

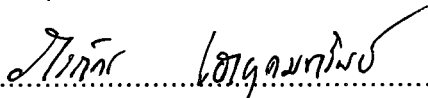
ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้า
ในผู้เป็นเบาหวาน

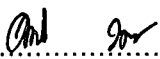
สมจิตร เสริมทองทิพย์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
มิถุนายน 2559
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

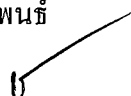
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ สมจิตร เสริมทองทิพย์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของมหาวิทยาลัย
บูรพาได้

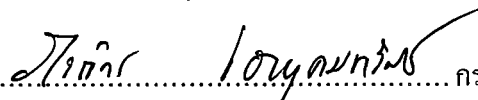
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

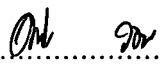
.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์)

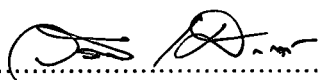
.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(อาจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธาน
(นายแพทย์เวทิส ประทุมศรี)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์)

.....กรรมการ
(อาจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ์ เดียววิศเรศ)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของมหาวิทยาลัย
บูรพา

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 14 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2559

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุคมทรัพย์ ประธานควบคุมวิทยานิพนธ์ และ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ กรรมการผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ได้กรุณา ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยนี้ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจ เป็นอย่างดีมาตลอดผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณ อย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความตรงของเครื่องมือที่ใช้ใน การวิจัย และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในงานวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ถูกต้อง และสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ ผู้บังคับบัญชาโดยตรงที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ได้ให้ความร่วมมือและให้การสนับสนุนเป็นอย่างดีตลอดระยะเวลาในการเก็บ รวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุก ๆ ท่าน รวมถึงท่านอื่น ๆ ที่มีส่วนร่วม ในการวิจัยครั้งนี้ ที่ได้สละเวลาและให้ความร่วมมืออย่างดีมากจนงานวิจัยนี้เสร็จสิ้นลงได้

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาความรู้ใน ระหว่างการศึกษา จนสามารถบูรณาการความรู้มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณครอบครัวที่ ให้การสนับสนุน และเป็นกำลังใจด้วยดีตลอดมา จนมาถึงวันที่วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้

คุณประโยชน์ที่เกิดจากการวิจัยครั้งนี้ ขอกราบเป็นพุทธบูชาและบูชาพระคุณพ่อ-แม่ ครุบาอาจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่าน

สมจิตร เสริมทองทิพย์

55920281:สาขาวิชา: การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช; พย.ม.

(การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คำสำคัญ:ภาวะซึมเศร้า/ การบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ/ ผู้เป็นเบาหวาน

สมจิตร เสริมทองทิพย์: ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวาน (EFFECT OF MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY PROGRAM ON DEPRESSION AMONG PERSONS WITH DIABETES) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์:กรภัทร เสงอุคมทรัพย์, Ph.D., ดวงใจ วัฒนสินธุ์, Ph.D. 78 หน้า. ปี พ.ศ. 2559.

การบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ เป็นหนึ่งในโปรแกรมการบำบัดที่ได้พัฒนาขึ้นและมีการนำมาประยุกต์ใช้ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้เจ็บป่วยโรคเรื้อรังรวมถึงผู้เป็นเบาหวาน การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้เป็นเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เป็นเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 24 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คนกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติเป็นเวลา 3 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ครั้งแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที วัดภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าของ Beck ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) วิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ และทดสอบรายคู่ด้วยวิธีบอนเฟอร์โรนี

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองทั้ง 2 ครั้ง ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$; ก่อนทดลอง: $\bar{X} = 14.83, SD = 3.07$; หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที: $\bar{X} = 8.83, SD = 1.80$; ระยะ 1 เดือนหลังทดลอง: $\bar{X} = 4.83, SD = 1.27$)

ผลการวิจัยนี้สนับสนุนประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ ในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้เป็นเบาหวาน ดังนั้นบุคลากรสุขภาพ ควรบูรณาการโปรแกรม านี้ ไปใช้ในการดูแลผู้เป็นเบาหวาน ให้มีสุขภาพจิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

55920281: MAJOR: MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING; M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

KEYWORDS: DEPRESSION/ MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY/ PERSONS WITH DIABETES

SOMJIT SERMTHONGTIP: THE EFFECT OF MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY PROGRAM ON DEPRESSION AMONG PERSONS WITH DIABETES. ADVISORY

COMMITTEE: PORNPAT HENGUDOMSUB, Ph.D., DUANGJAI VATANASIN, Ph.D.

78 P. 2016.

Mindfulness-based cognitive therapy is one of existing programs that can be applied to reduce depression in persons living with chronic illness including those with diabetes. Purpose of this study was to examine effect of mindfulness-based cognitive therapy program on depression among diabetes persons having mild to moderate depressive level. Samples consisted of 24 persons with diabetes who met inclusion criteria. They were randomly assigned into either experimental or control group ($n = 12$ for each group). Control group received a routine care. Experimental group participated in the mindfulness-based cognitive therapy program for 3 weeks (two sessions per week and each session took about 60 to 90 minutes). Beck's depression scale was used to measure depression at pretest, after program immediately posttest and one-month follow-up posttest. The scale yielded Cronbach alpha of .83. Data were analyzed by descriptive statistics (frequency, percentage, means, and standard deviation) and repeated measure of two way analysis of variance with Bonferroni comparison.

Results revealed that experiment and control groups had significantly different two-time posttest depression mean scores ($p < .001$). For experimental group, two-time posttest depression mean scores were also significantly lower than pretest depression mean score ($p < .001$; pretest: $\bar{x} = 14.83$, $SD = 3.07$; posttest time I: $\bar{x} = 8.83$, $SD = 1.80$; posttest time II: $\bar{x} = 4.83$, $SD = 1.27$).

The findings affirmed an effectiveness of this program on reducing depression in persons with diabetes. Therefore, health care providers would integrate this program in caring for these persons in order to enhance their mental health and their quality of life.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฅ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์วิจัย.....	4
สมมติฐานการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
ผู้เป็นเบาหวาน.....	8
ภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวาน.....	11
การบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ.....	18
โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติแบบกลุ่มในผู้เป็นเบาหวาน.....	21
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	22
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	22
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	23
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย.....	24
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	25
การทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล.....	26
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	30

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย	31
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และผลการ เปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	32
ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาวะซึมเศร้าและผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตามผล 1 เดือน	34
ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทาง แบบวัดซ้ำ	34
5 สรุปและอภิปรายผล	39
สรุปผลการวิจัย	39
อภิปรายผลการวิจัย	40
ข้อเสนอแนะ	42
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	42
บรรณานุกรม	43
ภาคผนวก	51
ภาคผนวก ก	52
ภาคผนวก ข	54
ภาคผนวก ค	68
ภาคผนวก ง	76
ประวัติย่อของผู้วิจัย	79

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวน ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของผู้เป็นเบาหวาน จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน.....	32
2 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซีมเศร้าในกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะ ติดตามผล 1 เดือน.....	34
3 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภาวะซีมเศร้าระหว่างวิธีการ ทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง.....	35
4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภาวะซีมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม.....	36
5 ผลการทดสอบย่อยของระยะเวลาของคะแนนเฉลี่ยภาวะซีมเศร้าของผู้เป็นเบาหวาน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	37
6 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะซีมเศร้าของผู้เป็น เบาหวานในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน.....	37

สารบัญญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
2	ขั้นตอนการทดลอง.....	29
3	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง.....	35

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันจำนวนผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นทุกปี เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม สังคม วัฒนธรรมทำให้พฤติกรรมและแบบแผนชีวิตของบุคคลเปลี่ยนไปจากเดิม จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า ประชากรจำนวนมากกว่า 180 ล้านคน กำลังเผชิญกับปัญหาโรคเบาหวานและคาดการณ์ว่าจะมีจำนวนผู้เป็นเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็นทวีคูณในปี ค.ศ. 2030 โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งมีจำนวนผู้เป็นเบาหวานมากถึงสองในสามของประชากรผู้ป่วยทั้งหมดในโลก (World Health Organization [WHO], 2011) ผู้เป็นเบาหวานที่พบมากที่สุด เป็นผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 (ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน) ซึ่งมีจำนวนมากถึงร้อยละ 95 ของจำนวนผู้เป็นเบาหวานทั้งหมดทั่วโลก จากสถิติของประเทศอเมริกาพบว่าประชาชนเกือบ 26 ล้านคนป่วยเป็นเบาหวาน (American Diabetes Association [ADA], 2008) สำหรับประเทศไทย พบว่า ในปี พ.ศ. 2554 - 2556 มีอัตราผู้ป่วยในโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นจาก 698.92, 786.54 และ 813.94 ตามลำดับ (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) สำหรับในจังหวัดปราจีนบุรีสถิติของผู้เป็นเบาหวานก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน โดยในปี พ.ศ. 2555 มีจำนวน 10,815 คน และปี พ.ศ. 2556 จำนวน 12,870 คน โดยในส่วนของโรงพยาบาลศรีมโหสถ พบมีจำนวนผู้เป็นเบาหวานเพิ่มขึ้นในแต่ละปี ดังนี้ ปี พ.ศ. 2555, 2556, 2557 มีจำนวนผู้เป็นเบาหวาน 576 ,657 ,739 คน ตามลำดับ จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ (วรיתה ทัดหล่อ, 2554) เป็นโรคที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนได้ทุกระบบของร่างกาย เช่น จอประสาทตาเสื่อม โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง โรคไต รวมถึงการเป็นแผลเรื้อรังที่เท้า ผู้ป่วยจะไม่เสียชีวิตในทันที แต่ส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง (ADA, 2006) ทั้งนี้เนื่องจากเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีการเจ็บป่วยแบบไม่สามารรถกลับฟื้นสภาพเหมือนเดิม ความเจ็บป่วยจะสะสมทวีเพิ่มขึ้น หรือมีการเสื่อมทำลายลงไปเรื่อย ๆ นอกจากนี้ผู้เป็นโรคเบาหวานยังต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกายและทางจิต ทำให้ผู้เป็นเบาหวานเกิดความเครียด วิตกกังวล ซึ่งการที่ผู้เป็นเบาหวานต้องเผชิญกับความเครียดเป็นเวลานานและเรื้อรัง มีผลต่อสารสื่อประสาทในสมองคืออนอร์อิฟินเฟริน และซีโรโทนิน มีจำนวนลดลง ทำให้เกิด

ภาวะซึมเศร้าตามมา (Kaphan, Sadock, & Greb, 1994) นอกจากนี้ Beck (1967) เชื่อว่า เมื่อบุคคลเกิดเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดทุกข์ทรมาน อาจมีรูปแบบความคิดที่บิดเบือน ส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ เช่นเดียวกับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่อต้องเผชิญกับการปรับตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ต้องมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านต่าง ๆ หรือบางครั้งต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน อาจมีความคิดทางลบต่อตนเอง ต่อโลกและอนาคต อาจคิดว่าตนเป็นคน โชคร้าย เป็นโรคที่ไม่มีการรักษาให้หายขาด ก็อาจจะรู้สึกกว่าตนเองไร้คุณค่า เป็นภาระแก่ครอบครัว และก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวลหรือซึมเศร้าได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานของประเทศต่าง ๆ พบค่อนข้างสูง โดยสถิติพบว่า ผู้เป็นเบาหวานในประเทศอังกฤษมีภาวะซึมเศร้าสูงเป็น 2-3 เท่าของกลุ่มประชากรปกติ (Eaton, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาในฮ่องกงพบภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 สูงถึงร้อยละ 33.6 (Lee, Chiu, Tsang, Chow, & Chan, 2006) และผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศเม็กซิโกมีภาวะซึมเศร้า สูงถึงร้อยละ 39 (Francisco & Cardiel, 2001) การศึกษาในประเทศไทยพบว่า ผู้เป็นเบาหวานมีแนวโน้มในการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าคนปกติ คิดเป็นร้อยละ 69.64 (รัตนา เดิมเกษมสานต์, 2549) และพบว่าจากการศึกษาของ จุฬารัตน์ บุญวัฒน์ (2551) ที่ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางและรุนแรง ถึงร้อยละ 42.9 สอดคล้องกับการศึกษาของ วรรุทยา ทัดหล่อ (2554) ซึ่งพบว่าผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางและระดับรุนแรงสูงถึงร้อยละ 39.3 จากการศึกษาดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงกว่าคนปกติทั่วไป ซึ่งการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานถือเป็นเรื่องที่สำคัญ เนื่องจากการค้นพบภาวะซึมเศร้าในระยะเริ่มต้นและได้รับการแก้ไขอย่างทันที่ จะช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง โดยถ้าผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีภาวะซึมเศร้าในระดับที่รุนแรง จะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และทำให้การรักษาเบาหวานยุ่งยากมากขึ้น (วรรุทยา ทัดหล่อ, 2554)

ผู้เป็นเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่มักแสดงออกด้วยความผิดปกติ หรือความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม โดยมักแสดงออกด้วยอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย รู้สึกไร้ค่า หดหวัง ไม่รับประทานอาหาร นอนไม่หลับ (วรรุทยา ทัดหล่อ, 2554) ซึ่งถ้าผู้เป็นเบาหวานมีภาวะซึมเศร้า ก็จะส่งผลให้อาการด้านคลินิกของผู้เป็นเบาหวานรุนแรงขึ้นและอัตราการตายเพิ่มขึ้นแล้ว ยังมีผลกระทบต่อเรื่องไปย้งด้านเศรษฐกิจโดยรวม ซึ่งพบว่า ผู้เป็นเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้ามีระยะเวลาการเจ็บป่วยนานกว่า มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนานกว่า และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยกว่ากลุ่มผู้เป็นเบาหวานที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ทำให้เกิดการสูญเสีย

รายได้จากการทำงาน และมีการหยุดงานจากการเจ็บป่วยมากกว่าผู้เป็นเบาหวานที่ไม่มีอาการของภาวะซิมเสร์รา (ระพีพรรณ ลาภา, 2554) โดยภาวะซิมเสร์ราสามารถรักษาให้หายได้หากได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้อง ทันเวลา และได้รับการบำบัดที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ

ปัจจุบันมีรูปแบบการรักษาหรือบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซิมเสร์ราที่หลากหลาย (พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) โดยผู้ที่มีภาวะซิมเสร์รารุนแรงมักต้องใช้การรักษาด้วยยาก่อนจนกว่าอาการจะดีขึ้น ส่วนในผู้ที่มีภาวะซิมเสร์ราเล็กน้อยหรือปานกลาง อาจใช้การบำบัดทางจิตสังคมร่วมด้วย ซึ่งการบำบัดที่ได้ผลดีในการลดภาวะซิมเสร์รา ได้แก่ การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม การบำบัดด้วยสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การใช้กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง เป็นต้น อย่างไรก็ตามมีงานวิจัยที่หลากหลายที่แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม เป็นรูปแบบการบำบัดที่ได้ผลดีกับทุกกลุ่มประชากร โดยการบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม ของ Beck (1995) เชื่อว่า บุคคลที่มีภาวะซิมเสร์ราส่วนใหญ่เกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง ซึ่งเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤตหรือสถานการณ์ตึงเครียด บุคคลที่มีความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง ก็จะมีอารมณ์ซิมเสร์รา รู้สึกตนเองไร้ค่า และเกิดภาวะซิมเสร์ราในที่สุด อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันมีการศึกษาที่หลากหลาย พบว่า ผู้ที่มีภาวะซิมเสร์รา นอกจากจะมีเนื้อหาความคิดในเชิงลบแล้ว มักมีลักษณะความคิดแบบคิดวนคิดซ้ำ ซึ่งไม่สามารถหยุดคิดในทางร้าย ๆ ได้ ทำให้ภาวะซิมเสร์รารุนแรงมากขึ้น (Nolen, 2002) จึงได้มีการพัฒนารูปแบบการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ (Mindfulness-based cognitive therapy [MBCT]) ขึ้นมา ซึ่งเป็นการบูรณาการมาจากโปรแกรมการลดความเครียดด้วยพื้นฐานสติ (Mindfulness-based stress reduction Program [MBSR]) ร่วมกับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy [CBT]) ซึ่ง MBCT นี้ มุ่งเน้นการควบคุมสติและตระหนักรู้ในความคิดของตนเองของบุคคล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า รูปแบบการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ มีงานวิจัยที่หลากหลายที่สนับสนุนว่า โปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ (MBCT) สามารถลดภาวะซิมเสร์ราในประชากรต่าง ๆ หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ เช่น โปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติและการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม สามารถลดภาวะซิมเสร์ราในผู้เป็นเบาหวานได้ (Tovote et al., 2014) ซึ่งแนวคิดนี้สามารถที่จะนำมาประยุกต์ใช้ในการบำบัดสำหรับผู้เป็นเบาหวาน ที่ส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานในการปรับตัวเพื่อควบคุมเบาหวาน และมักพบว่ามีความคิดอัตโนมัติทางลบร่วมกับการไม่ตระหนักรู้กับสภาวะการณปัจจุบันของตนเอง โดยคิดลบไปในทางร้ายซ้ำ ๆ ดังนั้นการเสริมสร้างให้ผู้เป็นเบาหวานมีการตระหนักรู้เท่าทันในความคิดของตนเอง มีสติอยู่กับปัจจุบัน ไม่คิดมากเกินไปจนความเป็นจริง ก็จะทำให้ผู้เป็นเบาหวานมีภาวะซิมเสร์ราลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทย ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคซิมเสร์ราที่

