78 คน, ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 44 คน) และเหลือเข้ารับการบำบัดจริงในกลุ่มทดลอง 120 คน กลุ่มควบคุม 120 คน ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองแรกเข้ารับการบำบัดมีภาวะ Major depressive disorder 61% กลุ่มควบคุมแรกเข้ารับการบำบัดมีภาวะ Major depressive disorder 56 % หลังการบำบัด 12 เดือนกลุ่มทดลอง เหลือผู้ป่วย 76 คน กลุ่มควบคุม 83 คน กลุ่มควบคุมจะได้รับการบำบัด as usual care โดยแพทย์ผู้รักษาสามารถส่งผู้ป่วยไปปรึกษาจิตแพทย์ได้ถ้ามีปัญหา และกลุ่มทดลอง จะได้รับการบำบัดโปรแกรม A Multifaceted Psychiatric Intervention ซึ่งออกแบบให้มีการบำบัด 3 รูปแบบ ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดตามปัญหา และอาการทางคลินิกของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจได้รับการบำบัดเพียงอย่างเดียวหรือหลายอย่างรวมกันได้ ซึ่งจะถูกระเมินโดยพยาบาลที่ปรึกษาทางจิตเวช (psychiatric liaison nurse) รูปแบบของการการบำบัด ได้แก่ 1) ให้คำปรึกษาแบบประคับประคองโดยเน้นการปรับตัวกับโรค และการปฏิบัติตามแนวการรักษาโดยพยาบาลที่ปรึกษาทางจิตเวช 2) ส่งต่อจิตแพทย์ ที่ปรึกษาถ้ามีปัญหาทางจิตเวช 3) ให้คำแนะนำในการบำบัดแก่ แพทย์ทั่วไป หรือองค์กรที่มีการประชุมกรณีศึกษา โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งมีแพทย์ผู้บำบัด พยาบาล และพยาบาลที่ปรึกษาทางจิตเวชเข้าร่วมด้วย ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 107 คน ได้รับการบำบัดแบบsupportive counseling จากพยาบาลจิตเวชเพียงอย่างเดียวหรือได้รับร่วมกับการบำบัดอื่นๆ การบำบัดโดยพยาบาลจิตเวชกระทำโดยการเอื้ออำนวยให้ผู้ผู้ป่วย แสดงออกทางอารมณ์ เพิ่มขึ้น 73% แนะนำการปฏิบัติตัว 71% เล่าเรื่องของตนเอง (promoting life narrative) 48% และให้สุขภาพจิตศึกษา 44% โดยครึ่งหนึ่งของผู้ที่ได้รับการบำบัด (36 ราย) ถูกส่งต่อให้จิตแพทย์ มี 32 รายที่จิตแพทย์ให้คำแนะนำการบำบัดให้อายุรแพทย์เจ้าของไข้ และมีการประชุมปรึกษาหารือเป็นกรณีศึกษา (8 ราย) มีผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 13 รายที่ไม่ได้รับการรักษา เนื่องจากไม่มีข้อบ่งชี้ว่าจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทางจิตสังคม และพยาบาลจิตเวชได้รับการ supervised จาก senior psychiatrist (F.S.) or an experienced psychiatric liaison nurse (Y.D.) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีการติดตามประเมินผลการบำบัดทุก 3 เดือนจนครบ 1 ปี โดย พยาบาลจิตเวชซึ่งไม่ทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มใด ผลการศึกษาพบว่าข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่าง ผลด้านการใช้บริการสุขภาพของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน และไม่พบความแตกต่างของระดับ HbA1C ยกเว้นอัตราการเข้ารับบริการที่ระยะ 9 กลุ่มทดลองเข้ารับบริการน้อยกว่ากลุ่ม

ควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P = 0.02$ พบว่าภาวะโรค major depression ของกลุ่มทดลองเมื่อเข้าโปรแกรมมีทั้งหมด 61% ลดลงเหลือ 28% หลังการบำบัดครบ 12 เดือน ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างกล่าวคือภาวะโรค major depression ของกลุ่มควบคุมเมื่อเข้าโปรแกรมมีทั้งหมด 57% ยังคงเหลือ 50 % หลังการบำบัดครบ 12 เดือน และอาการต่างๆของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม เช่นอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($F = 11.9$; $p = 0.001$) การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ($F = 5.7$; $p = 0.018$) ภาวะสุขภาพจิต ($F = 3.9$; $p = 0.047$) และคุณภาพชีวิต ($F = 21.8$; $p = 0.001$)

เรื่องที่ 7: Lamers, F., Jonkers, C. C., Bosma, H., Kempen, G. J. M., Meijer, J. A., Penninx, B. W., Knottnerus, J. A., Van Eijk, J. T. (2010). A Minimal psychological intervention in chronically ill elderly patients with depression: A randomized trial. *Psychotherapy and Psychosomatics Journal*, 79, 217-226.

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินประสิทธิผลของการบำบัดทางจิตแบบกระชับ (Minimal Psychological Intervention: MPI) ที่บริหารจัดการโดยพยาบาลเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินหรือโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง ที่มีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับไม่รุนแรง ที่รับบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง: เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรังที่มารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 8,326 คน เมื่อถูกคัดกรองด้วย PHQ-9 เหลือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า 965 คน และประเมิน MINI เพื่อจำแนกศึกษาเฉพาะผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยถึง ปานกลาง (คะแนน HDRS > 18) ได้ผู้ป่วยตามเกณฑ์ 361 คน ที่เซ็นยินยอมเข้าร่วมการศึกษา สุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 183 คน และเป็นกลุ่มควบคุม 178 คน เมื่อสิ้นสุดการวิจัยคงเหลือกลุ่มทดลอง 115 คน และเป็นกลุ่มควบคุม 126 คน ทำการติดตามผล 3 ครั้ง คือ 1 สัปดาห์, 3 เดือนและ 9 เดือน ทั้งนี้ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ การบำบัดกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลแบบปกติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเฉพาะโรค (The clinical guidelines) แต่ไม่มีการสำรวจประเมินและบำบัดอาการซึมเศร้า ส่วนกลุ่มทดลองให้การบำบัดด้วยโปรแกรม Minimal Psychological Intervention โดยพยาบาลที่ได้รับฝึกอบรมจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อส่งเสริมความสามารถในการประเมิน major and minor depression และวิธีการบำบัดด้วยเทคนิค CBT และ self management โดยมีองค์ประกอบหลักของการบำบัดคือ การระบุเหตุผลที่ทำให้เกิดความคิดทางลบใหม่ และการแก้ปัญหาการบำบัดจะออกแบบมาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน เป้าหมายของการบำบัดเพื่อให้ข้อมูลให้ผู้ป่วยรับผิดชอบต่อการจัดการความเจ็บป่วยและ

ผลลัพธ์ของการเจ็บป่วยของตนเอง ผู้ป่วยจะได้รับการเยี่ยมที่บ้านเพื่อการบำบัดประมาณ 2-10 ครั้ง เฉลี่ย 4 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง การบำบัดสูงสุด 3 เดือน ติดตามประเมินผลหลังการบำบัด 1 สัปดาห์ 3 เดือน และ 9 เดือน ผลการศึกษาพบว่าหลังการบำบัด 9 เดือนกลุ่มทดลอง มีอาการซึมเศร้าน้อยกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(mean BDI Differences 2.09, $F=4.998$, $d.f.=270.345$, $p=0.03$) ส่วนคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ แต่ถ้าเปรียบเทียบ เฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองมีคะแนน MCS มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean MCS differences 3.85, $F=5.324$, $d.f.=268.62$, $p=0.02$) ส่วนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดดำส่วนบนเรื้อรังนั้น ไม่มีความแตกต่างกัน และพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีอาการซึมเศร้าดีขึ้น (คือดีขึ้น มากกว่า 50% ของ Baseline BDI ก่อนการทดลอง) มีจำนวนเป็น 3.22 เท่าของกลุ่มควบคุม (OR 3.22 ; 95%CL 1.31-7.89)

3.3 การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์
หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 7 เรื่องที่ผ่านการประเมินคุณภาพแล้ว นำมารวบรวมสรุปดังตารางต่อไปนี้
เรื่องที่ 1. Cognitive – behavioural stress management for patients with Non– insulin dependent diabetes mellitus

Authors/Year	Objective	Sample/ Setting	Instrument	Intervention	Outcome
Henry, J. L et al.(1997)	เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม	Sample เป็นDM Type II ไม่น้อยกว่า 6 เดือน	1.HbA1C 2.FBS 3.Hassles	- ให้การบำบัดรายกลุ่ม 4-6 คน - Cognitive- behavioral stress management การบำบัด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1.5 ชั่วโมงจำนวน 6 สัปดาห์ ติดตามผล 2 สัปดาห์	- กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการที่ ได้รับการบำบัดพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดวัดโดย HbA1C และ Blood glucose หลังการทดลองต่ำกว่าก่อน การทดลองและต่ำกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญ
Design The experiment consisted of a 2×2(treatment × Occasions) design	Cognitive– behavioural stress managementในการลดอาการวิตกกังวล และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน	ผลของระดับHbA1C >10 % ใน 1 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มทดลอง 10 คน กลุ่มควบคุม 9 คน ไม่มีการ drop out ของกลุ่มตัวอย่าง	scale 4.BDI	1. progressive muscular relaxation 2. Cognitive coping skill training (e.g., Modifying negative cognitive styles, positive self- talk และ Problem-solving skill)	P<0.01 และ 0.05 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีอาการซึมเศร้า ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P< 0.05 เมื่อวัดหลังติดตามผล 2 สัปดาห์
		Setting ในแผนกผู้ป่วยนอกที่ ศูนย์โรคเบาหวาน			

เรื่องที่ 2. Cognitive Behavior Therapy for Depression in Type 2 Diabetes Mellitus

Authors/Year	Objective	Sample/ Setting	Instrument	Intervention	Outcome
Lustman, P.J et al .(1998)	เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมต่ออาการของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน	Sample DM type II และ เป็น MDD, อายุ 21-70 ปี	1.ตรวจวัดระดับ Glycosylated hemoglobin (GHb) 2.แบบประเมิน Beck Depression Inventory (BDI score)	- ให้การบำบัดรายบุคคล - บำบัด CBT ร่วมกับ supportive diabetes education program 10 wks CBT 10 ครั้ง education 5 ครั้ง การบำบัด CBT ส่งเสริมผู้ป่วยมีทักษะ 1.Social and physical activities 2.Problem – solving procedures 3. Cognitive techniques to identify distorted or maladaptive thought patterns and replace them with more accurate, adaptive, and useful views.	ติดตามผล 6 เดือน -กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < 0.03) - กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าดีขึ้น มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < 0.04) กลุ่มทดลองระดับน้ำตาลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมหลังการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P = 0.03)

เรื่องที่ 3. Changes in depressive symptoms and glyceimic control in diabetes mellitus

Authors/Year	Objective	Sample/ Setting	Instrument	Intervention	Outcome
Georgiades, A et al .(2007)	เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ภายหลังทำ	ผู้ป่วยเบาหวาน Type I 28 คน	-Beck Depression Inventory	-ให้การทำบำบัดรายกลุ่ม 5-8 คน	-ระดับน้ำตาลหลังการทำบำบัด ทั้ง
ระดับ 4				-บำบัด CBT 16 ครั้ง 14 สัปดาห์ ครั้งละ 90 นาที วิธีการบำบัด	HbA1 และ Fasting blood
design	การบำบัด CBT	Type II 62 คน	(BDI)	1. เรียนรู้การปรับความคิดด้านลบ	glucoseแตกต่างกันอย่างไม่มี
One-group	ส่งผลต่อการควบคุม	อายุมากกว่า 18 ปี	- Hamilton	originated by Beck โดยปรับให้เหมาะสมกับ	นัยสำคัญทางสถิติ
with a Time-	น้ำตาลในเลือดใน	คะแนนBDI ≥10	depression	ความคิดเกี่ยวกับ management of diabetes	(P = 0.85)
Series Design	ผู้ป่วยเบาหวาน Type 1 และ Type 2 ใน	ไม่มีการ drop out	scale	เช่นการคิดว่าคนที่ระดับน้ำตาลสูงแสดง	-ระดับอาการของโรคซึมเศร้า
	ระหว่างการติดตาม	ของกลุ่มตัวอย่าง	-ระดับน้ำตาล	ว่าเป็นการล้มเหลว	หลังการทำบำบัด วัดโดย BDI
	ผล 12 เดือน	ผู้ป่วยนอก	HbA1C	2.เรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดที่	scoreและ HAM-D แตกต่างจาก
		ศูนย์บริการสุขภาพ	ประเมินทุก 3	บิดเบือนกับอารมณ์และพฤติกรรมและ	ก่อนการทำบำบัดอย่างมีนัยสำคัญ
		มหาวิทยาลัย	เดือน	ปรับความคิดมุมมองต่อเหตุการณ์ใหม่	ทางสถิติ (p=.001)
				จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความ	-ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง
				สมเหตุสมผลมากขึ้น	ระดับน้ำตาลในเลือดกับระดับ
				3. การเรียนรู้กระบวนการแก้ปัญหาต่างๆ	อาการซึมเศร้า
				ในชีวิตโดยผ่านกระบวนการคิดวิเคราะห์	
				อย่างเป็นระบบ และเรียนรู้แนะนำทักษะ	
				ที่จำเป็นเช่น การสื่อสาร การกำหนด	
				เป้าหมาย	

เรื่องที่ 4. การใช้กระบวนการสอนงาน (Coaching) ในการพัฒนาความสามารถของพยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชนในการใช้วิธีการปรับแนวคิดและพฤติกรรมแบบประยุกต์ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2.

Authors/Year	Objective	Sample/ Setting	Instrument	Intervention	Outcome
วิชณี หัตถพนม. (2007) ระดับ 4 Design Quasi-experiment (one group pre post test)	ทดสอบกระบวนการสอนงานพัฒนาความสามารถพยาบาลในศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) สามารถประยุกต์ใช้การบำบัดด้วย (CBT) เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน type 2 ที่อาศัยอยู่ในชุมชน	Sample - PCU 15 คน - ผู้ป่วย DM Type II ที่มีภาวะซึมเศร้าอายุไม่เกิน 60 ปี จำนวน 15 คน ไม่มีการ drop-out Setting หน่วยบริการปฐมภูมิ(PCU)	แบบประเมิน Thai Depression Inventory หรือ TDI มีคะแนน > 21 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความเสี่ยงระดับน้อย อาการซึมเศร้าระดับน้อย	- ให้การบำบัดรายบุคคล - กลุ่มตัวอย่างได้รับการบำบัดด้วย CBT แบบประยุกต์ 6 ครั้ง ๆ ละ 60 – 90 นาที ใน 5 ครั้งแรกภายใน 1 เดือนครึ่งสุดท้ายอีก 1 เดือนต่อมา การบำบัด 1) ระยะเริ่มต้น (Beginning stage) การเตรียมความพร้อมก่อนการบำบัด 2) การค้นหาความคิดทางลบ (Guided discovery stage) 3) การสอนความสัมพันธ์ของความคิดอารมณ์ พฤติกรรม (Relation of thought, emotion and behavior stage) 4) การปรับแนวคิดและพฤติกรรม (Cognitive restructuring stage) 5) ระยะสุดท้าย (End stage)	- ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการซึมเศร้าก่อนการบำบัด มีค่าเฉลี่ย 27 คะแนน(S.D. 4.57) ลดลง - หลังบำบัด 5 ครั้งคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง มีค่าเฉลี่ย 14.87 คะแนน (S.D. 6.82) และบำบัด 6 ครั้งมีค่าเฉลี่ย 12.07 คะแนน (S.D. 5.24)(ลดลงมากกว่า 50%)

เรื่องที่ 5. Education/Psychological Issues Psychotherapy intervention to reduce depressive symptoms in patients with diabetic foot syndrome.

Authors/Year	Objective	Sample/ Setting	Instrument	Intervention	Outcome
Simson, U et al .(2008)	เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้ามีคะแนน HADS มากกว่าหรือเท่ากับ 8	1. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	- ให้การบำบัดรายบุคคลให้ - การบำบัดSupportive psychotherapy ประมาณ 3-11 ครั้ง โดยเฉลี่ย 5 ครั้ง	- ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้าที่มีอาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญสถิติ 75% ของผู้ป่วยทั้งหมด
Design Randomized controlled trial		คะแนนกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน ไม่มีการ drop-out	2.Problem Areas in Diabetes Scale(PAID)	- ส่งเสริมผู้ป่วย Cope with their stresses and strain (Adaptive skills) เช่น ปัญหาครอบครัว,ปัญหาการทำงาน,การเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เทคนิคการบำบัดคือ psychotherapeutic techniques (Rockland LH, 1993) การใช้คำถามอย่างมีโครงสร้าง การเข้าใจความคิดความรู้สึกผู้ป่วย การให้การแนะนำ การสนับสนุน และให้กำลังใจที่เหมาะสมบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกลึกซึ้งค่าในตน	- กลุ่มทดลองมีอาการซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ. (P = 0.018)
		Setting ในแผนกหอผู้ป่วยใน ที่นอนโรงพยาบาลน้อยกว่า 3 สัปดาห์ที่รพ. The German Diabetes Centre			

เรื่องที่ 6. Effects of a multifaceted psychiatric intervention targeted for the complex medically ill: a randomized controlled trial.

Authors/Year	Objective	Sample/ Setting	Instrument	Intervention	Outcome
Stiefel,F et al. (2008)	เพื่อประเมินผลของการบำบัด A	Sample DM type 2 ผู้ป่วย	1. Center for Epidemiological Studies	1. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ (107 คน) ได้รับการบำบัดจาก	- การติดตามผลทุก 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน by Tel e-mail
ระดับ 2	Multifaceted	ร้อยละ 56 ถูกวินิจฉัยว่าเป็น Major Depression	Studies	พยาบาลจิตเวชเพียงอย่างเดียว โดยให้คำปรึกษาในระดับที่คงที่เน้น	- ไม่พบความแตกต่างของระดับ Hb A1C
Design	Psychiatric Intervention	ในกลุ่ม Depression และคะแนน CES-D	Depression Rating Scale (CES-D) โดยใช้	การปรับตัวกับโรคและการจัดการ	- วัดผล 12 เดือนกลุ่มทดลองมีอัตราบรรเทาอาการของโรค
Randomized controlled trial	ผู้ป่วยที่อาการเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อน โดยประเมินจากแบบประเมิน INTERMED	มากกว่า 16 คะแนนขึ้นไป	ข้อคำถาม 20 ข้อคำถาม	ปรับปรุงปัญหาทางอารมณ์ > 70%และให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับภาวะโรคประมาณ 44%	ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มควบคุมกลุ่มทดลอง 61% เหลือ 28% กลุ่มควบคุม 57% เหลือ 50%
		กลุ่มทดลอง 125 คน	2. Mini-International Neuropsychiatric Interview(MINI)	ส่งกลับให้แพทย์ทั่วไปดูแล 34 ราย	อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P=0.001เมื่อวัดติดตามผลทุก 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน
		กลุ่มควบคุม 122 คน	3. ประเมินการระดับน้ำตาล HbA1C	3. แนะนำผู้ป่วยเข้าไปประชุม	
		drop out หลังวิจัย 12 เดือน กลุ่มทดลองเหลือ 76 กลุ่ม		กรณีศึกษาของทีมสหวิชาชีพ 8 ราย	
		ควบคุมเหลือ 63		- กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ	
		Setting ในแผนกผู้ป่วยนอก			

เรื่องที่ 7. A Minimal Psychological Intervention Chronically Ill Elderly Patients with Depression: A Randomized Trial

Authors/Year	Objective	Sample/ Setting	Instrument	Intervention	Outcome
Lamers, et al. (2010)	เพื่อประเมินประสิทธิผลของการบำบัดทางจิตแบบกระชับ (Minimal Psychological Intervention: MPI) เพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไปป่วย เบาหวาน หรือโรคหลอดเลือดหัวใจเรื้อรัง	Sample กลุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 183 คน และเป็นกลุ่มควบคุม 178 คน ผู้ป่วยมีอาการระดับ mild - moderate depression และ minor depression, dysthymia	1. (PHQ-9) 2. (MINI) 3. Hamilton Depression Rating Scale 4. the Beck Depression Inventory	ให้การบำบัดรายบุคคล โปรแกรมตาม แนวคิดทฤษฎี CBT ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมที่บ้าน 2-10 ครั้ง เฉลี่ย 4 ครั้ง วิธีการบำบัด ส่งเสริมให้ผู้ป่วย 1.สำรวจความรู้สึกความคิดและพฤติกรรม 2.จดบันทึกเกี่ยวกับการสิ่งที่รบกวนอารมณ์ 3.การเชื่อมโยงอารมณ์ความคิดและพฤติกรรมจากข้อมูลในสมุดบันทึกประจำวัน 4. ส่งเสริมความสามารถในการวางแผนจัดการกับปัญหาของตนเอง	- กลุ่มทดลองมีอัตราการหายากกว่า - กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3 เดือน P = 0.05 9 เดือน P = 0.03 OR 3 เดือน 1.49(0.58-3.84) OR 9 เดือน 3.22 (1.31-7.89)
- Randomized controlled trial		Setting ในหน่วยบริการปฐมภูมิและชุมชนบ้าน		วางแผนติดตามการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมตนเองตามแผน	
				5.ประเมินว่าบรรลุเป้าหมายตามแผนการที่วางไว้หรือไม่	

กิจกรรมบำบัดในแต่ละงานวิจัย

sample	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4	เรื่องที่ 5	เรื่องที่ 6	เรื่องที่ 7
	เรื่องที่ 1 CBT 6 ครั้ง	เรื่องที่ 2 CBT 15 ครั้ง	เรื่องที่ 3 CBT 16 ครั้ง	เรื่องที่ 4 CBT 6 ครั้ง	เรื่องที่ 5 Sup T 5 ครั้ง	เรื่องที่ 6 Sup T -ครั้ง	เรื่องที่ 7 CBT 4 ครั้ง
1. Cognitive Techniques To identify distorted thought patterns and replace them with more accurate and useful views.	✓	✓	✓	✓			✓
2. Problem-solving skill Or self-management (e.g. complication of diabetes, family Interpersonal , vocational	✓	✓	✓				✓
3.Diabetes education program Or Management of diabetes		✓	✓				
4.Behavioral strategies to re-involve patients in pleasurable social and physical activities		✓		✓			
5.Progressive muscular relaxation	✓						
6.communication			✓				
7.goal setting skill			✓				
8.supportive counseling cope with their stress & strain					✓	✓	
9.supportive technique such as structured using questions, empathic ,data-base praise encouragement and appropriate reassurance					✓	✓	

สรุปประเด็นจากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการซึมเศร้าระดับน้อยและเป็นโรคซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง จากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 7 เรื่อง ผู้ศึกษาได้สรุปประเด็นสำคัญในการบำบัดผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีอาการของโรคซึมเศร้าได้ดังนี้

1. ลักษณะผู้รับบริการที่เหมาะสมในการเข้ารับการบำบัดรูปแบบจิตสังคมบำบัด ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินร่วมกับมีอาการของโรคซึมเศร้า มีอายุตั้งแต่ 18-70 ปี ไม่จำกัดเพศ (Henry et al., 1997; Lustman et al., 1998; Lamers et al., 2010; Simson et al., 2008; Stiefe et al., 2008) (Level 2) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาบำบัดโรคซึมเศร้าหรือไม่ได้รับการบำบัดด้วยยาโรคซึมเศร้าก็ได้ (Georgiades et al., 2007) (Level 4)

2. รูปแบบของการบำบัด ทางจิตสังคมเพื่อ ลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบคือ

2.1 การบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive therapy) กระบวนการบำบัดมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกตนเองต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ความทุกข์ใจเช่น ภาวะหรือโรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน การปรับตัวกับภาวะโรคและแผนการรักษา ปัญหาการงาน ครอบครัว และสัมพันธภาพ การส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Cope with their stress and Strain) หรือ การมีทักษะในการปรับตัว (adaptive coping skill) โดยผู้บำบัดใช้เทคนิคการสนับสนุน(Supportive technique)ต่างๆ เช่น การใช้คำถามอย่างมีโครงสร้างในการถามเกี่ยวกับปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือทุกข์ใจ มีการตอบสนองความคิดความรู้สึกผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ การให้การแนะนำ การสนับสนุนและให้กำลังใจที่เหมาะสมบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Simson et al., 2008; Stiefe et al., 2008) (Level 2)

2.2 การบำบัดความคิดและพฤติกรรม(Cognitive behavioral Therapy) ใช้เทคนิคการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเรียนรู้ในเรื่องสำคัญต่อไปนี้คือ 1)เรียนรู้เทคนิคการรู้คิด (Cognitive technique) โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถระบุมุมมองความคิดอัตโนมัติที่บิดเบือนหรือรูปแบบการคิดที่ไม่สมเหตุผลตามมาของความเชื่อและความคิดอัตโนมัติด้านลบ การตระหนักในความสัมพันธ์ของความคิดอารมณ์ พฤติกรรม และฝึกการแทนที่ด้วย ความคิดที่ถูกต้อง เหมาะสมมากกว่า และเป็นมุมมองที่มีประโยชน์ 2)การส่งเสริมการใช้กระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบเพื่อจัดการกับปัญหาต่างๆของตนเอง (Self-management) เช่น ปัญหาจากภาวะโรคและ ปัญหาต่างๆในชีวิต (Henry et al., 1997; Lamers et al., 2010 (Level 2) 3) การส่งเสริมการปรับพฤติกรรมเพื่อลดความเครียด ความทุกข์ใจและสร้างความพึงพอใจ เช่นการผ่อนคลาย