เข้าร่วม โปรแกรม CBT ร่วมกับการเจริญสติ มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรม (พรเพ็ญ อารีกิจ, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร รุ่งเรืองกิจ และสวิตตา ธงยศ (2554) ที่พบว่า ผู้เป็นเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดแนวพุทธ มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยเอช ไอ วี ที่เข้าร่วม โปรแกรม MBCT มีระดับ สติเพิ่มขึ้นและมีภาวะซึมเศร้ามลดลง (รัตดาพร สันติวงษ์, 2550) จากผลการศึกษาดังกล่าว แสดงให้ เห็นว่า โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ (MBCT) สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าใน ประชากรต่าง ๆ ได้

จากการทบทวนดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นภาวะที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งจากสถิติภาวะซึมเศร้า ในผู้เป็นเบาหวานของโรงพยาบาลศรีมโหสถ มีแนวโน้มสูงขึ้น ดังนี้ พ.ศ. 2555-2557 ร้อยละ 17.4, 22.7 และ 23.8 ตามลำดับ (งานสุขภาพจิต กลุ่มการพยาบาล, 2557) โดยกระบวนการดูแลผู้ที่มีภาวะ ซึมเศร้าในปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นการให้คำปรึกษารายบุคคล ยังไม่มีการนำโปรแกรมบำบัดแบบ รายกลุ่มมาใช้ในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทาง ปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาล ศรีมโหสถ จังหวัดปราจีนบุรี โดยผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลที่สำคัญในการวางแผนการพยาบาลเพื่อ ลดภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติแบบกลุ่มที่มีต่อภาวะ ซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวาน

สมมติฐานการวิจัย

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

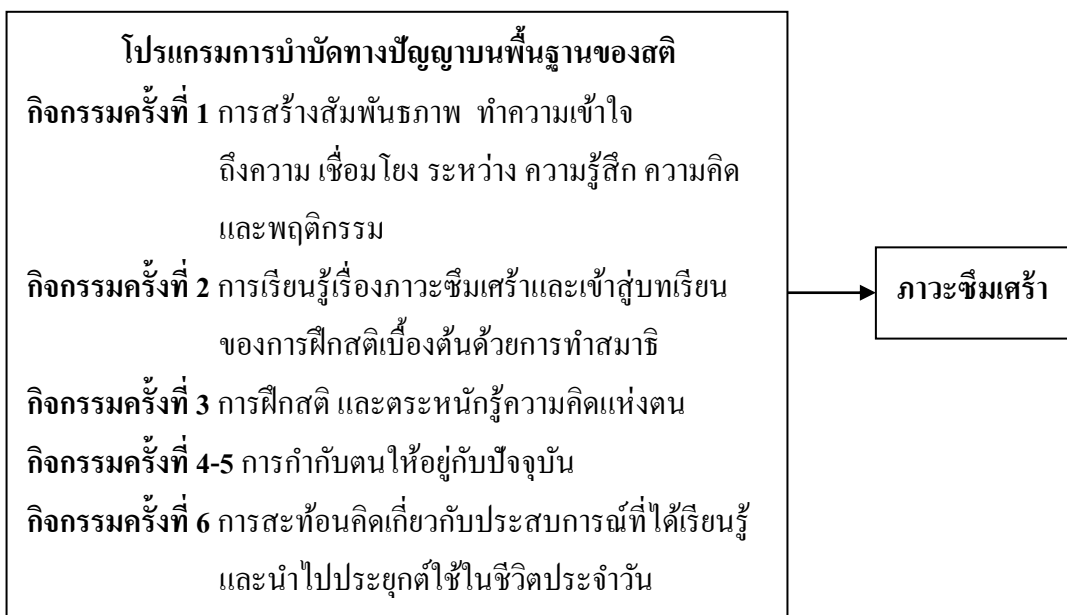
1. กลุ่มทดลอง มีคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองและในระยะติดตามผลต่ำกว่า กลุ่มควบคุม
2. กลุ่มทดลอง มีคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองและในระยะติดตามผลต่ำกว่า ก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้เป็นเบาหวานเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย เนื่องจากต้องมีการปรับตัวหลายด้าน โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากเบาหวาน งานวิจัยนี้ใช้การทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการใช้แนวคิดการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ (MBCT) ของ Segal, Williams, and Teasdale (2002) ซึ่งการบำบัดนี้เป็นการผสมผสานระหว่างรูปแบบการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT) ของ Beck (1967) และรูปแบบการลดความเครียดบนพื้นฐานของการเจริญสติ (MBSR) ของ Kabat-Zinn (1990) โดย Segal et al., (2002) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความคิดของบุคคลเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความตึงเครียด โดยบุคคลที่มีแนวโน้มของลักษณะความคิดในทางลบ ไม่เป็นไปตามความเป็นจริง มีการตีความหรือขยายความคิดในเชิงลบมากขึ้น ร่วมกับมีลักษณะความคิดแบบคิดวนคิดซ้ำถึงสถานการณ์ในแง่ร้าย คิดว่าเรื่องที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่เลวร้าย ไม่มีทางแก้ไข ก็จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกหดหู่ สิ้นหวัง และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในที่สุด เช่นเดียวกับผู้เป็นเบาหวานที่ต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วย หรือการปรับตัวเพื่อควบคุมเบาหวาน ถ้าผู้เป็นเบาหวานมีความคิดเชิงลบกับตนเอง โดยคิดว่าการเจ็บป่วยหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเพื่อควบคุมเบาหวานเป็นเรื่องที่ยากลำบาก หรือเป็นสิ่งที่เลวร้าย ไม่ควรเกิดขึ้น หรือมีความคิดวนคิดซ้ำอยู่กับสถานการณ์เดิมๆ มีการตีความในทางลบหรือเกินความเป็นจริงโดยไม่พยายามทำความเข้าใจหรือหาทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นก็จะมีภาวะซึมเศร้า ดังนั้นการเสริมสร้างให้ผู้เป็นเบาหวานมีสติ รู้เท่าทันความคิดของตน มีความคิดและการรับรู้ตามความเป็นจริง และอยู่กับปัจจุบัน ผ่านกิจกรรมต่างๆ ของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ จะช่วยให้ผู้เป็นเบาหวานมีสติ มีความคิดเท่าทันตนเอง รวมทั้งสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้าซึมเศร้ามลดลง ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าวดังแสดงในภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ ต่อผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการ โรงพยาบาลศรีมโหสถ จังหวัดปราจีนบุรี ในช่วงเดือนสิงหาคม ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2558

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้เป็นเบาหวาน หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน) ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดจากร่างกายมีการหลั่งอินซูลินลดลง ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย (Relative insulin deficiency) หรือมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin resistance) อันเป็นผลมาจากความพร่องในการหลั่งอินซูลินจากความผิดปกติที่ตับอ่อนหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลินหรือทั้งสองอย่างร่วมกัน

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่ผู้เป็นเบาหวานแสดงถึงความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจ ร่างกาย และพฤติกรรม แสดงออกโดยมีอาการซึมเศร้า เสียใจ หดหู่ รู้สึกไร้ค่า ความมีคุณค่าในตนเองลดลง หมดหวัง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีความคิดที่บิดเบือนต่อตนเอง ต่อโลกและต่ออนาคต และอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย (Beck, 1967) ประเมิน โดยใช้แบบประเมิน

ภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory [BDI-1]) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดย มุกดา ศรียงค์ (2522)

โปรแกรมการบำบัดทางปัญญานพื้นฐานของสติ หมายถึง รูปแบบการบำบัดที่เน้น การฝึกสติร่วมกับการบำบัดทางปัญญา เพื่อลดภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยอิงแนวคิด การบำบัดทางปัญญานพื้นฐานของสติ (MBCT) ของ Segal et al., (2002) กิจกรรมเป็นไปใน รูปแบบกลุ่มจำนวน 6 ครั้ง เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ใช้ระยะเวลาครั้งละ 60-90 นาที ประกอบด้วยกิจกรรม การสร้างสัมพันธภาพ ทำความเข้าใจถึงความเชื่อมโยงระหว่าง ความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรม การเรียนรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและการเข้าสู่บทเรียนของการฝึกสติ เบื้องต้นด้วยการทำสมาธิ การฝึกสติและการตระหนักรู้ความคิดแห่งตน การกำกับตนให้อยู่กับ ปัจจุบันและการสะท้อนคิดเกี่ยวกับประสบการณ์การเรียนรู้และการนำไปประยุกต์ใช้

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้า ทูกรายที่มารับบริการ โดยเป็นการให้คำปรึกษารายบุคคล

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยได้ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยรวบรวมและนำเสนอรายละเอียดเป็นหัวข้อ ดังนี้

1. ผู้เป็นเบาหวาน
2. ภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวาน
3. การบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ
4. โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติแบบกลุ่มในผู้เป็นเบาหวาน

ผู้เป็นเบาหวาน

ผู้เป็นเบาหวาน เป็นผู้ที่ต้องอยู่กับภาวะ โรคเรื้อรัง ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานต่อเนื่องไปตลอดชีวิต และมีผลกระทบทั้งผู้เป็นเบาหวานและครอบครัว ในด้านร่างกายและ จิตใจสังคม และเศรษฐกิจ เนื่องจากต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสม ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ (วรทยา หัตถหล่อ, 2554)

โรคเบาหวาน เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม ซึ่งมีลักษณะคือ ระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูง อันเป็นผลมาจากความบกพร่องในการหลั่งอินซูลินจากความผิดปกติที่ตับอ่อน หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลาานๆทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ซึ่งเป็นผลให้มีการทำลาย การเสื่อมสภาพและการล้มเหลวในการทำงานของอวัยวะต่างๆที่สำคัญ ได้แก่ ตา ไต เส้นประสาท หัวใจและหลอดเลือดทั้งขนาดเล็กและขนาดใหญ่ (ADA, 2006)

เทพ หิมะทองคำ, รัชตะ รัชตะนาวิณ และธิดา นิงสานนท์ (2550) ได้กล่าวว่า เบาหวานเป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดซึ่งได้จากอาหารไปใช้ได้ตามปกติ

ชนิดของโรคเบาหวาน

ชนิดของโรคเบาหวานแบ่งโดยสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (ADA, 2006) ได้แก่

1. โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 diabetes mellitus) คือ โรคเบาหวานที่เกิดจากมีการทำลายเซลล์เบต้าของตับอ่อน ส่วนใหญ่จะเกิดจากขบวนการออโตอิมมูน ผู้เป็นเบาหวานชนิดนี้ ร่างกายจะขาดอินซูลินอย่างสิ้นเชิง เนื่องจากตับอ่อนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้ การขาดอินซูลินทำให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลเข้าไปในเนื้อเยื่อเพื่อเผาผลาญให้เกิดพลังงานได้ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ส่งผลให้เกิดอาการปัสสาวะบ่อย และมีจำนวนมาก กระหายน้ำ คอแห้ง น้ำหนักลด อ่อนเพลีย เมื่อร่างกายนำน้ำตาลไปใช้เป็นพลังงานไม่ได้ ร่างกายจะมีการสลายไขมัน และโปรตีนมาใช้เป็นพลังงานแทน การสลายไขมันจะได้สารคีโตนซึ่งมีฤทธิ์เป็นกรดและเป็นพิษต่อร่างกายออกมาด้วย โรคเบาหวานชนิดนี้จึงมีโอกาสดเกิดภาวะกรดคั่งในเลือดจากสารคีโตน (Diabetic ketoacidosis) ได้ง่าย ดังนั้นจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน และโรคเบาหวานชนิดนี้มักพบในคนอายุน้อย แต่ก็สามารถเกิดได้กับคนทุกช่วงอายุ

2. โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 diabetes mellitus) คือ โรคเบาหวานที่เกิดจากร่างกายมีการหลั่งอินซูลินลดลง ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย (Relative insulin deficiency) และมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin resistance) ลักษณะที่สำคัญทางคลินิก ได้แก่ ผู้ที่มีรูปร่างอ้วน หรือมีไขมันสะสมที่ท้องมาก โรคเบาหวานชนิดนี้มักจะไม่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ระยะแรก เนื่องจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจะเกิดขึ้นช้า ๆ ระยะแรกจะไม่พบอาการผิดปกติ ผู้ป่วยมักไม่รู้ตัวว่าเป็นโรคเบาหวาน ผู้เป็นเบาหวานชนิดนี้จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด และหลอดเลือดแดงฝอย เช่น ภาวะแทรกซ้อนที่จอตา ภาวะแทรกซ้อนที่ไต สำหรับการให้การรักษาเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนมากจะรักษาด้วยการใช้ยา รับประทาน การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย

3. โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus) หมายถึง ความผิดปกติในความทนต่อกลูโคสทุกระดับ ซึ่งเกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ มักพบบ่อยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน และพบประมาณร้อยละ 90 ในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดา และทารกในครรภ์

4. โรคเบาหวานที่เกิดจากสาเหตุอื่น ๆ (Other specific types of diabetes) เช่น โรคของตับอ่อน โรคต่อมไร้ท่อต่าง ๆ ยาและสารเคมี และภาวะติดเชื้อ เป็นต้น โรคเบาหวานชนิดนี้ พบได้ประมาณร้อยละ 1-5 ของโรคเบาหวานทั้งหมด

ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เป็นโรคเบาหวาน

1. กรรมพันธุ์ โดยจะถ่ายทอดความผิดปกติการทำงานของตับอ่อน ทั้งความผิดปกติของปริมาณเบต้าเซลล์ และความผิดปกติของการหลั่งหรือการทำงานของอินซูลินมาทางยีนจากรุ่นพ่อ

แม่ไปยังรุ่นลูกต่อไป ดังนั้น ผู้ที่มีบิดา มารดา ญาติพี่น้องเป็นเบาหวานก็มีโอกาสที่จะเป็นเบาหวานได้

2. อายุ อายุที่เพิ่มสูงขึ้นมีผลต่อการทำงานของตับอ่อน เนื่องจากตับอ่อนจะสังเคราะห์และหลั่งฮอร์โมนอินซูลินได้น้อยลง ในขณะที่ได้รับปริมาณน้ำตาลเท่าเดิม จึงทำให้มีน้ำตาลส่วนเกินในเลือด

3. ความอ้วน ในคนอ้วนเนื้อเยื่อต่าง ๆ ในร่างกายจะคัดค้านการออกฤทธิ์ของอินซูลิน (Insulin resistance) อินซูลินจึงไม่สามารถนำกลูโคสเข้าสู่เซลล์ได้ดีเช่นเดิม จึงทำให้ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงขึ้นและเกิดโรคเบาหวาน

4. การขาดการออกกำลังกาย เนื่องจากการออกกำลังกายช่วยให้น้ำตาลในเลือดถูกนำมาใช้เป็นพลังงาน และช่วยให้เนื้อเยื่อของร่างกายมีการตอบสนองต่ออินซูลินดีขึ้น เมื่อขาดการออกกำลังกาย จำนวนอินซูลินรีเซพเตอร์ในเซลล์ ไขมัน และกล้ามเนื้อลดลง เป็นผลให้อินซูลินออกฤทธิ์ไม่ได้และร่างกายได้รับปริมาณน้ำตาลที่เท่าเดิม ทำให้ความสามารถในการนำน้ำตาลมาใช้เป็นพลังงานลดลง จึงมีน้ำตาลในกระแสเลือดสูง เกิดเป็นเบาหวานได้

5. ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากขณะตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนจากรกหลายชนิด ซึ่งมีผลยับยั้งการทำงานของอินซูลิน นอกจากนี้ภาวะความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดเบาหวานได้เช่นกัน

อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน เทพ หิมะทองคำ และคณะ (2550) ได้กล่าวว่
อาการของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มักพบบ่อย ๆ ได้แก่

1. ถ่ายปัสสาวะจำนวนมาก (Polyuria) เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินขีดจำกัดของไต ร่างกายจะขับน้ำตาลออกมาทางปัสสาวะ ดังนั้นผู้ป่วยยังมีระดับน้ำตาลสูงมากเท่าใดก็ยิ่งปัสสาวะบ่อยและมากขึ้นเท่านั้น

2. ดื่มน้ำมาก (Polydipsia) เนื่องจากร่างกายเสียน้ำทางปัสสาวะจำนวนมาก ศูนย์ควบคุมความกระหายน้ำ (Thirst center) จะถูกกระตุ้นทำให้รู้สึกกระหายน้ำมาก จึงต้องดื่มน้ำเพิ่มขึ้น

3. รับประทานอาหารจุ (Polyphagia) เนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลมาใช้ได้อย่างปกติ จึงสลายเนื้อเยื่อส่วนต่างๆมาใช้เป็นพลังงานเพื่อชดเชยภาวะนี้ ทำให้มีอาการหิวบ่อย รับประทานอาหารมากแต่น้ำหนักลด

4. น้ำหนักลด (Weight loss) เมื่อร่างกายไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้จะสลายโปรตีนและไขมันมาใช้เป็นพลังงาน ร่วมกับภาวะขาดน้ำ จึงทำให้น้ำหนักลด

นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการแสดงอื่น ๆ ในรายที่เป็นโรคเบาหวานมานานแต่ผู้ป่วยไม่ทราบมาก่อน อาจมาด้วยอาการแทรกซ้อน เช่น ตาพร่ามัว เป็นแผลเรื้อรัง เป็นฝีบ่อย ซาหรือ

ปวดแสบปวดร้อนบริเวณปลายมือปลายเท้า เป็นต้น

การดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

การดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีดังนี้

1. การใช้ยา ผู้เป็นเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยา จะต้องใช้ยาให้ถูกต้อง ตรงตามเวลา และสม่ำเสมอทุก ๆ วันอย่างเคร่งครัด เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ผล ควรจะต้องรู้จักอาการข้างเคียงของยา และรู้วิธีการแก้ไขเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา
2. การควบคุมอาหาร เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการควบคุมโรคเบาหวาน คือการเลือกรับประทานอาหารให้ครบห้าหมู่ ในปริมาณที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่ครบถ้วนเป็นการป้องกันและลดความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนที่ตามมา ภายหลัง และควรรับประทานอาหารให้ตรงเวลา ทั้ง 3 มื้อ การรับประทานอาหารมากเกินไป โดยเฉพาะอาหารที่มีน้ำตาลมาก จะมีผลทำให้น้ำตาลในเลือดสูง เป็นเหตุให้เกิดโรคแทรกซ้อน เช่น หลอดเลือดเปลี่ยนแปลงตีบแข็งก่อนระยะเวลาอันควร ดังนั้น ผู้เป็นเบาหวานจึงจำเป็นต้องควบคุมอาหารอย่างสม่ำเสมอ (เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2550; Canadian Diabetes Association, 2000; Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2008)
3. การออกกำลังกาย การออกกำลังกายเป็นที่ยอมรับว่ามีประโยชน์ต่อสุขภาพ ได้แก่ ช่วยลดระดับไขมันโคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ การออกกำลังกายเป็นประจำ จะทำให้ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 สุขภาพดีขึ้นได้
4. การมาตรวจตามนัด การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้สามารถค้นพบอาการของภาวะแทรกซ้อน ผู้เป็นเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานมานานกว่า 5 ปี ควรได้รับการตรวจตาทุก ๆ ปี ดังนั้นผู้เป็นเบาหวานควรมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอทุกครั้ง
5. การดูแลสุขภาพโดยทั่วไปและการดูแลเท้า การดูแลสุขภาพร่างกายเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้เป็นเบาหวาน เนื่องจากผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต้านโรคต่ำกว่าปกติ จึงมีโอกาสติดเชื้อต่าง ๆ ได้ง่าย
6. การดูแลตนเองเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำกว่าปกติ

ภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวาน

ภาวะซึมเศร้า

1. ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นภาวะที่พบได้ในคนปกติ ลักษณะที่สำคัญของผู้ป่วยคือ จะมีอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่นชัดร่วมกับอาการอย่างอื่น เช่น มีความรู้สึกเบื่อหน่ายและหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่า และ

มีความคิดอยากตาย ระยะเวลาของอาการจะคงอยู่อย่างน้อย 2 สัปดาห์ ซึ่งผู้ป่วยมีอาการแสดงต่าง ๆ ต่อไปนี้อย่างน้อย 5 ข้อ และต้องมีอาการข้อ 1 และข้อ 2 อย่างน้อย 1 ข้อคือ 1) อารมณ์เศร้า 2) ความสนใจหมดความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่าง ๆ 3) เบื่ออาหารและน้ำหนักลดลง หรือรับประทานจุและน้ำหนักเพิ่ม 4) นอนไม่หลับหรือหลับมาก 5) ความคิดและการเคลื่อนไหวเชิงช้าหรือพลุ่งพล่านกระวนกระวาย 6) อ่อนเพลียง่ายหรือไม่มีแรง 7) รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิดมาก ผิดปกติ 8) สมาธิเสีย หรือมีความลังเลใจ 9) มีความคิดอยากตาย คิดฆ่าตัวตาย (American Psychiatric Association, 2013)

Beck (1967) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าว่าเป็นภาวะที่แสดงความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกาย และพฤติกรรม เนื่องจากมีความคิดที่บิดเบือนต่อตนเอง ต่อโลกและต่ออนาคต ทำให้มีการแสดงออกโดยตำหนิ ตีเดียวน และลงโทษตนเอง ประเมินตนเองว่าไร้ค่า เบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจ และสิ่งกระตุ้น สิ้นหวัง พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่าง ๆ มีกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียความรู้สึกทางเพศ ซึ่งภาวะซึมเศร้ามีได้หลายระดับ โดยอาจเริ่มตั้งแต่เกิดความวิตกกังวล และรุนแรงขึ้นจนกระทั่งทำให้มีอาการเฉยเมย เฉื่อยชาต่อสิ่งแวดล้อม หลีกหนีออกจากสังคมและไม่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

จากความหมายของภาวะซึมเศร้าที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่แสดงถึงความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจ ร่างกาย และพฤติกรรม แสดงออกโดยมีอาการซึมเศร้า เสียใจ หดหู่ รู้สึกไร้ค่า ความมีคุณค่าในตนเองลดลง หมดหวัง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีความคิดที่บิดเบือนต่อตนเอง ต่อโลกและต่ออนาคต และอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย

2. สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้หลายสาเหตุได้แก่ ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านพันธุกรรม และปัจจัยทางด้านจิตสังคม มีผู้ทำการศึกษาและอธิบายถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน ดังต่อไปนี้

2.1 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (Biological factors) แนวคิดนี้เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้า เกิดจากการบกพร่อง หรือความผิดปกติในการทำงานในระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) โดยมีปริมาณของสารสื่อประสาท คือ Acetylcholine, Dopamine, Serotonin และ Norepinephrine ลดลง ซึ่งนอกจากการลดลงของสารสื่อประสาทแล้ว ยังเกิดจากความผิดปกติของการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต ชื่อ Cortisol ที่เชื่อมโยงจากฮอร์โมนที่มาจากการทำงานของต่อมใต้สมอง คือ Corticotropin-releasing hormone หรือ CRH วงจรนี้เรียกว่า Hypothalamic-pituitary-adrenal axis หรือ HPA โดย Serotonin และ Norepinephrine จะควบคุมเรื่องของอารมณ์ และวงจรการหลับตื่น การลดลงของสารสื่อประสาททั้ง 2 นี้ เป็นผลทำให้ระบบประสาท Lymbic

system บริเวณ Amygdala เป็นส่วนของการควบคุมในเรื่องการควบคุมอารมณ์ แสดงในเรื่องอาการ การขาดแรงจูงใจ ความต้องการทางเพศ ความผิดปกติเรื่องความอยากอาหาร ต่อม Pituitary ตอบสนองต่อการลดลงของสารสื่อประสาทด้วยการปวดท้อง ประจำเดือนผิดปกติ และการถูกรบกวนเรื่องการนอนหลับ ในส่วนของความผิดปกติของต่อมหมวกไต ชื่อ Cortisol ของวงจร Hypothalamic-pituitary-adrenal axis มีการแสดงเรื่องความอยากอาหารลดลงหรือกินมากขึ้น นอนมากหรือนอนไม่หลับ (Burt & Ishak, 2002)

2.2 ปัจจัยด้านพันธุกรรม (Genetic factor) ผลสรุปทางการศึกษาปัจจัยด้านพันธุกรรม พบว่า ยีนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า คู่แฝดจากไข่ใบเดียวกัน (Monozygotic twins) มีโอกาสเป็นโรคนี้อยู่ละ 50 สำหรับญาติในลำดับที่ 1 (First-degree relative) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีโอกาสป่วยเป็นโรคซึมเศร้าสูงกว่าคนทั่วไป ประมาณ 1.5-3 เท่า และจากการศึกษายังพบอีกว่าบิดามารดาที่มีภาวะซึมเศร้าบุตรมีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าประมาณร้อยละ 15-45

2.3 ปัจจัยทางด้านจิตสังคม (Psychosocial factor) ซึ่งสามารถอธิบายด้วยทฤษฎีต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

2.3.1 ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive theory) ทฤษฎีนี้เริ่มต้นโดย Beck (1967) Cognition เป็นขบวนการรับความรู้ด้วยปัญญา แล้วจัดระเบียบความรู้นั้นแล้วจึงนำไปใช้ในโอกาสต่อไป ทฤษฎีทาง Cognition กล่าวว่า ผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าจะมีขบวนการของการรับรู้ ที่มุ่งพิจารณาประสบการณ์ในชีวิตหรือมุ่งพิจารณาสิ่งต่าง ๆ ให้บิดเบือนไปจากความเป็นจริงหรือมุ่งพิจารณาไปในทางลบแทนที่จะพิจารณาไปในทางที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงหรือพิจารณาไปในทางบวก Beck กล่าวว่า ผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้า มีความคิดเชิงลบที่บิดเบือนไป ทั้งต่อตนเอง สถานการณ์สิ่งแวดล้อมและอนาคต โดยผู้ป่วยจะคิดว่าตนเองหมดหนทางที่จะต่อสู้และตนเองไม่มีประโยชน์อีกแล้ว ผู้ป่วยมักจะตีความเหตุการณ์ต่าง ๆ ไปในทางไม่ดีและคิดว่า อนาคตไม่มีความหวัง การบิดเบือนในความคิดนี้เกิดจากการบาดเจ็บต่อจิตใจในวัยเด็ก เช่น มีการสูญเสียบิดามารดา การขาดการเอาใจใส่ การถูกเพื่อนปฏิเสธไม่ยอมรับ การบาดเจ็บต่อจิตใจเหล่านี้เป็นการสร้างเงื่อนไขให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะคิดและตีความและตอบสนองในทางลบต่อเหตุการณ์ชีวิตที่เกิดขึ้นในโอกาสต่อ ๆ ไป ความเห็นจากการเรียนรู้มาก่อนเช่นนี้ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า การรักษาทางการรู้คิดจึงเป็นการพิสูจน์หาเงื่อนไขที่ทำให้เกิดการรู้คิดที่ไปในทางลบแล้วดัดแปลงแก้ไขให้เป็นการรู้คิดวิธีใหม่

2.3.2 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis theory) ภาวะซึมเศร้าที่อธิบายโดยทฤษฎีจิตวิเคราะห์ Freud, 1905 (อ้างถึงใน ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2548) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า

เกิดจากความขัดแย้งทางจิตมี 2 ระดับ คือจิตสำนึก (Conscious) จิตใต้สำนึก (Unconscious) จิตระดับใต้สำนึกมีกลไกทางจิตหลายประเภท เช่น แรงจูงใจ อารมณ์ที่ถูกเก็บกด ความรู้สึกนึกคิด ความฝัน ความทรงจำ ฯลฯ พลังจิตใต้สำนึกมีอิทธิพลเหนือจิตสำนึก กระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติ พฤติกรรมประจำวันทั่ว ๆ ไป เป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมไร้เหตุผลและผิดปกติในลักษณะต่าง ๆ ภาวะซึมเศร้าเกิดจากผลของพลังจิตใต้สำนึก ที่ไม่มีโอกาสได้แสดงออกตามระยะพัฒนาการของอายุอย่างเหมาะสม เกิดภาวะ “ติดข้องอยู่ (Fixation)” จึงแปรรูปเป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติดังกล่าว

2.3.3 ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการไม่ได้รับแรงเสริม (รางวัล) ที่เหมาะสมหรือได้รับแรงเสริมน้อยเกินไปหรือได้รับรางวัลแต่ไม่ได้รับทันทีที่แสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง สาเหตุที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวอาจเกิดจากการที่สังคมนั้นไม่สามารถจัดการรางวัลใด ๆ ได้เลย เหตุการณ์อย่างนี้จะทำให้บุคคลเกิดอาการเบื่อ ไม่ร่าเริง ผิดหวัง หรืออาจจะเกิดจากเหตุการณ์ที่บุคคลได้รับรางวัลที่คิดว่าไม่คู่ควร เหตุการณ์เช่นนี้ทำให้ความภาคภูมิใจตนเองลดลง ตามทฤษฎีนี้ปัจจัยชวนที่ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ง่ายคือ บุคคลนั้นขาดทักษะทางสังคม จนทำให้ความสามารถในการพบกับเหตุการณ์ที่อาจทำให้ได้รับรางวัลทันทีลดลง (ชนัดดา แนบเกษร, 2551)

3. อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า

ด้านความคิด มีความคิดประหม่นค่าตนเองต่ำ มองโลกในแง่ร้าย ดำหนดตนเอง มีความยากลำบากในการตัดสินใจ คิดว่าภาพลักษณ์ของตนเองบิดเบือนไป โดยมีภาวะบิดเบือนแตกต่างกันออกไปตามระดับภาวะซึมเศร้าดังต่อไปนี้

1. ผู้มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย มักชอบเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นแล้วแล้วคิดว่าตนเองด้อยกว่า คิดว่าปัญหาหรือความยากลำบากต่าง ๆ ที่เผชิญอยู่เป็นความผิดของตนเองรู้สึกผิดเกินกว่าความเป็นจริง มองโลกในแง่ร้าย ตัดสินใจช้า ไม่พอใจในรูปลักษณ์ของตนเอง
2. ผู้มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง มักคิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว ไม่มีประสิทธิภาพ มองปัญหารุนแรงเกินความจริง มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง คิดว่าสิ่งต่าง ๆ ที่ตนเองทำไปไม่ประสบความสำเร็จ โทษตนเองแม้แต่เรื่องที่ไม่ใช่ความรับผิดชอบของตน หรือเป็นเรื่องที่อยู่เหนือความควบคุมของตนเอง ตัดสินใจยากแม้เรื่องเล็กน้อย
3. ผู้มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า ล้มเหลวทุกสิ่งทุกอย่าง เป็นคนไม่ดีไม่มีประโยชน์ สร้างภาระให้กับผู้อื่น ตัดสินใจไม่ได้เลย คิดว่ามีความผิดปกติกับร่างกาย เป็นที่รังเกียจของสังคม

ด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้าเป็นอาการสำคัญ มีความรู้สึกลบต่อตนเอง ร้องไห้ง่าย ความสนใจต่อผู้อื่นลดลง โดยมีภาวะบิดเบือนแตกต่างกันออกไปตามระดับภาวะซึมเศร้าดังต่อไปนี้

1. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย มีอารมณ์เศร้า ไม่สดชื่นแจ่มใส ซึ่งอารมณ์เศร้านี้จะมีอาการเปลี่ยนแปลงขึ้น ๆ ลง ๆ ทั้งวัน แต่ยังมีบางช่วงเวลาที่อารมณ์สดใส บางครั้งก็มีอารมณ์เศร้าที่มีสาเหตุเพียงพอบางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใด ๆ มีความรู้สึกผิดหวังกับตนเอง ไม่ค่อยมีความรู้สึกสนุกสนาน ไม่พอใจกับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัวทั้งเรื่องของครอบครัวและเพื่อน การทำกิจกรรมต่าง ๆ และความกระตือรือร้นในการทำงานลดลง ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมน้อยลง ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ

2. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง มีอารมณ์เศร้ารุนแรงและเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องยาวนานมักมีอาการรุนแรงมากที่สุดหลังตื่นนอนตอนเช้า รู้สึกถูกกดดัน รู้สึกเบื่อหน่ายเกือบตลอดเวลา ความสนใจต่อตนเองและสิ่งแวดล้อมลดลง ไม่มีอารมณ์ขัน ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล

3. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง มีอารมณ์ซึมเศร้าตลอดเวลา รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมากสิ้นหวัง รังเกียจตนเอง คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่าพอที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ไม่มีอารมณ์พึงพอใจต่อสิ่งใด ๆ เลย หหมดความสนใจต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม เฉยชา ร้องไห้จนไม่มีน้ำตา

ด้านแรงจูงใจ ขาดแรงจูงใจ รู้สึกเหนื่อยง่าย แยกตัวจากสังคมหรือต้องการที่จะตาย โดยมีภาวะบิดเบือนแตกต่างกันออกไปตามระดับภาวะซึมเศร้าดังต่อไปนี้

1. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ไม่อยากปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ หลีกเลียงหรือผ่อนผันในกิจกรรมต่าง ๆ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น และมีความต้องการที่จะตาย

2. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ แต่ยังสามารถบังคับตนเองหรือถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ปฏิบัติได้ รู้สึกจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น มีความต้องการหลีกหนีจากสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ตนเองเผชิญอยู่ หลีกเลียงและแยกตัวเองออกจากสังคม ความต้องการที่จะตายรุนแรงและถี่ขึ้น มีความพยายามที่จะฆ่าตัวตาย

3. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง หหมดแรงจูงใจที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ทุกชนิด แม้จะถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ทำ ต้องให้ผู้อื่นดูแลทั้งหมด แทบไม่มีการเคลื่อนไหว รู้สึกทุกข์ทรมานอย่างมากกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ จนกระทั่งรู้สึกว่าไม่สามารถที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้

ด้านร่างกายและพฤติกรรม เบื่ออาหาร แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง ความต้องการทางเพศลดลง รู้สึกอ่อนล้า น้ำหนักลด โดยมีภาวะบิดเบือนแตกต่างกันออกไปตามระดับภาวะซึมเศร้าดังต่อไปนี้

1. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย มีความอยากอาหารลดลง หรือรับประทานอาหารมากเกินไป หลับยากกว่าปกติ ตื่นนอนเร็วกว่าปกติเล็กน้อย ความต้องการทางเพศลดลง หนึ่งอย่างง่ายกว่าปกติ

2. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง แทบไม่ยอมรับประทานอาหารหรือลิ้มรับประทานอาหารไปเลย ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง นอนหลับไม่สนิท รู้สึกอ่อนล้าตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้า หนึ่งอย่างง่าย รู้สึกไม่อยากทำกิจกรรมใด ๆ

3. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ไม่รับประทานอาหารจนน้ำหนักลด นอนหลับได้ 4-5 ชั่วโมงต่อวัน หลังตื่นนอนแล้วไม่สามารถกลับไปหลับต่อได้อีก หรือไม่สามารถนอนหลับได้เลย ไม่มีความต้องการทางเพศ อ่อนล้าจนไม่สามารถทำกิจกรรมได้

4. ระดับภาวะซึมเศร้า

Beck (1967) ได้อธิบายถึงผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าว่า มีความแปรปรวนใน 4 ด้าน คือ ด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม ภาวะซึมเศร้าสามารถแบ่งความรุนแรงได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้

- 4.1 ระดับปกติหรือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Normal range)
- 4.2 ระดับเล็กน้อย (Mild depression)
- 4.3 ระดับปานกลาง (Moderate depression)
- 4.4 ระดับรุนแรง (Severe depression)

5. การบำบัดภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าสามารถรักษาให้หายได้หากได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้อง ทันเวลา และได้รับการบำบัดที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ ปัจจุบันการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า คือ การรักษาทางชีวภาพ ได้แก่การรักษาด้วยยา และการรักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาทางจิตสังคม (พีรพนธ์ ลือบุญราชชัย, 2553)

1. การใช้ยาด้านเศร้า (Antidepressants) มี 4 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังต่อไปนี้

1.1 กลุ่ม Tricyclic antidepressants เป็นยาที่ออกฤทธิ์ในการลดการดูดกลับเข้าเซลล์ประสาทของ Serotonin และ Norepinephrine ที่จับต่อปลายประสาททำให้สารเหล่านี้เพิ่มขึ้น ส่งผลให้อารมณ์ซึมเศร้าหมดไปหรือทุเลาลง ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Amitriptyline, Clomipramine, Desipramine เป็นต้น

1.2 กลุ่ม Monoamine oxidase inhibitor ยาออกฤทธิ์ยับยั้งการ Oxidation ของ Serotonin และ Norepinephrine เพิ่มสารสื่อประสาท โดยไปยับยั้งการแตกย่อยทำให้มี Serotonin และ Norepinephrine เพิ่มขึ้น ส่งผลให้อารมณ์ซึมเศร้าลดลง

1.3 กลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitor [SSRI] เป็นยาที่ออกฤทธิ์โดยยับยั้งการดูดกลับของ Serotonin มีประสิทธิภาพในการรักษาอารมณ์เศร้า ขนาดยามีความปลอดภัย อาการข้างเคียงน้อย ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Fluoxetine, Fluvoxamine, Paroxetine เป็นต้น

1.4 กลุ่ม New generation antidepressants เป็นกลุ่มยาตัวใหม่ของยาด้านเศร้า ได้แก่ Mianserin ยาตัวนี้ออกฤทธิ์โดยการเพิ่มการหลั่ง Norepinephrine จากปลายประสาท ใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเศร้าและนอนไม่หลับ Aminoketone ออกฤทธิ์โดยเป็น Dopamine และ Serotonin Reuptake inhibitor ใช้กับผู้ป่วย Bipolar depression

2. การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) การรักษาด้วยวิธีนี้ได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง (Severe psychosis) คลั่งรุนแรง (Severe mania) และใช้ได้ดีมากในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรง และมีอาการทางจิตที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การรักษาด้วยวิธีนี้มีความเสี่ยงในรายที่มีอาการความดันโลหิตสูง เนื่องอกในสมอง โรคที่เกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจ เป็นโรคร่วม ประสิทธิภาพการรักษาคดี แต่ในปัจจุบันมียาที่ให้ประสิทธิภาพในการรักษาและปลอดภัยกว่า ดังนั้นความนิยมด้านการใช้การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้าลดลง (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542)

3. การบำบัดด้านจิตสังคม (Psychosocial therapy) การบำบัดทางจิตสังคมที่มีการประยุกต์ใช้เพื่อการบำบัด สามารถสรุปได้ดังนี้

3.1 การให้คำปรึกษา (Counseling) เป็นการให้คำปรึกษา การหาแนวทางแก้ไข ความขัดแย้ง อุปสรรคต่างๆในชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งการปรับตัว

3.2 การทำจิตบำบัด (Psychotherapy) การทำจิตบำบัดมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงปัญหาความขัดแย้งภายในจิตใจ และความคิด เช่น การบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT) การบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ (MBCT) หรือ การใช้การทำจิตบำบัดแบบกลุ่ม เป็นต้น

ภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวาน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในเรื่องภาวะซึมเศร้ากับการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน การศึกษาของ Plesman (2006) พบว่า การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานมีความสัมพันธ์กับความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitter) โดยมีสารที่สำคัญได้แก่ ซีโรโตนิน และนอร์อิพิเนฟริน รวมทั้งอาจมีความผิดปกติของเซลล์ที่รับสื่อเคมีเหล่านี้ในผู้เป็นเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า พบระดับของซีโร โตนินและนอร์อิพิเนฟรินลดลง และการศึกษาของ Talbot and Nouwen (2000) พบว่าผู้ที่เป็นเบาหวาน มักมีความเบื่อหน่ายกับการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นอยู่ เนื่องจากต้องมีการดูแลตนเองตลอดเวลา ส่งผลให้ผู้ที่ เป็นเบาหวาน

เกิดความเครียด การเกิดความเครียดเป็นระยะเวลาและเรื้อรัง ทำให้ร่างกายมีการตอบสนองต่อความเครียด โดยการกระตุ้นการทำงานของระบบ Hypothalamic pituitary adrenocortical axis ส่งผลให้หลั่งสาร Corticotrophin releasing factor เพิ่มขึ้นทำให้ระดับของคอร์ติซอลสูงกว่าปกติในระบบไหลเวียน ซึ่งมีผลไปขัดขวางการทำงานของอินซูลิน ทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ (Kaphan et al., 1994) ทำให้พยาธิสภาพของโรคเลวลง เกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบต่าง ๆ มากขึ้น สุขภาพแย่ลง ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานในการปรับตัวเพื่อควบคุมเบาหวาน และมักพบว่ามีความคิดอัตโนมัติทางลบร่วมกับการไม่ตระหนักรู้กับสภาวะการณปัจจุบันของตนเอง โดยคิดลบไปในทางร้ายซ้ำ ๆ มีอารมณ์ซึมเศร้า รู้สึกตนเองไร้ค่า และเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด

การบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ (Mindfulness-based cognitive therapy)

ความเป็นมาของการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ

การทำจิตบำบัดมีประวัติความเป็นมาอันยาวนาน ตั้งแต่ยุคของการตื่นตัวเรื่องของจิตไร้สำนึก จุดเริ่มต้นของการทำจิตบำบัดในผู้ป่วยจิตเวช โดย Sigmund Freud ต่อมาและได้มีการพัฒนารูปแบบการทำจิตบำบัดเรื่อย ๆ มา ในปี ค.ศ. 1970 Beck ได้เริ่มนำจิตบำบัดแบบ CBT มาใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยการบำบัดเน้นที่การวิเคราะห์วิธีการคิด ความคิดที่บิดเบือนของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการคิดในแง่ลบหรือรูปแบบของความคิดที่บิดเบือนและเกิดขึ้นเองโดยอัตโนมัติ (Automatic thought) ซึ่งเป็นความคิดที่เกิดขึ้นที่เมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้น เพื่อช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม

ต่อมาจอห์น Kabat-Zinn (1990) ได้บูรณาการวิธีการฝึกสติจากวิธีที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการมาใช้ร่วมในโปรแกรมการลดความเครียดด้วยพื้นฐานสติ (MBSR) ในปี ค.ศ. 1990 สาระที่สำคัญเป็นเรื่องของการฝึกสมาธิเพื่อสติ (Mindfulness meditation) โดยมีเป้าหมายหลักคือ การเพิ่มประสบการณ์ของความตระหนักรู้ในปัจจุบัน จากขณะหนึ่งสู่ขณะหนึ่ง ผู้รับการบำบัดจะได้รับการฝึกอย่างเข้มข้นให้เกิดการเรียนรู้ในการเพ่งความสนใจอยู่ที่ปัจจุบัน โปรแกรม MBSR เป็นโปรแกรมที่เน้นการฝึกสติใน 2 ลักษณะ คือ 1) การฝึกที่ไม่เป็นทางการ (Informal methods or mindfulness practice) โดยการฝึกให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความตระหนักรู้อยู่กับปัจจุบัน คงสภาพปัจจุบันนั้นไว้ โดยมองผ่านความเจ็บปวดทางกายหรือความเศร้าเสียใจไปมีสติอยู่กับตัวเองในกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ ตลอดเวลา 2) การฝึกที่เป็นทางการ (Formal methods) ได้แก่ การทำสมาธิ การฝึกการหายใจ และการฝึกโยคะ ลักษณะโปรแกรมจะเป็นการเข้ากลุ่ม ๆ ละประมาณ 30 คน เป็นเวลา 2-2.5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ นาน 8-10 สัปดาห์ โดยในสัปดาห์ที่ 6 จะมีกิจกรรมฝึกสติทั้งวันเป็น

เวลา 1 วัน กิจกรรมกลุ่มจะมีการให้คำแนะนำในการฝึกสติและการทำสมาธิ เช่นการสำรวจร่างกาย (Body scan) การนั่งสมาธิโดยรู้สึกตัวอยู่กับลมหายใจ การทำโยคะแบบมีสติ การฝึกสติขณะเดิน ยืน รับประทาน รวมถึงการพูดคุยกันในประเด็นของความเครียด การปรับตัว และให้การบ้านเกี่ยวกับการฝึกสติไปทำที่บ้านอย่างน้อย 45 นาทีต่อวัน ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำให้สังเกตความคิดและอารมณ์ของตนเองโดยไม่ต้องเข้าไปดูรายละเอียดเนื้อหาความคิด โดยอาจจะบอกกับตนเองว่านั่นเป็นเพียงความคิด และกลับมามีสติอยู่กับปัจจุบันต่อ ผลที่ตามมาจากการฝึกสติคือการตระหนักว่า การรับรู้ทางประสาทสัมผัส ความคิด และความรู้สึกเป็นเพียงสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วก็ผ่านไป

จากนั้น Segal et al., (2002) ได้บูรณาการ MBSR เข้ากับการบำบัดบนพื้นฐานปัญญา (Cognitive based therapeutic strategies) มาเป็นรูปแบบการบำบัดแนวใหม่ที่ใช้กับผู้ป่วยซึมเศร้า (Major depression disorder) โดยใช้กรอบแนวคิดของทฤษฎีทางปัญญาที่ใช้บำบัดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (The cognitive theory of depression and anxiety) เรียกรูปแบบนี้ว่า การบำบัดทางปัญญบนพื้นฐานของสติ (MBCT) ซึ่งเริ่มพัฒนาเป็นครั้งแรกในปี 2000 และนำไปพิสูจน์ประสิทธิผลของ MBCT ด้วยการทำวิจัยในคลินิก Segal และคณะอ้างว่า มีงานวิจัยในต่างประเทศมากมาย รายงานผลลัพธ์ด้านบวกของ MBCT ที่มีต่อกลุ่มเป้าหมายที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่หลากหลาย ในโปรแกรม MBCT เทคนิคต่าง ๆ ที่ใช้ในการบำบัดแบบ CT จะถูกนำมาใช้ร่วมกับหลักการของการฝึกสติ การปฏิบัติหลักของ MBCT คือ การให้สมาชิกเรียนรู้จากประสบการณ์ด้วยตนเอง การเสริมพลังอำนาจ และการให้ความรู้ เทคนิคของ CT ที่ถูกนำมาใช้ ได้แก่ การสนทนากับตนเอง (Self-dialogue) การจินตภาพ (Imagery) การทำบทบาทสมมติ (Role-playing) การคิดกรอบใหม่ (Reframing) การปรับแบบแผนความคิดใหม่ (Restructuring thought patterns) ในการฝึกสติจะเริ่มต้นด้วยการให้ความรู้การฝึกสมาธิขั้นพื้นฐาน ทั้งในขณะร่างกายเคลื่อนไหวและไม่เคลื่อนไหว สมาชิกจะถูกกระตุ้นให้รู้จักการใคร่ครวญ ไตร่ตรองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างรอบคอบ การสะท้อนความรู้สึกตนเอง การบูรณาการความคิดของตนเองกับการเรียนรู้จากการฝึกสติทำให้เกิดผลลัพธ์ที่สำคัญ 3 ประการ ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า คือ 1) การตระหนักรู้จะทำให้ผู้ป่วยสังเกตได้ทันถึงอารมณ์เปลี่ยนแปลงที่อันตราย 2) การตระหนักรู้จะควบคุมเรื่องของการครุ่นคิดคำนึง ที่จะนำไปสู่ความอ่อนแอได้ 3) ผู้ป่วยจะสามารถดึงความคิดตนเองออกจากรูปแบบความคิดที่เป็นลักษณะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติตามความเคยชินได้ (รัสคาพร สันติวงษ์, 2550)

ขั้นตอนของ MBCT

ในการศึกษาของ O'Haver Day and Horton-Deutsch (2004) ได้อธิบายขั้นตอนของโปรแกรม MBCT ไว้ว่ามี 3 ขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนแรก การแนะนำ MBCT (Introductory phase of MBCT) เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้บำบัดกับผู้ป่วยสร้างสัมพันธภาพ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัด เป็นขั้นตอนของการค้นหาปัญหา การตั้งเป้าหมายการบำบัด และความคาดหวัง แล้วเชื่อมโยงการทำงานของจิตด้วยการฝึกสติ เรียนรู้ ธรรมชาติในความคิดของตน ตอบสนอง ด้วยการปฏิบัติเชื่อมโยงความคิดความรู้สึกและพฤติกรรม ตลอดจนทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และเรียนรู้ประโยชน์ของการฝึกสติ

2. ขั้นตอนที่สอง ช่วงปฏิบัติการ (Working sessions of MBCT) นำเข้าสู่กิจกรรม ได้แก่ การติดตามดูความคิดตนเอง การสังเกต และการจัดการกับทัศนคติที่ไม่ดี จากนั้นก็ฝึกการทำสมาธิ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การฝึกสติและตระหนักรู้ความคิดแห่งตน การกำกับตนให้อยู่กับปัจจุบัน

3. ขั้นตอนที่สาม ช่วงท้ายของการบำบัด (Final or termination session of MBCT) มีเป้าหมายส่งเสริมการสะท้อนคิดเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้ และการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า การบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ เป็นโปรแกรมการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้า ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นประโยชน์ต่อผู้เป็นเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า จึงเลือกโปรแกรม MBCT แบบกลุ่มเพื่อสมาชิกกลุ่มได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกิดสัมพันธภาพระหว่างกัน โดยใช้กระบวนการกลุ่มและปฏิสัมพันธ์กลุ่มเป็นสื่อภายใต้แนวคิด ทฤษฎีและเทคนิคจิตบำบัดรายกลุ่ม (ภัทรภรณ์ ท่งคำปิ่น, 2551) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีการใช้รูปแบบการบำบัด MBCT แบบกลุ่ม ได้แก่ การศึกษาของ พรเพ็ญ อารีกิจ (2555) ที่ศึกษาเรื่องกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ มีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตดาพร สันติวงษ์ (2550) ที่ศึกษาผลของการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ (MBCT) ในการดูแลผู้ป่วยเอช ไอ วี ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเอช ไอ วี มีสติมากขึ้นและมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลง นอกจากนี้ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ (2014) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดแนวพุทธแบบกลุ่มต่อผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า โดยศึกษาในผู้ป่วย จำนวน 64 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 ราย (แบ่งเป็นกลุ่มละ 8 รายจำนวน 4 กลุ่ม) กลุ่มควบคุม 32 ราย

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยเบาหวาน ที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดแนวพุทธแบบกลุ่ม มีคะแนน ซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นต้น

โปรแกรมการบำบัดทางปัญญานพื้นฐานของสติแบบกลุ่มในผู้เป็นเบาหวาน

การบำบัดทางปัญญานพื้นฐานของสติของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้า ครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาและประยุกต์ใช้ตามแนวคิดของ Segal et al., (2002) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ ผู้เป็นเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้ามีการเรียนรู้และเข้าใจถึงความเชื่อมโยงระหว่างความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรม มีการฝึกสติและตระหนักรู้ความคิดแห่งตน บูรณาการความคิดของตนเองกับการเรียนรู้จากการฝึกสติ และนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ การบำบัดทั้งหมด 6 ครั้ง ระยะเวลา 3 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที การดำเนินกิจกรรม มี 3 ระยะ ดังนี้

ขั้นตอนแรก ประกอบด้วยกิจกรรม การสร้างสัมพันธภาพ ทำความเข้าใจถึงความเชื่อมโยงระหว่างความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรม จำนวน 1 ครั้ง

ขั้นตอนที่สอง ช่วงปฏิบัติการ ประกอบด้วยกิจกรรม การเรียนรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและเข้าสู่บทเรียนของการฝึกสติเบื้องต้นด้วยการทำสมาธิ การฝึกสติและการตระหนักรู้ความคิดแห่งตน การกำกับตนให้อยู่กับปัจจุบัน จำนวน 4 ครั้ง

ขั้นตอนสุดท้าย สะท้อนคิดเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้ และการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน จำนวน 1 ครั้ง