กล้ามเนื้อ การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่สร้างความสุข การลดการหมกมุ่นกับตัวเอง หรือแยกตัว และการ บันทึกเหตุการณ์ดีๆที่เข้ามาในชีวิต เป็นต้น (Henry et al., 1997; Lamers et al., 2010 (Level 2)

2.3 การบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการจัดกับภาวะเบาหวาน (Cognitive behavioral therapy and management of diabetes) เป็นการบำบัดที่ใช้หลักการและวิธีการ เช่นเดียวกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในข้อ 2.2 และเพิ่มการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดกับภาวะเบาหวาน (Diabetes education program) และทักษะในการบำบัดดูแลตนเองให้เหมาะสมกับภาวะโรคเบาหวานของแต่ละบุคคลเช่นการดูแลตนเองเกี่ยวกับเรื่องการกินอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรับประทานยาตามแผนการรักษา เป็นต้น (Lustman et al., 1998) (Level 2)

3. ระยะเวลาและจำนวนครั้งที่ใช้ในการบำบัดแต่ละรูปแบบการบำบัด

3.1 การบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive therapy) ระยะเวลาในการบำบัดประมาณ 3-11 ครั้งเฉลี่ย 5 ครั้ง ครั้งละประมาณ 30 นาที ระยะเวลาในการรักษาขึ้นอยู่กับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยตนเอง (Simson et al., 2008; Stiefe et al., 2008) (Level 2)

3.2 การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral Therapy) เป็นการบำบัดที่ใช้กลยุทธ์ของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมให้การบำบัดแบบสั้น กระชับ ประมาณ 4-6 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที (Henry et al., 1997; Lamers et al., 2010) (Level 2)

3.3 การบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการจัดการภาวะเบาหวาน (Cognitive behavioral therapy and management of diabetes) เนื่องจากเน้นการให้ความรู้และการติดตามความสามารถในการจัดการกับภาวะเบาหวาน ร่วมกับการฝึกทักษะการแก้ปัญหาและทักษะการปรับเปลี่ยนความรู้คิด จึงจำเป็นต้อง ใช้เวลาและจำนวนครั้งเพิ่มขึ้น คือประมาณ 15-16 ครั้งโดยมีการให้ความรู้ในเรื่องโรคและจัดการกับภาวะโรคประมาณ 5 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที (Lustman et al., 1998) (Level 2)

4. ผู้บำบัดต้องเป็นพยาบาลจิตเวช หรือพยาบาลวิชาชีพหรือนักวิชาชีพด้านสุขภาพ ที่ผ่านการฝึกอบรมการบำบัดตามรูปแบบที่เลือกใช้นั้นๆ (Henry et al., 1997; Lustman et al., 1998; Lamers et al., 2010; Simson et al., 2008; Stiefe et al., 2008) (Level 2)

5. เครื่องมือในการคัดผู้ป่วยเข้าร่วมในการบำบัดและวัดผลการบำบัด

5.1 เครื่องมือวัดอาการซึมเศร้า อาจเลือกใช้เครื่องมือใดเครื่องมือหนึ่ง

1) แบบคัดกรองซึมเศร้า The Centers for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D Scale) (Stiefel, et al 2008)(Level 2)

2) แบบวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้า Hamilton depression scale (HAM-D) (Lamers et al., 2010) (Level 2)

3) แบบประเมินอาการซึมเศร้า Beck Depression Inventory (BDI score) (Lustman, et al., 1998)(Level 2)

4) แบบประเมิน Patient Health Question (PHQ-9) (Lamers et al., 2010) (Level 2)

5.2 เครื่องมือในการวัดระดับน้ำตาลในเลือด การตรวจหาระดับของ HbA1C หรือ Glycosylated (หรือ Glycated) hemoglobin (Henry et al., 1997; Lustman et al., 1998 ; Stiefe et al., 2008; Simson et al., 2008)(Level 2)

6. การวัดผลวัดอาการซึมเศร้าและระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและวัดผลหลังการบำบัดทันที รวมทั้งการวัดผลเป็นระยะ ตั้งแต่ 1, 3, 6, 9 และ 12 เดือน (Lustman et al., 1998; Stiefe et al., 2008; Lamers et al., 2010))(Level 2)

ข้อเสนอแนะ (Recommendations) ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการของโรคซึมเศร้าจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ กาลังใจ ทำให้มีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ไม่ควบคุมอาหาร ไม่ออกกำลังกาย และดูแลตนเองน้อยลง ส่งผลให้โรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนมีความรุนแรงยิ่งขึ้น(Simson et al., 2008)(Level 2)นอกจากนั้นภาวะเครียดและอาการซึมเศร้าจะมีผลต่อการรบกวนการทำงานของ insulin มีผลทำให้น้ำตาลในเลือดสูงยิ่งขึ้นเกิดเป็นวงจรต่อเนื่อง นอกจากนี้อาจเนื่องจากปัจจัยทางชีวภาพ คือมีกรรมพันธุ์ เป็นโรคซึมเศร้าอยู่แล้ว หรือเคยเป็นโรคซึมเศร้าก่อนเป็นโรคเบาหวาน หรือผลของการเป็นโรคเบาหวานทำให้ สอร์โมน หรือสารสื่อประสาทเสียสมดุล จนเกิดภาวะซึมเศร้าได้ หรืออาจเกิดจากปัจจัยทางสังคม เช่นต้องเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ป่วย เกิดความเครียดจากการที่ต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาติดกั่วงกับภาวะแทรกซ้อน และผลของการเจ็บป่วยรบกวนต่อบทบาทหน้าที่การทำงาน การเงินและสังคม ก่อให้เกิดความเครียดที่รุนแรงหรือเรื้อรังนำไปสู่อาการของโรคซึมเศร้าได้(Henry et al., 1997; Lustman et al., 1998)(Level 2)

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง พบรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่ตรงกับประเด็นที่ต้องการแก้ไข และสามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะได้ดังนี้

1. รูปแบบของการบำบัดผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการซึมเศร้า การบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินสามารถทำการบำบัดทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม มีรูปแบบการบำบัดใน 3 รูปแบบคือ

1.1 การบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive therapy) เหมาะสำหรับผู้ที่มีความยุ่งยากในการปรับตัวกับภาวะโรคเบาหวานในปัจจุบัน เช่นมีปัญหาการเจ็บป่วยหลายอย่างร่วมกัน(Complex Illness) หรือมีภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาในการบำบัดประมาณ 3-11 ครั้ง เฉลี่ย 5 ครั้ง ประมาณครั้งละ 30 นาที จำนวนครั้งในการบำบัดมากขึ้นขึ้นอยู่กับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เช่น Foot syndrome (Simson et al., 2008; Stiefe et al., 2008) (Level 2)

1.2 การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral Therapy) เหมาะสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการหรือโรคซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลางทั่วไป เน้นการใช้กลยุทธ์ของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดแบบสั้น กระชับ ระยะเวลาในการบำบัดประมาณ 4-6 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที (Henry et al., 1997; Lamers et al., 2010) (Level 2)

1.3 การบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการจัดการกับภาวะเบาหวาน (Cognitive behavioral therapy and management of diabetes) เหมาะสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการหรือโรคซึมเศร้าระดับน้อย ถึงปานกลางเช่นกัน แต่มีการให้ความรู้และทักษะในการจัดการกับภาวะของโรคอย่างเป็นระบบและชัดเจนเพิ่มเติม จึงเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองเกี่ยวกับภาวะโรค และขาดทักษะในการกำกับดูแลตนเองในการปฏิบัติตามแผนการรักษา จำนวนครั้งของการบำบัดประมาณ 15-16 ครั้งโดยมีการให้ความรู้ในเรื่องโรคและจัดการกับภาวะโรคประมาณ 5 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที (Lustman et al., 1998) (Level 2)

2. เครื่องมือในการคัดผู้ป่วยเข้าร่วมในการบำบัดและวัดผลการบำบัด

2.1 เครื่องมือวัดอาการซึมเศร้า

1) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า The Centers for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D Scale) (Stiefel, et al 2008)(Level 2)

2) แบบประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า Hamilton depression scale (HAM-D) คะแนน > 12 ถือว่ามีอาการซึมเศร้า (Lamers et al., 2010) (Level 2)

3) แบบประเมินอาการซึมเศร้า Beck Depression Inventory (BDI score) คะแนน ≥ 10 ถือว่ามีอาการซึมเศร้า (Lustman, et al., 1998)(Level 2)

4) แบบประเมินอาการซึมเศร้า Patient Health Question (PHQ-9) (Lamers et al., 2010) (Level 2) หรืออาจใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิตแทน

2.2 เครื่องมือในการวัดระดับน้ำตาลในเลือด การตรวจหาระดับของ HbA1C หรือ Glycosylated (หรือ Glycated) hemoglobin (Henry et al., 1997; Lustman et al., 1998; Stiefe et al., 2008; Simson et al., 2008) (Level 2)

3. การคัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคซึมเศร้าร่วมด้วยเข้ารับการบำบัด

เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีอาการของโรคซึมเศร้าตั้งแต่เล็กน้อยถึงปานกลาง มีอายุตั้งแต่ 18-70 ปี ไม่จำกัดเพศ (Henry et al., 1997; Lustman et al., 1998; Lamers et al., 2010; Simson et al., 2008; Stiefe et al., 2008) (Level 2) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดโรคซึมเศร้าหรือไม่ได้รับการบำบัดด้วยยาโรคซึมเศร้าก็ได้ (Georgiades et al., 2007) (Level 4) โดยใช้เครื่องมือประเมินอาการซึมเศร้า เครื่องมือใดเครื่องมือหนึ่งดังกล่าวข้างต้น

4. คุณสมบัติของผู้บำบัด

ผู้บำบัดต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลจิตเวช หรือนักวิชาชีพด้านสุขภาพ ที่ผ่านการฝึกอบรมการบำบัดตามรูปแบบที่เลือกใช้ เช่น ผ่านการฝึกทักษะการบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive therapy) (Simson et al., 2008; Lamers et al., 2010) (Level 2) และการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral therapy) (Henry et al., 1997; Lustman et al., 1998; Stiefe et al., 2008) (Level 2) และผู้บำบัดควรมีความรู้ หรือผ่านการอบรมการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การบำบัดดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากต้องให้ความรู้และคำแนะนำที่ถูกต้องกับผู้ป่วย (Lustman et al., 1998) (Level 2)

5. สถานที่

สามารถให้บริการได้ทั้งแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล (Henry et al., 1997; Stiefe et al., 2008) (Level 2) และแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษามีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน โดยมีแนวโน้มที่จะเป็นอันตรายและมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย (Simson et al., 2008) (Level 2) และในชุมชน โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุซึ่งไม่สะดวกในการเดินทางมารับการบำบัดที่โรงพยาบาล (Lustman et al., 1998; Lamers et al., 2010) (Level 2)

6. วิธีการบำบัดแต่ละรูปแบบ มี ดังนี้

6.1 การบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive therapy) เป้าหมายของการบำบัดเพื่อส่งเสริมผู้ป่วย เผชิญกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน และการเผชิญปัญหาต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความตึงเครียดทางอารมณ์ เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาการงาน การเงิน การต้องจากบ้านมาอยู่โรงพยาบาล (Coping with their stress and Strain)

วิธีดำเนินการ

- 1) การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ
- 2) การสื่อสารช่วยเหลือให้ผู้ป่วยระบุปัญหาของตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยได้พิจารณาวิธีการปรับตัวกับปัญหาปัจจุบัน เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาการงาน ปัญหาภาวะโรค
- 3) ใช้เทคนิคการสนทนาและการตั้งคำถามอย่างมีโครงสร้าง รวมทั้งการแนะแนวทางในการแก้ปัญหาต่างๆของผู้ป่วย

- 4) การสนับสนุนให้กำลังใจเพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

6.2 การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral Therapy)

เป้าหมายของการบำบัด 1) ส่งเสริมการตระหนักในความรู้คิดด้านลบ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรม และสามารถปรับความรู้คิดให้ถูกต้องสมเหตุสมผล 2) สามารถใช้กระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเพิ่มความสุขความพอใจ

วิธีดำเนินการ

- 1) ส่งเสริมการเรียนรู้เทคนิคการปรับเปลี่ยนการรู้คิด (Cognitive technique) โดย

1.1 การค้นหาความคิดทางลบ (Guide discovery stage)

1.2 การสอนความสัมพันธ์ของความคิด อารมณ์ พฤติกรรม

(Relation of thought, emotion and behavior stage)

1.3 การปรับแนวคิดใหม่ ชี้ดหุ่ยนวิธีคิด มีมุมมองที่หลากหลายขึ้น ฝึกการแทนที่ด้วย ความคิดที่ถูกต้อง เหมาะสมมากกว่า และเป็นมุมมองที่มีประโยชน์มากขึ้น (Cognitive restructuring)

1.4 การส่งเสริมการใช้กระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบเพื่อจัดการกับปัญหาต่างๆของตนเอง (Self –management) เช่น ทั้งปัญหาจากภาวะโรคและปัญหาต่างๆในชีวิต โดย มีการกำหนดเป้าหมายของตนเอง ชั่งน้ำหนักระหว่างข้อดีข้อเสียของทางเลือกแต่ละแบบก่อนการตัดสินใจ มีการวางแผนเพื่อนำไปปฏิบัติ

1.5 การส่งเสริมการปรับพฤติกรรมเพื่อลดความเครียด ความทุกข์ใจและสร้างความพึงพอใจ เช่นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่สร้างความสุข การลดการหมกมุ่นกับตัวเอง หรือแยกตัว และการบันทึกเหตุการณ์ดีๆที่เข้ามาในชีวิต เป็นต้น (Henry et al., 1997; Lamers et al., 2010) (Level 2)

6.3 การบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการจัดการกับภาวะเบาหวาน (Cognitivebehavioral therapy and management of diabetes) มีเป้าหมายของการบำบัดเช่นเดียวกับ

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมในข้อ 6.2 และเพิ่มการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับภาวะเบาหวาน (Diabetes education program) ในผู้ป่วยที่ขาดความรู้และทักษะในการจัดการกับภาวะเบาหวาน

วิธีการดำเนินการ

1) ส่งเสริมการตระหนักรู้ในความคิดอัตโนมัติด้านลบของตนเอง การปรับความคิดด้านลบ โดยการค้นหาความรู้คิดด้านลบ (negative cognition) ที่ผู้ป่วยมีอยู่และช่วยทดสอบว่า negative cognition นั้นเป็นไปในทางลบจริงหรือไม่ ช่วยผู้ป่วยสร้างแบบแผนการคิด (thought schema) แบบอื่นๆ (alternative) โดยต้องเป็นแบบอย่างการคิดที่มีความยืดหยุ่น ช่วยผู้ป่วยซักซ้อม ความคิด และพฤติกรรมที่กำหนดขึ้นมาใหม่โดยมีการฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดบ่อยๆ เพิ่มความเคยชินในการคิดด้านบวกมากขึ้นและฝึกการแทนที่ด้วย ความคิดที่ถูกต้องเหมาะสมมากกว่า และเป็นมุมมองที่มีประโยชน์

2) ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะโรคเบาหวาน (Diabetes education program) ให้เหมาะสมกับความรู้ความสามารถของผู้ป่วยแต่ละคน

3) การส่งเสริมความสามารถ การแก้ปัญหาต่างๆที่เกี่ยวข้องกับภาวะโรคและสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยผ่านกระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ มีการกำหนดเป้าหมายของตนเอง ชั่งน้ำหนักระหว่างข้อดีข้อเสียของทางเลือกแต่ละแบบก่อนการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ โดยเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับภาวะโรค เช่น เรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีการวางแผนและประเมินผลว่าสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่วางแผนไว้หรือไม่ มีการติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ดำรงพฤติกรรมสุขภาพนั้นต่อไป

4) การส่งเสริมทักษะทางสังคม และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เช่น การมีกิจกรรมต่างๆที่ก่อให้เกิดความสุข ความเพลิดเพลิน ในชีวิตประจำวัน มีการฝึกทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเมื่อเกิดความเครียด ฝึกทักษะการสื่อสาร มีการให้การบ้านและติดตามการเปลี่ยนแปลงและให้แรงเสริมทางบวก เพื่อให้สามารถดำรงพฤติกรรมที่เหมาะสมและก่อให้เกิดความสุขได้อย่างต่อเนื่อง

ประเมินผลลัพธ์

ผลลัพธ์หลักในการบำบัดคือ ระดับอาการซึมเศร้า โดยเครื่องมือเช่นเดียวกับที่ประเมินผู้ป่วยเข้ารับการบำบัด ระยะเวลาของการบำบัดคือ วัดทันทีหลังจบ โปรแกรม และวัดเป็นระยะๆคือ 1, 3, 6, 9, 12 เดือนตามลำดับ

บทที่ 4

สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดของโรคระบบต่อมไร้ท่อและกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก รวมทั้งปัญหาของประเทศไทย โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีอาการของโรคซึมเศร้าร่วมด้วยนั้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่กำลังใจ มีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ไม่ควบคุมอาหาร ไม่ออกกำลังกาย และดูแลตนเองน้อยลง ส่งผลให้โรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนมีความรุนแรงยิ่งขึ้น และจะยิ่งเพิ่มเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้นจากภาวะโรคและภาวะแทรกซ้อนทำให้ต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกบ่อยครั้ง และหากต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในก็ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานกว่าปกติ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการบำบัดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานมีหลายรูปแบบ ทั้งการบำบัดด้วยยา และการบำบัดทางจิตสังคม หรือใช้ทั้ง 2 อย่างร่วมกัน (Frank et al., 2009) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาสนใจศึกษาเฉพาะการบำบัดทางจิตสังคมในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อนำมาปรับใช้ในการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการซึมเศร้าของโรงพยาบาลบางบัวทอง ซึ่งผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ เพื่อให้บริการผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยคำนึงถึงความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานและบริบทของผู้รับบริการ

ขั้นตอนในการดำเนินการมีดังนี้ (1) สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการศึกษาโดยใช้ กรอบ PICO (PICO Framework) (Craig & Smyth, 2002) เป็นแนวทางในการสืบค้น (Searching strategy) และใช้คำสำคัญในการสืบค้น คือ Diabetes mellitus, Diabetes with complication, Psychosocial intervention, Cognitive behavior therapy, Problem solving therapy, Depressive disorders, Depression, Depressive symptoms (2) กำหนดขอบเขตที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นงานฉบับสมบูรณ์ ตีพิมพ์ ระหว่างปี ค.ศ. 1995 – ค.ศ. 2010 ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พบบงานวิจัยที่ตรงกับปัญหาทางคลินิก ฉบับสมบูรณ์ 7 เรื่อง (3) ประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามระบบการจัดความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Mulnyk & Fineout Overholt (2005) เป็นงานวิจัยระดับ 2 งาน เป็นงานวิจัยทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม จำนวน 5 เรื่อง และงานวิจัยระดับ 4 งานวิจัยทดลอง กลุ่มเดียวที่วัดก่อนและหลังการบำบัด จำนวน 2 เรื่อง (4) สกัดงานวิจัยลงตารางสกัดงานและประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์

ใช้เกณฑ์การประเมินความเป็นไปได้ ในการนำงานวิจัยไปใช้ในคลินิก (Utilization Criteria) ของ Polit & Beck (2006) ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ คือ 1) ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical Relevance) พบว่างานวิจัยทั้ง 7 เรื่องมีการศึกษาเกี่ยวกับผลของการบำบัดทางจิตต่ออาการของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน 2) การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (scientific merit) พบว่างานวิจัยที่ศึกษา เป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพเชื่อถือได้ และ 3) แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้ (assessing implementation potential) โดยพบว่า สามารถนำการบำบัดจากหลักฐานเชิงประจักษ์มาปรับใช้ในหน่วยงาน (Transferability of finding) ได้ เนื่องจากลักษณะของผู้ป่วยในงานวิจัยเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีอาการของ โรคซึมเศร้า เช่นเดียวกับลักษณะของผู้ป่วยในเขตความรับผิดชอบของหน่วยงาน สามารถนำรูปแบบการบำบัดจากหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of Implementation) โดยที่พยาบาลผู้บำบัดต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งในเรื่อง ความรู้ ทักษะในการบำบัดเพื่อลดอาการซึมเศร้าและส่งเสริมการปรับตัวกับภาวะเบาหวานและความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (cost-benefit ratio) พบว่าถึงแม้การบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการซึมเศร้า จะต้องเพิ่มจำนวนครั้งในการบำบัดดูแลจากปกติประมาณ 1-2 ครั้ง เป็นอย่างน้อย ประมาณ 4-6 ครั้ง แต่การบำบัดสามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานได้ และสร้างกำลังใจในการดูแลภาวะเบาหวานและสุขภาพกายของตนเองซึ่งจะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น จึงคุ้มต่อการนำมาปรับใช้ในหน่วยงานของผู้ศึกษา ซึ่งเนื้อหาสำคัญที่ได้จากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์มีข้อเสนอแนะ (Recommendations) ที่สำคัญดังนี้คือ รูปแบบของการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินสามารถทำการบำบัดทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม มีรูปแบบการบำบัดใน 3 รูปแบบคือ 1)การบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive therapy) เหมาะสำหรับผู้ที่มีความยุ่งยากในการปรับตัวกับภาวะโรคเบาหวานในปัจจุบัน เช่นมีปัญหาการเจ็บป่วยหลายอย่างร่วมกัน(Complex Illness) หรือมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ระยะเวลาในการบำบัดประมาณ 3-11 ครั้งเฉลี่ย 5 ครั้ง จำนวนครั้งของการบำบัดขึ้นอยู่กับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย 2)การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral Therapy) เหมาะสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย ถึงระดับปานกลาง เน้นการใช้กลยุทธ์ของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดแบบสั้น กระชับ ระยะเวลาในการบำบัดประมาณ 4-6 ครั้ง 3) การบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการจัดการกับภาวะเบาหวาน (Cognitive behavioral therapy and management of diabetes) เหมาะสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการ หรือโรคซึมเศร้าระดับน้อย ถึงปานกลางเช่นกัน แต่มีการให้ความรู้และทักษะในการจัดการกับภาวะของโรคอย่างเป็นระบบและชัดเจนเพิ่มเติม จึงเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองเกี่ยวกับภาวะโรค

และขาดทักษะในการกำกับดูแลตนเองในการปฏิบัติตามแผนการรักษา จำนวนครั้งของการบำบัดประมาณ 15-16 ครั้งโดยมีการให้ความรู้ในเรื่องโรคและจัดการกับภาวะโรคประมาณ 5 ครั้ง

ข้อเสนอแนะ

จากการวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ได้ข้อเสนอแนะในการบำบัดที่สามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินต่อไปได้ และมีข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษานี้ไปใช้ในการปฏิบัติงานและพัฒนาต่อไปดังนี้

1. ควรนำรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมนี้ไปทดลองใช้ให้บริการผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่พึ่งอินซูลินที่มีอาการซึมเศร้า ปรับปรุงและทำการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาให้เหมาะสมกับหน่วยงาน ได้รูปแบบการบำบัดที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
2. ควรมีการเตรียมความพร้อมพยาบาลผู้บำบัด โดยผู้บำบัดต้องผ่านการฝึกอบรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพิ่มเติม และได้รับการนิเทศจากผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งจะต้องเป็นผู้มีทักษะในการส่งเสริมความรู้ความสามารถผู้ป่วยให้สามารถจัดการกับภาวะเบาหวานของตนเองได้ด้วย
3. ควรมีการประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าว่าอยู่ในระดับไหนโดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าที่มีความเที่ยงตรง และเชื่อถือได้ เพื่อนำมาพิจารณาว่าผู้ป่วยควรได้รับการบำบัดโดยการให้ยา หรือใช้จิตสังคมบำบัด หรือใช้ทั้งสองอย่างร่วมกัน และมีการตกลงบริการกับผู้รับบริการก่อนการบำบัดเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการ
4. ผู้บำบัดต้องมีการประสานกับทีมสหวิชาชีพและเชื่อมโยงเครือข่ายทีมสุขภาพทั้งหน่วยบริการผู้ป่วยโรคทางกาย และหน่วยบริการทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทั้งโรคทางฝ่ายกายเช่นโรคเบาหวาน และโรคซึมเศร้าหรือเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้าได้รับการบริการที่คลอบคลุมในการบริการและให้ผู้ป่วยได้รับผลประโยชน์สูงสุด

การบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

PSYCHOSOCIAL INTERVENTION TO REDUCE DEPRESSIVE SYMPTOMS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS: EVIDENCE- BASED NURSING

จินตนา กันทนงค์ 5137697 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ประภา ยุทธไตร, พย.ค., อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, พย.ค.,

บทสรุปแบบสมบูรณ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดของโรคระบบต่อมไร้ท่อและกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก รวมทั้งปัญหาของประเทศไทยเนื่องจากมีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นทุกปี จากข้อมูลรายงานขององค์การอนามัยโลก {World Health Organization (WHO), 2005} พบว่าในปี พ.ศ. 2552 มีผู้ป่วยเบาหวานแล้ว 250 ล้านคน และได้ประมาณการว่าผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นมากกว่า 360 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของ สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (international diabetes federation: IDF) ได้รายงานสถานการณ์พบผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกมีประมาณ 246 ล้านคน และคาดว่าจะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 380 ล้านคนในปี พ.ศ. 2568 และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนภายใน 5-10 ปี (เทพ หิมะทองคำ, 2551) ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมานใจ และมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ในเรื่องหน้าที่การงาน ครอบครัว เศรษฐกิจก่อให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ ความเครียด เบื่อหน่ายท้อแท้ รู้สึกสิ้นหวังไร้เรี่ยวแรงมีภาวะซึมเศร้าหรือเป็นโรคซึมเศร้าได้ โดยพบว่าโรคซึมเศร้าระดับน้อย (Minor depressive disorder) ในประชาชนทั่วไปมีความชุก 1 ปี ร้อยละ 2-17 % (Tamburrino, Lynch, Nagel, and Smith, 2009) และโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) มีความชุก 1 ปี ร้อยละ 4.1 ความชุกชั่วชีวิต ร้อยละ 6.7 (Waraich, Goldner, Somers, and