สรุป โปรแกรมการบำบัดทางปัญญานพื้นฐานของสติสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยกิจกรรมที่เน้นการฝึกสติ การรับรู้ภาวะของอารมณ์ ความคิดและความรู้สึกของตนเอง เกิดความตระหนักรู้ จนสามารถรับรู้ถึงสัญญาณเตือนของภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จในการลดภาวะซึมเศร้าได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดซ้ำ (Repeated measures design with two groups) 3 ระยะคือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะ หลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทาง ปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิก เบาหวานโรงพยาบาลศรีมโหสถ จังหวัดปราจีนบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาล ศรีมโหสถ โดยมีผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกทั้งหมดในปี พ.ศ. 2557 จำนวน 739 คน โดยคลินิกเบาหวานจะมี 2 วัน คือวันจันทร์และวันพฤหัสบดี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. อายุ 20-59 ปี
2. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้เข้าใจ
3. มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยถึงปานกลาง ประเมินด้วยแบบประเมินซึมเศร้าของ Beck (1967) ใต้คะแนน 10-19 คะแนน

เกณฑ์ในการคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) การวิจัยครั้งนี้กำหนด การคัดกลุ่มตัวอย่างออกคือ 1) มีภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยทางกายที่รุนแรง และ 2) มีอาการ ทางจิตกำเริบจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 24 คน แบ่งเป็น กลุ่มละ 12 คน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดในการทำกลุ่มจิตบำบัดของ Yalom (1995) ที่กล่าวว่า จำนวนสมาชิกที่เหมาะสมในการทำกลุ่มควรมีประมาณ 8-12 คน ซึ่งหากสมาชิกกลุ่มจำนวนน้อย จะทำให้กลุ่มเกิดความตึงเครียด แต่หากสมาชิกมากเกินไป อาจส่งผลกระทบต่อกระบวนการกลุ่ม พุดไม่ทั่วถึงหรือเกิดกลุ่มย่อย ดังนั้นในงานวิจัยนี้ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน

การสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างจากประชากร ด้วยวิธีโยนเหรียญเพื่อระบุว่า ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในวันจันทร์หรือวันพฤหัสบดี ที่จะถูกจัดเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ผลของการโยนเหรียญ ได้ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการวันพฤหัสบดี เป็นกลุ่มทดลอง และผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการวันจันทร์เป็นกลุ่มควบคุม จากนั้น ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ การวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งสร้างโดยผู้วิจัย เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ประวัติภาวะซึมเศร้าในรอบครัว
2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาโดย Beck (BDI-1) แปลและเรียบเรียงเป็น ภาษาไทยโดย มุกดา ศรีรงค์ (2522) เป็นแบบประเมินที่ผู้ที่เป็นเบาหวานตอบแบบสอบถามเอง ที่ตรงกับความรู้สึกของตนเองมากที่สุดเพียงข้อเดียว ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อคำถาม มีข้อ คำถามที่วัดเกี่ยวกับการแสดงอาการทางจิตใจ 15 ข้อ มีข้อคำถามที่วัดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าที่แสดง อาการทางกาย 6 ข้อ การให้คะแนน แต่ละข้อจะมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนนซึ่งมีความหมาย ดังนี้ 0 คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า 1 คือมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 2 คือมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 3 คือ มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง เมื่อรวมค่าคะแนนทั้งหมด 21 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-63 คะแนน สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ใช้คะแนนรวมในการรายงานผลและนำไปวิเคราะห์ข้อมูล โดยคะแนนสูงแสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับสูง คะแนนน้อยแสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย นอกจากนี้ยังแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน	ความหมาย
1-9 หมายถึง	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Normal range)
10-15 หมายถึง	ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (Minimal depression)
16-19 หมายถึง	ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Mild-moderate depression)
20-29 หมายถึง	ภาวะซึมเศร้าระดับมาก (Moderate-severe depression)
30-63 หมายถึง	ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression)

เครื่องมือได้มีการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวช ตรงกับอาการหลักของโรคซึมเศร้าตามการจำแนกอาการ ตามเกณฑ์วินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (DSM-IV) และนำไปใช้กับผู้ป่วยนอกวัยผู้ใหญ่ ได้ค่า Sensitivity อยู่ในช่วง 83.7 % ถึง 100 % และค่า Specificity อยู่ในช่วง 83.3 % ถึง 100 % (Rush et al., 2000) มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .73 ถึง .93 (McDowell, 2006) นอกจากนี้ ได้มีการนำไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง (รัตนา เดิมเกษมสานต์, 2549) ได้ค่าความเชื่อมั่น .84 และในงานวิจัยของ จุฑารัตน์ บุญวัฒน์ (2551) ซึ่งทำการศึกษาในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เช่นกัน จำนวน 378 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น .93

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประยุกต์ใช้ตามแนวคิดของ Segal et al., (2002) ซึ่งบูรณาการผสมผสานรูปแบบการบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT) ของ Beck (1967) และรูปแบบการลดความเครียดบนพื้นฐานของการเจริญสติ (MBSR) ของ Kabat-Zinn (1990) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำมาใช้ในการฝึกสติ การรับรู้ภาวะของอารมณ์ ความคิดและความรู้สึกของตนเอง เกิดความตระหนักรู้ จนสามารถรับรู้ถึงสัญญาณเตือนของภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จในการลดภาวะซึมเศร้าได้

โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 บำบัดแบบกลุ่มทุกวันจันทร์และวันพฤหัสบดี ใช้ระยะเวลาครั้งละ 60-90 นาที จำนวน 6 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ การดำเนินกิจกรรมประกอบไปด้วย กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ทำความเข้าใจถึงความเชื่อมโยง ระหว่าง ความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรม กิจกรรมครั้งที่ 2 การเรียนรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและเข้าสู่บทเรียนของการฝึกสติเบื้องต้นด้วยการทำสมาธิ กิจกรรมครั้งที่ 3 การฝึกสติและตระหนักรู้ความคิดแห่งตน กิจกรรมครั้งที่ 4-5 การกำกับตนให้อยู่กับปัจจุบัน และกิจกรรมครั้งที่ 6 การสะท้อนคิดเกี่ยวกับประสบการณ์การเรียนรู้และการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือประกอบการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (BDI-1) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงของเนื้อหา (Content validity)

โดยผู้เชี่ยวชาญและมีการนำไปใช้ในผู้เป็นเบาหวานมาแล้ว ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาใช้โดยไม่ได้มีการดัดแปลงหรือแก้ไข ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือดังกล่าวซ้ำ สำหรับการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ไปทดลองใช้กับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลศรีมโหสถ ที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์ผล เพื่อหาความเที่ยง ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .83

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ผู้วิจัยจะนำโปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ ผู้วิจัยได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน พยาบาลจิตเวช 1 ท่าน และ นักจิตวิทยา 1 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้อง ความเหมาะสมของเนื้อหา และการจัดลำดับเนื้อหา หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาพิจารณาและแก้ไขปรับปรุง ภายใต้คำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ แล้วจึงนำโปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติไปทดลองใช้กับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งเข้ารับบริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลศรีมโหสถ จังหวัดปราจีนบุรี และมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน ก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า โปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ โบลงนามยินยอมให้ทำการวิจัย และข้อมูลสำหรับอธิบายกลุ่มตัวอย่าง เสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2. เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ในขั้นตอนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างด้วยการแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนและระยะเวลาการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ อธิบายให้เข้าใจว่าการศึกษานี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่าจะยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยหรือไม่ก็ได้ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้จะเก็บเป็นความลับ โดยใช้เลขที่ของแบบสอบถามเป็นรหัสแทน ชื่อ-นามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม และจะนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น

นอกจากนี้ในระหว่างการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาหรือการบริการพยาบาลที่ได้รับแต่อย่างใด หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยแล้วผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหลังจากนั้นจึงดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน

3. เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยในส่วนของกลุ่มควบคุม หลังจากดำเนินการเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยได้แจกเอกสารและให้ความรู้เพิ่มเติมกับกลุ่มควบคุมทุกรายตามความสมควรใจ

การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการทดลองด้วยตนเอง และมีผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลศรีมโหสถ ทำหน้าที่ในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1.1 การเตรียมผู้วิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มในการทำกิจกรรมโดยผู้วิจัยเป็นนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งผ่านการเรียนทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ รูปแบบการบำบัดทางจิต ตลอดจนการฝึกอบรมเพิ่มเติม

1.2 การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีดำเนินการวิจัย วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล อธิบายการใช้แบบสอบถาม โดยผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้ประเมินภาวะซึมเศร้าทั้ง 3 ครั้ง

1.3 นำหนังสือจากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีมโหสถ จังหวัดปราจีนบุรี เพื่อขออนุญาตดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีมโหสถ จังหวัดปราจีนบุรี ผู้วิจัย ประสานงาน ชี้แจง อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 ผู้วิจัยคัดเลือกผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์เข้าร่วมการวิจัยตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรที่ต้องการศึกษา จำนวน 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 คน และกลุ่มควบคุม 12 คน

1.6 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษา ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยคำตอบหรือข้อมูลทุกอย่าง ผู้วิจัยถือว่าเป็น

ความลับและนำมาใช้เฉพาะในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จึงให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในใบพิทักษ์สิทธิ

2. ขั้นตอนการทดลอง

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยปฏิบัติตามขั้นตอนการทดลอง ดังนี้

1. ระยะก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ห้องกิจกรรมของโรงพยาบาล ศรีมโหสถ เป็นครั้งแรก เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดและ ขั้นตอนของการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งประกอบด้วยการทำกลุ่มจำนวน 6 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้งในวันจันทร์ และวันพฤหัสบดี เวลา 9.00-10.30 น. ใช้ระยะเวลาการทดลองทั้งหมด 3 สัปดาห์ หลังจากนั้นผู้ช่วยวิจัยแจกและเก็บแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมิน ภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) แก่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมนัดหมายครั้งต่อไปเพื่อดำเนินการตาม โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ

2. ระยะทดลองโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ

ประกอบด้วยกิจกรรม 3 ระยะ ได้แก่ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ และระยะ สรุปผลการเรียนรู้ มีการติดตามผลหลังการฝึก โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ เสร็จสิ้น 1 เดือน การดำเนินกิจกรรมประกอบไปด้วย ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ทำความเข้าใจ ถึงความเชื่อมโยงระหว่าง ความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรม ครั้งที่ 2 การเรียนรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า และเข้าสู่บทเรียนของการฝึกสติเบื้องต้นด้วยการทำสมาธิ ครั้งที่ 3 การฝึกสติและตระหนักรู้ ความคิดแห่งตน ครั้งที่ 4-5 การกำกับตนให้อยู่กับปัจจุบัน และครั้งที่ 6 การสะท้อนคิดเกี่ยวกับ ประสบการณ์การเรียนรู้และการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน

3. ระยะหลังการทดลอง

ผู้ช่วยวิจัยประเมินภาวะซึมเศร้าผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการทดลองครั้งนี้ รวมทั้งนัดหมายผู้ป่วยกลุ่มทดลองพบกันต่อไปในอีก 1 เดือน

4. ระยะติดตามผลหลังการทดลอง

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ห้องกิจกรรมในวัน เวลาที่นัดหมายไว้ กล่าวทักทาย ผู้ช่วยวิจัย แจกและเก็บแบบประเมินภาวะซึมเศร้า กล่าวขอบคุณและยุติสัมพันธภาพ

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยปฏิบัติตามขั้นตอน ดังนี้

การดำเนินการทดลอง

ในช่วง 1 สัปดาห์ก่อนการทดลอง ผู้วิจัย เข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ห้องกิจกรรมของโรงพยาบาล ศรีมโหสถ จังหวัดปราจีนบุรี โดยดำเนินการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยแจกและเก็บแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะ ซึมเศร้า ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างพบกันครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งแรก 3 สัปดาห์ โดยในระหว่างนี้กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่การให้คำปรึกษารายบุคคลสำหรับผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้า

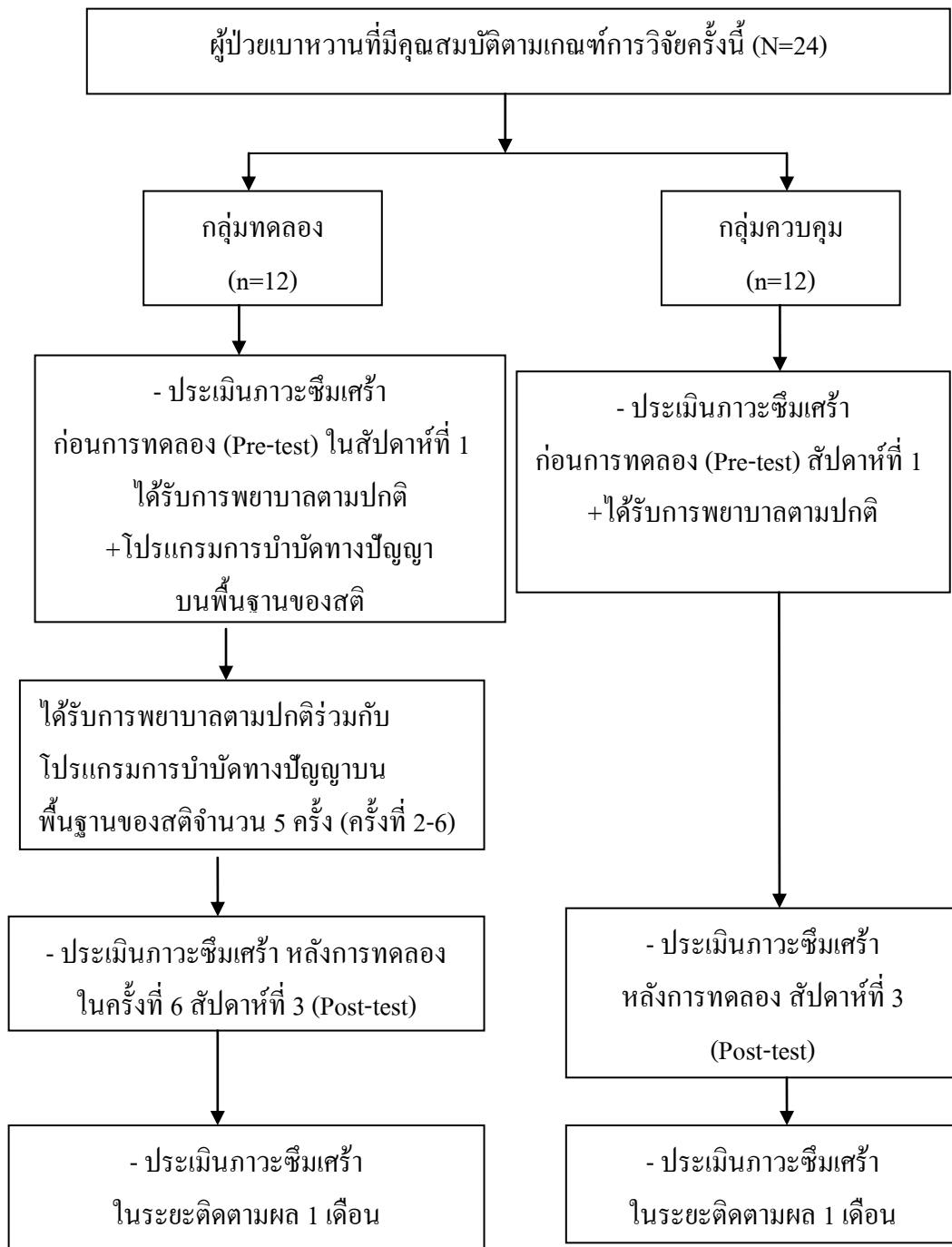
หลังการทดลอง

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 กล่าวทักทาย ผู้วิจัยแจกและเก็บแบบประเมินภาวะ ซึมเศร้า ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ และนัดหมายการพบกันครั้งที่ 3 ซึ่งระยะเวลาห่างจากครั้งที่ 2 เป็นเวลา 1 เดือน

ระยะติดตามผล

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ห้องกิจกรรมครั้งที่ 3 กล่าวทักทาย ผู้วิจัยแจกและ เก็บแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ และยุติสัมพันธภาพ

รายละเอียดของขั้นตอนการทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมสามารถสรุปได้ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบและนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความซึมเศร้า ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะหลังติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยเลือกใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA) เมื่อพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความซึมเศร้า มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ผู้วิจัยทำการทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบรายคู่ของ Bonferroni

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดซ้ำ (Two group repeated measures design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลศรีมโหสถ จังหวัดปราจีนบุรีระหว่างวันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2558 ถึงวันที่ 9 ตุลาคม พ.ศ. 2558 นำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายและกราฟ ตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ข้อมูลภาวะซึมเศร้า และผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA)

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของผู้เป็นเบาหวาน จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน ($n = 24$)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง ($n = 12$)		กลุ่มควบคุม ($n = 12$)		X^2	p -value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					1.83*	.64
ชาย	2	16.70	4	33.30		
หญิง	10	83.30	8	66.70		
อายุ (ปี)					2.58	.47
41-50 ปี	5	41.7	3	25.00		
51-60 ปี	7	58.3	9	75.00		
สถานภาพสมรส					1.83*	.26
โสด/ แยกกันอยู่/ หย่าร้าง	2	16.70	2	16.70		
คู่	10	83.30	10	83.30		
ระดับการศึกษา					2.33*	.68
ประถมศึกษา	8	66.37	6	50.00		
มัธยมศึกษา	4	33.30	6	50.00		
อาชีพ					3.83	.57
ค้าขาย	7	58.40	7	58.30		
รับจ้าง / พนักงานบริษัท	5	41.70	5	41.70		
ประวัติดื่มสุรารีในครอบครัว					1.92*	1.00
มี	1	8.30	0	0		
ไม่มี	11	91.70	12	100.0		

*Fisher's exact test

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง ($n = 12$)		กลุ่มควบคุม ($n = 12$)		X^2	p -value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
โรคประจำตัว						
เบาหวาน	8	66.70	4	33.30	1.50*	.22
เบาหวาน	4	33.30	8	66.70		
ความดันโลหิตสูง						

*Fisher's exact test

จากตารางที่ 1 พบว่า ลักษณะกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.30 อายุ 40-49 ปี ร้อยละ 41.70 และอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 58.30 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่เป็นสถานภาพสมรส ร้อยละ 83.34 ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 66.70 และระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 33.30 สำหรับการประกอบอาชีพ มีอาชีพค้าขาย ร้อยละ 58.40 รองลงมาเป็นอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 33.30 โรคประจำตัว เป็นเบาหวานอย่างเดียว ร้อยละ 66.70 และเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 33.30 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติซึมเศร้าในครอบครัว ร้อยละ 91.70

ส่วนผู้เป็นเบาหวานในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.70 อายุอยู่ในช่วงระหว่างอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 75 สถานภาพสมรส ร้อยละ 83.30 ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 50 และระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 50 สำหรับการประกอบอาชีพ มีอาชีพค้าขาย ร้อยละ 58.30 รองลงมาเป็นอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 41.70 โรคประจำตัว เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 66.70 และเป็นเบาหวานอย่างเดียว ร้อยละ 33.30 ทุกรายไม่มีประวัติซึมเศร้าในครอบครัว

ทดสอบความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ประวัติซึมเศร้าในครอบครัว ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ตอนที่ 2 ข้อมูลภาวะซึมเศร้าและผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที
และระยะติดตามผล 1 เดือน**

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและ
กลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และ
ระยะติดตามผล 1 เดือน ($n = 24$)

กลุ่ม	ระยะการทดลอง	คะแนนภาวะซึมเศร้า	
		<i>M</i>	<i>SD</i>
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	14.83	3.07
	หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	8.83	1.80
	ติดตามผล 1 เดือน	4.83	1.27
กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	12.92	2.02
	หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	12.58	2.50
	ติดตามผล 1 เดือน	13.50	2.71

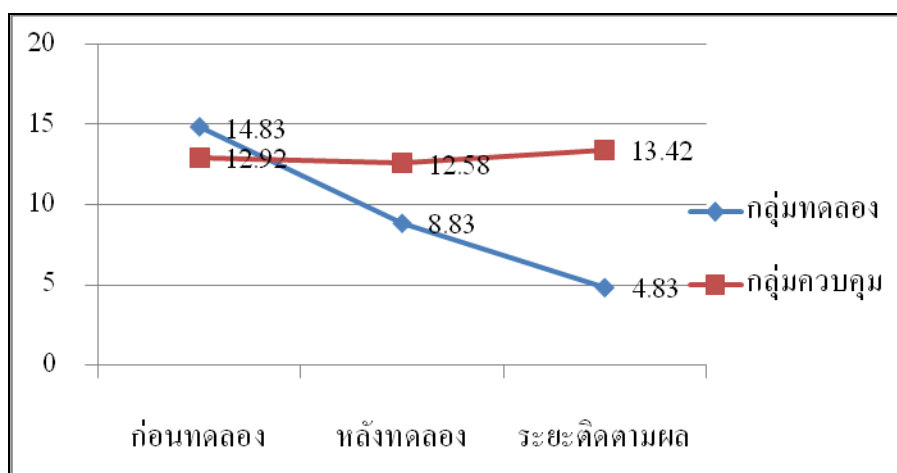
จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะซึมเศร้าของ
กลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน
ของกลุ่มทดลอง เป็น 14.83 ($SD = 3.07$), 8.83 ($SD = 1.80$) และ 4.83 ($SD = 1.27$) ตามลำดับ
ส่วนกลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 12.92 ($SD = 2.02$), 12.58
($SD = 2.50$) และ 13.50 ($SD = 2.71$) ตามลำดับ

**ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ในระยะ
ก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่าง
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ
(Two-way repeated measure ANOVA)**

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง ($n = 24$)

แหล่งความแปรปรวน	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p-value</i>
ระหว่างกลุ่ม					
การทดลอง	1	220.50	220.50	18.45	<.001
ความคลาดเคลื่อน	22	263.00	11.96		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	2	276.58	212.65	68.50	<.001
กลุ่มกับระยะเวลา	2	336.58	258.79	83.36	<.001
ความคลาดเคลื่อน	28.61	88.83	3.11		

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองพบว่าวิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลองมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้เป็นเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อพิจารณาปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง พบว่า วิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองที่แตกต่างกันมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{1,22} = 83.36, p < .001$) แสดงว่ามีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง ดังกราฟแสดงปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง ในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง

จากภาพที่ 3 พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้เป็นเบาหวานของกลุ่มทดลอง ($M = 14.83$) และกลุ่มควบคุม ($M = 12.92$) มีค่าใกล้เคียงกัน แต่ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือนมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า โดยในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ($M = 8.83$) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 12.58$) และในระยะติดตามผล 1 เดือนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ($M = 4.83$) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 13.50$) เช่นกันแสดงให้เห็นว่าวิธีการทดลองที่ต่างกันและระยะเวลาของการทดลองนั้นส่งผลต่อคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้เป็นเบาหวานในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และแสดงให้เห็นว่ามีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองลดลง

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p-value</i>
ก่อนการทดลอง					
ระหว่างกลุ่ม	1	22.04	22.04	3.26	.085
ภายในกลุ่ม	22	148.58	6.75		
หลังการทดลอง					
ระหว่างกลุ่ม	1	84.38	84.38	17.75	< .001
ภายในกลุ่ม	22	104.58	4.75		
ระยะติดตามผล					
ระหว่างกลุ่ม	1	450.67	450.67	100.49	< .001
ภายในกลุ่ม	22	98.67	4.49		

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้เป็นเบาหวานก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้เป็นเบาหวานในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะหลังติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p < .001$)

ตารางที่ 5 ผลการทดสอบย่อยของระยะเวลาของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้เป็นเบาหวาน
ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p-value</i>
กลุ่มทดลอง					
Interval	2	608.00	527.35	98.35	< .001
Error	12.68	68	5.36		
กลุ่มควบคุม					
Interval	2	5.17	2.58	2.73	.087
Error	22	20.83	.95		

จากตารางที่ 5 พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้เป็นเบาหวานในกลุ่มทดลอง
ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{2,12.68} = 98.35, p < .001$) แสดงว่ามีอย่างน้อย 1 คู่ที่แตกต่าง
กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบรายคู่ด้วยวิธีการเปรียบเทียบ
เชิงพหุคูณแบบรายคู่ของ Bonferroni ได้ผลการทดสอบดังแสดงในตารางที่ 6 ส่วนคะแนนเฉลี่ย
ภาวะซึมเศร้าของผู้เป็นเบาหวานในกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จ
สิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้เป็นเบาหวาน
ในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะ
ติดตามผล 1 เดือน

Time	<i>M</i>	ระยะเวลา		
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ระยะติดตามผล
ก่อนการทดลอง	14.83	-	6.00*	10.0*
หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที	8.83	-	-	4.00*
ระยะติดตามผล	4.83	-	-	-

* $p < .001$

จากตารางที่ 6 ผลการทดสอบรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้เป็นเบาหวาน ของกลุ่มทดลอง ในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกันด้วยวิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบรายคู่ของ Bonferroni พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้เป็นเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .001 ทั้งในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและในระยะ ก่อนการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลองและติดตามผล 1 เดือน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้เป็นเบาหวาน ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลศรีมโหสถ จังหวัดปราจีนบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลศรีมโหสถ จังหวัดปราจีนบุรี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) จำนวน 24 คน ผู้วิจัยทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 12 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 12 คน ดำเนินการทดลองในระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2558

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยด้วยตนเอง โดยมีผู้ช่วยวิจัย 1 คน ช่วยในการเก็บข้อมูลทั่วไป และประเมินภาวะซึมเศร้ากับกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ จำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ ครั้งละประมาณ 60-90 นาที สำหรับกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ มีการประเมินผลโดยการประเมินภาวะซึมเศร้า 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (BDI-1) จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้อง และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA) เมื่อพบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ทำการทดสอบรายคู่ด้วยวิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณ Bonferroni

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้เป็นเบาหวานในกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติแบบกลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
2. ผู้เป็นเบาหวานในกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติแบบกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 รวมถึงระยะ

หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีกับระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถอภิปรายผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวาน ดังนี้

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้เป็นเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้า มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติแบบกลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อธิบายได้ว่า ผู้เป็นเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติแบบกลุ่ม เมื่อได้ร่วมกิจกรรมที่ทำให้เกิดการเรียนรู้เท่าทันความคิดของตนเอง มีสติอยู่กับปัจจุบัน ส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้ามลดลง โดยเป็นไปตามแนวคิดของ Segal et al. (2002) ที่กล่าวว่าบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มักมีความคิดวนคิดซ้ำ ถึงเรื่องราวที่เกิดขึ้น ทำให้ยังรู้สึกแย่ลง ซึ่งการเสริมสร้างให้บุคคลเหล่านี้มีสติอยู่กับภาวะการณ์ในปัจจุบัน โดยไม่ปล่อยความคิดไปตามสิ่งเร้า ก็จะทำให้มีสติทบทวนเหตุการณ์ต่าง ๆ ตามความเป็นจริง มีการตีความ และความคิดที่เหมาะสมมากขึ้น มีสติอยู่กับปัจจุบัน มีความเข้าใจและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ได้อย่างตรงไปตรงมา ก็จะมีภาวะซึมเศร้ามลดลง ดังนั้นผู้เป็นเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติแบบกลุ่มจึงมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมสอดคล้องกับการศึกษาของ พรเพ็ญ อารีกิจ (2555) พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติมีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และการศึกษาของ รัตดาพร สันติวงษ์ (2550) พบว่า ผู้ป่วยเอชไอวีที่ได้รับการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ มีสติมากขึ้นและมีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลง นอกจากนี้ ผลการศึกษาของ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ (2554) ก็พบว่า ผู้เป็นเบาหวานกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดแนวพุทธแบบกลุ่มมีคะแนนซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังจะเห็นได้จากตัวอย่างของการเปลี่ยนแปลงในแต่ละกิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมครั้งที่ 1 "การสร้างสัมพันธภาพ การทำความเข้าใจถึงความเชื่อมโยงความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรม" สมาชิกมีการการสร้างสัมพันธภาพและบอกความรู้สึกของตนเอง เช่น "ชีวิตนี้จะอยู่อย่างไร"

"กินอะไรก็คงไม่ได้แล้ว" ซึ่งจากการสังเกตพบว่า ผู้รับการบำบัดมีสัมพันธภาพกันมากขึ้น และมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ส่วนกิจกรรมครั้งที่ 3 "การฝึกสติ และการตระหนักรู้ความคิดแห่งตน" จากการสะท้อนความรู้สึกของการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งที่ผ่านมา พบว่าผู้รับการบำบัดส่วนใหญ่ได้มีการเรียนรู้และนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น "นั่งสมาธิแล้วดีเหมือนกันนะ" "ใจมันสบายขึ้นนะ" และมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน สำหรับกิจกรรมครั้งที่ 6 "การสะท้อนคิดเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้และการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน" เป็นกิจกรรมที่มีเป้าหมายให้ผู้รับการบำบัดได้ทบทวนการเรียนรู้จากโปรแกรมการบำบัดที่ผ่านมา และนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ โดยผู้บำบัดเปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดได้แลกเปลี่ยนในหัวข้อ "กิจกรรมที่ผ่านมา ช่วยในการดูแลตนเองอย่างไรบ้าง" ซึ่งผู้รับการบำบัดทุกคนได้บอกเล่าถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ เช่น "ดีมากเลยหมอ เวลามันแย ๆ ก็สุดท้ายใจช้า ๆ ไว้ก่อน ตั้งสติ" "สบายใจขึ้นเยอะเลยละ เป็นเบาหวานก็ยังอยู่ได้เหมือนคนอื่นเขา" หลังจากนั้นผู้บำบัดให้สมาชิกได้เขียนความรู้สึกหรือความตั้งใจในการนำกิจกรรมที่ได้รับการฝึกไปใช้ในชีวิตประจำวัน ได้แก่ "ฉันจะตั้งสติ" "ฉันจะฝึกตามที่หมอบอก" "ป่าต้องอยู่ได้" "ถ้าใจดีก็ไม่เศร้า" "ฝึกได้ทุกวัน คงดี" เป็นต้น หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ทำให้ผู้เป็นเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า มีการตระหนักและรู้เท่าทันความคิดของตนเองอย่างมีสติ ทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้

นอกจากนี้ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติแบบกลุ่ม ช่วยลดภาวะซึมเศร้าให้ผู้เป็นเบาหวานของกลุ่มทดลอง ทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ดังจะเห็นได้จากการทดสอบรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้เป็นเบาหวาน ในแต่ละช่วงเวลาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีแตกต่างจากระยะติดตามผล 1 เดือน ซึ่งอธิบายได้ว่า โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ ตามแนวคิดของ Segal et al. (2002) เป็นวิธีการบำบัดที่สามารถเพิ่มการตระหนักรู้ในความคิดของตนเองอย่างมีสติ ไม่ตัดสิน การรับรู้ตามสภาพความเป็นจริง มีการปรับความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม ส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าลดลง อีกทั้งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้

จากผลการวิจัยดังกล่าวจะเห็นได้ว่า โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติแบบกลุ่ม เป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพในการบำบัดผู้เป็นเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า ดังนั้น โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ จึงเป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เมื่อเทียบกับวิธีการบำบัดในรูปแบบต่าง ๆ สามารถนำโปรแกรมนี้ออกไปใช้ในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ทั้งนี้ผลการวิจัยยังสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานของการดูแลผู้ที่มี

ภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นการส่งเสริมบทบาทพยาบาลผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อส่งเสริมคุณภาพการบำบัด และการดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติแบบกลุ่ม สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานได้ มีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานสุขภาพจิตและจิตเวช ตลอดจนบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง สามารถนำโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติแบบกลุ่ม ไปประยุกต์ใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานได้
2. ด้านการศึกษา คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาล สามารถโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติแบบกลุ่ม ไปใช้ประกอบการเรียนการสอน เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้และนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้เป็นเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ด้านการวิจัย นักวิจัยทางการแพทย์สามารถนำโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยนี้ ไปทำวิจัยต่อยอดหรือทดลองใช้กับผู้รับบริการในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้สูญเสียอวัยวะ เป็นต้น และพัฒนาโปรแกรมให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น
2. ควรมีการติดตามประเมินผลการใช้โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อไปเป็นระยะ ๆ เพื่อติดตามว่าผู้รับการบำบัด สามารถนำทักษะที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไปใช้กับตนเองได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

บรรณานุกรม

- กัญญาณัฐ สุภาพร. (2555). ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- งานสุขภาพจิต กลุ่มการพยาบาล. (2557). ทะเบียนคัดกรองภาวะซึมเศร้า. ปราจีนบุรี: โรงพยาบาลศรีมโหสถ.
- จุฑารัตน์ บุญวัฒน์. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ฉัตรระพี ชิมทิม, เพ็ญนภา กุลนภาค และภรภัทร เสงอุดมทรัพย์. (2555). ผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวทฤษฎีการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อความเครียดเชิงบวกและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 20(4), 79-91.
- ชนิดดา แนบเกษร. (2551). เอกสารประกอบการสอนรายวิชา 106564 ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง I. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชัชวาล ศิลปกิจ, ภัทราพร วิสาจันทร์ และอรวรรณ ศิลปกิจ. (2011). ความตรงของ Philadelphia mindfulness scale ฉบับภาษาไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 19(3), 140-147.
- ณัฐิกา ราชนบุตร. (2553). ผลการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวความคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ดาวชมพู นาคะวิโร, พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ และศิริจิต สุททจิตต์. (2556). จัดบำบัดด้วยสติ. เชียงใหม่: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทวีศิลป์ ไชยบุตร. (2552). รายงานวิจัยกลุ่มให้คำปรึกษาโดยใช้แนวความคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะซึมเศร้า. สกจนคร: งานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลบ้านม่วง จังหวัดสกจนคร.
- เทพ หิมะทองคำ, รัชตะ รัชตะนาวัน, และธิดา นิงสานนท์. (2550). ความรู้เรื่องเบาหวาน ฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ: วิทยาพัฒน์.

- เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และอุมาพร อุดมทรัพย์กุล. (2554). ศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(2), 103-106.
- ชนารัตน์ พลัฒลาไชย, อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และรุ่งนภา ภาณิตรัตน์. (2556). การบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อลดความเครียดจากความตึงเครียดในผู้ติดยา: การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(2), 207-218.
- นพรัตน์ ไทยแท้. (2553). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2*. การศึกษาอิสระสาธิตสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นวพร นาวิสาคร. (2554). *ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปาณิสรา เกษมสุข. (2551). *ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคองต่อการดูแลและภาวะซึมเศร้าในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรนิภา หาญละคร, สมใจ รัตนมณี และประกอบ ชันทอง. (2556). ผลของกลุ่มบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสมาธิต่อความซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ติดยา/ ผู้ป่วยเอดส์. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31(1), 132-141.
- พรเพ็ญ อารีกิจ. (2555). *ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ. (2553). การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าเรื้อรังด้วยการเจริญสติ: รายงานผู้ป่วย 2 ราย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 18(3), 189-199.
- พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ, อรรถกร สวนซัง, ฐปนีย์ พุ่มมูลเจริญ, และนภา จิรัฐจินตนา. (2556). ผลของการฝึกสติต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับยาต้านเศร้าแบบผู้ป่วยนอก. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 21(3), 132-141.

- พิรพนธ์ ลีอบุญธวัชชัย. (2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภัทรภรณ์ พุงปั่นคำ. (2551). *การทำกลุ่มจิตบำบัด สำหรับบุคลากรทางสุขภาพ*. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวงษ์. (2542). *ตำราจิตเวช*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2555). *จิตเวชศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาโนช หล่อตระกูล, ธนิตา หิรัญเทพ และนิตา ลีสุวรรณ (2555). *ตำราพฤติกรรมศาสตร์ทางการแพทย์*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มุกดา ศรียงค์. (2522). *ภาวะซึมเศร้าของผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่*. *วารสารสวนปรุง*, 23(2), 1.
- ยุพาพัทธ์ รัทณวิวงศ์, กรกาญจน์ ปานสุวรรณ และชุลีกร ด้านยุทธศิลป์. (2556). *ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวความคิดปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกอานาปานสติสมาธิ ต่อความวิตกกังวลในนิสิตพยาบาล*. *วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร*, 21(1), 41-53.
- รพีพร อ่อนกุล. (2550). *การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตดาพร สันติวงษ์. (2550). *การบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ระพีพรรณ ลาภา. (2554). *ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตจังหวัดปทุมธานี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- รัตนา เต็มเกษมสานต์. (2549). *ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- วารภรณ์ วรรณพิรุณ. (2544). ผลการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ร่วมกับการฝึก การผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังการพยายามฆ่าตัวตาย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วรัทยา ทัดหล่อ. (2554). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตชุมชนเมือง จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วัลยา คันธมาพันธ์. (2550). การปรึกษาแบบกลุ่มโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและ พฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศรีวิไล โมกขาว. (2554). ผลของโปรแกรมบำบัดพฤติกรรมทางความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย โรคซึมเศร้า. วารสารสภาการพยาบาล, 26(2), 126-136.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2548). ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ: รู้เขา รู้เรา (พิมพ์ครั้งที่ 12). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2557). ตำราจิตเวชศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และสวิตตา ชงยศ (2554). ผลของโปรแกรมการบำบัดแนวพุทธแบบกลุ่มต่อ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า. วารสารสมาคมพยาบาลจิตเวช, 25(3), 195-205.
- สายพิณ ยอดกุล. (2555). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 30(3), 50-57.
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2556). สถานการณ์โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนในประเทศไทย. เข้าถึงได้จาก [http:// www.dms.moph.go.th/](http://www.dms.moph.go.th/)
- สุณิสา ศรีโมอ่อน, อติทยา พรชัยเกตุ โอว ยอง และอัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์. (2554). การบำบัดโดย การแก้ปัญหาในการลดอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่: การพยาบาลตามหลักฐานเชิง ประจักษ์. วารสารสภาการพยาบาล, 26(3), 107-115.

- โสภิต ทับทิมหิน. (2555). ผลการให้การบำบัดแบบกลุ่มตามแนวพุทธธรรมต่อภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยรังสีรักษา. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(1), 109-123.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, รังสิมันต์ สุนทรไชยา และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2555). ผลของการบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(2), 151-164.
- อังคณา ช่วยคำชู. (2554). ผลของการให้คำปรึกษาตามแนวความคิดปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคซึมเศร้าร่วม. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(1), 70-81.
- American Diabetes Association [ADA]. (2006). Diagnosis and classification of diabetes. *Diabetes Care*, 29(1), 43-48.
- American Diabetes Association [ADA]. (2008). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 31, 12-54.
- American Psychiatric Association. (2013). Cautionary statement for forensic use of DSM-5. In *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). doi:10.1176/appi.books.9780890425596.744053
- Beck, A. T. (1961). A systemic investigation of depression. *Comprehensive Psychiatry*, 2, 163-170.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper Row.
- Beck, A. T. (1991). *Depression: Cause and treatment*. Philadelphia: University Press.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basic and beyond*. New York: The Guilford Press.
- Burt, T., & Ishak, W. W. (2002). *Outcome measurement in mood disorders*. Washington: American Psychiatric Press.
- Canadian Diabetes Association. (2000). Guidelines for the nutritional management of diabetes mellitus in the millennium. *Diabetes Care*, 23(3), 56-69.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2010). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 187, 441-53.
- Eaton, W. (2002). Epidemiologic evidence on comorbidity of depression and diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 859-863.

- Francisco, J., & Cardial, H. (2001). Risk factors associated with depression in patients with type 2 diabetes mellitus. *Archives of Medical Research, 33*, 53-60.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, M. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits? A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 57*, 35-43.
- Kabat-Zinn, J. (1990). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Journal of Behavioral Medicine, 10*(2), 144-156.
- Kabat-Zinn, J. (1992). Effectiveness of meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry, 149*, 936-943.
- Kaphan, H. I., Sadock, B. J., & Greb, J. A. (1994). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences / clinical Psychiatry (7th ed.). Maryland: Williams & Wilkins.
- Lamers, F., Jokers, C. C., Bosma, H., Knottnerus, J. A., & Vaneijk, J. T. (2011). Treating depression in diabetes: Dose a nurse administered minimal psychological intervention effect diabetes-specific quality of life and glycaemic control? A randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing, 67*(4), 788-799.
- Lee, S., Chiu, A., Tsang, A., Chow, C., & Chan, W. (2006). Treatment-related stresses and anxiety-depressive symptoms among Chinese outpatients with type 2 diabetes mellitus in Hong Kong. *Diabetes Research and Clinical Practice, 74*, 282-288.
- Leonard, H. L. (2007). Long-term outcomes in TADS confirms value of combining medication, CBT. *Child & Adolescent Psychopharmacology Update, 9*(12), 1-3.
- Lustman, P. J., Griffith, L. S., Fledland, K. E., Kissel, S. S., & Clouse, R. E. (1998). Cognitive behavior therapy for depression in type 2 diabetes mellitus. *Annals of Internal Medicine, 129*(8), 613-621.
- Mackillop, J., & Anderson, E. J. (2007). Further psychometric validation of the mindful attention awareness scale (MAAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 29*, 289-293.
- Manicavasgar, V., Parker, G., & Perich, T. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavior therapy as a treatment for non-melancholic depression. *Journal of Affective Disorders, 130*, 138-144.

- Mcdowell, I. (2006). *Measuring health a guide to rating scales and questionnaires* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Nolen, S. H., (2002). Rumination, depression, and alcohol use: Test of gender differences. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 16(4), 391-403.
- O'Haver Day, P., & Horton-Deutsch, S. (2004). Using mindfulness-based therapeutic intervention in psychiatric nursing practice part-I: Description and empirical support for mindfulness-based intervention. *Archives of Psychiatric Nursing*, 18(5), 164-169.
- Plesman, J. (2006). *The serotonin connection*. Retrieved from [http://www.hypoglycemia.Asn.au/articles/serotonin connection.html](http://www.hypoglycemia.Asn.au/articles/serotonin%20connection.html)
- Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systemic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 31, 1032-1040.
- Rush, A. J., Alan, H., First, B., Blacker, D., Endicott, J., Keith, J., Phillips, K. A., Ryan, D., Smith, G. J., Tsuang, T., Widiger, T. A., & Zarin, D. A. (2000). *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: The Guilford Press.
- Sipe, W. E., & Eisendrath, S. J. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy: Theory and practice. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(2), 63-69.
- Smeltzer, C., Bare, G., Hinkle, L., & Cheever, H. (2008). *Bruner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (11th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Son, J. V., Nyklicek, I., Pop, V. J., Blonk, M. C., Erdtsieck, R. J., Spooren, R. J., Toorians, A. W., & Pouwer, F. (2013). The effects of a mindfulness-based intervention on emotional distress, quality of life, and HbA_{1c} in outpatients with diabetes. *Diabetes Care*, 36, 823-830.
- Talbot, F., & Nouwen, A. (2000). A review of the relationship between depression and diabetes in adults: Is there a link?. *Diabetes Care*, 27, 1014-1019.

Tovote, K. A., Fler, J., Snippe, E., Peeters, A. C. T. M., Emmelkamp, P. M., Links, T. P., & Schroevers, M. j. (2014). Individual mindfulness-based cognitive behavior therapy for treating depressive symptoms in patients with diabetes: Result of a randomized controlled trial. *Diabetes Care*, *37*, 2427-2434.

World Health Organization [WHO]. (2011). *Global status report on non communicable diseases*.

Retrieved from <http://www.who.int>

Yalom, I. D. (1995). *Theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สงวน ธานี สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
2. คุณปทุมรัตน์ เกตุเล็ก พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง (APN สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดปราจีนบุรี
3. คุณศุภมาส บำรุงรัตน์ พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง (APN สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) โรงพยาบาลระยอง
4. คุณนภาพร นาวิสาคร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชองค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี
5. คุณอารักษ์ ลือขจร นักจิตวิทยา โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะซึมเศร้า

โปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวาน

เลขที่แบบสอบถาม.....

สถานที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2558

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้ใช้รวบรวมข้อมูลเพื่อทำวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวาน แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ลงใน หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ระบุชื่อผู้ป่วย.....

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ศาสนา พุทธ อิสลาม คริสต์ อื่น ๆ.....
4. สถานภาพสมรส โสด สมรส
 หย่าร้าง แยกกันอยู่
 อื่น ๆ ระบุ.....
5. ระดับการศึกษา ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา
 มัธยมศึกษา ปวช. หรือ ปวส.
ปริญญาตรี อื่น ๆ ระบุ.....
6. อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ นักเรียน – นักศึกษา
 รับจ้าง ค้าขาย
 รับราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ลูกจ้าง พนักงานบริษัท
 อื่น ๆ ระบุ.....
7. โรคประจำตัว ระบุ
8. ชนิดและจำนวนยาที่รับประทานต่อวัน ระบุ.....
9. ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว (ระบุ ผู้ที่เจ็บป่วย.....)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง แบบสอบถามต่อไปนี้ เป็นกลุ่มข้อความต่างๆ ที่เกี่ยวกับความรู้สึกของท่าน ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งมีจำนวน 21 ข้อ โปรดอ่านข้อความแต่ละกลุ่มอย่างละเอียด พิจารณาเลือกความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่ตรงหรือใกล้เคียงของท่านมากที่สุด แล้วเขียนวงกลมรอบตัวเลขหน้าข้อความในแต่ละกลุ่มเพียงข้อความเดียวเท่านั้น

- ข้อ 1 0 ฉัน ไม่รู้สึกซึมเศร้า
 1 ฉันรู้สึกซึมเศร้าในบางช่วง
 2 ฉันรู้สึกซึมเศร้าตลอดเวลาและไม่สามารถลืมมันได้
 3 ฉันรู้สึกซึมเศร้าจนทนต่อไปไม่ได้อีกแล้ว
- ข้อ 2 0 ฉัน ไม่รู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต
 1 ฉันรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต
 2 ฉันท้อแท้จนรู้สึกว่าไม่มีอะไรต้องคิดหรือมุ่งหวังอีกต่อไป
 3 ฉันรู้สึกหมดหวังในอนาคตและไม่สามารถที่จะทำให้มันดีขึ้น
- ข้อ 3 0 ฉัน ไม่รู้สึกว่าฉันทำอะไรล้มเหลว
 1 ฉันรู้สึกว่าฉันทำอะไรล้มเหลวกว่าคนอื่น
 2 เมื่อฉันมองย้อนไปในอดีต สิ่งที่ฉันทำได้คือ ความล้มเหลวเกือบทั้งหมด
 3 ฉันรู้สึกว่าฉันเป็นคนที่ทำอะไรล้มเหลวมาโดยตลอด
- ข้อ 4 0 ฉันมีความพอใจในสิ่งต่างๆ เหมือนเคย
 1 ฉันรู้สึกไม่พอใจในสิ่งต่างๆ มากขึ้น
 2 ฉันไม่ได้รับความพอใจจากหลายๆ สิ่งอย่างมาก
 3 ฉันรู้สึกไม่พอใจและเบื่อหน่ายต่อทุกอย่าง
- ข้อ 5 0 ฉัน ไม่รู้สึกผิด
 1 ฉันรู้สึกผิดเป็นบางครั้ง
 2 ฉันรู้สึกผิดเกือบตลอดเวลา
 3 ฉันรู้สึกผิดตลอดเวลา

- ข้อ 6 0 ฉันรู้สึกว่าคุณไม่ต้องถูกลงโทษ
 1 ฉันรู้สึกว่าคุณอาจถูกลงโทษ
 2 ฉันคิดว่าฉันอาจถูกลงโทษ
 3 ฉันรู้สึกว่าคุณถูกลงโทษ
- ข้อ 7 0 ฉัน ไม่รู้สึกผิดหวังกับตนเอง
 1 ฉันรู้สึกผิดหวังกับตนเอง
 2 ฉันรู้สึกสะอิดสะเอียนตนเอง
 3 ฉันเกลียดตัวฉันเองมาก
- ข้อ 8 0 ฉัน ไม่รู้สึกว่าฉันดูแลกว่าคนอื่น
 1 ฉันคิดถึงความอ่อนแอและความผิดพลาดของตนเอง
 2 ฉันตำหนิตนเองตลอดเวลาเกี่ยวกับสิ่งที่ทำผิด
 3 ฉันตำหนิตนเองทุกครั้งที่มีสิ่งเลวร้ายเกิดขึ้น
- ข้อ 9 -
 -
 -
 -
- ข้อ 10 -
 -
 -
 -
- ข้อ 21 0 ความสนใจทางเพศของฉันยังปกติ
 1 ฉันสนใจเรื่องทางเพศลดลงกว่าปกติ
 2 ฉันสนใจเรื่องทางเพศน้อยมาก
 3 ฉันไม่สนใจเรื่องทางเพศอีกเลย

โปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวาน
(The Effect of Mindfulness-Based Cognitive Therapy Program on Depression
among Persons with Diabetes)

การบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติเป็นโปรแกรมที่ใช้สำหรับทำวิทยานิพนธ์เรื่องผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยนางสมจิตร เสริมทองทิพย์ นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติของ Segal et al. (2002) มาประยุกต์ใช้ ซึ่งผสมผสานระหว่างรูปแบบการบำบัดแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT) ของ Aron T Beck และรูปแบบการลดความเครียดบนพื้นฐานของการเจริญสติ (Mindfulness-based stress reduction) ของ Jon Kabat-Zinn โดยโปรแกรมมีวิธีการฝึกเป็นขั้นตอน มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้เป็นเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า มีการเรียนรู้และเข้าใจ ตระหนักถึงความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ ความคิด และพฤติกรรม ตลอดจนการตระหนักรู้ในความคิดของตนเองอย่างมีสติ ไม่ตัดสิน และอยู่กับสิ่งที่เกิดขึ้นปัจจุบันมากที่สุด ซึ่งจะส่งผลให้ผู้เป็นเบาหวานมีความคิด การรับรู้ ตามสภาพความเป็นจริง รู้เท่าทันความคิดของตนเอง ทำให้มีระดับภาวะซึมเศร้าลดลง อีกทั้งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีความรู้ความเข้าใจถึงความเชื่อมโยง ระหว่าง ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม
2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีสติ คิดและรับรู้สถานการณ์ตามที่เป็นจริง รู้เท่าทันการทำงานของจิตใจได้
3. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถประยุกต์ใช้วิธีการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติในชีวิตประจำวันได้

ระยะเวลาที่ใช้ในการฝึก

ใช้ระยะเวลาครั้งละ 60-90 นาที จำนวน 6 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ บำบัดรายกลุ่ม ทุกวันจันทร์และวันพฤหัสบดี และมีการติดตามผลหลังการฝึกโปรแกรมเสร็จสิ้น 1 เดือน รายละเอียดของโปรแกรมในแต่ละครั้งมีดังต่อไปนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการทำความเข้าใจ ถึงความเชื่อมโยง
ระหว่างความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง
สร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจซึ่งกันและกันให้ความร่วมมือในการทดลอง
2. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง รู้และเข้าใจเกี่ยวกับ ความคิด ความรู้สึกและ
พฤติกรรม

กิจกรรมครั้งที่ 2 การเรียนรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและเข้าสู่บทเรียนของการฝึกสติ
เบื้องต้นด้วยการทำสมาธิ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าใน
ผู้เป็นเบาหวาน
2. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง รับรู้และเข้าใจวิธีการฝึกสติเบื้องต้นด้วยการ
ทำสมาธิโดยวิธีฝึกลมหายใจ สามารถนำไปฝึกปฏิบัติได้

กิจกรรมครั้งที่ 3 การฝึกสติ และตระหนักรู้ความคิดแห่งตน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง เรียนรู้และเข้าใจวิธีการฝึกสติ
2. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง สังเกต ความรู้สึก ความคิด อารมณ์ที่เกิดขึ้น