Hsu, 2004) พบว่าในผู้ป่วยเบาหวาน มีอาการของโรคซึมเศร้าร้อยละ 31 และเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 11 สำหรับประเทศไทย พบประชาชนทั่วไปมีอาการของโรคซึมเศร้า ประมาณ ร้อยละ 5-25 แต่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานมีอาการของโรคซึมเศร้าร้อยละ 14-42 (พวงสร้อย วรรกุล, 2547; สิดานันท์ พูนผลทรัพย์, 2548) นอกจากนี้โรคเบาหวานยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งส่งผลกระทบต่อครอบครัวและประเทศชาติ (กัลยา เอี่ยมศรีตระกูล, 2549; สมภพ เรื่องตระกูล, 2549, Lustman et al., 2000)

จากการประเมินปัญหาด้านจิตสังคมในผู้ป่วยเบาหวานพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการของโรคซึมเศร้าสูงกว่าคนปกติถึง 2 เท่า (Anderson, 2001) และการที่ผู้ป่วยเบาหวานมีอาการของโรคซึมเศร้าก็จะส่งผลย้อนกลับทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย หดงอ กาลังใจ ทำให้มีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ไม่ควบคุมอาหาร ไม่ออกกำลังกาย และดูแลตนเองน้อยลง ส่งผลให้โรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนมีความรุนแรงยิ่งขึ้น นอกจากนั้นภาวะเครียดและอาการซึมเศร้าจะมีผลต่อฮอร์โมน cortisol ให้เพิ่มปริมาณสูงขึ้นรวมทั้งรบกวนการทำงานของ insulin มีผลทำให้น้ำตาลในเลือดสูงยิ่งขึ้น แต่ความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้ากับระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1C) ยังไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการของโรคซึมเศร้าร่วมด้วยจะยิ่งเพิ่มเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้นจากภาวะโรคและภาวะแทรกซ้อน ทำให้โรคหายช้า ต้องเข้ารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกบ่อยครั้ง และหากต้องเข้ารักษาแบบผู้ป่วยในก็ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานกว่าปกติ (Ciechanowski et al., 2000, American Diabetes Association, 2004) ซึ่งปัจจัยที่ก่อให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ คือมีบุคคลในครอบครัว เป็นโรคซึมเศร้าอยู่แล้ว หรือเคยเป็นโรคซึมเศร้าก่อนเป็นโรคเบาหวาน หรือผลของการเป็นโรคเบาหวานทำให้ ฮอร์โมน หรือสารสื่อประสาทเสียสมดุล จนเกิดภาวะซึมเศร้าได้ หรืออาจเกิดจากปัจจัยทางสังคม เช่นต้องเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ป่วย เกิดความเครียดจากการที่ต้องปฏิบัติตามแผนการรักษา วิถีกังวลกับภาวะแทรกซ้อน และผลของการเจ็บป่วยรบกวนต่อ บทบาท หน้าที่การทำงาน การเงินและสังคม ก่อให้เกิดความเครียดที่รุนแรงหรือเรื้อรังนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าได้

ดังนั้นการบำบัดเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานจึงเป็นเรื่องสำคัญเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้ ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบันที่เน้นการคัดกรองและรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งรวมถึงโรคเบาหวานด้วย โดยรูปแบบการบำบัดผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า ที่สำคัญคือการบำบัดด้วยยา (Pharmacotherapy) เพื่อปรับสมดุลของสารสื่อประสาทที่มีผลต่ออาการซึมเศร้าและการบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial intervention) เพื่อส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวกับภาวะโรคและปัจจัยต่างๆที่ก่อให้เกิดความทุกข์ใจ และส่งเสริมคุณภาพชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ารูปแบบของการบำบัดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานด้วยการบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial Intervention) เป็นการรักษาที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตที่ก่อให้เกิดความเครียด ทุกข์ใจ หรือไม่สบายใจ ลดอาการซึมเศร้า ส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา รวมทั้งป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยมีแนวทางการบำบัดตามกรอบแนวคิดทฤษฎีต่างๆ ดังนี้

1) พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยผู้ป่วยเพิ่มความถี่ของการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมโดยเป็นการปฏิสัมพันธ์ชนิดที่ทำให้ได้รับการเสริมแรงบวก ลดความถี่ของการปฏิสัมพันธ์ชนิดที่ทำให้เกิดแรงเสริมชนิดลบ เพิ่มทักษะทางสังคม การส่งเสริมผู้ป่วยให้เฝ้าติดตามประเมินและเตือนตนเองหรือให้แรงเสริมแก่ตนเองตามที่เป็นจริงและถูกต้องโดยเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าว จะทำให้ความรู้สึกซึมเศร้าดีขึ้น วิธีการบำบัดมีหลายวิธีมีโครงสร้างที่แน่นอน มักใช้เวลาสั้น ให้ความสำคัญที่ผู้ป่วยจะต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยใช้หลักการให้แรงเสริมเพราะเชื่อว่าพฤติกรรมถูกเปลี่ยนแปลงไปในทางอารมณ์บวก อารมณ์ซึมเศร้าจะดีขึ้น (สุชาติ พหลภักย์, 2542)

สำหรับการบำบัดผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการซึมเศร้าโดยใช้แนวคิดทฤษฎีนี้ มักใช้ร่วมในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดยนำเทคนิคของพฤติกรรมบำบัดในเรื่องการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและเสริมทักษะทางสังคม และให้แรงเสริมต่อตนเองที่เป็นจริงและถูกต้อง และให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ทำแล้วเกิดความสุขในชีวิต (Lustman, 1998)

2) การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral therapy) ในการบำบัดผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ามีวัตถุประสงค์คือเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและช่วยให้ยอมรับการเจ็บป่วย ตระหนักในอาการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนของโรค ส่งเสริมความสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิธีคิดให้แก่ผู้ป่วยโดยการค้นหาความรู้คิดด้านลบ (negative cognition) ที่ผู้ป่วยมีอยู่และช่วยให้ผู้ป่วยได้ทดสอบว่า การรู้คิดด้านลบนั้นเป็นจริงหรือไม่ ช่วยผู้ป่วยสร้างแบบแผนการคิด (thought schema) แบบอื่นๆ (alternative) โดยต้องเป็นแบบอย่างการคิดที่มีความยืดหยุ่น ช่วยผู้ป่วยชักซ้อม cognition และพฤติกรรมที่กำหนดขึ้นมาใหม่ ซึ่งเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงทาง cognition และทางพฤติกรรมดังกล่าวจะทำให้อาการของโรคซึมเศร้าดีขึ้นทั้งยังช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (ธวัชชัย ลิพพานาจ และสรยุทธ วาสิกนันนท์, 2549)

การบำบัดผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการซึมเศร้าได้นำแนวคิดทฤษฎี Cognitive Behavioral therapy โดยใช้เน้นในเรื่องดังนี้ (Georgiades et al, 2007; Henry et al, 1997; Lustman et al, 1998; วัชณี หัตถพนม, 2007)

2.1) การเรียนการปรับความรู้คิดด้านลบ ระบุความคิดอัตโนมัติ ที่บิดเบือนหรือรูปแบบการคิดที่ไม่สมเหตุสมผล และฝึกการแทนที่ด้วยความคิดที่ถูกต้อง เหมาะสมมากกว่า และเป็นมุมมองที่มีประโยชน์ (Georgiades et al, 2007)

2.2) ส่งเสริมให้ตระหนักถึงอาการและปัญหาต่างๆ โดยใช้กระบวนการจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมขึ้น (Henry et al, 1997)

2.3) ส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวในเรื่องของกิจวัตรประจำวันโดยเพิ่มกลยุทธ์การบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและทางกายภาพที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจ (Georgiades et al., 2007)

2.4) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกนึกคิดโดยใช้กระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบเพื่อจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (วัชนี หัตถพนม, 2007)

2.5) ส่งเสริมการผ่อนคลายความเครียด โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดตามแนวคิดพฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) (Lustman et al, 1998)

3) การบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive herapy) เป้าหมายของการบำบัดมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้เข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของตนเองสามารถประเมินสถานการณ์ในชีวิตวางแผนแก้ไข ปัญหาของตนเอง

รูปแบบของการบำบัดผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการซึมเศร้าตามแนวคิดทฤษฎี Supportive psychotherapy เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะในการปรับตัวกับปัญหาปัจจุบันเช่น ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ความตึงเครียดทางอารมณ์, ปัญหาครอบครัว โดยเน้นการสนทนาบนพื้นฐานของความเข้าใจ ส่งเสริมการให้ผู้ป่วยระบุปัญหาในปัจจุบันที่ชัดเจน การวางแผนแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะในการปรับตัวกับปัญหาต่างๆ ในชีวิต (Simson et al, 2008)

โรงพยาบาลบางบัวทองซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ขนาด 30 เตียง ซึ่งผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่พบผู้ป่วยโรคเบาหวานมาตรวจคัดกรองที่โรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2553 จำนวน 2,380 คน/ปี ได้รับการรักษาจำนวน 16,300 ครั้ง/ปี ที่เหลือส่วนหนึ่งไปรับการรักษาที่สถานบริการอื่น โรงพยาบาลหรือไปคลินิกเอกชน โดยโรคเบาหวานเป็นโรคที่มีมูลค่าการใช้จ่ายสูงเป็นอันดับ 2 ของมูลค่าการรักษา กลุ่มผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลบางบัวทอง จากนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งส่งเสริมให้มีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งรวมถึงโรคเบาหวานด้วย ผู้ศึกษาในฐานะผู้ปฏิบัติงานอยู่ในงานสุขภาพจิตและให้คำปรึกษา กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลบางบัวทอง จึงได้ดำเนินการคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2

คำถาม (2Q) และแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจำนวน 520 คน ในเบื้องต้นพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยและระดับปานกลาง 78 คน คิดเป็นร้อยละ 15 และพบผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับรุนแรงจำนวน 16 คนคิดเป็นร้อยละ 3 หลังจากผู้ศึกษาได้ประเมินปัญหาและให้การปรึกษาตามความต้องการของผู้ป่วยกลุ่มนี้ร้อยละ 1-2 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะปรึกษาเกี่ยวกับภาวะโรคและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน มีบางรายที่ปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาชีวิต เช่นปัญหาการเงิน และปัญหาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของลูกหลาน หลังจากนั้นผู้ศึกษาส่งผู้ป่วยที่มีคะแนนประเมินระบุว่ามีความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง พบแพทย์เพื่อบำบัดด้วยยาต้านเศร้าต่อไป เนื่องจากขณะนี้ทางโรงพยาบาลยังไม่มีแนวทางในการบำบัดทางจิตสังคม สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีอาการของโรคซึมเศร้า ที่ชัดเจน ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษารูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้สามารถให้บริการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยคำนึงถึงความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานและบริบทของผู้รับบริการ

1.1 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา

รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินว่าควรมีรูปแบบเป็นอย่างไร

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

ศึกษารูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจากหลักฐานเชิงประจักษ์

1.3 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

ข้อเสนอแนะจากสารนิพนธ์ที่ศึกษาค้นคว้าสามารถนำไปพัฒนาแนวปฏิบัติในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่สามารถใช้ในโรงพยาบาลบางบัวทอง

2. วิธีการดำเนินการศึกษา

2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษาสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เพื่อให้ได้งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่กำลังศึกษา ผู้ศึกษาจึงได้กำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบแนวคิดของ “PICO” (PICO Framework: Population, Intervention, Comparison intervention, Outcome) (Craig & Smyth, 2002) เป็นเกณฑ์ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

P = Patients with diabetes mellitus with depressive symptoms

I = Psychosocial intervention

C = ไม่มีการเปรียบเทียบ

O = Depressive symptoms

2.1.1 คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ มีดังนี้

Diabetes mellitus, Diabetes with complication, Psychosocial intervention, Cognitive behavior therapy, Problem solving therapy, Depressive disorders, Depression, Depressive symptoms

2.1.2 ขอบเขตการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษาสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆ ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษในการตีพิมพ์ทั้งหมดโดยกำหนดการสืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ ดังนี้

1) การสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic database)

1.1 ฐานข้อมูลที่รวบรวมการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ได้แก่ The Cochrane library

1.2 ฐานข้อมูลอื่นๆ ที่รวบรวมงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ดังนี้ Blackwell Synergy, Pub Med, CINAHL, Science Direct, Springer Link

2) Hand search

2.1 สืบค้นจากวารสารต่างๆ ได้แก่ Diabetes Care, British Journal of Psychiatry, Journal Psychiatric Associate Thailand

2.2 เอกสารอ้างอิง (Reference List) ของทำยบทความและงานวิจัยที่สืบค้นได้

2.3 จากบทความ วิทยานิพนธ์ตามห้องสมุดของสถาบันต่าง ๆ ในประเทศไทย

2.1.3 เกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องสำหรับวิเคราะห์และสังเคราะห์การบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

- 1) เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่มีประเด็นการศึกษาเกี่ยวกับแนวทางในการการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
- 2) เลือกจากงานวิจัยที่เป็นงานวิจัยฉบับสมบูรณ์(Full text) และเลือกชนิดของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) งานวิจัยกึ่งทดลอง ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง (Nonrandomized controlled trial) งานวิจัยกรณีศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Case controlled analytical studies) งานวิจัยที่มีการศึกษาไปข้างหน้า(cohort study) ที่เป็นกลุ่มงานวิจัยหรือวิจัยจากแหล่งศึกษามากกว่า 1 แหล่ง งานวิจัยเชิงทดลอง one group pre-posttest
- 3) งานวิจัยที่คัดเลือกเป็นงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ ที่ระบุระยะเวลาในการตีพิมพ์ ในช่วงปี ค.ศ. 1995 -2010
- 4) ภาษาที่ใช้ในการตีพิมพ์ใช้ภาษาอังกฤษ และภาษาไทย

2.2 วิธีการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

2.2.1 วิเคราะห์และประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้

ผู้ศึกษาสกัดเนื้อหา วิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาแต่ละงานวิจัยลงในตารางการประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้เกณฑ์การประเมินความเป็นไปได้ ในการนำงานวิจัยไปใช้ในคลินิก (Utilization Criteria) ของ Polit & Beck (2008) ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ คือ 1) ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical Relevance) 2)การมีความเหมาะสมหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (Scientific merit) 3)แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (Assessing Implementation Potential)ซึ่งการประเมินมี 3 มิติหลัก คือ 3.1) การถ่ายทอด/นำลงสู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) 3.2) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of Implementation) และ 3.3) ความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio)

2.2.2 การประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์

จากผลการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยใช้เกณฑ์การประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Strength of evidence) ตามระบบการจัดความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ Mulnyk & Fineout Overholt (2005) แบ่งระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ออกเป็น 7 ระดับ

3. ผลการดำเนินการ

ผลการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งมีการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้แนวคิด PICO Framework ในการกำหนดคำสืบค้นแล้ว กำหนดเกณฑ์คัดเลือกรงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ และทำการสืบค้นในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ พบงานวิจัยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ ที่สืบค้น จนได้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 7 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่มีการสุ่มและควบคุมอย่างเป็นระบบ (Randomized control trial) จำนวน 5 เรื่อง งานวิจัยเดี่ยวที่วัดผลแบบอนุกรมเวลา (Single group with a time-series design) จำนวน 1 เรื่อง และงานวิจัยกลุ่มเดียวที่วัดก่อนและหลังการบำบัด (Single group with a pre-test and post-test design) จำนวน 1 เรื่อง

3.4 ข้อเสนอแนะ (Recommendations) ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการของโรคซึมเศร้าจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย หดงำลังใจ ทำให้มีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ไม่ควบคุมอาหาร ไม่ออกกำลังกาย และดูแลตนเองน้อยลง ส่งผลให้โรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนมีความรุนแรงยิ่งขึ้น (Simson et al., 2008) (Level 2) นอกจากนั้นภาวะเครียดและอาการซึมเศร้าจะมีผลต่อการรบกวนการทำงานของ insulin มีผลทำให้น้ำตาลในเลือดสูงยิ่งขึ้นเกิดเป็นวงจรต่อเนื่อง นอกจากนี้อาการซึมเศร้าอาจเกิดเนื่องจากปัจจัยทางชีวภาพ คือ มีกรรมพันธุ์ เป็นโรคซึมเศร้าอยู่แล้ว หรือเคยเป็นโรคซึมเศร้าก่อนเป็นโรคเบาหวาน หรือผลของการเป็นโรคเบาหวานทำให้ สอโรโมน หรือสารสื่อประสาทเสียสมดุลจนเกิดภาวะซึมเศร้าได้ หรืออาจเกิดจากปัจจัยทางสังคม เช่น ต้องเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ป่วย เกิดความเครียดจากการที่ต้องปฏิบัติตามแผนการรักษา วิดกกังวลกับภาวะแทรกซ้อน และผลของการเจ็บป่วยรบกวนต่อ บทบาท หน้าที่การงาน การเงินและสังคม ก่อให้เกิดความเครียดที่รุนแรงหรือเรื้อรังนำไปสู่อาการของโรคซึมเศร้าได้ (Henry et al., 1997; Lustman et al., 1998) (Level 2)

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง พบเนื้อหาารูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่ตรงกับประเด็นที่ต้องการแก้ไข และสามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะได้ดังนี้

1. รูปแบบของการบำบัดผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการซึมเศร้า การบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินสามารถทำการบำบัดทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม มีรูปแบบการบำบัดใน 3 รูปแบบคือ

1.1 การบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive therapy) เหมาะสำหรับผู้ที่มีความยุ่งยากในการปรับตัวกับภาวะโรคเบาหวานในปัจจุบัน เช่น มีปัญหาการเจ็บป่วยหลาย

อย่างร่วมกัน(Complex Illness) หรือมีภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาในการบำบัดประมาณ 3-11 ครั้ง เฉลี่ย 5 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที จำนวนครั้งในการบำบัดมากขึ้นขึ้นอยู่กับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เช่น Foot syndrome (Simson et al., 2008; Stiefe et al., 2008) (Level 2)

1.2 การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral Therapy) เหมาะสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการหรือโรคซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลางทั่วไป เน้นการใช้กลยุทธ์ของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดแบบสั้น กระชับ ระยะเวลาในการบำบัดประมาณ 4-6 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที (Henry et al., 1997; Lamers et al., 2010) (Level 2)

1.3 การบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการจัดการกับภาวะเบาหวาน (Cognitive behavioral therapy and management of diabetes) เหมาะสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการหรือโรคซึมเศร้าระดับน้อย ถึงปานกลางเช่นกัน แต่มีการให้ความรู้และทักษะในการจัดการกับภาวะของโรคอย่างเป็นระบบและชัดเจนเพิ่มเติม จึงเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองเกี่ยวกับภาวะโรค และขาดทักษะในการกำกับดูแลตนเองในการปฏิบัติตามแผนการรักษา จำนวนครั้งของการบำบัดประมาณ 15-16 ครั้งโดยมีการให้ความรู้ในเรื่องโรคและจัดการกับภาวะโรคประมาณ 5 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที (Lustman et al., 1998) (Level 2)

2. เครื่องมือในการคัดผู้ป่วยเข้าร่วมในการบำบัดและวัดผลการบำบัด

2.1 เครื่องมือวัดอาการซึมเศร้า

1) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า The Centers for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D Scale) (Stiefel, et al 2008)(Level 2)

2) แบบประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า Hamilton depression scale (HAM-D)คะแนน > 12 ถือว่ามีอาการซึมเศร้า (Lamers et al., 2010) (Level 2)

3) แบบประเมินอาการซึมเศร้า Beck Depression Inventory (BDI score) คะแนน ≥ 10 ถือว่ามีอาการซึมเศร้า(Lustman, et al., 1998) (Level 2)

4) แบบประเมินอาการซึมเศร้า Patient Health Question (PHQ-9) (Lamers et al., 2010) (Level 2)หรืออาจใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิตแทน

2.2 เครื่องมือในการวัดระดับน้ำตาลในเลือด การตรวจหาระดับของ HbA1C หรือ Glycosylated (หรือ Glycated) hemoglobin (Henry et al., 1997; Lustman et al., 1998 ; Stiefe et al., 2008; Simson et al., 2008)(Level 2)

3. การคัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคซึมเศร้าร่วมด้วยเข้ารับการรักษา

เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีอาการของโรคซึมเศร้าตั้งแต่เล็กน้อยถึงปานกลาง มีอายุตั้งแต่ 18-70 ปี ไม่จำกัดเพศ (Henry et al., 1997; Lustman et al., 1998; Lamers et al., 2010; Simson et al., 2008; Stiefe et al., 2008) (Level 2) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดโรคซึมเศร้าหรือไม่ได้รับการบำบัดโรคซึมเศร้าก็ได้ (Georgiades et al., 2007) (Level 4) โดยใช้เครื่องมือประเมินอาการซึมเศร้า เครื่องมือใดเครื่องมือหนึ่งดังกล่าวข้างต้น

4. คุณสมบัติของผู้บำบัด

ผู้บำบัดต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลจิตเวช หรือนักวิชาชีพด้านสุขภาพ ที่ผ่านการฝึกอบรมการบำบัดตามรูปแบบที่เลือกใช้ เช่นผ่านการฝึกทักษะการบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive therapy) (Simson et al., 2008; Lamers et al., 2010) (Level 2) และการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral therapy) (Henry et al., 1997; Lustman et al., 1998; Stiefe et al., 2008) (Level 2) และผู้บำบัดควรมีความรู้ หรือผ่านการอบรมการให้ความรู้เรื่อง โรคเบาหวาน การบำบัดดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากต้องให้ความรู้และคำแนะนำที่ถูกต้องกับผู้ป่วย (Lustman et al., 1998) (Level 2)

5. สถานที่

สามารถให้บริการได้ทั้งแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล (Henry et al., 1997; Stiefe et al., 2008) (Level 2) และแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษาเพราะมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานมีแนวโน้มที่จะเป็นอันตรายและมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย (Simson et al., 2008) (Level 2) และในชุมชนโดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุซึ่งไม่สะดวกในการเดินทางมารับการบำบัดที่โรงพยาบาล (Lustman et al., 1998, Lamers et al., 2010) (Level 2)

6. วิธีการบำบัดแต่ละรูปแบบ มี ดังนี้

6.1 การบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive therapy) เป้าหมายของการบำบัดเพื่อส่งเสริมผู้ป่วย เชิญชวนกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน และการเผชิญปัญหาต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความตึงเครียดทางอารมณ์เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาการงาน การเงิน การต้องจากบ้าน

วิธีดำเนินการ

- 1) สัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ
- 2) การสื่อสารช่วยเหลือให้ผู้ป่วยระบุปัญหาของตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยได้พิจารณาวิธีการปรับตัวกับปัญหาปัจจุบัน เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาการงาน ปัญหาภาวะโรค
- 3) ใช้เทคนิคการสนทนาและการตั้งคำถามอย่างมีโครงสร้าง รวมทั้งการแนะแนวทางในการแก้ปัญหาต่างๆของผู้ป่วย

4) การสนับสนุนให้กำลังใจเพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

6.2 การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral Therapy)

เป้าหมายของการบำบัด 1) ส่งเสริมการตระหนักในความคิดด้านลบ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรม และสามารถปรับความคิดให้ถูกต้องสมเหตุสมผล 2) สามารถใช้กระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเพิ่มความสุขความพอใจ

วิธีดำเนินการ

1. ส่งเสริมการเรียนรู้เทคนิคการปรับเปลี่ยนการรู้คิด (Cognitive technique) โดย

1.1 การค้นหาความคิดทางลบ (Guide discovery stage)

1.2 การสอนความสัมพันธ์ของความคิด อารมณ์ พฤติกรรม (Relation of thought, emotion and behavior stage)

1.3 การปรับแนวคิดใหม่ ยึดหยุ่นวิธีคิด มีมุมมองที่หลากหลายขึ้นฝึกการแทนที่ด้วยความคิดที่ถูกต้อง เหมาะสมมากกว่า และเป็นมุมมองที่มีประโยชน์มากขึ้น (Cognitive restructuring)

1.4 การส่งเสริมการใช้กระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบเพื่อจัดการกับปัญหาต่างๆของตนเอง (Self –management) เช่น ทั้งปัญหาจากภาวะโรคและปัญหาต่างๆในชีวิต โดย มีการกำหนดเป้าหมายของตนเอง ชั่งน้ำหนักระหว่างข้อดีข้อเสียของทางเลือกแต่ละแบบก่อนการตัดสินใจ มีการวางแผนเพื่อนำไปปฏิบัติ

1.5 การส่งเสริมการปรับพฤติกรรมเพื่อลดความเครียด ความทุกข์ใจและสร้างความพึงพอใจ เช่นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่สร้างความสุข การลดการหมกมุ่นกับตัวเอง หรือแยกตัว และการบันทึกเหตุการณ์ดีๆที่เข้ามาในชีวิต เป็นต้น (Henry et al., 1997; Lamers et al., 2010) (Level 2)

6.3 การบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการจัดการกับภาวะเบาหวาน (Cognitivebehavioral therapy and management of diabetes) มีเป้าหมายของการบำบัดเช่นเดียวกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในข้อ 6.2 และเพิ่มการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับภาวะเบาหวาน (Diabetes education program) ในผู้ป่วยที่ขาดความรู้และทักษะในการจัดการกับภาวะเบาหวาน

วิธีการดำเนินการ

1) ส่งเสริมการตระหนักรู้ในความคิดอัตโนมัติด้านลบของตนเอง การปรับความคิดด้านลบ โดยการค้นหาความคิดด้านลบ (negative cognition) ที่ผู้ป่วยมีอยู่และช่วยทดสอบว่า negative cognition นั้นเป็นไปในทางลบจริงหรือไม่ ช่วยผู้ป่วยสร้างแบบแผนการคิด

(thought schema) แบบอื่นๆ (alternative) โดยต้องเป็นแบบอย่างการคิดที่มีความยืดหยุ่น ช่วยผู้ป่วย ชักซ้อม ความคิด และพฤติกรรมที่กำหนดขึ้นมาใหม่โดยมีการฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิด บ่อยๆ เพิ่มความเคยชินในการคิดด้านบวกมากขึ้นและฝึกการแทนที่ด้วยความคิดที่ถูกต้อง เหมาะสม มากกว่า และเป็นมุมมองที่มีประโยชน์

2) ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะโรคเบาหวาน (Diabetes education program) ให้เหมาะสมกับความรู้ความสามารถของผู้ป่วยแต่ละคน

3) การส่งเสริมความสามารถ การแก้ปัญหาต่างๆที่เกี่ยวข้องกับภาวะโรค และสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยผ่านกระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ มีการกำหนดเป้าหมายของตนเอง ชี้แจงนำหน้าระหว่างข้อดีข้อเสียของทางเลือกแต่ละแบบก่อนการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ โดยเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับภาวะโรค เช่น เรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีการวางแผนและประเมินผลว่าสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่วางแผนไว้หรือไม่ มีการติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ดำรงพฤติกรรมสุขภาพนั้นต่อไป

4) การส่งเสริมทักษะทางสังคม และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เช่น การมีกิจกรรมต่างๆที่ก่อให้เกิดความสุข ความเพลิดเพลินในชีวิตประจำวัน มีการฝึกทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเมื่อเกิดความเครียด ฝึกทักษะการสื่อสาร มีการให้การบ้านและติดตามการเปลี่ยนแปลงและให้แรงเสริมทางบวก เพื่อให้สามารถดำรงพฤติกรรมที่เหมาะสมและก่อให้เกิดความสุขได้อย่างต่อเนื่อง

ประเมินผลลัพธ์

ผลลัพธ์หลักในการบำบัดคือ ระดับอาการซึมเศร้า โดยเครื่องมือเช่นเดียวกับที่ประเมิน ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัด ระยะเวลาของการบำบัดคือ วัดทันทีหลังจบโปรแกรม และวัดเป็นระยะๆคือ 1, 3, 6, 9, 12 เดือนตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

จากการวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ได้ข้อแนะนำในการบำบัดที่สามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินต่อไปได้ และมีข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษารั้งนี้ไปใช้ในการปฏิบัติงานและพัฒนาต่อไป ดังนี้

1. ควรนำรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมนี้ไปทดลองใช้ให้บริการผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่พึงอินซูลินที่มีอาการซึมเศร้า ปรับปรุงและทำการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาให้เหมาะสมกับหน่วยงาน ได้รูปแบบการบำบัดที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
2. ควรมีการเตรียมความพร้อมพยาบาลผู้บำบัด โดยผู้บำบัดต้องผ่านการฝึกอบรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพิ่มเติม และได้รับการนิเทศจากผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งจะต้องเป็นผู้มีทักษะในการส่งเสริมความรู้ความสามารถผู้ป่วยให้สามารถจัดการกับภาวะเบาหวานของตนเองได้ด้วย
3. ควรมีการประเมินระดับความรุนแรงของอาการของโรคซึมเศร้าว่าอยู่ในระดับไหน โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่วัดความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ เพื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยควรได้รับการบำบัดโดยการให้ยา หรือใช้จิตสังคมบำบัด หรือใช้ทั้งสองอย่างร่วมกัน และมีการตกลงบริการกับผู้รับบริการก่อนการบำบัดเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการ
4. ผู้บำบัดต้องมีการประสานกับทีมสหวิชาชีพและเชื่อมโยงเครือข่ายทีมสุขภาพทั้งหน่วยบริการผู้ป่วยโรคทางกาย และหน่วยบริการทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทั้งโรคทางฝ่ายกายเช่นโรคเบาหวาน และโรคซึมเศร้าหรือเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้าได้รับการบริการที่ดี ลดขั้นตอนในการบริการและให้ผู้ป่วยได้รับผลประโยชน์สูงสุด

PSYCHOSOCIAL INTERVENTION TO REDUCE DEPRESSIVE SYMPTOMS
IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS: EVIDENCE-BASED
NURSING

JINTANA KANTANONG 5137697 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: PRAPA YUTTATRI, D.N.S.,
ACHARAPORN SEEHERUNWONG, D.N.S

EXTENDED SUMMARY

1. Background and Significance of the Study

Type 2 diabetes mellitus is a chronic endocrine illness that is commonly found. Type 2 diabetes mellitus is considered a major public health problem all over the world including Thailand because the numbers of people who are sick with and die from type 2 diabetes mellitus continue to increase every year {World Health Organization (WHO), 2005}. In 2009, the number of patients who were stricken with type 2 diabetes mellitus was 250 millions, and it has been estimated the number of diabetic patients will rise to 360 millions in 2030. According to the International Diabetes Federation (IDF), the number of patients with type 2 diabetes mellitus is approximately 246 millions, and the number is estimated to increase to 380 millions in 2025. It has been found that diabetic patients who are unable to control their blood sugar level are likely to develop complications within five to ten years (Thep Himathongkam, B.E. 2551), which lead to physical discomfort, mental suffering, and adverse effects on life, including work, family, and economic status of the patients, which, in turn, result in emotional problems, stress, boredom, despair, and depression or depressive disorder. It has been reported that the one-year prevalence rate of minor depressive disorder in the general public ranges from 2% to 17% (Tamburrino, Lynch,

Nagel, & Smith, 2009), the one-year prevalence rate of major depressive disorder is 4.1%, and the lifetime prevalence rate is equal to 6.7% (Waraich, Goldner, Somers, & Hsu, 2004). In addition, it has been found that among patients with diabetes mellitus, 31% have symptoms of depressive disorder and 11% have been diagnosed with depressive disorder. As regards Thailand, the rate of depressive symptoms among the general public ranges from 5% to 25%, but 14% to 42% of patients with type 2 diabetes mellitus have symptoms of major depressive disorder (Puangsoi Worakul, B.E. 2547; Sitanan Poonpholsap, B.E. 2548). Furthermore, type 2 diabetes mellitus also affects the socioeconomic status of the country, as well as stability of the family and the nation (Kalaya Iamsritrakul, B.E. 2549; Somphob Ruangtrakul, B.E. 2549; Lustman et al., 2000).

An assessment of psychosocial problems in patients with type 2 diabetes mellitus has revealed that diabetic patients are twice more likely to develop depressive symptoms when compared to normal people (Anderson, 2001). When patients with type 2 diabetes mellitus suffer from depressive symptoms, they tend to feel suffering and decreased adherence to dietary recommendations and oral medications, exercise, or perform self-care, so their diabetic symptoms and complications may become more severe. Furthermore, stress and depressive symptoms may affect the secretion of the cortisol hormone and the function of insulin, but there is no statistically significant relationship between depressive symptoms and blood sugar level (HbA1C). At present, it is commonly found that diabetic patients who have depressive symptoms have to waste more time and money on medical treatment due to the disease and its complications. They are likely to seek outpatient treatment more often and have longer hospital stay when they are admitted into the hospital (Ciechanowski et al., 2000; American Diabetes Association, 2004). The factors which can lead to depressive symptoms in patients with type 2 diabetes are biological factors and social factors. Biological factors include family history of depression or having depression before developing type 2 diabetes mellitus. In addition, type 2 diabetes mellitus may result in loss of balance in hormones or neurotransmitters resulting in depression. As for social factors, depression may take place when patients have to change their roles from healthy persons to sick persons, they may suffer from stress caused by the necessity to adhere to medical treatment plans and anxiety about possible

complications, and they may suffer from the disruption of their roles, functioning, work, and financial and social status caused by type 2 diabetes mellitus, hence severe or chronic stress that bring about depression and depressive symptoms.

Therefore, interventions to reduce depression in patients with type 2 diabetes are considered significant to enable the patients to continue their self-care practices and maintain their quality of life. The present policy of the Ministry of Public Health emphasizes the screening and treatment of depression in patients with chronic illnesses including diabetes mellitus. To types of interventions of depression in patients with type 2 diabetes mellitus include pharmacotherapy to restore the balance of neurotransmitters affecting depression and psychosocial therapy to promote adaptation ability to the disease and related factors and to enhance quality of life.

A review of literature has revealed that psychosocial interventions for depressive symptoms in patients with type 2 diabetes mellitus usually aim at enabling patients to adapt themselves to various situations in life that cause stress, mental suffering, or mental discomfort to reduce depression, promote treatment adherence, and prevent relapses. There are different types of intervention that are generally used as follows:

- 1) Behavioral therapy aims at enabling the patients to increase the frequency of their interaction with the environment which results in positive reinforcement and decrease the type of interaction which brings about negative reinforcement. It also promotes social skills and enhances the patients' self-monitoring and self-reinforcement which is accurate and correct based on the belief that such behavioral changes will improve their depressive symptoms. There are many forms of behavioral therapy, but they are all structured, do not last long, and emphasize the patients' behavioral adaptation by giving reinforcement based on the belief that when behaviors are positively changed, the depressive symptoms will be improved. (Suchart Phaholpak, B.E. 2542).

As for patients with type 2 diabetes who also have depressive symptoms, behavioral therapy is often implemented together with cognitive behavioral therapy by utilizing the techniques of behavioral therapy that promote patients' participation in social activities and social skills and enhance realistic and correct reinforcement so

that the patients will have opportunity to do activities that result in balance and happiness in life (Lustman, 1998).

2) Cognitive behavioral therapy aims at promoting the patients' self-care efficacy and enabling them to accept their illness, its symptoms, and its complications, so that they will be able to continuously perform necessary self-care practices. Their thinking is also adjusted by enabling them to search for negative cognition that they have and test if such negative cognition is actually negative or not. The patients are also enabled to develop alternative thought schemas which support flexible thinking. In addition, the patients are enabled to practice newly developed cognition and behaviors. Cognitive behavioral therapy is based on the belief that cognitive and behavioral changes will improve depressive symptoms and prevent relapses. The steps involved in cognitive behavioral therapy are as follows (Thawatchai Leelahanaj&Sorayuth Wasiknanont, B.E. 2549):

The cognitive behavioral therapy used with patients with type 2 diabetes mellitus who also suffer from depressive disorder places its emphasis on the following (Georgiades et al., 2007; Henry et al., 1997; Lustman et al., 1998; Watcharee Hathapanom, 2007):

2.1) The patients learn to adjust negative cognition and distorted or irrational autonomic thinking and replace them with more correct, appropriate, and beneficial perspectives (Georgiades et al., 2007).

2.2) The patients' awareness of symptoms and problems is raised, and the stress management is used to deal with stressful situations to ensure that patients are able to cope with stress more appropriately (Henry et al., 1997).

2.3) Add in performing daily living activities are promoted by increasing therapy strategies that increase patients' participation in social and physical activities that cause satisfaction (Georgiades et al., 2007).

2.4) The patients' expression of thoughts using a systematic problem-solving process to deal with stressful situations is encouraged (Georgiades et al., 2007).

2.5) The patients' relaxation is promoted using the relaxation techniques based on the concept of behavior therapy (Lustman et al., 1998).

3) Supportive therapy aims at enabling patients to understand their emotions and feelings so as to be able to assess the situations in life and plan for solutions to problems by themselves.

When supportive therapy is used with patients with type 2 diabetes who suffer from depressive symptoms, it promotes patients' adaptation skills to enable them to cope with current problems such as diabetic complications, emotional tension, and family problems. Its emphasis is placed on conversation based on mutual understanding, promotion of clear identification of problems, systemic plans for solutions to problems, and adaptation skills to various problems in life (Simson et al., 2008).

Bang Bua Thong Hospital is a primary hospital with 30 beds. According to the hospital statistics, the number of patients with type 2 diabetes mellitus who were screened and diagnosed at the hospital in 2010 was 2,380. The total number of times these patients sought treatment at the hospital was 16,300 times per year. Some number of patients sought medical treatment at other hospitals, private clinics, or health stations. The cost of care for type 2 diabetes mellitus ranked second for both inpatient and outpatient cares of Bang Bua Thong Hospital. According to the hospital's policy on monitoring of depressive symptoms, patients with chronic illnesses are screened for depression symptoms including patients with type 2 diabetes mellitus. The investigator who has been working in mental health and counseling at Bang Bua Thong Hospital has screened 520 insulin-independent diabetic patients for depression using the 2Q depression screening questionnaire and the 9Q depression assessment scale and found that 78 patients, or 15%, had a mild or moderate level of depressive symptoms and 16 patients, or 3%, had a severe level of depressive symptoms. After assessing problems and providing individual counseling to each of these patients for once or twice, it was found that most of the patients had problems with type 2 diabetes mellitus and its complications. There were also some patients who had other problems in life such as financial problems and problems with inappropriate behaviors of their children or grandchildren. After that, the patients whose scores indicated that they had a moderate level of depressive symptoms were referred to physicians for treatment with antidepressant medications. However, as at present there is no clear guideline on psychosocial therapy for depressive symptoms in patients with type 2 diabetes mellitus, the investigator was interested in reviewing

evidence-based psychosocial intervention to reduce depressive symptoms in patients with type 2 diabetes. It was anticipated that the findings would eventually lead to more effective healthcare service provision that suits the contexts of the healthcare setting as well as the service receivers.

1.1 Clinical problem under study

What is the type of psychosocial intervention for depressive symptoms in patients with type 2 diabetes mellitus?

1.2 Study objective

The present study aimed at reviewing evidence-based related to psychosocial intervention for depressive symptoms in patients with type 2 diabetes mellitus.

1.3 Expected outcomes and benefits

Nurses will have knowledge and understanding of depression in patients with type 2 diabetes mellitus and types of psychosocial intervention for depressive symptoms in patients with type 2 diabetes mellitus.

This study would illustrate to development of the clinical guideline for depressive symptoms in patients with type 2 diabetes mellitus in Bang Bua Thong Hospital

2. Methodology

2.1 Search for evidence-based nursing practice

The researcher searched for evidence-based research related to psychosocial intervention for depressive symptoms in patients with type 2 diabetes mellitus under study based on the PICO Framework (Population, Intervention, Comparison intervention, and Outcome) (Craig & Smyth, 2002) as follows:

- P = Patients with type 2 diabetes mellitus with depressive symptoms
- I = Psychosocial intervention
- C = There was no intervention
- O = Depressive symptoms

2.1.1 Keywords used in the search

The keywords used in the search were the following: diabetes mellitus, diabetes with complications, psychosocial intervention, cognitive behavioral therapy, problem solving therapy, depressive disorders, depression and depressive symptoms.

2.1.2 Scope of the search

The researcher searched for research and other evidence published both in Thai and English from the following sources:

1) Electronic databases

1.1) Systematic review of the Cochrane Library

1.2) Other databases that contained a compilation of research and evidence in nursing and health science including Blackwell, Pub Med, CINAHL, Science Direct, and Springer Lin

2) Manual search

2.1) Journals including Diabetes Care, British Journal of Psychiatry, and Journal of Psychiatric Association of Thailand

2.2) Reference lists at the ends of articles, research reports, theses, and dissertations at the library of various institutes in Thailand.

2.1.3 Selection criteria for research and evidence for analysis and synthesis of psychosocial interventions for depressive symptoms in patients with type 2 diabetes mellitus

1) It was evidence-based research which was related to psychosocial intervention for depressive symptoms in patients with type 2 diabetes mellitus.

2) The full text of the research was available, and the research design was a randomized controlled trial, nonrandomized controlled trial, case control analytical studies, cohort study with more than one source of research, and experimental research with one-group pretest-posttest design.

3) The research was conducted both in Thailand and abroad, and it was published between 1995 and 2010.

4) The research was published either in Thai or in English.

2.2 Evaluation of research evidence

2.2.1 Analysis and evaluation of research evidence

The researcher extracted, analyzed, and synthesized contents of each research. As for evaluation of the selected research, the utilization criteria of Polit and Beck (2008) were used, consisting of three components as follows: 1) clinical relevance, 2) scientific merit, and 3) implementation potential. There were three main domains in the assessment: 1) transferability of findings, 2) feasibility of implementation, and 3) cost-benefit ratio.

2.2.2 Evaluation of strength of research evidence

The selected research evidence related to psychosocial intervention for depressive symptoms in patients with type 2 diabetes mellitus was conducted using the strength of evidence criteria proposed by Melnyk and Fineout-Overholt (2005) which divides the strength of research evidence into seven levels.

3. Findings

The PICO Framework was used to search for research evidence after the keywords and inclusion criteria were determined. Both electronic and manual search of various databases resulted in a total of seven research studies. Of these, five were randomized controlled trials, one was a single group with a time-series design, and one was a single group with a pre-test and post-test design.

3.1 Recommendations derived from the selected research evidence

Patients with type 2 diabetes mellitus with depressive symptoms tend to suffer from boredom and feel distress, making them more likely to lack adherence to medical treatment plans. For example, they may not control their dietary intake, exercise, or perform necessary self-care, hence more severe diabetic symptoms and complications. (Simson et al., 2008) (Level 2). In addition, stress and depressive symptom affect the functioning of insulin, thus increasing the blood sugar levels. This can go on in a cyclic manner, and it may result from biological factors or social factors. The biological factors include heredity, previous history of depression, history of depression before developing type 2 diabetes mellitus, or effects of type 2 diabetes

mellitus on hormone levels or balance of neurotransmitters. The social factors include the roles of patients, stress caused by adherence to the treatment plan, anxiety about complications, and effects of the illness on functioning, work, and financial and social statuses, which can lead to severe or chronic stress that finally result in depressive symptoms. (Henry et al., 1997; Lustman et al., 1998)(Level 2)

A review of the selected research resulted in the contents related to the issues of psychosocial intervention for depressive symptoms in patients with type 2 diabetes mellitus which matched the issue under study. The findings of the review could lead to the following recommendations:

1) Type of intervention for patients with type 2 diabetes with depressive symptoms. Psychosocial intervention for depressive symptoms in patients with type 2 diabetes mellitus could be done individually and in groups. There were three types of interventions as follows:

1.1) Supportive therapy was appropriate for patients who had difficulty adjusting themselves at present with current diabetes mellitus condition such as complex illnesses or complications. The duration of the therapy is from three to 11 sessions, with a mean of five sessions, and with each session lasting about 30 minutes. The number of sessions depends on the problems and needs of patients such as foot syndrome (Simson et al., 2008; Stiefe et al., 2008) (Level 2).

1.2) Cognitive behavioral therapy (CBT) is appropriate for diabetic patients who have mild to moderate depressive symptoms. It emphasizes the strategies of cognitive therapy and behavioral therapy. The sessions are short and concise, with the duration lasting from four to six sessions. Each session lasts approximately 60 to 90 minutes (Henry et al., 1997; Lamers et al., 2010) (Level 2)

1.3) Cognitive behavioral therapy and management of diabetes is suitable for diabetic patients who have mild to moderate depressive symptoms. However, it emphasizes dissemination of knowledge and skills to manage the disease condition more systematically, so it is appropriate for patients with diabetes mellitus who lack knowledge and skills on self-care related to the disease and self-control skills to adhere to the treatment plan. There are about 15-16 sessions, with five sessions emphasizing knowledge and skills to manage diabetes mellitus. Each session lasts approximately 60 to 90 minutes (Lustman et al., 1998) (Level 2)

2) Instruments used to screen patients for the intervention and assessment of intervention outcomes

2.1) Instruments to assess depressive symptoms

1) The Centers for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D Scale) (Stiefel et al., 2008) (Level 2)

2) The Hamilton Depression Scale (HAM-D) (Lamers et al., 2010) (Level 2)

3) Beck Depression Inventory (BDI score) (Lustman et al., 1998) (Level 2)

4) Patient Health Question (PHQ-9) (Lamers et al., 2010) (Level 2) or the Q9 instrument of the Department of Mental Health

2.2) The instruments to measure blood sugar levels, HbA1C level, or Glycosylated (or Glycated) hemoglobin (Lustman et al., 1998; Stiefe et al., 2008) (Level 2)

3) Selection of patients with diabetes mellitus with depressive symptoms

There were patients with type 2 diabetes with depressive symptoms ranging from a mild level to a moderate level who ranged in age from 18 to 70 years old. They could be either males or females (Henry et al., 1997; Lustman et al., 1998; Lamers et al., 2010) (Level 2). They can be patients who receive or do not receive pharmacological treatment for depressive symptoms (Georgiades et al., 2007)(Level 4).

4) Qualifications of therapists

The therapists had to be professional nurses, psychiatric nurses, or health professionals who had undergone training on the selected type of interventions such as supportive psychotherapy (Simson et al., 2008; Lamers et al., 2010) (Level 2) and cognitive behavioral therapy (Henry et al., 1997; Stiefe et al., 2008) (Level 2). The therapists also had to have knowledge or undergo training on dissemination of knowledge on diabetic care because they had to provide correct knowledge and advice to patients with type 2 diabetes mellitus (Lustman et al., 1998) (Level 2).

5) Setting

The psychosocial intervention could be conducted at both the outpatient clinic of the hospital (Henry et al., 1997; Stiefe et al., 2008) (Level 2) or the inpatient department of the hospital. Mostly, the patients are admitted due to diabetic

complications tend to be in danger and to suffer from depression as well (Simson et al., 2008) (Level 2). It can also be conducted in the community especially for elderly patients who may find it inconvenient to travel to the hospital for the intervention (Lustman et al., 1998; Lamerset et al., 2010) (Level 2)

6) Types of intervention

6.1) Supportive therapy The goal of the intervention is to support and enable patients to cope with diabetic complications as well as different problems that cause emotional stress and strain such as family problems, work-related problems, problems caused by having to leave their house, etc.

Methodology

1) The therapists established relationships with the patients to create mutual trust.

2) The therapists used communication to enable the patients to identify their problems and consider how they should adjust themselves to their current problems such as family problems, work-related problems, and disease-related problems.

3) The therapists used a conversation technique and structured questioning technique with the patients and offered them guidance and empathic responses.

4) Giving encouragement and support to enhance sense of self-esteem

6.2) Cognitive behavioral therapy (CBT) The goal of the intervention is to 1) raise patients' awareness of negative cognition and relationship between cognition and behavior and make it able for the patients to adjust their cognition logically, and 2) enable patients to use systematic problem-solving process and adjust their behaviors for satisfaction and happiness.

Methodology

1) Promoting learning of cognitive techniques through:

1.1) The guided discovery stage was conducted.

1.2) The patients were taught about relationships of thoughts, emotions, and behaviors.

1.3) The cognitive restructuring was taught to ensure more varied perspectives and more realistic and positive thinking.

1.4) Promoting systematic problem-solving for self-management of problems including problems from the disease condition and different problems in life by the patients were also enabled to consider strengths and weak points of each solution before finally making the decision.

1.5) Promoting behavioral adjustment to reduce stress and mental sufferings and create satisfaction such as muscle relaxation, exercise, participation in pleasant social activities, avoidance of self-obsession or isolation, and recording good events in life (Henry et al., 1997; Lamers et al., 2010) (Level 2)

6.3) Cognitive behavioral therapy and management of diabetes shares the same goal as cognitive behavioral therapy explained in 6.2 above. However, it includes promotion of knowledge through the diabetes education program for patients who lack knowledge and skills to manage their diabetic conditions.

Methodology

1) The patients' awareness of negative cognition was raised so that the patients realized that such negative cognition existed. Then, the patients were enabled to construct alternative thought schemas which were flexible thinking and to rehearse newly developed cognition and behaviors by frequently conducting skill practice to create familiarity with positive thinking and replacing negative cognition with more correct, appropriate, and useful perspectives.

2) Conducting the diabetes education program to suit the level of knowledge and ability of each diabetic patient

3) The patients' ability to solve problems related to the disease and stressful situations was enhanced through systematic problem-solving. Their goals were set, and they also learned to consider strengths and weak points of each solution before making decisions about different issues such as dietary intake, exercise, and control of blood sugar levels. There are also planning and assessment whether the goal has been accomplished as planned, and continuous monitoring is also carried out to ensure that health behaviors can be maintained.

4) The patients' social skills and participation in social activities were also promoted through activities that caused happiness in daily living,

practice muscle relaxation skills when under stress, practice of communication skills. Homework was assigned and the patients' changes were monitored. Positive reinforcement was also given to enable patients to continue appropriate behaviors than led to happiness.

Assessment of major outcomes

Major outcomes in psychosocial intervention were levels of depressive symptoms. The same instruments used to screen the patients for participation in the program were used. The assessment was conducted as soon as the intervention ended. It was also conducted periodically after that—every one, three, six, nine, and 12 months, respectively.

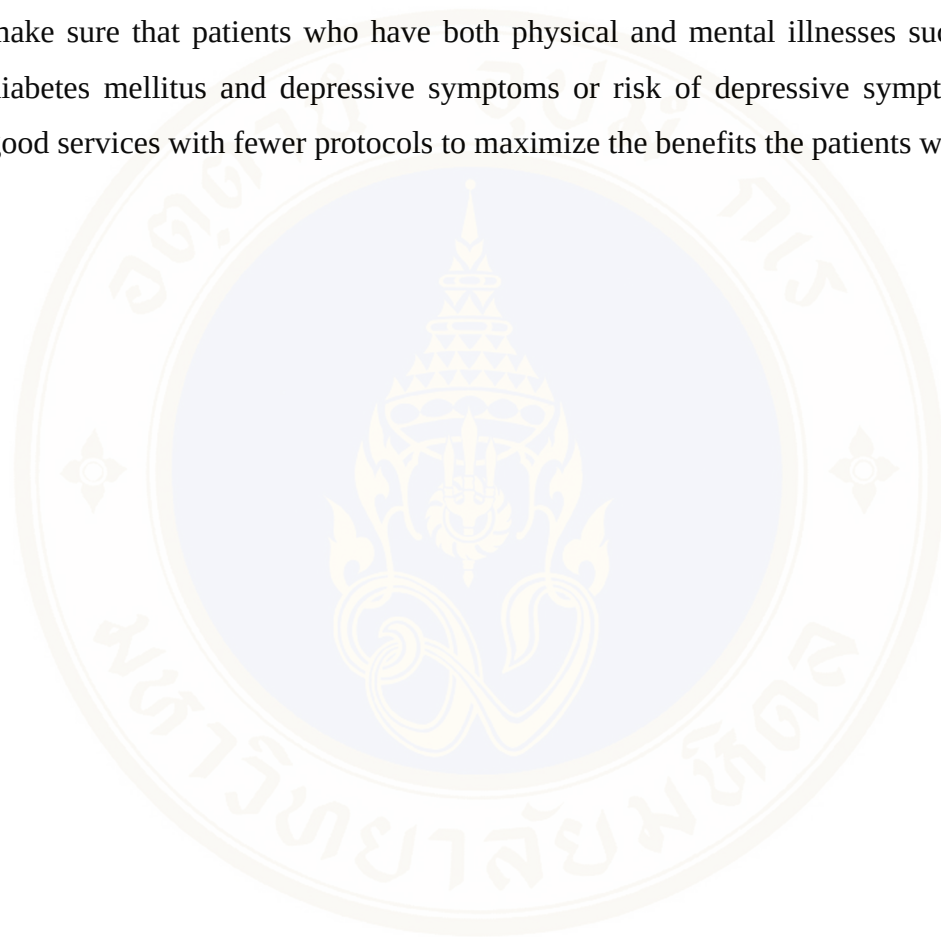
Suggestions

Based on the analysis of research-based evidence, the following recommendations can be made on the development of a clinical nursing practice guideline to reduce depressive symptoms in patients with type 2 diabetes mellitus. Based on this study finding, the following suggestion can be made:

1. This psychosocial intervention should be tried out by providing services to patients with type 2 diabetes mellitus who have depressive symptoms. Research should be continuously conducted to further improve the developed guideline and to make it suitable for each healthcare setting context to generate a more standardized and effective practice guideline.
2. The nurses who are going to implement the developed clinical nursing practice guideline need to be prepared to ensure readiness. They need to undergo additional training on cognitive behavioral therapy and receive orientation from experts. They should also be equipped with the skills necessary to promote knowledge and skills of patients with type 2 diabetes mellitus to enable them to manage their diabetic conditions by themselves.
3. The level of depressive disorders should be assessed using the depressive assessment scale which is validated and has a high level of validity and reliable so as to determine whether the patients with type 2 diabetes mellitus should

receive pharmacological treatment, psychosocial therapy, or a combination of both. Service agreement should also be made with service receivers before the intervention to ensure that they receive services that are suitable for their problems and needs.

4. Therapists have to coordinate with the multidisciplinary team and health networks, both physical and psychiatric and mental healthcare providers, to make sure that patients who have both physical and mental illnesses such as type 2 diabetes mellitus and depressive symptoms or risk of depressive symptoms receive good services with fewer protocols to maximize the benefits the patients will receive.



รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2551). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต 2551. ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ. (2546). การศึกษาและพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานบนพื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรมของท้องถิ่นอีสาน. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จินตนา ชาลิวงษ์. (2551). การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จันทิมา องค์โมฆิต. (2545). จิตบำบัดการปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เทพ หิมะทองคำ และคณะ. (2550). ความรู้เรื่องเบาหวาน ฉบับสมบูรณ์. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บริษัทวิทยพัฒน์ จำกัด.
- ธวัชชัย ลิฬหานาจ และสรยุทธ วาสิกนันทน์. (2549). ตำราโรคไตโพลาไร. กรุงเทพฯ: บริษัท บีคอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- ฟองคำ ติลกสกุลชัย. (2551). การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีการปฏิบัติ. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟรี-วัน.
- เบญจลักษณ์ มณีทอง. (2551). จิตเวชศาสตร์ในโรงพยาบาลทั่วไป เล่มที่ 1. เชียงใหม่: เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์ จำกัด.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2550). จิตเวชศาสตร์ รามาริบัติ (ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัท บีคอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. (2551). แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด (พิมพ์ครั้งที่ 2). อุบลราชธานี: ห้างหุ้นส่วนจำกัดศิริธรรมออฟเซต.
- วิชณี หัตถพนม. (2007). การใช้กระบวนการสอนงาน (Coaching) ในการพัฒนาความสามารถของพยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชนในการใช้วิธีการปรับแนวคิดและพฤติกรรมแบบประยุกต์เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 52(4), 390-401.

- สมภพ เรืองตระกูล. (2544). *ตำราจิตเวชสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป: อาการทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคทางกาย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2549). *จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 8* กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุชาติ พหลภักย์.(2524). *ความผิดปกติทางอารมณ์ พิมพ์ครั้งที่ 1* ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริกัญท์ ออฟเซ็ท.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล.(2543). *จิตเวชศาสตร์สำหรับนักศึกษาแพทย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และธนินทร์ กองสุข. (2549). *สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค องค์ความรู้โรคซึมเศร้า: ผลการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ*. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท.
- สุรางค์. ศิโรโรตม์สกุล. (ม.ป.ป.). *การเขียนอ้างอิงระบบ APA*. ห้องสมุด คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. เอกสารอัดสำเนา.
- ดวงมณี ใจรักษ์. (2549). *ทฤษฎีการให้การศึกษาและจิตบำบัดเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ: สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น).
- American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. (2004). *Diabetes Care*, 27, 5-10.
- Anderson , R. J., Freedland, K.E., Clouse, R. E., Lustman, P. J., (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: A meta-analysis. *Diabetes Care*, 24(6), 1068-1078.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emwery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: the Guilford press.
- Ciechanowski, P. S., Katon , W. J., Russo, J. E., (2006). The association of psychosocial factors and missed primary care appointments in patients with diabetes. *Gen Hosp psychiatry*, 28, 9-17.
- Ciechanowski, P. S., Katon, W. J., Russo, J. E., (2000). Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence function and costs. *Arch Intern Med*, 160(21), 3278-3285.
- Georgiades, A., Zucker, N., Friedman, E. K., Mosunic, J. C., Applegate, K., Lane, D. J., Feinglos, N. M., surwit, S. R. (2007). Changes in depressive symptoms and glycemic control in diabetes mellitus. *Psychosomatic Medicine*, 69, 235-241.

- Henry, J. L., Wilson, P. H., Bruce, D. G., Chisholm, D. J., Rawling, P. J. (1997). Cognitive – behavioural stress management for patients with Non–insulin dependent diabetes mellitus. *Psychology Health & Medicine*, 2(2), 109-118.
- Katon, W.J., Von, K.M., Lin, E.H., et al. (2004). The pathways study: a randomized trial of collaborative care in patients with diabetes and depression. *Archives General Psychiatry*, 61, 1042-1049.
- Lamers, F., Jonkers, C. C., Bosma, H., Kempen, G. J. M., Meijer, J. A., Penninx, B. W., Kottnerus, J. A., Van Eijk, J. T. (2010). A minimal psychological intervention in chronically ill elderly patient with depression: A randomized trial. *Psychotherapy and Psychosomatics Journal*, 79, 217-226.
- Lustman, P. J., Griffith, L. S., Freedland, K. E., Carney, R. M., Clouse, R. E. (1998). Cognitive behavior therapy for depression in type 2 diabetes. *American College of Physicians-American Society of Internal Med*, 59, 24 –31.
- Lustman, P.J., Groot, M. D., Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E., and Carney, R.M. (2000). Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care*, 23(7), 934-942.
- Petrak, F., Maetin, H., Kristin, P., Kai, K., et al. (2010). Cognitive behavioural therapy in elderly type 2 diabetes patients with minor depression or mild major depression (MIND-DIA-Study): Study design of a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 10: 21.
- Prestel, S., Aldenhoff, J., and Reiff, J. (2003). The HPA-axis as a possible link between depression, diabetes mellitus and cognitive dysfunction. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 71(1), 24-36.
- Simson, U., Nawarotzky, U., Friese, G., Porck, W., Schottenfeld-Naor, Y., Hahn, W.H., Scherbaum, A., & Kruse, J. (2008). Education/ psychological issues psychotherapy intervention to reduce depressive symptoms in patients with diabetic foot syndrome. *Journal compilation*, 25, 206-212.
- Stiefe, F., Zdrojewski, C., Bel Hadj, F., Boffa, D., Dorogi, Y., So, A., Ruiz, J., Jonge, P. (2008). Effects of a multifaceted psychiatric intervention targeted for the complex medically ill: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics Journal*, 77, 247-256.

- Tamburrino, M.B., Lynch, D. J., Nagel, R. W., & Smith, M. K. (2009). Primary care evaluation of mental disorders (PRIME-MD) screening for minor depressive disorder in primary care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 11(6), 339-343.
- Van, B. K. M., Pouwer, F., Cuijpers, P., et al. (2008). Web-based cognitivebehavioural therapy (W-CBT) for diabetes patients with co-morbiddepression: design of a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, (8:9),1-7.
- Waraich, P., Goldner, E. M., Somers, J. M., & Hsu, L. (2004). Prevalence and incidence studies of mood disorders: A systematic review of the literature. *Canada Journal of Psychiatric*, 49 (2), 124-138.
- World Health Organization. (2005). Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. *Facts related to chronic diseases*. Retrieved November, 2005 from <http://www.who.int/dietphysicalactivity>.
- Williams, J.W., Katon, W., Lin, E. H., Noel, P. H., et al. (2004). The effectiveness of depression caremanagement on diabetes-related outcomes in older patients. *Annal International Medicine*, 140, 1015–1024.



ภาคผนวก

เรื่องที่ 1.

ชื่อเรื่อง

Cognitive – behavioural stress management for patients with
Non– insulin dependent diabetes mellitus

ผู้แต่ง

Henry, J. L., Wilson, P. H., Bruce, D. G., Chisholm, D. J., Rawling, P. J.

แหล่งที่พิมพ์

Psychology, Health & Medicine, 2(2), 109-118. (1997).

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดด้วยวิธี Cognitive – behavioural stress management ในการลดอาการวิตกกังวล และเพิ่มการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
Settingงานวิจัย	ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ที่ศูนย์โรคเบาหวาน ของโรงพยาบาล St. Vincent เมืองซิดนีย์ ประเทศออสเตรเลีย
ทุน	ไม่พบ
สมมติฐานงานวิจัย	-
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	จากการคัดกรองผู้ป่วยที่ตรวจพบว่ามีภาวะเครียดและมีความวิตกกังวล ซึ่งแพทย์ผู้รักษาเบาหวาน ส่งมาเนื่องจาก อาจจะเป็นสาเหตุของการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน ไม่เคยรับการรักษาโดยใช้อินซูลินภายใน 6 เดือน ไม่เป็นโรคทางจิตเวช เช่น โรคจิตเภท โรคไบโพลาร์ หรือมีอาการติดยา รวมทั้งระดับ HbA1C เพิ่มขึ้นมากกว่า 10 % จากระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งคัดกรองกลุ่มตัวอย่างได้ 21 คน กลุ่มตัวอย่างออกจากการงานวิจัย 2 คนก่อนเริ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษารวม 19 คน เป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยา 16 คน และการควบคุมอาหาร (dietary therapy) 3 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 10 คน (ชาย 4 คน , หญิง 6 คน)และกลุ่มควบคุมซึ่งขึ้นบัญชีรอการบำบัด (บำบัดหลังสิ้นสุดกลุ่มทดลอง 2 สัปดาห์ หรือหลังเข้าร่วมโครงการวิจัย 8 สัปดาห์)จำนวน 9 คน (ชาย5คน,หญิง4 คน)

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้ 1. วัด Glycosylated hemoglobin (HbA1) โดยวิธี microcolumn method เพื่อวัด %ของ Glycosylated hemoglobin จาก hemoglobin ทั้งหมด ใช้สำหรับการวัดผลการควบคุมอาการโรคเบาหวาน 2. Fasting blood glucose ใช้ประเมินระดับน้ำตาลในกระแสเลือดหลังจากงดน้ำและอาหารมา 12 ชั่วโมง 3. Spielberger State-Trait Anxiety Scale เพื่อใช้วัดความวิตกกังวล (Anxiety) 4. The Beck Depressive symptoms intervention (BDI) เพื่อใช้วัดระดับความรุนแรงของอาการ ซึมเศร้า (Depressive) 5. Hassles scale เป็นแบบสอบถาม 117 ข้อ โดยให้ผู้ตอบเป็นผู้ตอบเอง เพื่อประเมินเหตุการณ์ที่เคยทำให้เกิดความเครียดระดับของความเครียดและความสามารถในการเผชิญความเครียด 6. Tension ratings and relaxation practice กลุ่มตัวอย่างจะต้องทำการบันทึกประจำวันเกี่ยวกับระดับความตึงเครียดเป็นคะแนนก่อน – หลังการปฏิบัติการผ่อนคลาย (คะแนน 11 ระดับ) 7. แบบการรวบรวมผลการประเมินในภาพรวมก่อน – หลังได้รับการรักษาบำบัด
การบำบัด (Intervention)	กลุ่มทดลอง 10 คน ได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกด้วยรูปแบบ Cognitive – behaviors therapy โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย 4 และ 6 คน บำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1.5 ชั่วโมงจำนวน 6 ครั้ง โดยมุ่งเน้นให้กลุ่มทดลองเรียนรู้ 2 เรื่องหลัก คือ 1. วิธีการจัดการภาวะเครียด (ลดความเครียดหรืออารมณ์ด้านลบ) โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (progressive muscular relaxation) ฝึกทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อในช่วงบำบัด 4 ครั้ง และให้นำไปปรับใช้ในสถานการณ์ที่รู้สึกวิตกกังวล เครียดและกล้ามเนื้อตึงตัว (tension) โดยสนับสนุนให้ทำการบ้านฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อตามเทปบันทึกเสียงและบันทึกระดับความเครียดก่อนและหลังการฝึกทักษะ 2. ฝึกทักษะการจัดการการรู้คิด (Cognitive coping skill training) โดยมีการฝึกทักษะการคิดเชิงบวกและการแก้ปัญหาเกี่ยวกับโรคเบาหวานและปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดต่างๆทั้งในช่วงบำบัดและมี

หัวข้อ	รายละเอียด
	การให้การบ้านระหว่างสัปดาห์ เรียนรู้เกี่ยวกับ เทคนิคการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียด ฝึกการสังเกต และบันทึกว่าเหตุการณ์ใดทำให้เกิดความเครียด เช่นการพูดกับตนเองด้านลบ การคิด เกี่ยวกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด และเรียนรู้การปรับความคิดด้านลบและการพูดกับตนเองด้านบวก การเรียนรู้และฝึกทักษะการใช้กระบวนการแก้ปัญหาในการจัดการสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยการเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหา ต่างๆ และพิจารณาจุดอ่อนจุดแข็งของแต่ละทางเลือก ปัญหาต่างๆเช่นปัญหาการสื่อสารกับทีมสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การควบคุมเบาหวาน ปัญหาความขัดแย้งด้านสัมพันธภาพ เป็นต้น
ระเบียบวิธีวิจัย	The experiment consisted of a 2×2 (treatment $\times$ Occasions) design
ระดับของงานวิจัย	ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ = II
ผลการวิจัย	- พบว่าก่อนการทดลอง ตัวแปรที่ศึกษา ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน - พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดวัดโดย HbA1c หลังได้รับการบำบัดของกลุ่มทดลองลดลง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.01$ และ < 0.05 ตามลำดับ - พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดวัดโดย Blood glucose หลังได้รับการบำบัดของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม แต่แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P = 0.05$ - พบว่าระดับความวิตกกังวล ซึ่งวัดโดย Spielberger State-Trait Anxiety Scale หลังได้รับการบำบัดของกลุ่มทดลองต่ำกว่า ก่อนการทดลอง และ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.01$ - พบว่าอาการซึมเศร้า ซึ่งวัดโดย The Beck Depressive symptoms intervention (BDI) หลังได้รับการบำบัดของกลุ่มทดลองต่ำกว่า ก่อนการทดลอง และ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.01$ และ < 0.05 ตามลำดับ

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้	ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธี Cognitive – behavioural stress management มีผลในการลดภาวะความเครียด ความวิตกกังวล และลดภาวะซึมเศร้าในช่วง 8 สัปดาห์หลังเริ่มต้นการบำบัด แต่ผลการลดระดับน้ำตาลในเลือดยังได้ผลไม่แน่นอน และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อยและวัดผลในระยะสั้นคือ ให้การบำบัด 6 ครั้งใน 6 สัปดาห์และวัดผล 2 สัปดาห์หลังสิ้นสุดการบำบัด
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	- งานวิจัยตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกคือมีผลในการลดภาวะความเครียดและความวิตกกังวล ลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน - พยาบาลสามารถนำมาเป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อลดอาการซึมเศร้าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินได้แต่ต้องมีประสบการณ์และผ่านการฝึกและควบคุมกำกับจากผู้เชี่ยวชาญจึงสามารถปฏิบัติได้ - กระบวนการเก็บข้อมูลสามารถนำมาใช้ได้จริงในคลินิกได้โดยที่กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีอาการของโรคซึมเศร้าและมีการประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน BDI
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	เป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพ ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงทดลอง แต่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก โดยที่ลักษณะประชากร ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันและมีความน่าเชื่อถือ กล่าวคือ 1. งานวิจัยเรื่องนี้ตีพิมพ์ใน Psychology, Health&Medicine ในปี 1997 เป็นวารสารที่มีชื่อเสียง มีความเฉพาะด้านจิตวิทยากับโรคทางอายุรศาสตร์ 2. งานวิจัยนี้วิจัยโดยคณะผู้วิจัยที่มีคุณวุฒิทางการศึกษาและปฏิบัติงานในหน่วยงานที่น่าเชื่อถือ แต่ไม่ได้บอกแหล่งทุนวิจัย 3. ชื่อเรื่องแสดงให้เห็นกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมีการระบุตัวแปรต้น Cognitive – behavioural stress management ไม่ได้บอกตัวแปรตามและชื่อเรื่องไม่ทราบวิธีการศึกษา 4. คุณภาพงานวิจัย - มีการระบุปัญหาของงานวิจัยคือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมีความเสี่ยงสูงที่เกิดภาวะความเครียดและความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

หัวข้อ	รายละเอียด
	รวมทั้งระดับน้ำตาลในเลือด - ระบุวัตถุประสงค์ของการวิจัยคือ เพื่อศึกษาการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดด้วยวิธี Cognitive – behavioural stress management ในการลดอาการวิตกกังวลและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อย่างไรก็ตามในวัตถุประสงค์และสมมติฐานของการวิจัยไม่ได้กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าแต่มีการสังเคราะห์ข้อมูลและรายงานผลภาวะซึมเศร้าด้วย - มีการทบทวนวรรณกรรมที่สนับสนุนสมมติฐานของงานวิจัย - มีการระบุประชากรเป้าหมาย และวิธีสุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์อย่างชัดเจน มีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และระบุเกณฑ์ในการคัดออกอย่างชัดเจน มีการระบุจำนวนผู้เข้าร่วมการบำบัดก่อนให้การบำบัดและเมื่อสิ้นสุดการบำบัด มีการระบุว่าการวิจัยเป็นแบบ The experiment consisted of a 2×2(treatment × Occasions) design โดยการสุ่ม เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และวัดก่อนหลังทดลอง - ผู้เข้าร่วมโครงการได้รับการอธิบายเมื่อตกลงเข้าร่วมโครงการจึงลงชื่อยินยอม แต่ไม่ได้ระบุวิธีการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย และโครงการไม่ได้ระบุผ่านการรับรองจริยธรรม - มีการใช้แบบวัดในการประเมินผลลัพธ์เหมาะสมคือ - สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสมกับระดับการวัดผลลัพธ์คือ The Bonferroni correction to avoid inflation - ผลการวิจัยสามารถตอบวัตถุประสงค์ของงานวิจัยได้
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ	1. การประยุกต์ความรู้สู่การปฏิบัติจริง (Transferability of the finding) สามารถนำความรู้ที่ได้จากการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำไปปรับใช้ในหน่วยงานได้เนื่องจากมีลักษณะผู้ป่วยเช่นเดียวกัน 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง(Feasibility of implementation) จากสถานการณ์ของโรงพยาบาลขณะนี้ยังไม่มีแนวทางในการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการของโรคซึมเศร้าที่ชัดเจน ซึ่งงานวิจัยฉบับนี้มีรูปแบบในการทำจิตบำบัดแบบ Cognitive behavior therapy สามารถลดภาวะความเครียด ความวิตกกังวล

หัวข้อ	รายละเอียด
	และลดภาวะซึมเศร้าให้กับผู้ป่วยเบาหวานได้ ซึ่งพยาบาลผู้บำบัดต้องได้รับการฝึกทักษะการทำจิตบำบัดแบบ Cognitive behavior therapy สำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า มีแนวโน้มที่จะนำการบำบัดจากงานวิจัยนี้ไปใช้ในหน่วยงานได้
	3. ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-Benefit Ratio) เป็นการบำบัดระยะสั้น ช่วยลด ความเครียด ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยได้ซึ่งจะช่วยให้อาการผู้ป่วยสามารถปรับตัวและมีกำลังใจในการดูแลตนเองและปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดีขึ้น ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อการรักษาโรคเบาหวานแม้จะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการบำบัด CBT แต่มีผลระยะยาวในการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยเบาหวานได้ดีขึ้น

เรื่องที่ 2.

ชื่อเรื่อง	Cognitive Behavior Therapy for Depression in Type 2 Diabetes Mellitus
ผู้แต่ง	Lustman, P.J., Griffith, L.S., Freedland, K.E., Kissel, S.S., & Clouse, R.E.
แหล่งที่พิมพ์	American College of Physicians-American Society of Internal Medicine, 129, 613-621. (1998).

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	- เพื่อประเมินประสิทธิผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่เป็นโรคซึมเศร้า - ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้ากับการควบคุมน้ำตาล
ทุน	The American Diabetes Association and The National Institute of Mental Health
สมมติฐานงานวิจัย	1. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองหายจากอาการซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับเบาหวานเพียงอย่างเดียว เมื่อรักษาโดยการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน (Supportive diabetes education) 2. การควบคุมน้ำตาลได้ดีขึ้นมีความสัมพันธ์กับการไม่มีอาการซึมเศร้า

หัวข้อ	รายละเอียด
Setting งานวิจัย	ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของ Washington University School of Medicine ประเทศสหรัฐอเมริกาและหน่วยบริการปฐมภูมิเซนต์หลุยส์ และมิสซูรี และโชนาร์บสมักรในสื่อต่างๆ
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	ทำการคัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินชนิดที่ 2 อายุระหว่าง 21-70 ปีและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินและเป็นโรคซึมเศร้าและถูกประเมินด้วย Beck Depression Inventory (BDI) ได้คะแนนไม่น้อยกว่า 14 คะแนน เกณฑ์การคัดออกกรณีที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย มีความคิดฆ่าตัวตาย มีประวัติ เป็นโรค panic disorder, bipolar depression, or any psychotic disorder, ปัจจุบันใช้ substance abuse disorder เช่นไบอินยอมเข้าร่วมวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจากผู้สมัครจำนวน 135 คนไม่ผ่านเกณฑ์ในการคัดเลือก 84 คน (62.2%) {มีคะแนน BDI score ต่ำกว่า 14 คะแนน 37 คน (44%) มีโรคจิตอื่นร่วมด้วย 22 คน (26.2%) ได้รับยาทางจิต 15 คน (17.9%)} และเหตุผลอื่น ๆ 10 คน (11.9%)} เข้าเกณฑ์ในการคัดเลือก 51 คน (37.8%) เป็นกลุ่มทดลอง (CBT) 25 คน กลุ่มควบคุม 26 คน Dropout ระหว่างเข้าโปรแกรม 9 คน อยู่ในกลุ่มทดลองที่ได้รับ CBT 5 คน อยู่ในกลุ่มควบคุม 4 คน เหลือกลุ่มตัวอย่างอยู่ครบ 10 สัปดาห์ 42 คน อยู่ในกลุ่มทดลอง 20 คน เป็นกลุ่มควบคุม 22 คน ระยะติดตามผล 6 เดือน กลุ่มควบคุม Dropout ออกไปอีก 1 คน ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	- ใช้เครื่องมือ The National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule (DIS) เพื่อคัดเลือกผู้ป่วย major depression เข้าร่วมการวิจัย - เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ - ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าด้วย แบบประเมิน Beck Depression Inventory (BDI score) โดยใช้ 21 ข้อ คะแนน ข้อละ 0-3 คะแนน และคะแนนคัดเข้าต้องไม่น้อยกว่า 14 คะแนน - Assessment of diabetes - ใช้ The Pierce Glyco-Test ตรวจวัดระดับ Glycosylated hemoglobin

หัวข้อ	รายละเอียด
	(GHb) เพื่อประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยในระยะเวลา 120 วันก่อนเข้าร่วมศึกษา
การบำบัด (Intervention)	- ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาจะได้รับการฝึกใช้ glucometer และประเมินเป็นเวลานาน 1 สัปดาห์ หลังจากนั้นจะถูกสุ่มเข้ากลุ่ม ซึ่งการสุ่มจะสุ่มด้วย computer algorithm จะไม่มีผู้ใดทราบว่าตนถูกสุ่มเข้ากลุ่มใด - ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทุกคนจะเข้าร่วมใน supportive diabetes education program โดยพบกันครั้งละ 1 ชั่วโมง 2 สัปดาห์ต่อครั้ง เป็นเวลา 10 สัปดาห์เช่นกันจากผู้สอนที่ผ่านการฝึกอบรมการสอนผู้ป่วยเบาหวาน (certified diabetes educator) เกี่ยวกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานในหัวข้อต่างๆ รวมถึงการกินอาหาร การออกกำลังกาย การสนับสนุนควบคุมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทุกคนจะได้รับการสอนอย่างเป็นระบบและได้รับความรู้ตามปัญหาและความต้องการ ของผู้ป่วย - กลุ่มทดลองจะได้รับการบำบัด CBT เพิ่มจากการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน 1 ชั่วโมง/ สัปดาห์ นาน 10 สัปดาห์ จากนักจิตวิทยาซึ่งได้รับใบอนุญาตบำบัดตามหลักการของ cognitive therapist ในการให้การบำบัด CBT โดยการให้การบำบัด CBT ในผู้ป่วยซึมเศร้าประกอบด้วย 1. ใช้กลยุทธ์พฤติกรรมบำบัดเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและการออกกำลังกายที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจ 2. การใช้กระบวนการแก้ปัญหาเพื่อจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดต่างๆ 3. เทคนิคการรู้คิดเพื่อระบุแบบการคิดที่บิดเบือนหรือรูปแบบการคิดที่ไม่เหมาะสมและแทนที่ด้วย ความคิดถูกต้อง เหมาะสมมากกว่า และเป็นมุมมองที่มีประโยชน์ - หลังจากสิ้นสุดระยะเวลาการรักษา 10 สัปดาห์จะมีการประเมินผลทันทีและติดตามประเมินผลอีก 1 ครั้งหลังการบำบัด 6 เดือน - หลังการบำบัด 10 สัปดาห์ ถ้าผู้ป่วยที่ยังคงมีคะแนน BDI score มากกว่าหรือเท่ากับ 10 จะถูกส่งไปยังแพทย์เพื่อรับการรักษาด้วยยารักษา

หัวข้อ	รายละเอียด
	โรคซึมเศร้า หรือส่งพบนักจิตบำบัด (psychotherapist)
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized Controlled Trial
ระดับของงานวิจัย	ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ = II
ผลการวิจัย	หลังสิ้นสุดการบำบัดทันทีที่ระยะ 10 สัปดาห์ 1. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองไม่มีอาการซึมเศร้า (remission คือคะแนน BDI น้อยกว่าหรือเท่ากับ 9) 85.0% [17 ใน 20คน] กลุ่มควบคุมไม่มีอาการซึมเศร้า 27.3% [6 ใน 22คน]; และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ คือ แตกต่างกัน 57.7 % [95% CI, 33 - 82 %]; $P < 0.001$) 2. กลุ่มทดลองอาการดีขึ้น (คะแนน BDI ลดลงมากกว่า 50%) (80.0% [16 ใน 20คน] กลุ่มควบคุมอาการดีขึ้น 36.4% [8 ใน 22คน]; และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ คือ แตกต่างกัน 43.6 % [CI, 17 - 71 %]; $P < 0.001$). 3. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับคะแนนซึมเศร้ากับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า - ผู้ป่วย 11 คนที่ยังมีอาการซึมเศร้า (คะแนนBDI มากกว่า 14) ไม่สามารถ ควบคุมระดับน้ำตาลได้ - ผู้ป่วย 18 คนที่ไม่มีอาการซึมเศร้า (คะแนนBDI น้อยกว่า 9) สามารถ ควบคุมระดับน้ำตาลได้ - ผู้ป่วยกลุ่มที่ยังมีอาการซึมเศร้ามีระดับน้ำตาล 10.9%;(GHb levels) สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการซึมเศร้า 8.5% ($P = 0.003$) หลังสิ้นสุดการบำบัด 6 เดือน 1.จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มทดลองไม่มีอาการซึมเศร้า (remission คือคะแนน BDI น้อยกว่าหรือเท่ากับ 9) 70.0% [14 ใน 20คน] มากกว่าจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมซึ่งไม่มีอาการซึมเศร้า 33.3% [7ใน 21คน]; และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ คือ แตกต่างกัน 36.7 % [95% CI, 9 - 65%]; $P < 0.03$) 2.กลุ่มทดลองอาการดีขึ้น (คะแนน BDI ลดลงมากกว่า 50%) 70.0% [14 ใน of 20คน] มากกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งอาการดีขึ้น 38.1% [8 ใน 21คน]; แตกต่างกัน 31.9 % [CI, 3.0 - 60%]; $P < 0.04$). 3.ความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้ากับการควบคุมน้ำตาล พบว่า

หัวข้อ	รายละเอียด
	- ผู้ป่วย 11 คนที่มีอาการซึมเศร้า (คะแนนBDI มากกว่า 14) ไม่สามารถ ควบคุมน้ำตาลได้ - ผู้ป่วย 18 คนที่ไม่มีอาการซึมเศร้า (คะแนนBDI น้อยกว่า 9) สามารถ ควบคุมน้ำตาลได้ ผู้ป่วยกลุ่มที่ยังมีอาการซึมเศร้า มีระดับน้ำตาล 12.1%(GHb levels) สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการซึมเศร้า 9.2 % ($P = 0.006$) - หลังสิ้นสุดการบำบัดทันที กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลไม่ต่างกัน แต่ผลการทดลอง 6 เดือนกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม(8.5% compared with 10.9%; $P=0.003$)
การสรุปเพื่อนำไปใช้	- การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) สามารถลดอาการซึมเศร้า และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น โดยให้ supportive diabetes education program จากผู้ที่มีความรู้และทักษะในการสอนเรื่องโรคเบาหวาน (certified diabetes educator) จำนวน ชั่วโมงในการสอน 1 ชั่วโมง 2 สัปดาห์ต่อ 1 ครั้ง เป็นเวลา 10 สัปดาห์ร่วมกับการบำบัด CBT จำนวน ชั่วโมงในการบำบัด 1 ชั่วโมง/ สัปดาห์ นาน 10 สัปดาห์ จากนักจิตวิทยาที่ได้รับใบอนุญาตบำบัดตามหลักการของ cognitive therapistในการให้การบำบัด CBT โดยการให้การบำบัด CBT ในผู้ป่วยซึมเศร้า - ผู้ป่วยที่อาการซึมเศร้าลดลง (ไม่มีอาการซึมเศร้า) สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	- งานวิจัยตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกคือต้องการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินด้วยการใช้จิตสังคมบำบัด - งานวิจัยมีการทดสอบสมมติฐานที่มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกคือการรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการซึมเศร้าเพื่อประเมินประสิทธิภาพของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน สำหรับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน งานวิจัยนี้พยาบาลสามารถนำมาปฏิบัติเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินได้แต่ต้องมีประสบการณ์และผ่านการฝึกจากผู้เชี่ยวชาญจึงสามารถปฏิบัติได้

หัวข้อ	รายละเอียด
	- กระบวนการบำบัดก่อนข้างยาว อาจมีปัญหาการออกจากโปรแกรมก่อนเวลา ในการศึกษาพบว่ามีกลุ่มทดลองเข้าร่วมการบำบัด 25 คน Dropout 5 คน (20%) กลุ่มควบคุม 26 คน dropout 4 คน (15.4%) ซึ่งหากนำมาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติจริงควรหาแนวทางป้องกันการออกจากการบำบัดก่อนเวลาจึงจะสามารถให้ผลอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	เป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพเนื่องจาก 1. งานวิจัยเรื่องนี้ตีพิมพ์ใน American College of Physicians-American Society of Internal Medicine วารสารที่มีชื่อเสียง คณะผู้วิจัย ปฏิบัติงานอยู่ที่ Washington University School of Medicine ซึ่งทำวิจัยเป็นคณะมีคุณวุฒิทางการศึกษาและปฏิบัติงานในหน่วยงานที่น่าเชื่อถือ 2. งานวิจัยนี้ได้รับทุนทำการวิจัยจาก The American Diabetes Association and The National Institute of Mental Health และผ่านการรับรองการวิจัยในมนุษย์ จาก Washington University School of Medicine 3. ชื่อเรื่องแสดงให้เห็นกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าทราบดีว่าแปรที่ใช้ในงานวิจัยซึ่งตัวแปรต้นคือการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ส่วนตัวแปรตามคือผลที่ได้จากการรักษาด้วยวิธีการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) และระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน 4. คุณภาพงานวิจัย - มีการระบุปัญหาและเหตุผล ที่ทำให้ต้องทำวิจัยอย่างชัดเจนว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเปลี่ยนแปลงและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานลดลง - มีการระบุวัตถุประสงค์ ว่าเพื่อประเมินประสิทธิภาพของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน สำหรับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานและประเมินความสัมพันธ์ระหว่างการหายป่วยด้วยอาการซึมเศร้ากับการควบคุมน้ำตาลได้ดีขึ้น - มีการระบุประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ชัดเจนคือทำการคัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินชนิดที่ 2 อายุระหว่าง 21-70 ปีและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินและมีอาการซึมเศร้า

หัวข้อ	รายละเอียด
	ด้วย แบบประเมิน Beck Depression Inventory (BDI) ได้คะแนนไม่น้อยกว่า 14 คะแนน - รูปแบบการวิจัยมีการระบุว่าเป็นการวิจัยแบบ Randomized controlled trial ใช้วิธีลดอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อนโดยการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม - สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสมกับระดับการวัดผลลัพธ์ คือ(ANCOVAs)
แนวโน้มนที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ	1. การประยุกต์ความรู้สู่การปฏิบัติจริง (Transferability of the finding) สามารถนำไปใช้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ในการลดอาการซึมเศร้าไปใช้ในการให้การบำบัดผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่พึงอินซูลินได้ เนื่องจากผู้ป่วยในหน่วยงานมีทั้งผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าระดับน้อยและมีอาการมากถึงขั้นเป็นโรคซึมเศร้าเช่นการศึกษานี้ 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) การบำบัดสามารถนำมาปรับใช้ในหน่วยงานเนื่องจากหน่วยงานมีนโยบายในการบำบัดอย่างครอบคลุมทั้งปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้รับบริการ แต่พยาบาลผู้บำบัดต้องมีการเตรียมความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานหรืออาจเป็นพยาบาลคนละคนกับผู้บำบัดอาการซึมเศร้าก็ได้ และผู้บำบัดเพื่อลดอาการซึมเศร้าต้องผ่านการอบรมการบำบัด CBT เพื่อลดอาการซึมเศร้ามาก่อนจึงสามารถนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริงได้ 3. ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-Benefit Ratio) เป็นการบำบัดที่ต้องใช้ระยะเวลานาน ต้องใช้ผู้มีความรู้และทักษะเฉพาะทั้งในเรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการบำบัดผู้มีอาการซึมเศร้าโดยใช้การบำบัด CBT แต่ผลการบำบัดสามารถช่วยให้ผู้ป่วยไม่มีอาการซึมเศร้าและช่วยให้ระดับน้ำตาลดีขึ้น ชัดเจน ซึ่งการใช้การบำบัดรูปแบบนี้หน่วยงานต้องเสียค่าใช้จ่ายในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร แต่จะให้ประโยชน์ในระยะยาวจากการลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงได้

เรื่องที่ 3.

ชื่อเรื่อง

Changes in depressive symptoms and glycemic control in diabetes mellitus

ผู้แต่ง

Georgiades, A., Zucker, N., Friedman, E. K., Mosunic, J. C., Applegate, K., Lane, D. J., Feinglos, N. M., Surwit, S. R.

แหล่งที่พิมพ์

Psychosomatic Medicine, 69:235–241 (2007)

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ภายหลังทำการบำบัด CBT ส่งผลต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน Type 1 และ Type 2 แตกต่างกันในช่วงการติดตามผล 12 เดือน
Settingงานวิจัย	ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสุขภาพในมหาวิทยาลัย Duke University
ทุน	ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก the National Institute of Diabetes, Digestive, and Kidney Diseases and by the General Clinical
สมมติฐานงานวิจัย	- ผู้ป่วยเบาหวาน Type 1 ไม่มี residual insulin ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจจะไวต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง โดยเฉพาะการทำตามแผนการรักษา
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปจากการคัดกรองจากผู้ป่วยที่เข้ารับการคัดกรอง ทั้งหมด 543 คน ผ่านการคัดกรอง ภาวะซึมเศร้า Beck Depression Inventory (BDI) ซึ่งมีคะแนนภาวะซึมเศร้ามากกว่า 10 คะแนนจำนวน 168 คน มีปัญหาเรื่องมีโรคร่วมและปัญหาต่างๆ เช่นไม่สะดวกในการเดินทางเหลือผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการวิจัย 90 คน แบ่งเป็น ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 จำนวน 28 คน และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 62 คน At baseline, 14 patients (Type 1 diabetes, $n = 6$; Type 2 diabetes, $n = 8$) received pharmacologic treatment for depression. -เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากกรวิจัย ประกอบด้วย 1. มีประวัติติดสารเสพติด 2. มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิต ที่มีใช้ภาวะซึมเศร้า 3. กำลังได้รับยากกลุ่ม Corticosteroid หรือยากล่อมประสาท 4. มีประวัติเกี่ยวกับความผิดปกติของตับและไต

หัวข้อ	รายละเอียด
	5.อยู่ในภาวะการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย 6.มีประวัติการเจ็บป่วยทางระบบประสาทหรือสมองขาดเลือด 7.มีความคิดในการฆ่าตัวตาย 8.มีภาวะทางจิต หรือภาวะซึมเศร้าที่อาจจะต้องได้รับการดูแลรักษา ทางด้านจิตประสาทมีผู้ป่วยจำนวน 65 คนที่ได้รับการทำ CBT ครบ 12 สัปดาห์
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	- โดยใช้เครื่องมือ 21-item BDI (Psychological Corporation, Orlando, Florida) ในการประเมินคัดกรองผู้ป่วยโดยตลอดการรับการรักษาจะมีการประเมินอย่างต่อเนื่องทุก 2 สัปดาห์นับจากเริ่มต้นการรักษาจนกว่าจะสิ้นสุดการศึกษา - Hamilton depression scale (HAM-D) ในการประเมินก่อน intervention และมีการประเมินติดตามผลด้วยแบบวัด ทุก 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน - การตรวจวัด HbA1c ผู้ป่วยที่ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c
การบำบัด (Intervention)	ทำการศึกษาในเวลา 14 สัปดาห์ โดยทำการบำบัด Cognitive Behavior Therapy ทั้งหมด 16 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ในช่วง 2 สัปดาห์แรกทำ 2 ครั้ง/สัปดาห์ และหลังจากนั้นทำ 1 ครั้ง/สัปดาห์ จนครบ 16 ครั้ง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเล็กๆ ประมาณกลุ่มละ 5-8 คน นำกลุ่มโดยนักจิตวิทยา การบำบัดใช้รูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของ Beck และคณะ (ค.ศ. 1979) และประยุกต์เพื่อเน้นการจัดการกับภาวะของโรคเบาหวานโดยเฉพาะ ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ได้มีการตรวจสอบและควบคุมเป็นอย่างดี ผู้ป่วยจะได้รับการสอนเรื่องกระบวนการตีความข้อมูลข่าวสารที่บิดเบือนคลาดเคลื่อนไป มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับพฤติกรรมและอารมณ์ ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการสอนให้ใช้ความคิดที่มีหลักฐานสนับสนุนในการประเมินตัดสินข้อมูลข่าวสารต่างที่ได้รับเข้ามา และใช้ทางเลือกใหม่ในการอธิบายเหตุการณ์ต่างๆ ที่ทำให้เกิดความทุกข์ ตลอดการบำบัดจะนำการตีความเหตุการณ์ที่สัมพันธ์กับการจัดการกับภาวะเบาหวานเข้ามาเป็นแนวทางในการทำกิจกรรมการตรวจสอบติดตามความคิด (ตัวอย่างเช่น การตีความว่าการระดับน้ำตาล

หัวข้อ	รายละเอียด
	ในเลือดสูงเป็นความล้มเหลวของฉันท) นอกจากนั้นผู้เข้าร่วมการวิจัยยังได้ทักษะการสื่อสาร, การแก้ปัญหา และการตั้งเป้าหมาย การเข้ากลุ่มแต่ละครั้งจะเริ่มขึ้นด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การบ้านที่ได้รับมอบหมายให้ไปติดตามความคิดและเรื่องอื่นๆ และปิดกลุ่มด้วยการให้การบ้านตามเป้าหมายใหม่
ระเบียบวิธีวิจัย	One- group with a time-series design
ระดับของงานวิจัย	ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ = 4
ผลการวิจัย	- การวัดผลก่อนและหลังการบำบัด วัดซ้ำทุก 3 เดือน จนครบปี โดยมีตัวแปรเหล่านี้เป็น covariates (BMI, daily calorie intake, and self-care scores for diet and exercise.) - ระดับน้ำตาลหลังการบำบัด วัดโดย HbA1c ($F(4,220) = 0.35, p = .85$) และ fasting blood glucose ($F(4,218) = 0.66, p = .62$) ไม่แตกต่างจากก่อนการบำบัด - ระดับน้ำตาลระหว่าง เบาหวาน Type 1 and Type 2 ไม่แตกต่างกัน และ HbA1c ($F(4,217) = 0.38, p = .82$) or fasting glucose ($F(4,212) = 0.31, p = .87$) ไม่แตกต่างจากก่อนการบำบัด - ระดับอาการซึมเศร้าหลังการบำบัด วัดโดย BDI score แตกต่างจากก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(4,222) = 26.0, p = .0001$) - ระดับอาการซึมเศร้าหลังการบำบัด วัดโดย HAM-D แตกต่างจากก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ก่อนทดลอง ค่าเฉลี่ย 9.8 ± 5.8 หลังทดลอง 3 เดือนค่าเฉลี่ย 3.6 ± 4.2 paired t test, $p < .001$)
การสรุปเพื่อนำไปใช้	- หลังทำการศึกษาประมาณ 14 สัปดาห์ โดยได้รับการบำบัด Cognitive Behavioral Therapy ทั้งหมด 16 ครั้งครั้งละ 90 นาที ในช่วงแรก ทำ 2 ครั้ง/สัปดาห์ ในช่วง 2 สัปดาห์แรก และหลังจากนั้นจนครบ 16 ครั้งพบว่าสามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าได้อย่างน้อย 12 เดือน โดยใช้เครื่องมือ 21-item BDI (Psychological Corporation, Orlando, Florida) ในการประเมินคัดกรองผู้ป่วย และประเมินต่อเนื่อง 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน

หัวข้อ	รายละเอียด
ความสอดคล้อง กับประเด็น ปัญหาทางคลินิก	- งานวิจัยตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกคือต้องการลดอาการซึมเศร้าแต่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานด้วยวิธีการทำจิตบำบัด CBT - สมมติฐานของงานวิจัยสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกคือผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยได้รับการทำ CBT จะมีการซึมเศร้าลดลง - งานวิจัยนี้พยาบาลสามารถนำมาปฏิบัติเพื่อลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานด้วยวิธีการทำจิตบำบัด CBT เนื่องจากพยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วย และพยาบาลจิตเวชที่ผ่านการฝึกอบรมการบำบัดรูปแบบ CBT สามารถให้การบำบัดผู้ป่วยได้ - กระบวนการเก็บข้อมูลสามารถนำมาใช้จริงในคลินิกได้เนื่องจากหน่วยงานสามารถคัดกรองอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานได้
การมีความหมาย หรือมีคุณค่าใน เชิงของศาสตร์	1. เป็นการวิจัยแบบ One- group with a time-series design ซึ่งถือว่าเป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพ 2. งานวิจัยเรื่องนี้ตีพิมพ์ใน Psychosomatic Medicine ในปี 2007 คณะผู้วิจัยที่มีคุณวุฒิการศึกษาและปฏิบัติงานอยู่ที่ the Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Duke University Medical Center ซึ่งเป็นหน่วยงานที่น่าเชื่อถือ งานวิจัยนี้ได้รับทุนทำการวิจัยจาก The National Institute of Diabetes, Digestive, and Kidney Diseases and by the General Clinical 3. ชื่อเรื่องแสดงให้เห็นกลุ่มตัวอย่างคือ การเปลี่ยนแปลงของอาการซึมเศร้าที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานใน 12 เดือน 4. คุณภาพงานวิจัย - มีการระบุปัญหาและเหตุผล ที่ทำให้ต้องทำวิจัยอย่างชัดเจนอาการซึมเศร้าที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน - มีการระบุวัตถุประสงค์ ว่าเพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของอาการซึมเศร้าที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานใน 12 เดือน

หัวข้อ	รายละเอียด
	- ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัด CBT สามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าได้อย่างน้อย 12 เดือน แต่ไม่มีผลต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือด - มีการทบทวนวรรณกรรมที่สนับสนุนสมมติฐานของงานวิจัยซึ่งพบว่างานวิจัยที่ผ่านมาทั้งสนับสนุนและคัดค้านสมมติฐาน - มีการระบุประชากรเป้าหมาย เป็นการเข้ามาโดยสมัครใจมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และระบุเกณฑ์ในการคัดออกอย่างชัดเจน มีการระบุจำนวนผู้เข้าร่วมการบำบัดก่อนให้การบำบัดและเมื่อสิ้นสุดการบำบัด - ผู้เข้าร่วมโครงการได้รับการอธิบายเมื่อตกลงเข้าร่วมโครงการจึงเซ็นยินยอม แต่ไม่ได้ระบุวิธีการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย และโครงการไม่ได้ระบุว่าผ่านการรับรองจริยธรรม - มีการใช้แบบวัดในการประเมินผลลัพธ์เหมาะสมคือใช้แบบโดยใช้เครื่องมือ 21-item BDI (Psychological Corporation, Orlando, Florida) และมีการประเมินคัดกรองผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทุก 2 สัปดาห์นับจากเริ่มต้นของการรักษาจนกว่าจะสิ้นสุดการศึกษา ใช้เครื่องมือ Hamilton depression scale (HAM-D) ในการประเมินก่อน intervention และมีการประเมินติดตามผลด้วยแบบวัดและ ตรวจวัด HbA1C ผู้ป่วย ทุก 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน - สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสมกับระดับการวัดผลลัพธ์ที่ต้องการเปรียบเทียบจำนวนหรือความถี่ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานระหว่างกลุ่มว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ - มีการให้ข้อเสนอแนะของการนำไปปฏิบัติที่อยู่ภายใต้ขอบเขตของข้อค้นพบจากการวิจัยคือ การบำบัด CBT เหมาะสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการซึมเศร้า
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ	1. การประยุกต์ความรู้สู่การปฏิบัติจริง (Transferability of the finding) สามารถนำความรู้ที่ได้จากการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำไปใช้โดยกลุ่มประชากรในหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นผู้ป่วยผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีอาการของโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกับผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของหน่วยงานและสามารถลดอาการของโรคซึมเศร้าของผู้

หัวข้อ	รายละเอียด
	เบาหวานด้วยวิธีการทำจิตบำบัด CBT และเน้นการจัดการกับภาวะของโรคเบาหวานโดยเฉพาะ 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) พยาบาลที่มีทักษะการบำบัด CBT สามารถนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานโดยที่พยาบาลต้องผ่านการฝึกอบรมการทำจิตบำบัด CBT มาก่อนและมีความรู้เรื่องในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มี ทักษะการสื่อสาร, การแก้ปัญหา และการตั้งเป้าหมาย เพื่อให้การบำบัดกับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล 3. ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-Benefit Ratio) การบำบัดรูปแบบนี้สามารถลดค่าการซึมเศร้าได้ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสนใจในการดูแลตนเองและปฏิบัติตามแผนการรักษามากขึ้น ซึ่งหน่วยงานไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มในการบำบัดทางจิตสังคม แต่สามารถลดค่าการซึมเศร้าในผู้ป่วยได้

เรื่องที่ 4.

ชื่อเรื่อง

การใช้กระบวนการสอนงาน (Coaching) ในการพัฒนาความสามารถของพยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชนในการใช้วิธีการปรับแนวคิดและพฤติกรรมแบบประยุกต์ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2

ผู้แต่ง

วัชนิ หัตถพนม

แหล่งที่พิมพ์

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย , 52(4), 390-401 (2007)

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่อทดลองใช้กระบวนการสอนงานพัฒนาความสามารถของพยาบาล
การวิจัย	ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) ในการใช้วิธีการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบประยุกต์ (Cognitive Behavioral Therapy หรือ CBT) เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน type 2 ที่อาศัยอยู่ในชุมชน
Setting งานวิจัย	หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ในเขตอำเภอเมืองและรอบนอกของจังหวัดขอนแก่น
ทุน	กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข

หัวข้อ	รายละเอียด
สมมติฐานงานวิจัย	ไม่มี
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	1. พยาบาลประจำ PCU ในจังหวัดขอนแก่นซึ่งเป็นอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ จำนวน 14 คน อายุเฉลี่ย 40 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรีผ่านการอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐานและปฏิบัติงานที่ PCU มาแล้ว 8 ปี ได้รับการพัฒนาศักยภาพโดยการสอนงาน (coaching) คือ 1) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ 2 วัน ตามแผนการสอนที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้น จากนั้นให้ผู้เข้ารับการอบรมนำความรู้ และทักษะที่ได้ไปทดลองปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยเบาหวาน 2. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินชนิดที่ 2 จำนวน 15 คน ที่ได้รับบริการ ณ PCU ที่เข้าร่วมโครงการ โดยมีคุณสมบัติดังนี้ - เป็นผู้ป่วยเบาหวาน type 2 ที่อยู่ในความรับผิดชอบของ PCU ที่เข้าร่วมโครงการ - อายุไม่เกิน 60 ปี - รู้สึกดีว่า สามารถติดต่อสื่อสารได้เข้าใจ ไม่จำเป็นต้องอ่านหนังสือออกหรือเขียนหนังสือได้ - ไม่มีอาการทางจิตขั้นรุนแรงหรือมีประวัติเป็นโรคจิต - ไม่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาต้านเศร้า - ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการ - มีภาวะซึมเศร้าในระดับอ่อนขึ้นไป โดยพยาบาล PCU เป็นผู้ประเมินผู้ป่วยด้วยแบบวัดความซึมเศร้า Thai Depression Inventory ของ มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ (2542) มีค่าคะแนนตั้งแต่ 21 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับอ่อนขึ้นไป
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	1. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความรู้และทักษะของพยาบาล PCU - แบบประเมินความรู้ที่เกี่ยวข้องกับ CBT มีคำถาม 20 ข้อ ในแต่ละข้อคำตอบ 4 ตัวเลือก ก ข ค ง ใน 1 ข้อ โดยใช้แนวทางในการสร้างคำถามมาจากความรู้ที่ควรรู้ในการบำบัดด้วย CBT ของ Beck และคณะ และยุทธนา อดอาจสกุลมั้น และนำไปทดลองใช้กับพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 10 คน พบว่า ผู้ที่ไม่เคยมี

หัวข้อ	รายละเอียด
	ความรู้เรื่องนี้มีคะแนน 6-10 คะแนน และผู้ที่เคยอบรมหรือมีความรู้เรื่องนี้มี 8-13 คะแนน สำหรับการประเมินพยาบาลประจำ PCU ว่ามีความรู้หรือไม่โดยการใช้แบบประเมินทำการประเมินก่อนและหลังการอบรม - การประเมินความสามารถในการใช้ CBT แบบประยุกต์ โดยใช้แบบประเมินสมรรถนะ มีข้อคำถาม 45 คำถาม โดยพัฒนามาจากใบตรวจสอบสมรรถนะสำหรับผู้บำบัดความคิดและพฤติกรรมของ Beck และคณะ ซึ่งในแต่ละคำถาม 4 ตัวเลือก คือ ไม่มีความรู้ มีความรู้แต่ไม่เคยนำไปใช้ มีความรู้และนำไปใช้แต่ไม่เหมาะสม มีความรู้และสามารถนำไปใช้ได้เหมาะสม 0 1 2 3 คะแนนเต็มของการประเมิน คือ 135 คะแนนโดยพยาบาลใช้แบบประเมินนี้ประเมินตนเอง 3 ครั้ง คือ ก่อนอบรม ภายหลังการบำบัดผู้ป่วย ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 6 2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย - แบบประเมิน Thai Depression Inventory หรือ TDI ของมาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ มีทั้งหมด 20 ข้อคำถาม
การบำบัด (Intervention)	หลักการของการบำบัด ใช้หลักการเดียวกับ CBT ทั่วไป แต่ปรับจำนวนการพบกับผู้ป่วยโดยในการประยุกต์ใช้การบำบัดพบกัน 6 ครั้ง ๆ ละ 60 – 90 นาที พบกันสัปดาห์แรก 2 ครั้งห่างกันอย่างน้อย 3 วัน ครั้งที่ 3 – 5 พบกันสัปดาห์ละครั้ง จากนั้นเว้นห่างไป 1 เดือน เพื่อให้ผู้ป่วยนำหลักการบำบัดไปใช้จริงในชีวิตประจำวันโดยการบำบัดด้วยตนเอง ภายหลังครบ 1 เดือนพบกันอีกครั้งเพื่อประเมินผลและยุติบริการ ขั้นตอนโปรแกรมการประยุกต์ใช้ CBT สำหรับพยาบาลวิชาชีพใน PCU ในการบำบัด ผู้ป่วยเบาหวาน type 2 ที่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย คู่มือในการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับวิทยากร และ วัสดุทัศนประกอบการอบรม คู่มือสำหรับผู้เข้ารับการอบรม คู่มือสำหรับผู้ป่วย แบบบันทึกความคิดที่ผิดปกติ รายงานการบำบัดด้วย CBT แบบประยุกต์สำหรับการบำบัดด้วย CBT แบบประยุกต์ ผู้ศึกษาได้ประยุกต์ขั้นตอนการบำบัดโดยประยุกต์มาจาก 3 ระยะของ Joyce (1996) ทั้งนี้เพื่อความเข้าใจและ

หัวข้อ	รายละเอียด
	ง่ายในการจดจำ นำไปปฏิบัติ สำหรับเป้าหมายในแต่ละระยะก็นำแนวคิดจาก Joyce มาประยุกต์เช่นกัน โดยขั้นตอนการบำบัดมีการประยุกต์และปรับเปลี่ยนเป้าหมายเพิ่มเติมดังนี้ 1) ระยะเริ่มต้น (Beginning stage) การเตรียมความพร้อมก่อนการบำบัด 2) การค้นหาความคิดทางลบ (Guide discovery stage) 3) การสอนความสัมพันธ์ของความคิดอารมณ์ พฤติกรรม (Relation of thought, emotion and behavior stage) 4) การปรับแนวคิด และพฤติกรรม (Cognitive restructuring stage) 5) ระยะสุดท้าย (End stage) ให้ผู้ป่วยบอกถึงความก้าวหน้าในการบำบัด ส่งเสริมให้ปรับความคิดความเชื่อใหม่ สนับสนุนให้ผู้ป่วยเป็นผู้บำบัดด้วยตนเองยุติบริการ
ระเบียบวิธีวิจัย	Quasi-experiment (one group pre post test)
ระดับของงานวิจัย	ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ = 4
ผลการวิจัย	พบว่าพยาบาลประจำ PCU ทั้ง 14 คนมีความรู้เพิ่มขึ้นโดยพบวก่อนอบรมมีความรู้เฉลี่ย 7.50 คะแนน (S.D. 1.37) หลังการอบรม มีความรู้เฉลี่ย 17.14 คะแนน (S.D. 1.96) มีพยาบาล 12 คนที่ให้การบำบัด แต่มี 2 คนที่ไม่ได้ให้การบำบัดเนื่องจากไม่มีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การบำบัดและพยาบาลที่ให้การบำบัดประเมินตนเองตามแบบประเมินสมรรถนะในการใช้วิธีการปรับแนวคิดและพฤติกรรมแบบประยุกต์ ก่อนอบรมมีค่าเฉลี่ย 19.21 คะแนน (S.D. 16.33) ภายหลังการบำบัดครั้งที่ 3 มีค่าเฉลี่ย 107.17 คะแนน (S.D. 16.58) ภายหลังการบำบัด ครั้งที่ 6 มีค่าเฉลี่ย 121.17 คะแนน (S.D. 8.38) ผลการประเมินสมรรถนะในการใช้วิธีการปรับแนวคิดและพฤติกรรมแบบประยุกต์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินภายหลังการบำบัดครั้งที่ 3 มีค่าเฉลี่ย 80.17 คะแนน (S.D. 12.33) และภายหลังการบำบัดครั้งที่ 6 มีค่าเฉลี่ย 118.17 คะแนน (S.D. 5.78) และมีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานก่อนบำบัด มีค่าเฉลี่ย 27 คะแนน (S.D. 4.57) และหลังบำบัด 5 ครั้งคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง มีค่าเฉลี่ย 14.87 คะแนน (S.D. 6.82) และหลังรับการบำบัด 6 ครั้งคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงอีก มีค่าเฉลี่ย 12.07 คะแนน (S.D. 5.24)

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้	การบำบัดโดยใช้ เทคนิคการบำบัด CBT โดยประยุกต์ Beck จะมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย แต่ผู้บำบัดต้องมีการฝึกทักษะ และสามารถปฏิบัติอย่างเข้าใจ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีอาการซึมเศร้าอยู่ระหว่างซึมเศร้าระดับน้อยหรืออ่อน (6 ใน 15 คน) และระดับปานกลางแต่ช่วงค่อนข้างมาทางคะแนนน้อย กล่าวคือคะแนนเฉลี่ยรวม = 27(4.57) ซึ่งคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางอยู่ระหว่าง (26-34) ดังนั้นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยไม่จำเป็นต้องให้ CBT เต็มรูปแบบ และพยาบาลที่นำไปใช้เป็น พยาบาลที่ศูนย์สุขภาพชุมชนซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้รับบริการขั้นต้นที่มีระดับภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรงซับซ้อนมากนัก ฉะนั้นการประยุกต์ CBT ไปใช้ในการให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยเบาหวานขั้นตอนในการบำบัดแบ่งออกเป็น 5 ระยะ โดยประยุกต์มาจาก 3 ระยะของ Joyce(1996) โดยขั้นตอนการบำบัดมีการประยุกต์และปรับเปลี่ยนเป้าหมายเพิ่มเติมดังนี้ 1) ระยะเริ่มต้น (Beginning stage) เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการบำบัดโดยสร้างสัมพันธภาพ ความไว้วางใจ เน้นการระบายอารมณ์ ความรู้สึก เข้าใจอารมณ์ที่เกิดขึ้น และกำหนดเป้าหมายร่วมกัน 2) การค้นหาความคิดทางลบ (Guide discovery stage) หรือความคิดอัตโนมัติ ร่วมกับผู้ป่วยวิเคราะห์ความคิดที่บิดเบือน 3) การสอนความสัมพันธ์ของความคิด อารมณ์ พฤติกรรม (Relation of thought, emotion and behavior stage) 4) การปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive restructuring stage) ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยปรับความคิดด้านลบต่อเหตุการณ์ใหม่ เป็นมองเหตุการณ์ในด้านดี ช่วยให้ความรู้สึกและพฤติกรรมเปลี่ยนไปในทางดีขึ้น 5) ระยะสุดท้าย (End stage) ให้ผู้ป่วยบอกถึง ความก้าวหน้าในการบำบัด ส่งเสริมให้ปรับความคิดความเชื่อใหม่ สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยเป็นผู้บำบัดความคิดด้วยตนเองต่อไปมีการให้การบ้านใน 2 ลักษณะคือ 1.การบันทึกความคิดอัตโนมัติ 2.การมอบหมายงานให้ผู้ผู้ป่วยทำกิจกรรมเพื่อลดการหมกมุ่นอยู่กับตัวเองหรือแยกตัว หรือบันทึกเหตุการณ์ดีๆที่เข้ามาในชีวิต การบำบัดนี้สามารถผนวกเข้ากับงาน

หัวข้อ	รายละเอียด
	ประจำ และเกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยต่อไป และควรมีการทดลองซ้ำ เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นแบบ one group pre-posttest เพื่อให้มีความ น่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น และนำผลการวิจัยมาพัฒนางานอย่างต่อเนื่องต่อไป
ความสอดคล้องกับ ประเด็นปัญหาทาง คลินิก	- งานวิจัยตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกคือต้องการหาวิธีการบำบัด ทางจิตสังคมเพื่อลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวาน - สามารถนำมาใช้จริงในคลินิกได้ถ้าพยาบาลได้ผ่านการฝึกทักษะการ บำบัดแบบ CBT ตามแนวคิด Beck
การมีความหมาย หรือมีคุณค่าในเชิง ของศาสตร์	เป็นงานวิจัย Quasi-experiment (one group pre post test) ที่มีคุณภาพ ประเมินได้จาก 1. งานวิจัยเรื่องนี้ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปี 2007 ซึ่งเป็นวารสารที่มีชื่อเสียงและมีความน่าเชื่อถือ 2. ผู้วิจัย จบการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา การพยาบาลจิตเวช และ ปฏิบัติงานอยู่ที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัด ขอนแก่น งานวิจัยนี้ได้รับทุนทำการวิจัยจากกรมสุขภาพจิตกระทรวง สาธารณสุข 3. ชื่อเรื่องแสดงให้เห็นกลุ่มตัวอย่างคือ การเปลี่ยนแปลงของอาการ ซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน และการใช้กระบวนการสอนงานในการ พัฒนาความสามารถของผู้บำบัด มีการระบุปัญหาและเหตุผล ที่ทำให้ ต้องทำวิจัยอย่างชัดเจน 4. คุณภาพงานวิจัย - ไม่ได้ระบุกรอบแนวคิด หรือทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย - มีการระบุวัตถุประสงค์ ของการวิจัยชัดเจน - มีการระบุประชากรเป้าหมาย และไม่มีการสุ่มตัวอย่างและไม่มีกลุ่ม ควบคุมเปรียบเทียบมีข้อจำกัดในการอ้างอิงสู่ประชากร - ผู้เข้าร่วมโครงการได้รับการอธิบายเมื่อตกลงเข้าร่วมโครงการจึงยินดี ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการและโครงการไม่ได้ระบุว่าจะผ่าน การรับรองจริยธรรม - ขอบเขตของข้อค้นพบจากการวิจัยคือ CBT แบบประยุกต์ เหมาะ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการซึมเศร้า และสามารถทำได้ผลโดย

หัวข้อ	รายละเอียด
	พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการเรียนและฝึกทักษะการบำบัด
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ	1. การประยุกต์ความรู้สู่การปฏิบัติจริง (Transferability of the finding) สามารถนำความรู้ที่ได้จากการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำไปใช้ลดอาการซึมเศร้าของผู้เบาหวานด้วยการบำบัด CBT แบบประยุกต์ มีความเหมาะสมกับหน่วยงานเนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยในงานวิจัยมีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มประชากรในหน่วยงาน 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) สามารถนำมาปฏิบัติในหน่วยงานได้เนื่องจากพยาบาลที่หน่วยงานเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการให้การปรึกษาอยู่แล้ว และถ้าได้รับการฝึกทักษะตามแนวคิด CBT ที่เน้นการปรับความคิดด้านลบและปรับเปลี่ยนกิจกรรมเพื่อเพิ่มความสุข สามารถผนวกเข้ากับงานประจำได้ แต่ต้องมีการเตรียมความพร้อมกล่าวคือ นอกจากผู้บำบัดต้องฝึกทักษะการบำบัดตามแนวคิด CBT แล้วยังต้องจัดเตรียมคู่มือผู้บำบัด คู่มือสำหรับผู้ป่วย แบบบันทึกความคิดที่ผิดปกติให้พร้อมก่อนทำการบำบัด ซึ่งสามารถปฏิบัติได้เนื่องจากหน่วยงานให้การสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการอยู่แล้ว 3. ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-Benefit Ratio) เป็นการบำบัดที่ใช้จำนวนครั้งในการบำบัดระยะสั้นคือ 6 ครั้งแม้จะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการบำบัดเพิ่มขึ้น แต่ผลในการบำบัดช่วยลดอาการซึมเศร้าหลังการบำบัดทันที ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขมากยิ่งขึ้นแม้จะป่วยเป็นโรคเบาหวานซึ่งเป็นโรคเรื้อรังก็ตาม

เรื่องที่ 5.

ชื่อเรื่อง	Education/Psychological Issues Psychotherapy intervention to reduce depressive symptoms in patients with diabetic foot syndrome.
ผู้แต่ง	Simson, U., Nawarotzky, U., Friese, G., Porck, W., Schottenfeld-Naor, Y., Hahn, W. H., Scherbaum, A., & Kruse, J.
แหล่งที่พิมพ์	Journal compilation, 25, 206 –212. (2008)

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า
Settingงานวิจัย	ผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาโรงพยาบาล the German Diabetes Centre
ทุน	ไม่มีระบุในการวิจัย
สมมติฐานงานวิจัย	-
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	- คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการคัดกรองจากผู้ป่วย 111 คน ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยในที่นอนในโรงพยาบาลน้อยกว่า 3 สัปดาห์ - ได้รับการอนุมัติตรวจจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมจาก the University of Dusseldorf โดยใช้แบบประเมินการคัดกรองอาการซึมเศร้าและอาการวิตกกังวลโดยใช้เครื่องมือ (Hospital Anxiety and Depression Scale) (HADS) ซึ่งมีคะแนนอาการซึมเศร้าและอาการวิตกกังวลมากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนนเหลือกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมศึกษาจำนวน 30 คน แบ่งสุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 15 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาในผู้ป่วยในโรงพยาบาล 2) ต้องเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะ Dementia 3) สามารถพูดและเข้าใจภาษา German ได้ และติดต่อสื่อสารกันได้เข้าใจ 4) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยในที่นอนในโรงพยาบาลน้อยกว่า 3 สัปดาห์ 5) สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน 6) ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกต้องใช้แบบทดสอบ HADS ซึ่งต้องมีคะแนนมากกว่า หรือเท่ากับ 8 คะแนน
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ชุดแบบสอบถาม 2 ชุด 1. แบบประเมินการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและอาการวิตกกังวล Hospital

หัวข้อ	รายละเอียด
	Anxiety and Depression Scale(HADS) ใช้แบบสอบถามในการประเมินตนเองเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและอาการวิตกกังวลโดยใช้ 7 คำถามและ 5 คำตอบแบบ Likert scale และคัดเลือกผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนนซึ่งสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล 2. ประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเบาหวาน Problem Areas in Diabetes Scale(PAID) เป็นแบบสอบถามที่ให้คำถาม 20 คำถามและใช้ 5 คำตอบแบบ Likert scale และการบันทึกข้อมูลอารมณ์ ความเครียด และการดำเนินชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานรวมถึงการรักษาที่ได้รับ
การบำบัด (Intervention)	ให้การบำบัดแบบ supportive psychotherapy โดยบุคลากรในทีมของ interdepartmental psychosomatic liaison ในผู้ป่วย ครั้งละ 30 นาทีใน แต่ละสัปดาห์ประมาณ 3-11 ครั้ง เฉลี่ย 5 ครั้ง จำนวนครั้งในการ ดำเนินการขึ้นกับระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล โดยทำความเข้าใจ ในปัญหาต่างๆของผู้ป่วย ส่งเสริมการวางแผน การปรับตัวของผู้ป่วยกับ ปัญหาปัจจุบัน เช่นปัญหาการงาน ปัญหาครอบครัว การเผชิญกับโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นของโรคเบาหวานของโรคเบาหวาน การต้องจากบ้านมานาน ไม่ได้เน้นการเข้าใจตนเอง การบำบัดใช้เทคนิคการบำบัดทางจิต (psychotherapeutic techniques)ต่างๆ เช่น การใช้คำถามอย่างมีโครงสร้าง ในการถามเกี่ยวกับปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือทุกข์ใจ มีการตอบสนองความคิดความรู้สึกผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ มีการให้การแนะนำ มีการสนับสนุนและให้กำลังใจที่เหมาะสมบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized Controlled Trial
ระดับของงานวิจัย	ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ = II
ผลการวิจัย	ผลของการแทรกซ้อนจากการมีแผลที่เท้าในระดับของ The Wagner classification มีผลสัมฤทธิ์ใน 24 คน (80%) มีจำนวน 6 คนที่ระดับ The Wagner classification ไม่เปลี่ยนแปลงไม่มีการ drop-out ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง พบว่าโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้าดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สถิติ 75% ของผู้ป่วยหลังการทดลอง (ก่อนการจำหน่ายจากโรงพยาบาล) กลุ่มทดลองมีอาการวิตกกังวล น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง

หัวข้อ	รายละเอียด
	สถิติ ($P=0.021$) และกลุ่มทดลองมีอาการซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.018$) และในกลุ่มทดลองมีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับภาวะโรคเบาหวาน น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.008$)
การสรุปเพื่อนำไปใช้	- การบำบัดผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า และมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย โดยให้การบำบัด supportive psychotherapy แบบตัวต่อตัวสามารถลดระดับความรุนแรงของปัญหาทางจิตใจ ภาวะซึมเศร้าและความเครียดและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน - การบำบัด supportive psychotherapy เน้นการรับรู้เกี่ยวกับปัญหาปัจจุบัน และส่งเสริมทักษะการปรับตัวกับปัญหาปัจจุบันของผู้ป่วย (adaptive skills) - เทคนิคการบำบัด (psychotherapeutic techniques) โดยการใช้คำถามอย่างมีโครงสร้าง การรับรู้และเข้าใจผู้ป่วย (empathy) การให้การแนะนำสนับสนุน ให้กำลังใจที่เหมาะสมบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดได้
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	- งานวิจัยตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกคือต้องการลดอาการซึมเศร้าของของผู้ป่วยเบาหวาน คือการทำจิตบำบัด supportive psychotherapy สามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน คือมีแผลที่เท้าได้ - กระบวนการบำบัด สามารถนำมาใช้จริงในคลินิกได้เนื่องจากหน่วยงานสามารถคัดกรองอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานได้และมีพยาบาลจิตเวชซึ่งมีความรู้และทักษะในการทำ supportive psychotherapy
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1. งานวิจัยเรื่องนี้ตีพิมพ์ใน Journal compilation ปี 2008 ซึ่งเป็นวารสารที่มีชื่อเสียงและมีความน่าเชื่อถือ 2. งานวิจัยนี้วิจัยโดยคณะผู้วิจัยที่มีคุณวุฒิทางการศึกษาและปฏิบัติงานอยู่ที่ University of Dusseldorf ซึ่งเป็นหน่วยงานที่น่าเชื่อถือ งานวิจัยนี้ไม่ได้ระบุนำทุนได้รับทุนทำวิจัยจากแหล่งใด

หัวข้อ	รายละเอียด
	3. ชื่อเรื่องแสดงให้เห็นกลุ่มตัวอย่างคือโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้าที่ได้รับการบำบัด supportive psychotherapy และลดอาการซึมเศร้าได้ วิธีการศึกษาว่าเป็นการวิจัยแบบ Randomized Controlled Trial 4. คุณภาพงานวิจัย - มีการระบุปัญหาและเหตุผล ที่ทำให้ต้องทำวิจัยอย่างชัดเจน - ระบุกรอบแนวคิด หรือทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย - เครื่องมือที่ใช้แบบประเมินมีความน่าเชื่อถือ
แนวโน้มนที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ	1. การประยุกต์ความรู้สู่การปฏิบัติจริง (Transferability of the finding) สามารถนำความรู้ที่ได้จากงานวิจัยนี้มาปรับใช้ในหน่วยงานมีผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนและปัญหาต่างๆในชีวิตประจำวันเข้ารับการรักษาทันทีแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก สามารถนำมาปรับใช้กับหน่วยงานได้ 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) สามารถนำไปใช้ได้สอดคล้องกับภาระหน้าที่ซึ่งพยาบาลจิตเวชของหน่วยงาน ต้องคัดกรองและบำบัดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคทางกาย ซึ่งรวมถึงโรคเบาหวานด้วยและพยาบาลมีความสามารถในการบำบัดแบบ supportive psychotherapy 3. ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-Benefit Ratio) การบำบัดมีประโยชน์ในการบำบัดผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาระบบผู้ป่วยใน จำนวนครั้งสามารถยืดหยุ่นได้ตามปัญหาของผู้ป่วย แต่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเนื่องจากเป็นงานใหม่ที่เพิ่มเข้าไปในการดูแลผู้ป่วยในขณะอยู่โรงพยาบาล แต่จะช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ ซึ่งน่าจะมีประโยชน์ช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงใจในการรักษาเพิ่มขึ้นได้ เนื่องจากการบำบัดนี้เน้นการปรับตัวกับปัญหาปัจจุบันและส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

เรื่องที่ 6.

ชื่อเรื่อง	Effects of a multifaceted psychiatric intervention targeted for the complex medically ill: a randomized controlled trial.
ผู้แต่ง	Lamers, F., Jonkers, C. C., Bosma, H., Kempen, G. J. M., Meijer, J. A., Penninx, B. W., Knottnerus, J. A., Van Eijk, J. T.
แหล่งที่พิมพ์	Psychotherapy and Psychosomatics Journal, 79, 217-226

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อประเมินผลของการบำบัด A Multifaceted Psychiatric Intervention ในกลุ่มผู้ป่วยที่อาการเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อน โดยประเมินจากแบบประเมิน INTERMED
Settingงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่างในแผนกผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการในคลินิกโรคต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม และผู้ป่วยโรคข้อที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในของ The University Hospital of Lausanne
ทุน	- The Swiss National Foundation - The Department of Psychiatry of the University Hospital Lausanne - The Novartis Foundation
สมมติฐานงานวิจัย	- กลุ่มทดลองซึ่งได้รับการบำบัดทางจิตเวชด้วยวิธี multifaceted psychiatric intervention มีอาการซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลปกติ - กลุ่มทดลองซึ่งได้รับการบำบัดทางจิตเวชด้วยวิธี multifaceted psychiatric intervention ส่งผลให้ผู้รับการบำบัดมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและลดการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลปกติ
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 885 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 229 คน และเป็นผู้ป่วยโรคข้อที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในจำนวน 656 คน คัดเลือกมาเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ 332 คน (ผู้ป่วยโรคข้ออีกเสบ 162 คน ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 85 คน) สุ่มแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 125 คน (ผู้ป่วยโรคข้ออีกเสบ 84 คน ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 41 คน) กลุ่มควบคุม 122 คน (ผู้ป่วยโรคข้ออีกเสบ 78 คน, ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 44 คน) โดยมีเกณฑ์

หัวข้อ	รายละเอียด
	การคัดออกคือ เป็นผู้ที่ไม่สามารถพูดภาษาฝรั่งเศสได้ 43 คน มีความบกพร่องทางด้านการรู้คิดอย่างรุนแรง 27 คน มีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า 3 วัน 28 คน ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย 55 คน (6.2%) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย 9 ราย (terminal illness) มีตำแหน่งหน้าที่ในหน่วยงาน (placement) 12 คน มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 4 คน มีปัญหาด้านการคำนวณ 4 คน รวมคัดออกทั้งหมด 184 คน (20.8%) โดยผู้ป่วยในกลุ่มทดลองแรกได้รับการบำบัดมีภาวะ Major depressive disorder 61% และ กลุ่มควบคุมแรกได้รับการบำบัดมีภาวะ Major depressive disorder 56 ได้ถูกประเมินโดย MINI และวินิจฉัยว่าเป็น major depression หลังการบำบัด 12 เดือนกลุ่มทดลอง เหลือผู้ป่วย 76 คน กลุ่มควบคุม 83 คน กลุ่มควบคุมจะได้รับการบำบัด as usual care โดยแพทย์ผู้รักษาสามารถ ส่งผู้ป่วยไปปรึกษาจิตแพทย์ได้ถ้ามีปัญหา และกลุ่มทดลอง จะได้รับการบำบัดโปรแกรม A Multifaceted Psychiatric Intervention โดยข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	-ใช้แบบประเมิน INTERMED ในการประเมินผู้ป่วยกรณีมีความซับซ้อนในการประเมิน 4 ด้าน ทางด้านชีววิทยา ทางจิตวิทยา สังคม และการดูแลสุขภาพและมีระดับคะแนน ในการคัดเข้ามาสูงกว่า 20 คะแนน เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ 1. ประเมินอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน The Center for Epidemiological Studies Depression Rating Scale (CES-D) มีข้อคำถาม 20 ข้อคำถาม 2. ประเมินโรคซึมเศร้าใช้แบบประเมิน Mini-International Neuropsychiatric Interview(MINI) 3. ประเมินผลสุขภาพกายและสุขภาพจิตใช้แบบประเมิน The Mos 36-item Short-Form Health Survey (SF-36) ซึ่งมีข้อคำถาม 36 คำถาม 8 scale profile

หัวข้อ	รายละเอียด
	4. ประเมินผลกระทบต่อสุขภาพทางกายด้วยแบบประเมิน a Physical Health Component Score (PCS) 5. ประเมินผลกระทบต่อสุขภาพจิต a Mental Health Component Score (MCS) 6. ประเมินคุณภาพชีวิตด้วย the validated French version ของ The Visual Analogue Scale (QoL) แสดงคะแนนคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น 7. ประเมินการระดับน้ำตาล HBA1C เพื่อประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
การบำบัด (Intervention)	1. การดูแลตามปกติ หมายถึง แพทย์ทั่วไปให้การบำบัดและสามารถขอคำปรึกษาจากจิตแพทย์ที่ปรึกษา ซึ่งให้บริการตรวจทางฝ่ายกาย และมีการส่งต่อผู้ป่วยตามปกติ 2. รูปแบบการบำบัดโปรแกรม A Multifaceted Psychiatric Intervention ให้การบำบัดตามปัญหาทางคลินิกของผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพทางสุขภาพ ซึ่งออกแบบให้มีการบำบัด 3 รูปแบบ ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดตามปัญหา และอาการทางคลินิกของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจได้รับการบำบัดเพียงอย่างเดียวหรือหลายอย่างรวมกันได้ ซึ่งจะถูกประเมินโดยพยาบาลที่ปรึกษาทางจิตเวช (psychiatric liaison nurse) รูปแบบของการบำบัดได้แก่ 1 ให้คำปรึกษาแบบประคับประคองโดยเน้นการเผชิญกับโรคและการปฏิบัติตามแนวการรักษาโดยพยาบาลที่ปรึกษาทางจิตเวช 2 ส่งต่อจิตแพทย์ ที่ปรึกษาถ้ามีปัญหาทางจิตเวช 3 ให้คำแนะนำให้แพทย์ทั่วไปเป็นผู้บำบัด หรือองค์กรที่มีการประชุมกรณีศึกษาโดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งมีแพทย์ผู้บำบัด พยาบาล และพยาบาลที่ปรึกษาทางจิตเวชเข้าร่วมด้วย ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 107 คน ได้รับการบำบัดจากพยาบาลจิตเวชเพียงอย่างเดียวหรือได้รับร่วมกับการบำบัดอื่นๆ การบำบัดโดยพยาบาลจิตเวชกระทำโดยการเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วย แสดงออกทางอารมณ์ เพิ่มขึ้น 73% แนะนำการปฏิบัติตัว 71% เล่าเรื่องของตนเอง (promoting life narrative) 48% และให้สุขภาพจิตศึกษา 44% โดยครึ่งหนึ่งของผู้ที่

หัวข้อ	รายละเอียด
	ได้รับการบำบัด (36 ราย) ถูกส่งต่อให้จิตแพทย์ มี 32 ราย ที่จิตแพทย์ให้คำแนะนำการบำบัดให้อายุรแพทย์เจ้าของไข้ และมีการประชุมปรึกษาหารือเป็นกรณีศึกษา (8 ราย) มีเพียง 13 รายที่ไม่ได้รับการรักษาเนื่องจากไม่มีข้อบ่งชี้ว่าจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทางจิตสังคม และพยาบาลจิตเวชได้รับการ supervised จาก senior psychiatrist (F.S.) or an experienced psychiatric liaison nurse (Y.D.) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีการติดตามประเมินผลการบำบัดทุก 3 เดือนจนครบ 1 ปีโดย พยาบาลจิตเวชซึ่งไม่ทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มใด
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized Controlled Trial
ระดับของงานวิจัย	ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ = II
ผลการวิจัย	1. พบว่ารูปแบบที่พยาบาลประสานงานด้านจิตเวชให้การบำบัดได้แก่ กระตุ้นให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ 73% แนะนำการปฏิบัติตัว 71% เล่าเรื่องของตนเอง 48% และให้สุขภาพจิตศึกษา 44% โดยครึ่งหนึ่งของผู้ที่ได้รับการบำบัด (36 ราย) ถูกส่งต่อให้จิตแพทย์ มี 32 รายที่จิตแพทย์แนะนำให้อายุรแพทย์เป็นผู้รักษาหรือให้เป็นกรณีศึกษาของทีม (8 ราย) มีเพียง 13 รายที่ไม่ได้รับการรักษาเนื่องจากไม่มีข้อบ่งชี้และขาดแรงจูงใจในการรักษา 2. ไม่พบความแตกต่างของระดับ Hb A1C หลังติดตาม 1 ครั้ง ผลลัพธ์รอง 1. เมื่อวัดด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้า (CES-D) ในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธี multifaceted psychiatric intervention พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน [effect size: 5.2 (s.e. = 1.5); $p = 0.001$] ผู้ป่วยโรคข้อ [effect size: 1.7 (s.e. = 1.1); $p = 0.14$] อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.065$) และยังพบว่าประสิทธิภาพของการบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการบำบัดมาก แต่หากไม่ได้แยกวิเคราะห์ข้อมูลปรากฏว่าผลการบำบัดไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.18$) 2. เมื่อประเมินผลกระทบต่อสุขภาพทางกายด้วย (PCS) ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังได้รับการบำบัด พบว่าผลกระทบของสุขภาพทางกาย ($F =$

หัวข้อ	รายละเอียด
	5.8; $p = 0.02$) ที่สูงส่งผลให้มีผลกระทบทางจิตสูงขึ้นด้วย ($F = 6.6$; $p = 0.01$) และพบว่าหลังได้รับบำบัด กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($F = 23.7$; $p < 0.001$) 3. ในการดูแลรักษาสุขภาพของทั้ง 2 กลุ่มนั้นไม่มีความแตกต่างกันแต่ พบว่าผลต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมและได้ผลชัดเจนหลังติดตามผลในช่วง 9 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P = 0.02$
การสรุปเพื่อนำไปใช้	- กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ป่วยโรคข้อ - สามารถให้การบำบัดผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนและมีอาการซึมเศร้าโดยพยาบาลจิตเวชให้การบำบัดแบบ supportive therapy ช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ รวมทั้งสามารถลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลได้ โดยที่ผู้บำบัดควรประเมินปัญหาและความต้องการผู้ป่วยด้วยผู้ป่วยบางคน(ส่วนน้อย) อาจต้องการรับบริการมากขึ้น เช่น การให้ส่งปรึกษาจิตแพทย์หรือทีมสหสาขาาร่วมกันพิจารณาปัญหาและแผนการช่วยเหลือ
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	- งานวิจัยตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกคือการบำบัดแบบ supportive psychotherapy สามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย major depression และ depressive symptom ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1. งานวิจัยเรื่องนี้ตีพิมพ์ใน Psychotherapy and psychosomatics ปี 2008 ซึ่งเป็นวารสารที่มีชื่อเสียงและมีความน่าเชื่อถือ 2. คณะผู้วิจัย ปฏิบัติงานอยู่ที่ the University Hospital Lausanne ซึ่งทำวิจัยเป็นคณะมีคุณวุฒิทางการศึกษาและปฏิบัติงานในหน่วยงานที่น่าเชื่อถือ 3. งานวิจัยนี้ได้รับทุนทำการวิจัยจาก The Swiss National Foundation, The Department of Psychiatry of the University Hospital Lausanne, The Novartis Foundation 4. คุณภาพงานวิจัย

หัวข้อ	รายละเอียด
	- มีการระบุวัตถุประสงค์ คือเพื่อศึกษาประเมินผลของการบำบัดทางจิตเวชด้วยวิธี multifaceted psychiatric intervention ต่อผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยซับซ้อน - มีการทบทวนวรรณกรรมที่สนับสนุนสมมติฐานของงานวิจัย - การระบุประชากรเป้าหมาย และมีเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกชัดเจน - กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับคำอธิบายและให้เซ็นยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย - ใช้แบบวัดในการประเมินผลลัพธ์เหมาะสม ผลการวิจัยสามารถตอบวัตถุประสงค์การวิจัยได้ว่าการบำบัดด้วยวิธี multifaceted psychiatric intervention สามารถลดอาการ major depression, ลดอาการแสดงของ depressive symptom, มีผลดีต่อภาวะสุขภาพทางกาย, มีผลต่อภาวะสุขภาพจิต, มีผลต่อคุณภาพชีวิตและลดการเข้านอนเพื่อรับการรักษาในโรงพยาบาล ในผู้ป่วยโรคใจข้อและผู้ป่วยเบาหวาน
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในได้ในการปฏิบัติ	1. การประยุกต์ความรู้สู่การปฏิบัติจริง (Transferability of the finding) สามารถนำความรู้ที่ได้จากการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำไปใช้ลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความยุ่งยากซับซ้อนทางกาย โดยใช้รูปแบบ multifaceted psychiatric intervention: ซึ่งให้บริการตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการบำบัดโดย Supportive Psychotherapy จากพยาบาลจิตเวช มีส่วนน้อยที่ต้องส่งพบจิตแพทย์หรือต้องได้รับการบำบัดดูแลในลักษณะทีมบำบัดจึงเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนทางกายของหน่วยงาน 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) สามารถจัดให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อน ซึ่งรู้สึก Suffer จากการเจ็บป่วยเรื้อรังนี้ และมี อาการซึมเศร้าหรือมีโรคซึมเศร้าร่วมด้วย ให้ได้รับการบำบัดทางจิต ตามปัญหาและความต้องการ (multifaceted psychiatric) สามารถปฏิบัติได้ แต่หน่วยงานจะต้องมี นโยบายและแนวปฏิบัติในการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพที่ชัดเจน ทั้งในเรื่องแนวทางในการประเมินและการส่ง

หัวข้อ	รายละเอียด
	ต่อ ซึ่งในเบื้องต้นพยาบาลจิตเวชจะเป็นผู้ประเมินและให้การบำบัดแบบ supportive psychotherapy และส่งต่อจิตแพทย์หรือทีมในรายที่ให้การบำบัดแบบ supportive psychotherapy อย่างเดียวไม่เพียงพอ เพื่อให้การบำบัดมีประสิทธิภาพมากที่สุด ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-Benefit Ratio) หน่วยงานความร่วมมือทางด้านบุคลากร ทั้งพยาบาลประสานงานด้านจิตเวช แพทย์ และจิตแพทย์ที่สามารถให้คำปรึกษาโดยการ consult case ที่โทรศัพท์และจิตแพทย์มาตรวจที่โรงพยาบาลเดือนละ 1 ครั้ง และลดอัตราการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นสามารถลดค่าใช้จ่ายให้กับโรงพยาบาลได้ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยแต่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในการติดต่อกับผู้ป่วยในการติดตามเยี่ยมและการติดต่อ consult จิตแพทย์ แต่จะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น

เรื่องที่ 7.

ชื่อเรื่อง

A Minimal Psychological Intervention Chronically Ill Elderly Patients with Depression: A Randomized Trial

ผู้แต่ง

Lamers, F., Jonkers, C. C., Bosma, H., Kempen, G. J. M., Meijer, J. A., Penninx, B. W., Kottnerus, J. A., Van Eijk, J. T.

แหล่งที่พิมพ์

Psychotherapy and Psychosomatics Journal, 79, 217-226. (2010).

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ การวิจัย	เพื่อประเมินประสิทธิผลของการบำบัดทางจิตแบบกระชับ (Minimal Psychological Intervention: MPI) ที่บริหารจัดการโดยพยาบาลเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินหรือโรคหลอดเลือดกั้นเรื้อรัง ที่มีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับไม่รุนแรง ที่รับบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ
Settingงานวิจัย	ในหน่วยบริการปฐมภูมิ 89 แห่ง ทางตอนใต้ของประเทศเนเธอร์แลนด์

หัวข้อ	รายละเอียด
ทุน	The Netherlands Organization for Health Research and Development (ZonMw), Health Care Efficiency Research Program, grant number 945-03-047
สมมติฐานงานวิจัย	- การบำบัดทางจิตแบบกระชับ(MPI)ที่ใช้หลักของ CBT และ self management มีประสิทธิผลในการลดอาการของโรคซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีอาการซึมเศร้าดีกว่าการดูแลปกติ - ตรวจสอบว่าชนิดของโรคเรื้อรัง(โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินและโรคหลอดเลือดกั้นเรื้อรัง) มีผลต่อผลลัพธ์ของการบำบัด MPI หรือไม่
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	ทำการคัดเลือกผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดกั้นเรื้อรัง ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิและไม่อยู่ในเกณฑ์คัดออก (อยู่ระหว่างการรับยารักษาภาวะซึมเศร้า, มีปัญหาทางด้านจิตเวช คือ bipolar depression จิตเภท คิดสุราหรือสารเสพติด หรืออยู่ระหว่างการบำบัดทางจิตวิทยาสังคม/การบำบัดทางจิตเวช มีปัญหาด้านการรับรู้ กำลังขึ้นทะเบียนเพื่อเข้าอยู่ในสถานพยาบาล ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และสูญเสียคุ้มครองภายใน 3 เดือน) มีผู้ป่วยถูกคัดเลือกมา 8,326 คน แล้วถูกคัดกรองด้วย PHQ-9 มีผู้ถูกคัดออกตามเกณฑ์การคัดออก 7,361 คน คงเหลือ 965 คน และถูกสัมภาษณ์โดยแบบประเมิน MINI เพื่อจำแนกผู้ป่วยตามอาการซึมเศร้า คะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ซึ่งจะถูกละเลือกให้เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ (ทำการสัมภาษณ์ที่บ้านของผู้ป่วยโดยพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมจากจิตแพทย์ แพทย์ทั่วไปและนักจิตวิทยา) ผู้ป่วยตามเกณฑ์ 361 คน ที่เซ็นยินยอมเข้าร่วมการศึกษา สุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 183 คน และเป็นกลุ่มควบคุม 178 คน เมื่อสิ้นสุดการวิจัยคงเหลือกลุ่มทดลอง 115 คน และเป็นกลุ่มควบคุม 126 คน ทำการติดตามผล 3 ครั้ง คือ 1 สัปดาห์ 3 เดือนและ 9 เดือน ทั้งนี้ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ก่อนทำการทดลอง ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า The Patient Health Questionnaire

หัวข้อ	รายละเอียด
	(PHQ-9) ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค DSM-IV axis I disorders ทำการคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการทดลองก่อนการบำบัด เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์หลังการทดลอง 1. ใช้แบบประเมิน The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) 2. Hamilton Depression Rating Scale และ the Beck Depression Inventory (BDI) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 3. วัดคุณภาพชีวิตโดยใช้เครื่องมือแบบประเมิน Physical Component Score (PCS) and Mental Component Score (MCS) และ 4. The Medical Outcome study 36 –item Short Form Health Survey (SF-36) เป็นแบบวัด การทำหน้าที่ทั่วไป (general function) มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0-100 คะแนน
การบำบัด (Intervention)	Course ในการฝึกพยาบาล ซึ่งพยาบาลจะได้เรียนรู้วิธีการตรวจพบ depression ทั้งในระดับ major หรือ minor depression และวิธีการบำบัดด้วยเทคนิค CBT และ self management โดยมีองค์ประกอบหลักของการบำบัดคือ การระบุเหตุผลที่ทำให้เกิดความคิดทางลบใหม่ และการแก้ปัญหาการบำบัดจะออกแบบมาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน เป้าหมายของการบำบัดเพื่อให้ข้อมูลให้ผู้ป่วยรับผิดชอบต่อการจัดการความเจ็บป่วยและผลลัพธ์ของการเจ็บป่วยของตนเอง การบำบัดประมาณ 2-10 ครั้ง เฉลี่ย 4 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง การบำบัดสูงสุด 3 เดือน ติดตามประเมินผลหลังการบำบัด 1 สัปดาห์ 3 เดือน และ 9 เดือน รูปแบบการบำบัด Nurse-led minimal psychological intervention (MPI) โดยแบ่งเป็น 5 ขั้นตอน คือ 1. พยาบาลสำรวจความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย 2. ให้ผู้ป่วยจดบันทึกเกี่ยวกับอาการ อาการรบกวน ความคิด ความกังวล ที่สัมพันธ์กับความรู้สึกและพฤติกรรม 3. ใช้ข้อมูลจากสมุดบันทึกประจำวันให้ผู้ผู้ป่วยค้นหาความเชื่อมโยงระหว่างอารมณ์ความรู้สึกกับพฤติกรรมของเขา 4. พยาบาลแนะนำวิธีการจัดการตนเอง (self-management) โดยการ

หัวข้อ	รายละเอียด
	สำรวจความเป็นไปได้ของผู้ป่วย เพื่อจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง และวางแผนการกระทำ 5.ประเมินความก้าวหน้าว่าได้บรรลุเป้าหมายตามแผนการที่วางไว้หรือไม่
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized controlled trial
ระดับของงานวิจัย	ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ = II
ผลการวิจัย	1.กลุ่มทดลองมีอาการของภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean BDI Differences 2.09 ,F = 4.998, d.f.=270.345,p=0.03) ส่วนคุณภาพชีวิตที่วัดโดย PCS&MCS นั้น ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ 2.เมื่อเปรียบเทียบภาพในโรคเดียวกัน พบว่าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มทดลองมีคะแนน MCS มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการติดตามผล (mean MCS differences 3.85 ,F = 5.324, d.f.=268.62,p=0.02) ส่วนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรังนั้น ไม่มีความแตกต่างกัน โดยพบว่าการติดตามครั้งสุดท้ายกลุ่มที่ได้รับการบำบัดมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P value 8) 3.เมื่อพิจารณาถึงอาการของภาวะซึมเศร้าจากคะแนนของ BDI พบว่ากลุ่มทดลองมีอาการของภาวะซึมเศร้าดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม 3.22 เท่า (OR 3.22 ; 95%CL 1.31-7.89)
การสรุปเพื่อนำไปใช้	การบำบัดด้วยวิธีMPIเป็นวิธีที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพปานกลาง ในการนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยจนถึงผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลางในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง - ภายหลังจากการบำบัดด้วยวิธี Nurse-led minimal psychological intervention (MPI) เป็นเวลา 9 เดือน พบว่าสามารถลดอาการซึมเศร้าได้อย่างน้อยร้อยละ 50 หรือมากกว่า และ ในผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย MPI มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม
ความสอดคล้องกับ	-งานวิจัยตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกคือต้องการลดอาการ

หัวข้อ	รายละเอียด
ประเด็นปัญหาทางคลินิก	ชิมเซร่าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง การบำบัดรักษาทางจิตวิทยาด้วยวิธี (MPI) โดยที่มีสมมติฐานสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกว่าโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง และมีอาการชิมเซร่าร่วมด้วย หลังได้รับการบำบัดสามารถบรรเทาอาการจากโรคชิมเซร่าเร็วกว่าผู้ที่ได้รับการดูแลแบบปกติ -ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินและโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง และมีอาการชิมเซร่า รวมทั้งมีปัญหาซับซ้อนร่วมด้วย หลังได้รับการบำบัดจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่ได้รับการดูแลแบบปกติโดยที่มีกระบวนการเก็บข้อมูลระยะเวลาในการบำบัด เป็นเวลา 3 เดือนครั้งละ 1 ชั่วโมง และมีการติดตามผลในช่วง 1 สัปดาห์ 3 เดือน และ 9 เดือน ซึ่งขั้นตอนและวิธีการดังกล่าวสามารถนำมาใช้ได้จริงในคลินิก โดยที่วิธีการดังกล่าวพยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติตามขอบเขตวิชาชีพได้
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	เป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพ เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง 1. งานวิจัยเรื่องนี้ตีพิมพ์ใน Psychotherapy and Psychosomatics Journal ปี 2010 ซึ่งเป็นวารสารที่มีชื่อเสียงและมีความน่าเชื่อถือ 2. งานวิจัยนี้ทำการวิจัยเป็นทีม ซึ่งคณะผู้วิจัยมีคุณวุฒิทางการศึกษาและปฏิบัติงานในหน่วยงานเกี่ยวกับด้านจิตเวชโดยตรง และมีความน่าเชื่อถือ คือหน่วยงาน Department of Psychiatry, VU University Medical Center The Netherlands 3. งานวิจัยนี้ได้รับทุนทำการวิจัยจาก The Netherlands Organization for Health Research and Development(ZonMw), Health Care Efficiency Research Program, grant number 945-03-047 4. คุณภาพงานวิจัย - ชื่อเรื่องแสดงให้เห็นกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินหรือโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง และมีอาการชิมเซร่าร่วมด้วย - มีการระบุว่าการวิจัยเป็นแบบ Randomized controlled trial ใช้วิธี

หัวข้อ	รายละเอียด
	ลดอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อนโดยการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และใช้วิธีทางสถิติทดสอบพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าโครงการ ไม่แตกต่างกัน - งานวิจัยระบุปัญหาของงานวิจัยว่าหลังได้รับโปรแกรม MPI จากอัตราการบรรเทาจากโรคซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม - มีการระบุนกรอบแนวคิด หรือทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย - มีการระบุวัตถุประสงค์ชัดเจนคือ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินหรือโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง และมีภาวะซึมเศร้าในแหล่งบริการสาธารณสุขปฐมภูมิที่ได้รับการดูแลแบบปกติกับการได้รับโปรแกรม บำบัดรักษาทางจิตวิทยาแบบเล็กน้อย Nurse-led minimal psychological intervention (MPI) - มีการระบุสมมติฐานของงานวิจัยคือ - มีการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างกว้างขวาง ทันสมัย ระบุการจัดผู้ป่วยเข้ากลุ่มด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่าง และระบุประชากรเป้าหมายชัดเจน - ผู้เข้าร่วมโครงการได้รับคำแนะนำเพื่อเข้าสู่โครงการเมื่อตกลงเข้าร่วมโครงการจึงเห็นยินยอม แต่ไม่ได้ระบุวิธีการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย และโครงการไม่ได้ระบุว่าผ่านการรับรองจริยธรรม - มีการใช้แบบวัดในการประเมินผลลัพธ์เหมาะสม - สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสมกับระดับการวัดผลลัพธ์ - มีการให้ข้อเสนอแนะของการนำไปปฏิบัติที่อยู่ภายใต้ขอบเขตของการค้นพบจากการวิจัยคือ MPI สามารถนำมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินหรือโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรังและมีอาการซึมเศร้าในหน่วยปฐมภูมิเพื่อบรรเทาอาการซึมเศร้า โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการโรคซึมเศร้า
แนวโน้มนำไปใช้ในการปฏิบัติ	1. การประยุกต์ความรู้สู่การปฏิบัติจริง (Transferability of the finding) เป้าหมายของงานวิจัยสอดคล้องกับพันธกิจของหน่วยงานในการลดอาการของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อเกิดการสร้างนวัตกรรมเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการ

หัวข้อ	รายละเอียด
	ซึมเศร้าได้ 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง(Feasibility of implementation) พยาบาลที่มีทักษะได้รับฝึกอบรมจากผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้เทคนิคในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเอง(self-management) และการบำบัดพฤติกรรม การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) บุคคลมีอิสระในการใช้ผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานโดยที่การใช้ผลการวิจัยนั้นช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของพยาบาลในหน่วยงานแต่พยาบาลต้องได้รับการอบรมในด้านการทำจิตบำบัดจึงสามารถปฏิบัติได้ 3. ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-Benefit Ratio)การบำบัดรูปแบบนี้สามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินได้ ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานลดอาการซึมเศร้าได้ซึ่งคุ้มค่างับค่าใช้จ่ายที่เสียไปในการให้การบำบัดตามปัญหาของผู้ป่วย แต่การบำบัดเน้นให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรับผิดชอบต่อการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้นส่งเสริมทักษะการแก้ปัญหา ลดความคิดด้านลบ ช่วยให้ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าตั้งแต่เล็กน้อยถึงปานกลางอาการซึมเศร้าลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งคุ้มกับค่าใช้จ่ายที่เสียไป

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ - สกุล นางสาวจินตนา กันทนงค์
วัน เดือน ปีเกิด 22 ธันวาคม 2521
สถานที่เกิด กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีจังหวัดชัยนาท, 2544
จังหวัดชัยนาท
พยาบาลศาสตรบัณฑิต
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2554
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
ประวัติการทำงาน ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลบางบัวทอง
4 หมู่ 3 ถนนบางกรวย - ไทรน้อย ต. โสนลอย
อ.บางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี
Nuna_jin@hotmail.com