กิจกรรมครั้งที่ 4-5 การกำกับตนให้อยู่กับปัจจุบัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง เรียนรู้และเข้าใจการกำกับตนให้อยู่กับปัจจุบัน

กิจกรรมครั้งที่ 6 การคิดเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้และการนำไปประยุกต์ใช้ใน
ชีวิตประจำวัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ได้ทบทวนประสบการณ์การเรียนรู้จากโปรแกรม
การบำบัดที่ผ่านมา และนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้
2. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ได้สะท้อนคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และ
ความก้าวหน้าในการบำบัดที่เกิดขึ้น
3. เพื่อยุติการบำบัด

สถานที่ ห้องให้คำปรึกษา โรงพยาบาลศรีมโหสถ อำเภอสรีมโหสถ จังหวัดปราจีนบุรี

การบำบัดครั้งที่ 1

การสร้างสัมพันธภาพและการทำความเข้าใจ ถึงความเชื่อมโยงระหว่างความคิด
ความรู้สึก และพฤติกรรม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับการบำบัดและระหว่างผู้รับการบำบัด
-
-

สื่อ/ อุปกรณ์

1. กระดานไวท์บอร์ด
2. ปากกาไวท์บอร์ด
-
-

ระยะเวลา 60-90 นาที

สาระสำคัญในการจัดกิจกรรม

การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการเตรียมความพร้อมในการบำบัด เพื่อให้เกิดบรรยากาศ
แห่งความเป็นมิตร ทำให้ผู้รับการบำบัดรู้สึกปลอดภัยและมีการยอมรับซึ่งกันและกัน

ครั้งที่	ขั้นตอน/ เนื้อหาในการดำเนินกลุ่ม	การประเมินผล
1	<p>1. ผู้บำบัดสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับการบำบัด และระหว่างผู้รับการบำบัดด้วยกัน เนื่องจากสัมพันธภาพที่ดี ทำให้เกิดความร่วมมือและเกิดประสิทธิภาพในการบำบัด</p> <p>2. ผู้บำบัดกล่าวทักทาย แนะนำตัวเอง และให้ผู้รับการบำบัดแนะนำตัวเอง มีการกำหนดกฎระเบียบของกลุ่ม เพื่อความไว้วางใจของสมาชิกกลุ่ม</p> <p>3. ผู้บำบัดชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการบำบัด ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดแต่ละครั้ง ผู้บำบัดขออนุญาตในการจดบันทึกข้อมูลขณะที่ฝึกกิจกรรมแต่ละครั้ง เพื่อประโยชน์ในการประเมิน</p>	- ผู้รับการบำบัดทุกคนให้ความร่วมมือ

ครั้งที่	ขั้นตอน/ เนื้อหาในการดำเนินกลุ่ม	การประเมินผล
1	<p>โดยจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ</p> <p>4. ผู้บำบัดบอกวัตถุประสงค์การเข้าโปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติแบบกลุ่ม</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>5. ผู้บำบัดใช้คำถามเพื่อเชื่อมโยงกับกิจกรรม ใช้เอกสารหมายเลข 1.1</p> <p>6. ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>ผู้รับการบำบัด</p> <p>สามารถ</p> <p>เชื่อมโยง</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>....</p>

การบำบัดครั้งที่ 2

การเรียนรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและเข้าสู่บทเรียนของการฝึกสติเบื้องต้นด้วยการทำสมาธิ
วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัด มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

-

สื่อ/อุปกรณ์

1. กระดานไวท์บอร์ด

-

-

-

ระยะเวลา 60-90 นาที

สาระสำคัญในการจัดกิจกรรม

การให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวาน ความหมาย สาเหตุ
อาการและอาการแสดง รวมถึงแนวทางการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้า

.....

ครั้งที่	ขั้นตอน/ เนื้อหาในการดำเนินกลุ่ม	การประเมินผล
2	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้บำบัดกล่าวทักทายและให้ผู้รับการบำบัดฝึกช่วยกันสรุป ทบทวนกิจกรรมบำบัดครั้งที่ผ่านมา หลังจากนั้นมีการสอบถามความรู้สึกของสมาชิกกลุ่มแต่ละคน 2. ผู้บำบัดชี้แจงหัวข้อประเด็นที่จะพูดคุยในกิจกรรมการบำบัดในครั้งที่ 2 และชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรม 3. ผู้บำบัดเปิดโอกาสให้กลุ่มได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าที่ผ่านมาให้สมาชิกกลุ่มฟัง โดยผู้บำบัดอธิบายเชื่อมโยงให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจภาวะเจ็บป่วยที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา อารมณ์ พฤติกรรม ในผู้เป็นเบาหวานและนำไปสู่การเกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง และซึมเศร้า เอกสารหมายเลข 2.1 <p>.....</p>	

ครั้งที่	ขั้นตอน/ เนื้อหาในการดำเนินกลุ่ม	การประเมินผล
2	<p data-bbox="496 338 1139 376">4. ผู้นำอธิบายถึงความสำคัญ ประโยชน์ของการฝึกสติ</p> <p data-bbox="419 416 1085 434">.....</p> <p data-bbox="419 472 1085 490">.....</p> <p data-bbox="419 528 1085 546">.....</p> <p data-bbox="419 566 1018 663">5. ผู้นำเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยน ประสบการณ์การฝึกสติ</p> <p data-bbox="515 696 1075 714">-</p> <p data-bbox="515 752 1075 770">-</p> <p data-bbox="419 797 938 835">6. ผู้นำให้ผู้รับการบำบัด ฝึกปฏิบัติ</p> <p data-bbox="419 857 1098 893">โดยใช้ เอกสารหมายเลข 2.2</p> <p data-bbox="419 931 1098 949">.....</p> <p data-bbox="419 987 1098 1005">.....</p> <p data-bbox="419 1043 1098 1061">.....</p>	

กิจกรรมครั้งที่ 3

การฝึกสติ และตระหนักรู้ความคิดแห่งตน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัด เรียนรู้และเข้าใจวิธีการฝึกสติ

-

-

สื่อ/ อุปกรณ์

1. กระดานไวท์บอร์ด

-

-

สาระสำคัญในการจัดกิจกรรม

การเรียนรู้และเข้าใจวิธีการฝึกสติ เป็นการฝึกการรับรู้ตามความเป็นจริงโดยไม่ตัดสิน เป็นการพยายามให้มีสมาธิในชีวิตประจำวันอย่างกลมกลืน.....

.....

ครั้งที่	ขั้นตอน/ เนื้อหาในการดำเนินกลุ่ม	การประเมินผล
3	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้บำบัดกล่าวทักทายและให้ผู้รับการบำบัดฝึกช่วยกันสรุป ทบทวนกิจกรรมบำบัดครั้งที่ผ่านมา 2. ผู้บำบัดชี้แจงหัวข้อประเด็นที่จะพูดคุยในกิจกรรมการบำบัดในครั้งที่ 3 และชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรม 3. ผู้บำบัดเปิด โอกาสให้กลุ่มได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์เกี่ยวกับการฝึกสติที่ผ่านมาให้สมาชิกกลุ่มฟัง โดยผู้บำบัดอธิบายเชื่อมโยง ใช้เอกสารหมายเลข 3.1 4. สมาชิกกลุ่มฝึกปฏิบัติ 5. 	<p>ผู้รับการบำบัดเรียนรู้และเข้าใจวิธีการฝึก</p>

กิจกรรมครั้งที่ 4-5
การกำกับตนให้อยู่กับปัจจุบัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัด เรียนรู้เข้าใจการกำกับกายและใจ ในการใช้ชีวิตเมื่อเป็น
เบหาวาน

-

สื่อ/ อุปกรณ์

1. กระดานไวท์บอร์ด

-

-

สาระสำคัญในการจัดกิจกรรม

การเรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการกำกับตนให้อยู่กับปัจจุบัน เป็นวิธีการฝึกที่ให้ผู้รับ
การบำบัด มีสติ รู้เท่าทันความคิด อารมณ์ และสามารถนำไปใช้ในการฝึกสติในชีวิตประจำวันได้

ครั้งที่	ขั้นตอน/ เนื้อหาในการดำเนินกลุ่ม	การประเมินผล
4-5	<p>1. ผู้บำบัดกล่าวทักทายและให้ผู้รับการบำบัดฝึกช่วยกันสรุป ทบทวนกิจกรรมบำบัดครั้งที่ผ่านมา หลังจากนั้นมีการทบทวนการบ้าน พร้อมทั้งสอบถามความรู้สึของผู้รับการบำบัดแต่ละคน</p> <p>2. ผู้บำบัดชี้แจงหัวข้อประเด็นที่จะพูดคุยในกิจกรรมการบำบัดในครั้งที่ 4-5 และชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรม</p> <p>3. ผู้บำบัดเปิด โอกาสให้กลุ่มได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์เกี่ยวกับการกำกับตนหรือการควบคุมดูแลตัวเองในเรื่องการปฏิบัติตนเมื่อเป็นเบหาวาน หลังจากนั้นให้ผู้รับการบำบัดวิเคราะห์ร่วมกัน</p> <p>4. ผู้บำบัดสรุปและอธิบายเชื่อมโยงกับกิจกรรมเอกสารหมายเลข 4.1 และ เอกสารหมายเลข 4.2</p> <p>5.....</p>	<p>ผู้รับการบำบัด เรียนรู้และเข้าใจการ กำกับกายและใจ</p>

กิจกรรมครั้งที่ 6

การสะท้อนคิดเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้และการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน
วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัด ได้ทบทวนประสบการณ์การเรียนรู้จากโปรแกรมการบำบัดที่ผ่านมา และนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้
2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัด ได้สะท้อนคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความก้าวหน้าในการบำบัดที่เกิดขึ้น

-

สื่อ/ อุปกรณ์

1. กระดานไวท์บอร์ด

-

-

สาระสำคัญในการจัดกิจกรรม

การทบทวน โปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติที่ผ่านมา สามารถช่วยให้กลุ่มได้มีโอกาสทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ และเกิดความเข้าใจมากขึ้น และ.....

ครั้งที่	ขั้นตอน/ เนื้อหาในการดำเนินกลุ่ม	การประเมินผล
6	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้บำบัดกล่าวทักทายและให้ผู้รับการบำบัดฝึกช่วยกันสรุป ทบทวนกิจกรรมบำบัดครั้งที่ผ่านมา หลังจากนั้นมีการทบทวนการบ้าน พร้อมทั้งสอบถามความรู้สึกของผู้รับการบำบัดแต่ละคน 2. ผู้บำบัดชี้แจงหัวข้อประเด็นที่จะพูดคุยในกิจกรรมการบำบัดในครั้งที่ 6 และชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรม 3. ผู้บำบัดเปิดโอกาสให้กลุ่มได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ที่ผ่านมา 4. 	<p>ผู้รับการบำบัด สะท้อนคิดและ แลกเปลี่ยน ประสบการณ์จากการ บำบัด</p>

ภาคผนวก ค

หนังสือขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย
ใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

สำเนาฉบับ



ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๒๓๓๒

โรงพยาบาลศรีมโหสถ
เลขที่รับ ๑๙๐๖
วันที่ ๒๙ ส.ค. ๒๕๕๘
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๖๑๓๑

๓) สิงหาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีมโหสถ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 ๒. รายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ

ด้วย นางสมจิตร เสริมทองทิพย์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวาน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กรภัทร เสงอุดมทรัพย์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ ๒ ณ ห้องให้คำปรึกษา โรงพยาบาลศรีมโหสถ โดยแบ่งดังนี้

๑. ระหว่างวันที่ ๖ - ๒๐ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๘ ขอเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือ จำนวน ๓๐ ราย
๒. ระหว่างวันที่ ๒๑ สิงหาคม - ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๘ ขอเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย จำนวน ๒๔ ราย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีมโหสถ

- ผอ.โรงพยาบาล
- คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
- ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ - จ.ชลบุรี
- ภาควิชาการพยาบาล
๒๙ ส.ค. ๕๘

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖

ผู้วิจัย ๐๘๑-๙๓๒๙๘๔๗



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มทดลอง)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้า
ในผู้เป็นเบาหวาน

รหัสจริยธรรมการวิจัย 07-06-2558

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสมจิตร เสริมทองทิพย์

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ
ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวาน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และมี
คุณสมบัติสอดคล้องกับศึกษาครั้งนี้ ปัจจุบันพบว่า ผู้เป็นเบาหวานมีจำนวนมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย
ครอบครัวทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้เป็นเบาหวานเกิดความเครียด วิตกกังวล ท้อแท้
เบื่อหน่าย ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด โดยการศึกษาในครั้งนี้ เพื่อนำผลโปรแกรมการบำบัด
ทางปัญญาบนพื้นฐานของสติไปใช้ในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานต่อไป ซึ่งการวิจัยนี้มี
จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 24 คน

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ท่านจะได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม
ทั้งหมด 3 สัปดาห์ ทุกวันจันทร์และวันพฤหัสบดี จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที โดยท่านจะ
ได้รับการบำบัดตาม โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ เพื่อนำแนวทางไป
ประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้ เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านสามารถถอนตัวหรือ
ยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา และจะไม่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิต การดูแลตนเอง หรือการ
รักษาพยาบาล และมีสิทธิ์ถอนตัวออกจาก โครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ
ล่วงหน้า การให้ข้อมูลในแบบสอบถาม แบบประเมิน ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และจะนำไปใช้
ประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้น แบบสอบถามที่ตอบเสร็จแล้ว จะถูกเก็บไว้อย่างมิดชิด โดยผู้วิจัย

เท่านั้นที่จะใช้ข้อมูลได้ เพื่อนำมาวิเคราะห์ผลการวิจัย หลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการวิเคราะห์ ผลการวิจัย ผู้วิจัยจะทำลายเอกสารทันที เมื่อสิ้นสุดกระบวนการทำวิจัย ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอ โดยภาพรวม หากท่านยินดีจะเข้าร่วมในการวิจัย แล้วเกิดเปลี่ยนใจภายหลัง ท่านมีสิทธิ์ที่จะถอนตัว ออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลแก่ผู้วิจัย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสมจิตร เสริมทองทิพย์ หมายเลขโทรศัพท์ 081-932-9847 หรือที่ ผศ.ดร. ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102823

นางสมจิตร เสริมทองทิพย์
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วย อธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อ ช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มควบคุม)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้า
ในผู้เป็นเบาหวาน

รหัสจริยธรรมการวิจัย 07-06-2558

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสมจิตร เสริมทองทิพย์

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ
ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวาน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และมี
คุณสมบัติสอดคล้องกับศึกษาครั้งนี้ ปัจจุบันพบว่า ผู้เป็นเบาหวานมีจำนวนมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย
ครอบครัวทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้เป็นเบาหวานเกิดความเครียด วิตกกังวล ท้อแท้
เบื่อหน่าย ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด โดยการศึกษาในครั้งนี้ เพื่อนำผลโปรแกรมการบำบัด
ทางปัญญาบนพื้นฐานของสติไปใช้ในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานต่อไป ซึ่งการวิจัยนี้มี
จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 12 คน

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ท่านจะได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม
ทั้งหมด 3 ครั้ง คือ สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และอีก 1 เดือน

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้ เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านสามารถถอนตัวหรือ
ยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา และจะไม่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิต การดูแลตนเอง หรือการ
รักษาพยาบาล และมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ
ล่วงหน้า การให้ข้อมูลในแบบสอบถาม แบบประเมิน ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และจะนำไปใช้
ประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้น แบบสอบถามที่ตอบเสร็จแล้ว จะถูกเก็บไว้อย่างมิดชิด โดยผู้วิจัย
เท่านั้นที่จะใช้ข้อมูลได้ เพื่อนำมาวิเคราะห์ผลการวิจัย หลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการวิเคราะห์
ผลการวิจัย ผู้วิจัยจะทำลายเอกสารทันที เมื่อสิ้นสุดกระบวนการทำวิจัย ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอ

โดยภาพรวม หากท่านยินดีจะเข้าร่วมในการวิจัย แล้วเกิดเปลี่ยนใจภายหลัง ท่านมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ทุกเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลแก่ผู้วิจัย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นางสมจิตร เสริมทองทิพย์ หมายเลขโทรศัพท์ 081-932-9847 หรือที่ ผศ.ดร. ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102823

นางสมจิตร เสริมทองทิพย์

ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจหรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้า
ในผู้เป็นเบาหวาน

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและ
มีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่
จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้
จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อน
เร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยใน
ภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามใน
ใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้ช่วยวิจัย

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสมจิตร เสริมทองทิพย์)

-2-

ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟังจนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึง
ลงนามหรือประทับลายนิ้วมือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้ช่วยวิจัย

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ภาคผนวก ง

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวาน

The Effect of Group Mindfulness-based Cognitive Therapeutic Program on Depression in Persons with Diabetes

ชื่อนิสิต นางสาวจิตร เสริมทองทิพย์

รหัสประจำตัวนิสิต 55920281 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 07-06-2558

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้เป็นเบาหวาน ชนิดที่ 2 จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 24 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล

คือ ห้องให้คำปรึกษา โรงพยาบาลศรีมโหสถ จังหวัดปราจีนบุรี

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

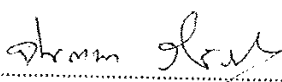
(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 20 กรกฎาคม พ.ศ. 2559

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 20 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2558

ลงนาม 

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา