

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

อิทธิพลของความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียดและการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้า
ของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

บุญนำ กิมฮวย

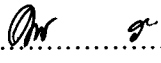
- 1 ส.ค. 2560
369068

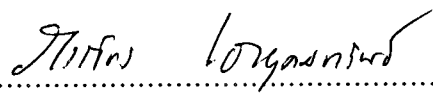
Thiraporn

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
สิงหาคม 2559
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา


คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ บุญนำ กิมฮวย ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้


คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

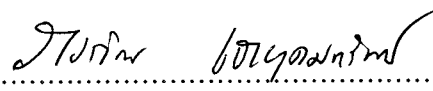
.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(อาจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธาน
(นายแพทย์เวทิส ประทุมศรี)

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

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

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เตียววิเศษ)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของมหาวิทยาลัย
บูรพา

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

วันที่ ๒๒ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก วิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ อย่างดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ ประสาทความรู้ ให้พลังทางปัญญา และให้การสนับสนุนเสมอมา

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพนัสนิคม หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่แม่ไม่ได้เอ่ยนามมาในที่นี้ ที่ให้ความอนุเคราะห์ ตลอดจนผู้ที่เป็นเบาะหวาน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณแม่ และพ่อ พี่น้องตึกอายุกรรมหญิง ตึกผู้ป่วยนอก เพื่อน ๆ รหัส 53 สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวช ที่เป็นกำลังใจและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูตเวทิตา แด่บุพการี บูรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มี การศึกษาและประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

บุญนำ กิมฮวย

53920619: สาขาวิชา: การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช: พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คำสำคัญ: เบาหวานชนิดที่ 2/ ความเข้มแข็งในการมองโลก/ ความเครียด/ ภาวะซึมเศร้า

บุญนำ กิมฮวย: อิทธิพลของความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียดและการเผชิญ
ความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 (THE EFFECTS OF SENSE OF
COHERENCES STRESS AND COPING MECHANISM ON DEPRESSION AMONG PERSONS
WITH TYPE 2 DIABETES) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ดวงใจ วัฒนสินธุ์, Ph.D., ภรภัทร
เฮงอุดมทรัพย์, Ph.D. 88 หน้า. ปี พ.ศ. 2559.

ภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่สำคัญ และส่งผลกระทบต่อ
ผู้ที่เป็นเบาหวานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การวิจัยเชิงพรรณนาชนิดวิเคราะห์ความสัมพันธ์
เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า และปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็น
เบาหวานชนิดที่ 2 เขตอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี จำนวน 100 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการ
สุ่มแบบง่าย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2558 เครื่องมือที่ใช้ใน
การเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วน ได้แก่แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค แบบประเมินพฤติกรรมการเผชิญความเครียด แบบประเมินการรับรู้
ความเครียด และแบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา
สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 48 จำแนกเป็นภาวะ
ซึมเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 26 ภาวะซึมเศร้าปานกลางร้อยละ 10 ภาวะซึมเศร้ามากคิดเป็นร้อยละ 8 และภาวะ
ซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 4 จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลก
และความเครียดสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้
ร้อยละ 42.00 ($R^2 = .42$, $F = 34.47$, $p < .001$) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็น
เบาหวานชนิดที่ 2 สูงสุดคือ ความเข้มแข็งในการมองโลก ($\beta = -.48$, $p < .001$) รองลงมาคือความเครียด
($\beta = .22$, $p < .05$) โดยสมการทำนายภาวะซึมเศร้าในรูปคะแนนมาตรฐานคือ

$$Z_{\text{ภาวะซึมเศร้า}} = -0.48 (Z_{\text{ความเข้มแข็งในการมองโลก}}) + 0.22 (Z_{\text{ความเครียด}})$$

ผลการศึกษาในครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นประเด็นปัญหา
ทางด้านสุขภาพจิตสำคัญที่ทีมสุขภาพควรตระหนักถึง โดยจัดให้มีโปรแกรมหรือบริการส่งเสริม
สุขภาพจิตเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เหล่านี้โดยเน้นการเสริมสร้างความ
เข้มแข็งในการมองโลกและการลดความเครียด

53920619: MAJOR: PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING, M.N.S.
(PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING)

KEYWORDS: DIABETES TYPE 2/SENSE OF COHERENCES/STRESS/DEPRESSION

BOONNUM KIMHUAY: THE EFFECTS OF SENSE OF COHERENCES STRESS AND COPING MECHANISM ON DEPRESSION AMONG PERSONS WITH TYPE 2 DIABETES.

ADVISORY COMMITTEE: DUANGJAI VATANASIN, Ph.D., PORNPAT HENGUDOMSUB, Ph.D.
88 P. 2016.

Depression among persons with type 2 diabetes is a significant mental health problem. It can effect on physical, mental, and social dimensions of persons with type 2 diabetes. The purposes of this predictive correlational study were to investigate the prevalence of depression and its predicting factors among 100 persons with type 2 diabetes mellitus in Phanatnikhom district of Chon Buri province. The sample was selected by using the stratified random sampling. The data was collected during June to September, 2015 using self-report questionnaires including personal information form, Beck's Depression Inventory, Perceived Stress Scale, Sense of Coherences Scale, and Ways of Coping Scale. Descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficient and stepwise multiple regression analysis were employed to analyze the data.

The results from this study revealed that 48 percent of persons with type 2 diabetes reported depression. Among them, 26 percent having mild depression, 10 percent having moderate depression, 8 percent having high depression and 4 percent having severe depression. Based on stepwise multiple regression analysis, it was found that sense of coherence and stress could explain 42 percent of the variance for depression ($R^2 = .42$, $F = 34.47$, $p < .001$) The most significant predicting factor was sense of coherences ($\beta = -.48$, $p < .001$) followed by stress ($\beta = .22$, $p < .05$). The predicting equation of depression by using standard scores was:

$$Z_{\text{depression}} = -0.48 (Z_{\text{sense of coherences}}) + 0.22 (Z_{\text{stress}})$$

From the study results, it is affirmed that depression among persons with type 2 diabetes is an important mental health concern that health care provider should be aware of. They should develop programs or mental health service to reduce depression among these persons by placing emphasis on enhancing their sense of coherences and reducing their stress in persons with type 2 diabetes. For persons with type 2 diabetes can continue to live with diabetes and well being.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฌ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	8
สมมติฐานการวิจัย.....	8
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
ขอบเขตของการวิจัย.....	10
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2.....	12
ภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2.....	19
รูปแบบการปรับตัวต่อความเครียดของ Stuart (Stuart's Stress Adaptation Model).....	27
ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2.....	30
3 วิธีดำเนินการศึกษาวิจัย.....	41
ประชากรกลุ่มตัวอย่าง.....	41
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	42
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย.....	45
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	46
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	46
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	47

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	48
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	49
ตอนที่ 2 ภาวะซึมเศร้าของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2.....	51
ตอนที่ 3 ลักษณะของความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียด การเผชิญ ความเครียดของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2.....	52
ตอนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2.....	53
5 สรุปและอภิปรายผล.....	56
สรุปผลการวิจัย.....	56
อภิปรายผลการวิจัย.....	57
ข้อเสนอแนะ.....	61
บรรณานุกรม.....	62
ภาคผนวก.....	72
ภาคผนวก ก.....	73
ภาคผนวก ข.....	79
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	88

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง..... 49
2	จำนวนและร้อยละของคะแนนภาวะซึมเศร้า..... 51
3	คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียด การเผชิญปัญหาของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2..... 52
4	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียด การเผชิญความเครียด ต่อภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง..... 54
5	ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2..... 54

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่สำคัญและเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรทั่วโลก (International Diabetes Federation [IDF], 2013) เนื่องจากเบาหวานเป็นผลที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมทางด้านสุขภาพไม่เหมาะสม มีระยะเวลาการดำเนินโรคและการรักษาที่ยาวนาน มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพ และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ในทุก ๆ ระยะของโรค จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า 1 ใน 10 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 (สถาบันและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2557) โดยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นเบาหวานที่พบได้มากที่สุด ร้อยละ 90-95 (American Diabetes Association [ADA], 2013) นอกจากนี้ยังพบว่า ประชากรทั่วโลกประมาณ 280 ล้านคนเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวาน และจากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลก จะมีจำนวนผู้ที่เป็นเบาหวานเพิ่มสูงถึง 500 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573 (IDF, 2013) จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าเบาหวานนั้นเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรทั่วโลก

ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดจากการมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน ร่วมกับการบกพร่องในการผลิตอินซูลิน ส่งผลให้มีระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูงขึ้น ซึ่งอาการที่พบระยะแรกมักไม่รุนแรง มีลักษณะแบบค่อยเป็นค่อยไป ถ้าผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่ได้ได้รับการตรวจสุขภาพอย่างเป็นประจำจะไม่ทราบว่าตนเองป่วย จนกระทั่งมีอาการรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง จากการที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง และส่งผลให้เกิดความพิการ และเสียชีวิตในที่สุด (เทพ หิมะทองคำ, รัชตะ นาวิณ และธิดา นิงสานนท์, 2554) ดังนั้น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง โดยสมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทยสามารถกำหนดเกณฑ์ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยให้มีย่าน้ำตาลสะสมในเลือดไม่เกิน 7% (ADA, 2013) ซึ่งการควบคุมเบาหวานสามารถทำได้โดยการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การรับประทานยาควบคุมระดับน้ำตาลหรือการฉีดอินซูลิน เป็นต้น อย่างไรก็ตามหากผู้ที่เป็นเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิตได้ทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันเกิดจากการที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ส่งผลให้เกิดภาวะหมดสติจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperosmolar hyperglycemic nonketotic syndrome) หรือภาวะคีโตอะซิโดซิส (Diabetic ketoacidosis)

ส่วนภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังเกิดจากการที่ผู้ที่เป็นเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานทำให้เกิดเส้นเลือดตีบแข็ง (Atherosclerosis) เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายได้น้อยลง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต จอประสาทตาเสื่อม แผลที่เท้า และอาจเกิดความทุพพลภาพจากการสูญเสียอวัยวะได้ นอกจากนี้ภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานเหล่านี้ยังส่งผลให้ผู้ที่เป็นเบาหวานเสียชีวิตได้ในที่สุด (เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2554) จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะส่งผลกระทบต่ออวัยวะและระบบต่าง ๆ ในร่างกายและทำให้เสียชีวิตได้

เบาหวานนอกจากจะส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกายแล้วยังส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ที่เป็นเบาหวานด้วย เนื่องจากผู้ที่เป็นเบาหวานต้องมีการปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันที่เคยปฏิบัติมาแต่เดิมทั้งในเรื่องของการควบคุมการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกาย การรับประทานยาหรือการฉีดอินซูลินต่อเนื่อง การไปตรวจรักษาตามนัด เป็นต้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้ผู้ที่เป็นเบาหวานอาจมองว่าเป็นสิ่งที่มาคุกคามการดำเนินชีวิตและส่งผลกระทบต่อจิตใจได้ (ภาวนา กิริติยวงศ์, 2544) จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 42.5 มักมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (วันเพ็ญ โอฟาริชาติ, 2547) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานมักมีปัญหาทางด้านอารมณ์หรือมีภาวะซึมเศร้าสูงอันมีสาเหตุมาจากการที่ต้องเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อควบคุมเบาหวาน (ประอรทิพย์ สุทธิสาร, 2550) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าบุคคลทั่วไปถึง 2 เท่า (สิตานันท์ พูนผลทรัพย์, 2548; Anderson, Freedland, Clouse, & Lustman, 2001) โดยผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 20.8-28.0 (ชิติพันธ์ ธานีรัตน์, 2551; นันท์ชัตต์ สกกุลพงศ์, 2554) ส่วนผู้ที่เป็นเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 28 จะมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย (Santiprabhob, 2007) และยังพบว่า ค่าน้ำตาลสะสมในเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ($r = 0.803, p < .01$) (ชิติพันธ์ ธานีรัตน์, 2551) แสดงให้เห็นว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีค่าน้ำตาลสะสมในเลือดสูงมักพบมีภาวะซึมเศร้าสูง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีการควบคุมโรคไม่ดีจะมีภาวะซึมเศร้าสูง

ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีการแสดงถึงความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความคิด การรับรู้ ร่างกายและพฤติกรรม มีลักษณะความผิดปกติทางอารมณ์ที่ชัดเจน (Beck, 1967) โดยอาการและอาการแสดงที่พบบ่อย ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า ท้อแท้ เบื่อหน่าย หงุดหงิด ไม่สนใจในสิ่งที่เคยทำ มีความคิดด้านลบ ต่ำหนืดตนเอง รู้สึกตนเองไม่มีค่า กิดซ้ำ

ความจำเสื่อม ขาดสมาธิ ไม่มีแรง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิชย์, 2552) ซึ่งผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีภาวะซิมเสร์้าจะส่งผลกระทบต่อตนเอง ทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคม ทั้งนี้ผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีภาวะซิมเสร์้าจะเกิดความรู้สึก ท้อแท้ เบื่อหน่าย สนใจกิจกรรม และดูแลตนเองลดลง ส่งผลให้มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ไม่ดี เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง และมีภาวะสุขภาพเสื่อมโทรมมากยิ่งขึ้น (Francisco & Cradial, 2001) จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีภาวะซิมเสร์้าในระดับ ปานกลางถึงรุนแรง มีความเสี่ยงที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ไม่ได้ 3.27 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่เป็นเบาหวานที่ไม่มีภาวะซิมเสร์้า (Adjusted OR 3.27; 95%CL) (Gross, 2005) นอกจากนี้ผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีภาวะซิมเสร์้าส่วนใหญ่มักมีความคิดลบต่อตนเอง รู้สึกหมดกำลังใจและไร้คุณค่า มีความวิตกกังวลเกี่ยวข้องกับสุขภาพทางกายของตนมากขึ้น และมักแสดงออกมาด้วยอาการ เจ็บปวดตามร่างกาย (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2544) ซึ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมากยิ่งขึ้น แก่ผู้ที่เป็นเบาหวาน และภาวะซิมเสร์้ายังส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรักษา (World Health Organization [WHO], 2013) จากการศึกษาพบว่า ภาวะซิมเสร์้าเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วย โรคเรื้อรังไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยามากถึง 3.03 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซิมเสร์้า (Dimatteo, Lepper, & Croghan, 2000) และภาวะซิมเสร์้าอาจส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตาย โดยจากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีภาวะซิมเสร์้าร้อยละ 60 มักมีความคิดอยากตาย และมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงถึง ร้อยละ 15 (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิชย์, 2552) ซึ่งผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีภาวะซิมเสร์้า ระดับรุนแรงจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่ไม่ได้โรคร่วม 2.30 เท่า ($p < .0001$) (Katon, 2005) จะเห็นได้ว่าผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซิมเสร์้าจะส่งผลกระทบต่อ การควบคุมโรค การดำเนินชีวิตและอาจทำให้เกิดการสูญเสียได้

จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ต้องเผชิญกับการปรับตัวที่หลากหลายทั้งในเรื่องการจัดการกับอาการของเบาหวาน การปรับพฤติกรรมเพื่อ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรับประทานยา การปรับตัวด้านการประกอบอาชีพ รวมถึงสิ่งเร้า ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ซึ่งการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ที่เป็นเบาหวานเกิดปัญหา สุขภาพจิต เช่น ความเครียด ภาวะซิมเสร์้าขึ้นได้ โดยพบว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานที่ต้องเปลี่ยนแปลงวิถี การดำเนินชีวิตจะมีปัญหาทางด้านอารมณ์และส่งผลให้เกิดภาวะซิมเสร์้า (ประอรทิพย์ สุทธิสาร, 2550) สอดคล้องกับรูปแบบการปรับตัวต่อความเครียดของ Stuart (Stuart's Stress Adaptation Model [SSAM], Stuart, 2013) ที่กล่าวว่า บุคคลที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เช่น ภาวะซิมเสร์้า วิตกกังวล หรือโรคทางจิตเวชต่าง ๆ เป็นผลมาจากการที่บุคคลไม่สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการปรับตัวดังกล่าวขึ้นอยู่กับปัจจัยที่หลากหลาย

ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ซึ่งเป็นความเปราะบางหรือความอ่อนแอภายในตัวบุคคล หรือความโน้มเอียงที่จะก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทางจิต เมื่อต้องเผชิญกับปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยบุคคลจะประเมินความเครียด (Appraisal stressors) ร่วมกับแสวงหาแหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น (Coping resource) เพื่อที่จะปรับตัวโดยใช้กลไกการเผชิญความเครียด (Coping mechanism) ที่มีอยู่ใน 2 รูปแบบ คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นการแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นอารมณ์ โดยบุคคลมักมีการเผชิญความเครียดในลักษณะที่ผสมผสานกันทั้งสองแบบ ซึ่งในบางสถานการณ์จำเป็นต้องมีการเผชิญความเครียดโดยมุ่งเน้นที่จะบรรเทาความรู้สึกไม่สบายใจเสียก่อน แล้วจึงค่อยกลับมาจัดการกับปัญหา อย่างไรก็ตามถ้าบุคคลเลือกใช้การเผชิญความเครียดที่มุ่งเน้นการแก้ปัญหาในการแก้ไขสถานการณ์ก็จะทำให้ปัญหาได้รับการแก้ไข บุคคลจะไม่เกิดความเครียด และสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์นั้นได้ก็จะมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี แต่ถ้าบุคคลใช้กลไกการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม โดยมุ่งเน้นการจัดการความเครียดโดยใช้อารมณ์เพียงอย่างเดียวก็จะรู้สึกสบายใจ และปรับตัวได้ในระยะสั้น ๆ แต่หากไม่ดำเนินการแก้ไขปัญหาก็จะทำให้ปัญหานั้นยังคงอยู่ หรือมีการสะสมของปัญหามากขึ้นจนทวีความรุนแรง และส่งผลให้เกินศักยภาพของบุคคลในการแก้ไขสถานการณ์ส่งผลให้มีการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ และเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตหรือโรคทางจิตเวชตามมา เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล หรือโรคจิตเภทได้ (Stuart, 2013)

จากรูปแบบการปรับตัวต่อความเครียดของ Stuart (2013) แสดงให้เห็นว่า ถ้าผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีลักษณะบุคลิกภาพ ความคิด หรือลักษณะส่วนบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยนำภายในตนเองที่มีลักษณะเปราะบางหรือโน้มเอียงที่จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความตึงเครียดค่อนข้างมากก็จะพยายามมองหาแหล่งประโยชน์ และมีการใช้กลไกการเผชิญความเครียดทั้งในส่วนของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นการจัดการกับปัญหาหรือมุ่งเน้นการจัดการกับอารมณ์ เพื่อพยายามที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อให้ผ่านพ้นจากสภาวะที่กดดัน ซึ่งถ้าผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้กลไกการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพโดยมุ่งเน้นกับการจัดการกับอารมณ์เพียงอย่างเดียวก็จะไม่สามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีภาวะซึมเศร้า แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีปัจจัยนำในตนเองที่เข้มแข็ง เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่ก่อให้เกิดความเครียดเกิดขึ้น และสามารถใช้กลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมก็จะสามารถปรับตัวได้และไม่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งจากรูปแบบการปรับตัวต่อความเครียดของ Stuart (2013) ร่วมกับการทบทวน

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบปัจจัยคัดสรรที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียด และการเผชิญความเครียด

ความเข้มแข็งในการมองโลก (Sense of coherence) เป็นความสามารถของบุคคล ในการพิจารณาหรือประเมินเหตุการณ์ต่าง ๆ และมีการรับรู้ปัญหา ได้ถูกต้องตามที่เป็นจริง ซึ่งเป็น สิ่งสำคัญที่ทำให้บุคคลสามารถผ่านความยุ่งยากสับสน ความล้มเหลวและความเจ็บปวดได้ สามารถ จัดการกับเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบตน และควบคุมจัดการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งภายใต้รูปแบบการปรับตัวต่อความเครียดของ Stuart (2013) ถือว่า ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นปัจจัยนำ (Predisposing factors) ที่มีอยู่ในตัวบุคคล โดยผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีความเข้มแข็งใน การมองโลกสูงจะสามารถจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ และมีการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อ ควบคุมโรคเบาหวาน ได้อย่างดี และสามารถปรับตัวเผชิญกับสถานการณ์ยุ่งยากที่เกิดขึ้นได้ มีการ ดูแลภาวะสุขภาพของตนเพื่อควบคุมเบาหวานได้เป็นอย่างดี และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน ก็จะสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ความ เข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่เป็นเบาหวาน โดยผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง จะมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดดีและมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และมีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานน้อยลง (Ahola, 2010) นอกจากนี้ผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหรือสภาพ ปัญหาต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี และสามารถอยู่ร่วมกับความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้อย่างผาสุก ดังจะ เห็นได้จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความเข้มแข็งในการมอง โลกสูงส่วนใหญ่มักมีการควบคุมโรคที่ดี มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สามารถปรับตัวให้ เข้ากับโรคได้ดี ส่งผลให้มีความผาสุก และมีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มี ความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะมีการปรับตัวต่อภาวะของโรคได้ดี (จินดาวรรณ อุดมพัฒนากร, 2539) เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะมีความผาสุก ในชีวิต (จันทนา เตชะคุณ, 2540) และผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องล้างไตที่มี ความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ($r = .781, p = .01$) (เพียงดาว จุลบาท, 2551) นอกจากนี้มีการศึกษายังพบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ โดยในผู้ป่วยรุมตอยด์ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ มักมีภาวะ ซึมเศร้าเพิ่มขึ้น (Büchi et al., 1998) เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคปอดประสาทอักเสบ (Gottberg et al., 2007) อย่างไรก็ตามยังพบการศึกษาที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก และภาวะซึมเศร้าของผู้ที่เป็นเบาหวานค่อนข้างน้อย แต่จากการทบทวนวรรณกรรมในผู้ป่วยโรค

เรื้อรังอื่น อาจพอสรุปได้ว่าความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

สำหรับความเครียด (Stress) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ยู่ยาก ซึ่งเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลจะเป็นผู้ประเมินด้วยกระบวนการทางปัญญาว่า ปฏิสัมพันธ์นั้นจะเป็นสิ่งที่คุกคามทำอันตรายตนเองหรือไม่ โดยการประเมินนั้นจะขึ้นอยู่กับลักษณะของแต่ละบุคคล เช่น ความคิด ความจำ ประสบการณ์ ทัศนคติภาพของตนเอง (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งภายใต้รูปแบบการปรับตัวต่อความเครียดของ Stuart (2013) ความเครียดถือว่าเป็นปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) ซึ่งความเครียดส่วนใหญ่มักเป็นผลมาจากสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและเข้ามากระทบตัวบุคคลเมื่อผลทำให้บุคคลรู้สึกตึงเครียดหรือกดดัน (Stuart, 2013) เช่นเดียวกับผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง และความไม่แน่นอนที่อาจเกิดจากอาการของโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด แต่ผู้ที่เป็นเบาหวานจะต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต หรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองอย่างเคร่งครัดทั้งในส่วนของการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมความเครียด และการรับประทานยา โดยส่วนใหญ่ผู้ที่เป็นเบาหวานมักมองว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวเป็นเรื่องยุ่งยาก ซ้ำซ้อน เป็นความลำบาก และไม่สะดวก (Lerman, 2005) โดยผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่มักจะติดในรสชาติของอาหาร บังคับใจตนเองไม่ได้ รู้สึกแปลกแยกจากคนอื่น และมักมีการจัดการความเครียดไม่เหมาะสม (วิมลรัตน์ จงเจริญ, วันดี คหะวงศ์ และ อังศุมา อภิชาติ, 2551) และมีความเครียดในระดับสูงและส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ภาวนา กิริติยุตวงศ์, 2544) นอกจากนี้ความเครียดยังเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท และการเกิดแผลที่เท้า โดยความเครียดสามารถอธิบายภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานได้ร้อยละ 5.5 (จิราพร เดชมา, วนิดา คุรงค์ฤทธิชัย และวิชุดา กิจจรธรรม, 2556) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ความเครียดเป็นปัจจัยกระตุ้นที่สามารถทำให้อาการของโรคเบาหวานทวีความรุนแรงขึ้น เมื่ออาการของโรครุนแรงขึ้นจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน ซึ่งทำให้ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระ เบื่อหน่าย รู้สึกไร้คุณค่า และมีภาวะซึมเศร้าได้ จากการศึกษาพบว่า ความเครียดเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า โดยพบว่า ความเครียดโดยทั่วไป ความเครียดที่รุนแรงหรือหลีกเลี่ยงไม่ได้ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (อดิรัตน์ วัฒนไพฑิน, ลลนา ประทุม และยาใจ สิทธิมงคล, 2011) อีกทั้งความเครียดยังเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของภาวะซึมเศร้า (OR = 5.26, 95%, CI = 1.85-14.92,

$p < .01$) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ความเครียดเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

ส่วนการเผชิญความเครียด (Coping mechanism) ซึ่งเป็นการประเมินสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด และต้องใช้อย่างไรในการจัดการกับความเครียด เพื่อตอบสนองต่อความรู้สึกกดดัน ไม่สบายใจ วิตกกังวล กลัว เพื่อแก้ไข ลด หรือหลีกเลี่ยงต่อความรู้สึกดังกล่าว ในการจัดการกับปัญหา หรือสถานการณ์ความเครียดให้ลุล่วงไป (Lazarus & Folkman, 1984) การที่บุคคลจะปรับตัวต่อความเครียดได้มากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับกลไกการเผชิญความเครียด ซึ่งเป็นวิธีการที่บุคคลปฏิบัติและ/ หรือแสดงเพื่อตอบสนองต่อความรู้สึกกดดัน ไม่สบายใจ วิตกกังวล กลัว เพื่อแก้ไข ลด หลีกเลี่ยงต่อความรู้สึกดังกล่าว ซึ่งกลไกการเผชิญความเครียดตามรูปแบบการปรับตัวต่อความเครียดของ Stuart (Stuart, 2013) เป็นกลไกในการจัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดให้ลุล่วงไป โดยถ้าบุคคลที่มีการเผชิญความเครียดอย่างสร้างสรรค์จะสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพและนำมาซึ่งสุขภาพจิตที่ดี แต่ถ้าการเผชิญความเครียดนั้นเป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพจะนำมาซึ่งการเจ็บป่วยทางจิต หรือภาวะซึมเศร้าได้ง่าย เช่นเดียวกับผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสมโดยใช้รูปแบบการเผชิญความเครียดทั้งในส่วนของการจัดการกับปัญหาหรือการจัดการกับอารมณ์อย่างสร้างสรรค์ก็ จะไม่มีภาวะซึมเศร้า แต่ถ้าผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีการเผชิญความเครียดอย่างไม่มีประสิทธิภาพก็จะทำให้มีภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ถ้าบุคคลสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก็จะส่งผลให้มีสุขภาพดี ในขณะที่บุคคลที่เกิดความล้มเหลวในการปรับตัว หรือเผชิญความเครียดอย่างไม่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยและสูญเสียสุขภาพในการทำหน้าที่ของตนเอง (วรรณวิไล ชุ่มภิรมย์, 2547) เกิดความเครียดและปัญหาทางสุขภาพจิต (Miline, 1983 อ้างถึงใน อภิญญา จำปานูล, 2534) เช่นเดียวกับในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมหรือจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้จะสูญเสียความภาคภูมิใจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (ประอรทิพย์ สุทธิสาร, 2550) ซึ่งจากการศึกษาพบผู้ที่เป็นเบาหวานที่ปรับตัวไม่ได้หรือมีการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ จะมีมุมมองชีวิตในแง่ลบ รู้สึกท้อใจ ทุกข์ เครียด คับข้องใจ หงุดหงิดง่าย เบื่อหน่าย ท้อแท้ หมดกำลังใจ คิดฆ่าตัวตาย และ ภาวะซึมเศร้า (Lerman, 2004) จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความสามารถในการเผชิญความเครียดหรือปัญหาสูง จะมีภาวะซึมเศร่าต่ำ และความสามารถในการเผชิญความเครียดหรือปัญหายังสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ถึงร้อยละ 84.6 ($\beta = -.173, p < .01$) (ระพีพรรณ ลาภา, 2554) ดังนั้นการเผชิญความเครียดจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นพบว่า ภาวะซึมเศร้าส่งผลให้อาการทางกายในผู้ที่เป็นเบาหวานเพิ่มขึ้น ทำให้การทำหน้าที่ดูแลตนเองลดลง เพิ่มความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และทำให้เสียชีวิตมากขึ้น (Katon, 2009) อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ยังพบค่อนข้างน้อย แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ที่เป็นเบาหวาน ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียด และการเผชิญความเครียด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจอิทธิพลของปัจจัยคัดสรรเหล่านี้ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอนันทนิคม จังหวัดชลบุรี โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการปรับตัวต่อความเครียด (Stuart's Stress Adaptation Model [SSAM]; Stuart, 2013) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาเป็นกรอบแนวคิด โดยผลการศึกษานี้จะใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการวางแผนการพยาบาลหรือเป็นแนวทางในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้ที่เป็นเบาหวานที่ 2 อันเป็นลดความรุนแรงและการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลนันทนิคม จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียด และการเผชิญความเครียด ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

สมมติฐานการวิจัย

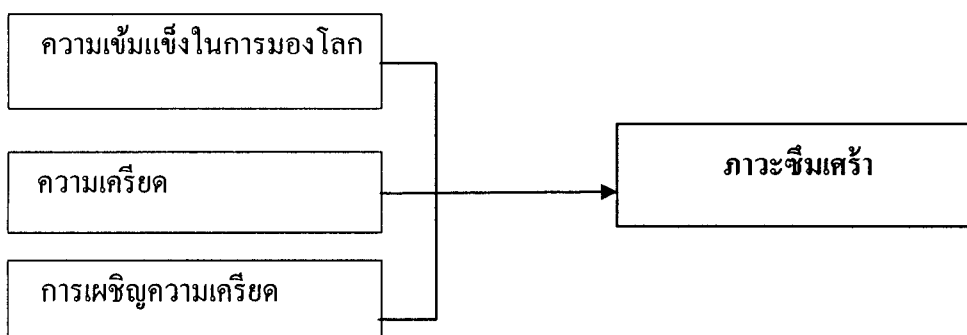
ความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียด และการเผชิญความเครียด สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการปรับตัวต่อความเครียดของ Stuart (Stuart's Stress Adaptation Model: SSAM; Stuart, 2013) ร่วมกับทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดย Stuart (2013) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าหรือปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ เป็นผลมาจากการปรับตัวเมื่อต้องเผชิญกับความเครียดของบุคคล ที่ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบด้วยหลากหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ซึ่งเป็นความเปราะบางภายในตัวบุคคลที่มีแนวโน้มจะก่อให้เกิดความเครียดได้ง่าย ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิด

ความเครียด การประเมินความเครียด (Appraisal stressors) แหล่งประ โยชน์ในการเผชิญปัญหา (Coping resource) และการเผชิญความเครียด (Coping mechanism) โดยเมื่อบุคคลที่มีปัจจัยนำ คือ ลักษณะบุคลิกภาพหรือความคิดที่เป็นความเปราะบางภายในตัวบุคคลและมีแนวโน้มที่จะเหนี่ยวนำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ง่าย เผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความตึงเครียดหรือปัจจัยกระตุ้นที่รุนแรง บุคคลก็จะพยายามประเมินสถานการณ์นั้นหรือพยายามหาแหล่งประ โยชน์เพื่อช่วยให้สามารถผ่านพ้นสถานการณ์ไปได้ โดยมีการใช้กลไกการเผชิญความเครียดเพื่อพยายามขจัดความรู้สึกกดดันนั้นไป ซึ่งถ้ารูปแบบการเผชิญความเครียดเป็นไปอย่างสร้างสรรค์หรือมีประสิทธิภาพ บุคคลก็จะปรับตัวได้อย่างดี และไม่มีภาวะซึมเศร้า แต่ถ้าใช้การเผชิญความเครียดที่ไม่ดีทำให้การปรับตัวนั้นไม่มีประสิทธิภาพ และเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตหรือ โรคทางจิตเวช ตามมา เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล หรือโรคจิตเภทได้

จากรูปแบบการปรับตัวต่อความเครียดของ Stuart (Stuart, 2013) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียด และการเผชิญความเครียด โดยมีสมมติฐานว่า ถ้าผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำซึ่งเป็นปัจจัยนำหรือความเปราะบางภายในตนเอง ร่วมกับมีความเครียดสูงจากการที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่กดดันในหลาย ๆ ด้าน ซึ่งมาจากการปรับพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และการจัดการกับสิ่งเร้าต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ร่วมกับมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ ก็จะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ซึ่งอิทธิพลของความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียด การเผชิญความเครียด ดังกล่าวต่อภาวะซึมเศร้ำดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพนัสนิคม อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ เดือนมิถุนายน ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2558 จำนวน 100 คน

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึง ผู้ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อาการของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่แสดงถึงความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความคิด การรับรู้ ร่างกายและพฤติกรรม โดยจะมีปฏิกิริยาตอบสนอง มีอารมณ์ซึมเศร้า หดหู่ เบื่อหน่าย มีความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเองสิ่งแวดล้อมทั้งในปัจจุบันและอนาคต มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น น้ำหนักตัวลดลงหรือเพิ่มขึ้น อ่อนเพลีย เมื่อยล้า นอนไม่หลับ และการทำกิจกรรมต่างๆเปลี่ยนแปลง เช่น การไม่สนใจสิ่งแวดล้อม กระวนกระวาย มีการควบคุมตนเองได้น้อยลง (Beck, 1967) ซึ่งประเมินได้จากแบบวัดภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory: [BDI]) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Beck (1967) แปลเป็นภาษาไทย โดย โสรณี โหราสุทธิ์, ศิริพงษ์โพธิ์ศักดิ์ และแจก แกนเดอร์ (2540)

ความเข้มแข็งในการโลก หมายถึง ความสามารถในการประเมินเหตุการณ์ หรือการมองปัญหาของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อสิ่งที่เข้ามากระทบว่าเป็นสิ่งที่สามารถทำความเข้าใจอธิบายถึงเหตุและผลได้ เป็นสิ่งที่ทำท่ายในการที่จะขจัดหรือแก้ไขปัญหา และมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะสามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ ประเมินได้โดยใช้แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกของ Antonovsky (1987) แปลโดย สมจิต หนูเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติ และพรณวดี พุฒวัฒน์ (2532)

ความเครียด หมายถึง กระบวนการประเมินทางปัญญาของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อปฏิสัมพันธ์ของตนเองกับสิ่งแวดล้อมที่มากระทบนั้นว่าเป็นสิ่งที่คุกคามทำอันตรายตนเอง โดยการประเมินนั้นจะขึ้นอยู่กับลักษณะของแต่ละบุคคล เช่น ความคิด ความจำ ประสบการณ์ สวัสดิภาพของตนเอง (Lazarus & Folkman, 1984) ประเมิน โดยแบบประเมินความเครียดของ Cohen, Kamarch, and Mermelstein (1983) แปลเป็นภาษาไทยโดย Sangon (2001)

การเผชิญความเครียด หมายถึง ความพยายามของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่จะจัดการกับความเครียด เพื่อตอบสนองต่อความรู้สึกกดดัน ไม่สบายใจ วิตกกังวล กลัว เพื่อแก้ไข ลด หรือหลีกเลี่ยงต่อความรู้สึกดังกล่าวในการจัดการกับปัญหา หรือสถานการณ์ความเครียด ให้ลุล่วงไป (Lazarus & Folkman, 1984) ประเมินจากแบบประเมินการเผชิญความเครียด (Ways of coping) พัฒนาขึ้น โดย Carver, Scheier, and Weintraub (1989) แปลเป็นภาษาไทยโดย สุภาพรณ โคตรจรัส (2539) และดัดแปลงโดย ระพีพรรณ ลาภา (2554)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวิจัย นำเสนอเป็นลำดับครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2
2. ภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2
3. รูปแบบการปรับตัวต่อความเครียดของ Stuart (Stuart's Stress Adaptation Model)
3. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

แนวคิดเกี่ยวกับผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 คือ ผู้ที่รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวาน โดยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงอันเกิดจากการขาดฮอร์โมนอินซูลินหรือการที่ร่างกายมีความสามารถในการใช้อินซูลินลดลง (IDF, 2013) ส่งผลให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน ทำให้เกิดการเสียหายที่ของอวัยวะที่สำคัญหลายอวัยวะ ได้แก่ ตา ไต หัวใจ ระบบประสาทและหลอดเลือด (ภาวนา กิรติคุณวงศ์, 2544) ในปัจจุบันเบาหวานพบมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จากสถิติพบว่า ประชากรไทย 4.1 ล้านคน มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นเบาหวาน (ระยะก่อนเป็นเบาหวาน) ร้อยละ 6.4 ของประชากรวัยผู้ใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งเท่ากับประมาณ 3.2 ล้านคน และจำนวนจะเพิ่มขึ้นอีกถึง 1.1 ล้านคนหรือมากกว่าในปี พ.ศ. 2578 (ชัชลิต รัตนสาร, 2556) จะเห็นได้ว่าสถานการณ์โรคเบาหวานนั้นทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ สามารถเกิดได้กับคนทุกเพศทุกวัย โดยไม่มีข้อยกเว้น ปัจจุบันเบาหวานสามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. เบาหวานชนิดที่ 1 เกิดจากร่างกายทำลายเบต้าเซลล์ของตัวเองที่ทำหน้าที่ผลิตอินซูลิน โดยอาศัยปฏิกิริยาภูมิคุ้มกัน ซึ่งนำไปสู่การขาดอินซูลินที่สมบูรณ์ เกิดได้กับทุกอายุ แต่มักพบในวัยเด็กหรือผู้ใหญ่ตอนต้น
2. เบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพบเป็นส่วนใหญ่ (อย่างน้อยร้อยละ 90) ของผู้ที่เป็นเบาหวาน เกิดจากร่างกายผลิตอินซูลินไม่เพียงพอและอินซูลินไม่สามารถนำน้ำตาลกลูโคสเข้าเซลล์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ หรือที่เรียกว่าเกิดการดื้ออินซูลิน มักพบในผู้ใหญ่อายุมากกว่า 40 ปี มีสัมพันธ์กับการมีน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน

ซึ่งเป็นสาเหตุของการดื้ออินซูลิน (Fowler, 2010) เบาหวานชนิดที่ 2 พบเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ในเด็ก อ้วน วัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (เทพ หิมะทองคำ, 2554)

3. เบาหวานขณะตั้งครรภ์ เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ มีความชุกแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ขึ้นกับเกณฑ์การวินิจฉัยประมาณกันว่าเกิดขึ้นทุก 1 ใน 6 รายของสตรีตั้งครรภ์ (Sacks, 2012) โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้ทั้งต่อมารดาและเด็ก เช่น เด็กตัวโต เกิดความพิการตั้งแต่กำเนิด เป็นต้น ถึงแม้โรคนี้นักหายไปหลังคลอด แต่สตรีที่มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์รวมทั้งเด็กที่เกิด จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในอนาคต

4. เบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ เป็นโรคเบาหวานที่มีสาเหตุชัดเจน ได้แก่ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรม เช่น MODY (Maturity-Onset Diabetes of the Young) โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคของตับอ่อน จากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ จากยา จากการติดเชื้อ จากปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันหรือโรคเบาหวานที่พบร่วมกับกลุ่มอาการต่าง ๆ ผู้ป่วยจะมีลักษณะจำเพาะของโรคหรือกลุ่มอาการนั้น ๆ หรือมีอาการและอาการแสดงของโรคที่ทำให้เกิดเบาหวาน

สำหรับที่ไม่ใช่ทั้งชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 เป็นกลุ่มที่มีภาวะการเผาผลาญกลูโคสบกพร่องระหว่างภาวะปกติ และการเป็นเบาหวานเป็นระยะที่พบมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าคนปกติ แต่ไม่สูงพอที่จะเข้าเกณฑ์การวินิจฉัย จัดอยู่ในกลุ่มที่มีความบกพร่องของการใช้กลูโคส (Impaired glucose tolerance) จึงถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 หรือที่เรียกว่าระยะก่อนเบาหวาน (Pre-diabetes)

สาเหตุของการเกิดโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เกิดขึ้นเนื่องจากการขาดฮอร์โมนอินซูลินหรือประสิทธิภาพของอินซูลินลดลง ร่างกายมีการดื้อต่ออินซูลิน ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้น เกิดการคั่งของน้ำตาลในเลือดและอวัยวะต่าง ๆ ในระยะยาวระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะส่งผลเสียต่อร่างกายโดยทำให้การทำงานของอวัยวะหรือเนื้อเยื่อต่าง ๆ เสื่อมลง ดังนั้น การเฝ้าระวังค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อช่วยในการวินิจฉัยการรักษา และลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ผู้ที่จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน มีดังนี้

1. น้ำหนักเกิน ความอ้วน เนื่องจากในคนอ้วนเนื้อเยื่อต่าง ๆ ในร่างกายมีการตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลินลดน้อยลง อินซูลินจึงไม่สามารถพาน้ำตาลเข้าไปในเนื้อเยื่อได้ดีเช่นเดิม จึงมีน้ำตาลส่วนเกินอยู่ในกระแสเลือด

2. กรรมพันธุ์ มักพบโรคนี้นในผู้ที่มีบิดา มารดา เป็นเบาหวานลูกมีโอกาสเป็นเบาหวาน 6-10 เท่าของคนที่มีพ่อแม่เป็นเบาหวาน

3. อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี ตับอ่อนจะสังเคราะห์และหลั่งฮอร์โมนอินซูลินได้น้อยลง ในขณะที่ได้รับน้ำตาลเท่าเดิม จึงมีน้ำตาลส่วนเกินในกระแสเลือด

4. ตับอ่อนได้รับความกระทบกระเทือน เช่น ตับอ่อนอักเสบเรื้อรังจากการดื่มสุรามากเกินไป หรือตับอ่อนบอบช้ำจากการประสบอุบัติเหตุ ซึ่งมีความจำเป็นต้องผ่าตัดเอาตับอ่อนบางส่วนออก สำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงจะเป็นเบาหวานอยู่แล้ว ปัจจัยดังกล่าวนี้จะช่วยชักนำให้อาการของเบาหวานแสดงออกเร็วขึ้น

5. ความเครียดเรื้อรังทำให้อินซูลินทำงานนำน้ำตาลเข้าเนื้อเยื่อได้ไม่เต็มที่ จากมีการหลั่งฮอร์โมนที่มีผลทำให้ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเพิ่มสูงขึ้น เมื่อมีความเครียดสมองจะส่งสัญญาณไปยับยั้งโพรแลกตินซึ่งจะมีผลกระตุ้นประสาทซิมพาเทติก ทำให้มีการหลั่งอิพริเนฟริน จากต่อมหมวกไตชั้นในมากขึ้น มีผลทำให้ตับและกล้ามเนื้อลายสลายกลายโคเจนให้เป็นน้ำตาลเพิ่มขึ้น และความเครียดยังกระตุ้นให้มีการหลั่ง Releasing hormone คือ Corticotropin releasing hormone (CRH) ซึ่งจะกระตุ้นการหลั่งคอร์ติซอล ส่งผลให้เกิดการเสริมฤทธิ์ของกลูคากอน อิพริเนฟริน นอร์อิพริเนฟริน และโกรทฮอร์โมนให้มีการสลายน้ำตาลจากตับสูงขึ้น (Anderson, Goebel-Fabbri, & Jacobson, 2004)

6. อื่น ๆ เช่น จากเชื้อโรคหรือยาบางชนิด เกิดร่วมกับโรคเนื้องอกของต่อมใต้สมองหรือต่อมหมวกไต เป็นต้น

7. มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือคลอดบุตรที่มีน้ำหนักมากกว่า 4 กิโลกรัม (เทพ หิมะทองคำ, 2554; ไพบุลย์ จาตุรปัญญา, 2551; ภาวนา กิริติยวงศ์, 2544)

อาการและอาการแสดงที่พบบ่อยในผู้ที่เป็นเบาหวาน (เทพ หิมะทองคำ, 2554)

1. ถ่ายปัสสาวะจำนวนมาก (Polyuria) เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากเกินขีดจำกัดของไต คือ 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร่างกายจะขับน้ำตาลออกมาทางปัสสาวะ ทำให้เกิดภาวะออสโมติกไดยูรีซิส (Osmotic diuresis) บริเวณท่อไต (Renal tubular) น้ำจึงเข้ามาบริเวณนี้มาก ผู้ป่วยจึงถ่ายปัสสาวะจำนวนมากและบ่อยครั้ง

2. คอแห้ง กระหายน้ำและดื่มน้ำมาก (Polydipsia) เมื่อร่างกายเสียน้ำจำนวนมาก ศูนย์ควบคุมความกระหายน้ำ (Thirst center) จะถูกกระตุ้นทำให้รู้สึกกระหายน้ำมาก จึงต้องดื่มน้ำเพิ่มขึ้น

3. รับประทานอาหารจุ (Polyphagia) เนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลมาใช้ได้อย่างปกติ จึงสลายเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ มาใช้เป็นพลังงานเพื่อชดเชยภาวะนี้ ทำให้มีอาการหิวบ่อย รับประทานอาหารมากแต่น้ำหนักลด

4. น้ำหนักลด (Weight loss) เมื่อร่างกายไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้ได้ จะสลายโปรตีนและไขมันมาใช้เป็นพลังงาน ร่วมกับภาวะขาดน้ำ จึงทำให้น้ำหนักลด

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

การวินิจฉัยเบาหวาน จะใช้หลายวิธีประกอบกันคือ การตรวจร่างกาย อาการแสดงทางคลินิก ประวัติการใช้ยา และการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัยที่มีความแม่นยำ มีเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1. ผู้ที่มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจน คือ หิวน้ำมาก ปัสสาวะบ่อยและมาก น้ำหนักตัวลดลงโดยที่ไม่มีสาเหตุ สามารถตรวจระดับพลาสมากลูโคสเวลาใดก็ได้ ไม่จำเป็นต้องอดอาหาร ถ้ามีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ ดล. ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

2. การตรวจระดับพลาสมากลูโคสตอนเช้าหลังอดอาหารข้ามคืนมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) มีค่า > 126 มก./ ดล.

3. การตรวจความทนต่อกลูโคส (75 g Oral Glucose Tolerance Test, OGTT) ถ้าระดับพลาสมากลูโคส 2 ชั่วโมงหลังคิมน้ำตาล > 200 มก./ ดล. ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

4. การตรวจวัดระดับ Hemoglobin A1c (HbA1c) ถ้าค่าเท่ากับหรือมากกว่า 6.5% ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน วิธีนี้นิยมใช้ในต่างประเทศ เพราะไม่จำเป็นต้องอดอาหาร แต่จะต้องตรวจวัดในห้องปฏิบัติการที่มีมาตรฐานเท่านั้น (NGSP Certified and standardized to DCCT assay)

ภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน

เบาหวานเป็นสาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาสุขภาพต่าง ๆ มากมาย โดยเฉพาะถ้าตรวจพบช้าและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี มีระดับน้ำตาลสูงในเลือดนาน ๆ จะส่งผลให้เกิดการทำลายเส้นเลือดแดงฝอยขนาดเล็กในตา ไต และเส้นประสาท ซึ่งเรียกรวมเป็นโรคแทรกซ้อนต่อหลอดเลือดขนาดเล็ก (Microvascular complications) นอกจากนั้นยังก่อให้เกิดผลเสียต่อหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ ทำให้หลอดเลือดแข็งตัว เกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย ที่รวมเรียกว่า โรคแทรกซ้อนต่อหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ (Macrovascular complications) จากการศึกษาผู้ที่เบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดต่าง ๆ เหล่านี้เพิ่มขึ้น 2 เท่า นอกจากนั้นยังเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและฟัน โรคติดเชื้อ โรคมะเร็งและโรคซึมเศร้า (The Emerging Risk Factors Collaboration, 2011)

1. โรคแทรกซ้อนเฉียบพลัน

1.1 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) หมายถึง ภาวะที่มีน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มักพบบ่อยในผู้สูงอายุและทำให้เกิดหมดสติ ไม่รู้สึกตัวได้เกิดจาก

การรับประทานอาหารน้อยกว่าปกติ/ รับประทานอาหารผิดเวลา (สายเกินไป) งดอินซูลินหรือ รับประทานยาเม็ดลดระดับน้ำตาลมากเกินไปหรือพบในผู้ป่วยที่มีภาวะไตหรือตับเสื่อม ทำให้การทำลายหรือการขับยาออกจากร่างกายน้อยลง ฤทธิ์ของยามากขึ้น ออกกำลังกายหรือทำงานมากกว่าปกติ โดยจะทำให้มีอาการของภาวะน้ำตาลต่ำ ได้แก่ หิว ใจสั่น มือสั่น เหงื่อออกมาก มึนงง หงุดหงิด ถ้าเป็นมากอาจมีอาการชักเกร็ง หหมดสติ

1.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) พบ 2 ลักษณะ คือ

1.2.1 ภาวะกรดในเลือดสูง (Diabetic ketocidosis: DKA) พบในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน เป็นภาวะวิกฤตที่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงระดับรุนแรงร่วมกับภาวะกรดจากเมตะบอลิซึมจากการที่มีกรดคีโตนคั่งในร่างกาย ภาวะนี้จะมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่า 700 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ทำให้เกิดอาการปัสสาวะมาก กระหายน้ำ ดื่มน้ำมาก อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน หายใจหอบลึก ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบบ่อย ของการเจ็บป่วยและตาย ในผู้ป่วยเบาหวาน (สุทิน ศรีอัยญาพร, 2548)

1.2.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงโดยไม่มีกรด (Hyperglycemia Hyperosmolar Non-Ketotic Coma: HHNC) พบในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเป็นภาวะที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากจนทำให้เกิดภาวะออสโมลาริตีสูงในเลือด แต่ไม่มีการผลิตคีโตนเพิ่มขึ้น เนื่องจากการสลายไขมันน้อยกว่า มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่า 600 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และมีออสโมลาริตีในพลาสมาสูงกว่า 315 มิลลิออสโมล ทำให้เกิดอาการซึมลง หหมดสติ ชักเกร็ง ผิวหนังแห้ง ตาลึก ถ้าเกิดอาการรุนแรงและไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจนเสียชีวิตได้ (สุทิน ศรีอัยญาพร, 2548)

2. ภาวะแทรกซ้อนแบบเรื้อรัง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เป็นระยะเวลา เวลานานก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะที่สำคัญของร่างกายหลายระบบ ได้แก่

2.1 ภาวะแทรกซ้อนที่ตาจากเบาหวาน (Diabetic retinopathy) หรือเบาหวาน ขึ้นตา อาการเบาหวานขึ้นตา คือ เส้นเลือดจากจอรับภาพของตาจะโป่งพองหรือมีเส้นเลือดแตก แต่อาจไม่มีอาการแสดงออก ผู้ป่วยจึงมักไม่รู้ตัว ยกเว้นความผิดปกติที่เกิดขึ้นในตำแหน่งที่สำคัญของจอรับภาพคือบริเวณจุดศูนย์กลางของการมองเห็น (Macula) หรือบางครั้งอาจมีการแตกของเส้นเลือดอย่างมากจนบังจอรับภาพหมดก็จะทำให้มองไม่เห็นหรือเกิดตาบอดกะทันหันได้ เบาหวานขึ้นตามีความสัมพันธ์โดยตรงกับระยะเวลาของการเป็นเบาหวานตามสถิติพบว่า หากผู้ป่วยเป็นเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินมา 10 ปี จะมีโอกาสเกิดเบาหวานขึ้นตาได้ 50 คนในร้อยคน หรือหากเป็น 20 ปี โอกาสที่จะเกิดสูงถึง 90 คนในร้อยคน (เทพ หิมะทองคำ, รัชตะ นาวิณ และธิดา นิงสานนท์, 2554)

เบาหวานเป็นโรคที่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทั้งชนิด Micro-vascular และ Macro-vascular ซึ่งมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด ดังนั้นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจึงเป็นเป้าหมายหลักของการรักษาเบาหวาน ผู้ที่เป็นเบาหวานจึงต้องรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ตามเป้าหมาย เพื่อช่วยลดอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนของเบาหวาน โดยทุก 1% ของ HbA1c ที่ลดลงสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนได้โดยไม่มีเกณฑ์ขั้นต่ำ (เทพ หิมะทองคำ, 2554)

การดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานมีความสำคัญ เพราะการที่จะประสบผลสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานในระยะยาว ขึ้นอยู่กับกิจกรรมการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยปฏิบัติ ซึ่งต้องอาศัยการควบคุมตนเอง การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองด้วยความเอาใจใส่และต่อเนื่อง (ภาวนา กิริติยวงศ์, 2544) มีแนวทางดังนี้

1. การควบคุมอาหาร ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันให้อยู่ในระดับปกติ หรือใกล้เคียงระดับปกติให้มากที่สุด เพื่อควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม และชะลอโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2554) ผู้ที่เป็นเบาหวานควรควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ รับประทานอาหารตามหลัก 5 หมู่ และควรเป็นอาหารที่ทำให้ระดับน้ำตาลเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ เช่นอาหารที่มีใยพืชสูง ควรงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

2. การดูแลตนเองในเรื่องการใช้ยา ในผู้ที่เป็นเบาหวานถ้าควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ด้วยการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย จึงจำเป็นต้องใช้ยาเข้าช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งยาที่ใช้แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ ยารับประทานและยาฉีดอินซูลิน โดยยาจะออกฤทธิ์กระตุ้นตับอ่อนให้หลั่งอินซูลินออกมามากขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพของอินซูลินในการนำน้ำตาลเข้าสู่เนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกาย ระวังการสร้างน้ำตาลจากตับทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารลดลง และช่วยลดการเกาะกันของเกล็ดเลือด ทำให้โลหิตไหลเวียนดีขึ้น ช่วยป้องกันการเกิดอาการแทรกซ้อนทางหลอดเลือด

3. การดูแลตนเองในเรื่องการออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสมและสม่ำเสมอสามารถทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำลงได้ เนื่องจากขณะออกกำลังกายร่างกายจะมีการใช้พลังงาน ซึ่งแหล่งพลังงานที่สำคัญที่สุดในร่างกายคือน้ำตาล หากออกกำลังกายให้เพียงพอร่างกายจะใช้น้ำตาลในเลือดเพื่อเปลี่ยนเป็นพลังงานมากพอที่จะลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ นอกจากนี้การออกกำลังกายทำให้เนื้อเยื่อของร่างกายไวต่ออินซูลินมากขึ้น น้ำหนักตัวลดลง ไขมันในเลือดลดต่ำลง และสุขภาพจิตดีขึ้น (เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2544)

4. การรักษาสุขภาพอนามัยของร่างกายและการดูแลเท้า เนื่องจากผู้ที่เป็นเบาหวานจะมีภูมิคุ้มกันโรคต่ำกว่าปกติ จึงมีโอกาสติดเชื้อต่าง ๆ ได้ง่าย เช่น เกิดการอักเสบของผิวหนัง ช่องปาก และเท้า เป็นต้น โดยปัญหาเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ง่าย ถ้าควบคุมเบาหวานได้ไม่ดี

ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวจะส่งผลให้การควบคุมโรคได้ยากมากขึ้น (เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2554)

5. การจัดการกับความเครียด ผู้ที่เป็นเบาหวานต้องมีการดูแลตนเองหลายอย่าง และเผชิญกับความไม่แน่นอนจากพยาธิสภาพของโรค ซึ่งก่อให้เกิดความเครียด ผู้ที่เป็นเบาหวานจะคำนึงถึงผลกระทบจากโรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การควบคุมอาหาร ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน รู้สึกว่าตนเองขาดอิสระ ขาดความมั่นใจและความภูมิใจในตนเอง ความวิตกกังวล อารมณ์ซึมเศร้าและความเครียดอย่างเรื้อรัง มีผลทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเลวลง เนื่องจากการหลั่งแคทีโกลามีนและคอร์ติซอลสูงขึ้น ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยกระบวนการกลูโคซิโนไลซิส (ประสาร เปรมะสกุล, 2550) ดังนั้นผู้ที่เป็นเบาหวานจึงต้องเรียนรู้วิธีการลดความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเอง เปลี่ยนความคิด มองสิ่งรอบตัวด้วยทัศนคติที่เป็นบวก สร้างอารมณ์ขัน หาโอกาสพักผ่อนด้วยการท่องเที่ยว เมื่อทุกข์ลดลง ความเครียดก็ย่อมจะหายไปด้วย (ประสาร เปรมะสกุล, 2550)

ภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

ภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานเป็นภาวะที่พบได้บ่อย มักจะมีอาการแสดงถึงความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความคิด การรับรู้ ร่างกาย และพฤติกรรม มีความคิดด้านลบ โดยอาการที่พบบ่อย คือ ท้อแท้ เบื่อหน่าย หงุดหงิด ไม่สนใจในสิ่งที่เคยทำ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ซึ่งอาจเกิดจากความเครียดจากการที่ต้องดูแลและควบคุมโรคหรือเกิดภาวะโรคแทรกซ้อน ซึ่งการได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวาน หมายถึง ภาวะที่ต้องแบกรับไปตลอดชีวิตไม่ใช่ว่าผู้ที่เป็นเบาหวานคนเดียวเท่านั้น แต่รวมถึงครอบครัวด้วย ซึ่งผลกระทบมีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ทั้งด้านสังคมและอารมณ์รวมถึงต่อครอบครัว ซึ่งอาจมีมากกว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษา จากการสูญเสียรายได้ และยังเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าและปัญหาทางจิตเวชอื่น (American Diabetes Association [ADA], 2013) จากการศึกษาพบว่าผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 42.5 มักมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (วันเพ็ญ โอพาริกชาติ, 2547) โดยเฉพาะผู้ที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี มักจะมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย (Santiprabhob, 2007) โรคซึมเศร้านอกจากทำให้ผู้ที่เป็นเบาหวานไม่มีความสุขแล้ว ยังส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา ทำให้ผลของการรักษาไม่ดีและเพิ่มค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

Beck (1967) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นการแสดงถึงความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความคิด การรับรู้ ร่างกาย และพฤติกรรม แบ่งได้เป็นหลายระดับตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงขั้นรุนแรง โดยจะมีอาการและการแสดงออกที่เบี่ยงเบนไป คือ มีภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น เศร้า โศก เสียใจ อ้างว้าง โดดเดี่ยว ไร้อารมณ์ มีอัตมโนทัศน์ในทางลบ ประกอบด้วยการคิดถึงแต่ตนเองและตำหนิ

ตนเอง มีความปรารถนาที่ถดถอยและลงโทษตนเอง เช่น ปรารถนาที่จะหนี หลบซ่อนหรือ ปรารถนาที่จะตาย มีการเปลี่ยนแปลงของการทำงานร่างกาย เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสีย แรงขับทางเพศ มีการเปลี่ยนแปลงระดับของกิจกรรม เช่น เคลื่อนไหวช้าลงหรือกระวนกระวาย กระสับกระส่าย

จากการทบทวนวรรณกรรม ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการแสดงถึงความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความคิด การรับรู้ ร่างกาย และพฤติกรรม บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองโดยมีอารมณ์ซึมเศร้าห่อหุ้ม เบื่อหน่าย มีความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเองสิ่งแวดล้อมทั้งในปัจจุบันและอนาคต มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น น้ำหนักตัวลดลงหรือเพิ่มขึ้น อ่อนเพลีย เมื่อยล้า นอนไม่หลับ และ การทำกิจกรรมต่าง ๆ เปลี่ยนแปลง

อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า

อาการสำคัญของภาวะซึมเศร้ามีลักษณะ 4 ประการ คือ การแสดงออกทางอารมณ์ การแสดงออกทางความคิด การแสดงออกทางแรงจูงใจ และการแสดงออกทางกาย ดังที่ Beck and Alford (2009) ได้กล่าวไว้ดังนี้คือ

1. การแสดงออกทางอารมณ์ (Emotional manifestation) เป็นการเปลี่ยนแปลง ซึ่งขึ้นอยู่กับระดับของภาวะซึมเศร้า เพศ อายุ และกลุ่มทางสังคม ลักษณะของภาวะซึมเศร้ามักจะมีอารมณ์ หดหู่ ผิดหวัง ซึมเศร้า (Dejected mood) มักจะมีความรู้สึกในทางลบต่อตนเอง (Negative feeling toward self) มักจะรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ไม่มีดี ไม่เป็นที่รัก ไม่เป็นที่ต้องการของใครเลย และพบ ความรู้สึกนี้ได้ถึงร้อยละ 86 ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง จะสูญเสียความพึงพอใจและความปรารถนาในตนเอง (Reduction in gratification) ในการรับรู้ต่อสถานการณ์ กิจกรรม หรือ บุคคลต่าง ๆ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะสูญเสียความผูกพันทางอารมณ์ที่จะทำให้รู้สึกพึงพอใจ (Loss of emotional attachment) เช่น สูญเสียความผูกพันทางอารมณ์กับสมาชิกในครอบครัว เพื่อนฝูง สัตว์เลี้ยงหรือสิ่งของต่าง ๆ ในชีวิต การแสดงออกทางอารมณ์อีกประการหนึ่งของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าคือ ความรู้สึกอยากร้องไห้ (Crying spells) และไม่สามารถมีอารมณ์ขันต่อเรื่องตลกได้ (Loss of mirth response)

2. การแสดงออกทางความคิด ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการแสดงออกทางความคิด มีทัศนคติที่มักจะบิดเบือนต่อตนเอง ต่อประสบการณ์ของตนเองและต่ออนาคต ซึ่งจะทำให้มีผลต่อการตัดสินใจของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าโดยการแสดงออกทางความคิดมักพบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีความคิดดังต่อไปนี้คือ การประเมินตนเองต่ำ (Low self evaluation) เป็นลักษณะสำคัญของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มักแสดงให้เห็นถึงการคิดถึงตนเอง ในทางลบ ทั้งในด้าน ความสามารถ ศักยภาพ สถิติปัญหา สุขภาพ ความอดทน ความดีใจ การคาดหวัง ในทางลบ(Negative expectations)

เป็นความรู้สึกใกล้เคียงกับความรู้สึกสิ้นหวัง มากกว่าร้อยละ 78 ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะคาดหวังสิ่งต่าง ๆ ในทางลบ และลักษณะการคิดดังกล่าวรบกวนชีวิตประจำวันของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามาก และอาจนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะคิดว่าการฆ่าตัวตายเป็นทางออกที่ดีที่สุดของความสิ้นหวังต่างๆ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีการตำหนิตนเอง (Self blame) และวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง (Self criticism) เป็นไปในทางลบ และมักมีความยุ่งยากในการตัดสินใจ (Indecisiveness) มักจะไม่สามารถเลือกตัดสินใจทางเลือกที่มีอยู่เพื่อแก้ปัญหาได้ รวมถึงมีการบิดเบือนภาพลักษณ์ของตนเอง (Distortion of body image) ซึ่งจะเกิดขึ้น ได้มากในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

3. การแสดงออกทางแรงจูงใจ พบได้เสมอว่าแรงจูงใจของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะลดลงตามระดับของภาวะซึมเศร้า จนผู้อื่นสามารถสังเกตเห็นได้ แรงจูงใจที่ลดลง มักเกี่ยวข้องกับการทำงานในอาชีพ ครอบครัว เพื่อน หรือการพักผ่อน โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะอธิบายว่าแรงจูงใจที่ลดลงเกี่ยวข้องกับการคาดหวังในทางลบและอารมณ์ซึมเศร้า จะไม่มีความปรารถนาใดๆ (Paralysis of the will) มีต้องการความพึงพิง การช่วยเหลือ คำแนะนำ และการสนับสนุนในเรื่องต่างๆ จากผู้อื่นมากขึ้น (Increased dependency)

4. การแสดงอาการทางกาย (Physical manifestation) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอาการแสดงทางกายหลายประการ เช่น เชื่องช้าลง ไม่สนใจตนเอง หรือหยุดทำสิ่งต่าง ๆ ให้กับตนเอง (Vegetative) มักจะไม่มี ความอยากอาหาร (Loss of appetite) มีความยุ่งยากในการนอน (Sleep disturbance) สูญเสียความต้องการทางเพศ (Loss of libido) มีความอ่อนล้า (Fatigability) ในบางรายอาจมีความรู้สึกแขนขาหนัก ไม่มีแรง หดแรงที่จะเคลื่อนไหวร่วมกับการไม่มีแรงจูงใจ หรือไม่มี ความปรารถนาที่จะทำอะไร ๆ

จากอาการทั้งหมดที่กล่าวถึงจะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์และสังคม เกิดผลเสียต่อสุขภาพทั้ง โดยทางตรงและทางอ้อม โดยแบ่งตามระดับความรุนแรงเป็น 3 ระดับดังนี้ (Stuart & Sundeen, 1991)

1. ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่น ไม่แจ่มใส อารมณ์เศร้า เหงาหงอยชั่วคราว ซึ่งบุคคลทั่วไปรู้สึกได้ในบางครั้ง บางครั้งก็มีสาเหตุเพียงพอ บางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใด ๆ มักเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ในทางลบ เริ่มรู้สึกไม่พอใจต่ออุปนิสัยของตน ในบางครั้งความตั้งใจในการทำงานต่าง ๆ เริ่มลดลง มีความต้องการความช่วยเหลือ คำแนะนำ การเอาใจใส่ปลอบโยน การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่นหลับยากกว่าปกติ หรือตื่นเช้ากว่าปกติ

2. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate depression) อารมณ์ซึมเศร้าในระยะนี้ จะรุนแรงขึ้น จนมีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัวและการทำงานแต่ยังสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ แม้ว่า จะไม่สมบูรณ์นัก มีอารมณ์เศร้ามากขึ้นและมักเป็นในช่วงเช้าและจะดีขึ้นในตอนกลางวัน รู้สึกไม่มีความสุข เบื่อหน่ายต่อสิ่งต่าง ๆ อ่อนเพลีย รู้สึกว่ามีพลังกำลังน้อยลง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไร้ความสามารถ มักตำหนิตนเอง หงุดหงิดร้องไห้ง่าย โกรธง่าย ก้าวร้าว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับ ร่างกายและสุขภาพของตนเองปรากฏมากขึ้น มีความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ แวดล้อมและสังคม จะละทิ้งสังคมทีละน้อย อาจมีความคิดเกี่ยวกับการตาย การนอนหลับผิดปกติ ความอยากรับประทานอาหารลดลง จนกระทั่งไม่ยอมรับประทานอาหารและน้ำ น้ำหนักลด ความต้องการทางเพศลดลง

3. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression) จะมีอารมณ์ซึมเศร้าตลอดเวลา สิ้นหวัง มองตนเองด้านไม่ดีไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่สนใจ สิ่งแวดล้อมรอบตัว มีความต้องการหลีกเลี่ยงหนี หลบซ่อนไม่มีการเข้าร่วมสังคมใด ๆ เลย ลักษณะ อารมณ์เหมือนไม่มีความรู้สึก รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ล้มเหลวอย่างสิ้นเชิง มองอนาคตมืดมนและ สิ้นหวัง หมดความสนใจสิ่งต่าง ๆ การตัดสินใจเสียแม้แต่เรื่องง่าย ๆ ในชีวิตประจำวัน แทบจะไม่มี การเคลื่อนไหวมักจะนั่งอยู่เฉย ๆ กับที่ตลอดเวลา อยู่ในท่าเดิมนาน ๆ หรืออาจอยู่ไม่นั่ง ผุดลุกผุดนั่ง ไม่สนใจตนเอง ดูแลตนเองได้ไม่ดี นอนหลับไม่สนิทหรือนอนไม่หลับ มักรู้สึก เหนื่อย อ่อนเพลียตลอดเวลา หมดความสนใจในเรื่องเพศ ผู้ที่อยู่ในระยะนี้อาจจะถอนตัวออกจาก โลกของความเป็นจริงและมีความคิดหลงผิด (Delusion) ได้

สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด จากการทบทวนวรรณกรรมพอจะสรุปเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าได้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ

1.1 พันธุกรรม พบมีส่วนเกี่ยวข้องกับสูงในโรคซึมเศร้าโดยเฉพาะในกรณีของการกลับ เป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความเสี่ยงในญาติสายตรงร้อยละ 7 (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552) ในครอบครัวที่มีผู้เป็นโรคซึมเศร้า คนในครอบครัวมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าคนทั่วไปถึง 2.8 เท่า

1.2 ความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง พบว่า Catecholamine และ Serotonin มีปริมาณลดลง ซึ่งเกิดจากกระบวนการภายในร่างกายที่มีการแพร่กระจายสารสื่อประสาทเหล่านี้ ไปยังส่วนอื่น หรือมีการดูดซึมกลับหรือถูกเผาผลาญไปก่อนถูกดูดซึมกลับ ระดับ Serotonin ในสมองมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกสงบ เยือกเย็น ลดภาวะวิตกกังวล ภาวะสมดุลของระดับ

Serotonin มีผลต่ออารมณ์ของบุคคลในเชิงบวก เมื่อ Serotonin ลดลงอารมณ์ในเชิงบวกจึงลดลงด้วย และพบว่า ในบางรายมีความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าโดยพบการหลั่ง Cortisol เพิ่มขึ้น การหลั่ง Luteinizing hormone ลดลงและพบความผิดปกติของการหลั่ง Vasopressin และ Calcitonin ซึ่งทั้งหมดมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (สมภพ เรืองตระกูล, 2548)

2. ปัจจัยด้านจิตใจ มีปัจจัยเหตุด้านจิตใจที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าดังนี้

2.1 กระบวนการของความคิดจะมีกระบวนการความคิดที่มุ่งพิจารณาประสบการณ์ในชีวิตหรือสิ่งต่างๆ ให้บิดเบือนไปจากความเป็นจริงหรือมุ่งพิจารณาในทางลบแทนที่จะพิจารณาไปในทางบวก โดยคิดว่าตนเองด้อยค่าหมดหนทางที่จะต่อสู้และตนเองไม่มีประโยชน์อีกแล้ว มักจะตีความเหตุการณ์ต่างไปในทางไม่ดีและอนาคตไม่มีความหวัง ดังที่เบค รัช ซอร์ และเอมเมอร์ ได้กล่าวถึงลักษณะความคิดในทางลบ (Negative triad) ของผู้มีภาวะซึมเศร้าดังนี้ (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979 อ้างถึงใน คาราวรรณ ตะปีนตา, 2555)

2.1.1 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองในทางลบ (Negative view of self) คิดว่าตนเองบกพร่อง ไม่สมบูรณ์ไม่มีคุณค่า ไม่น่าปรารถนา ซึ่งมีสาเหตุจากความบกพร่องทางร่างกายจิตใจ และคุณธรรมที่ตนสันนิษฐานเอาเอง

2.1.2 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองโลกหรือแปลประสบการณ์ของตนเองในทางลบ (negative view of world) โดยจะมองว่าโลกมีส่วนทำให้เกิดสิ่งต่าง ๆ ในทางลบต่อชีวิต เป็นภาวะอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถบรรลุความสำเร็จ ซึ่งจะลดคุณค่าในตนเองลง

2.1.3 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองอนาคตของตนเองในทางลบ (Negative view of future) โดยจะคาดการณ์ล่วงหน้าว่าในอนาคตมีแต่ความยุ่งยากไม่สิ้นสุด มีแต่ความยากลำบาก ทำให้ท้อแท้ต่ออนาคตของตนเอง สูญเสียความหวังส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2.2 ปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล กล่าวคืออารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธ์ภาพ การเปลี่ยนผ่านบทบาทและความบกพร่องทางด้านสัมพันธ์ภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า โดยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไทยพบว่า ปัญหาการเปลี่ยนผ่านบทบาทส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากที่สุด (พีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย, นันทิการ ทวีชาติ และสมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์, 2551)

2.3 ความเครียดเป็นอีกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของ ธรณินทร์ กองสุข และคณะ (2551) พบว่า การเกิดโรคซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นกับตัวเองกับ เหตุการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นกับคนใกล้ชิด การสูญเสียบุคคลที่รัก การที่บุคคลไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงหรือการได้รับอุบัติเหตุรุนแรง

3. ปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่

3.1 พบว่า เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย 3:1 เท่า อาจเนื่องมาจาก ค่านิยม ความคาดหวัง การเลี้ยงดู บทบาททางสังคม การขาดพลังอำนาจ ขาดโอกาสรู้สึกว่าคุณค่าได้ และเมื่อมีความยุ่งยากในชีวิตเกิดขึ้นไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ จึงนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ในที่สุด (ชรณินทร์ กองสุข, 2550) และอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในร่างกายที่เปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงวัย (สายฝน เอกวารงกูร, 2553)

3.2 อายุ พบว่า บุคคลในทุกช่วงวัยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยมี ลักษณะเฉพาะของแต่ละช่วงวัย (สายฝน เอกวารงกูร, 2553) โดยวัยผู้ใหญ่มีภาวะซึมเศร้ามาก ในช่วงอายุ 25-45 ปี และพบมากขึ้นตามอายุ (ชรณินทร์ กองสุข, 2550) จากการศึกษาในอเมริกา พบว่า ในเพศหญิง เกิดภาวะซึมเศร้ามากแต่มีแนวโน้มลดลงตามอายุ ส่วนในเพศชายมีภาวะซึมเศร้า เพิ่มขึ้นตามอายุ

3.3 ปัจจัยด้านสุขภาพ การมีโรคทางกาย โดยเฉพาะ โรคเรื้อรัง การสูญเสียอวัยวะ ผู้ที่ ด้อยทักษะต้องพึ่งพาผู้อื่น และอาการป่วยเฉียบพลัน โรคหัวใจ เบาหวาน (Comijs et al. 2009 อ้างถึงใน สายฝน เอกวารงกูร, 2553) ในผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือโรคที่ยังไม่มีทางรักษาให้ หายขาดได้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจ สิ้นหวัง รู้สึกไม่มีประโยชน์ ไม่มีความสุขที่จะมีชีวิตอยู่ ต่อไป นอกจากนี้ยังมีโรคทางกายบางชนิดที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเช่น โรคไทรอยด์ โรค ทางระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง การได้รับอุบัติเหตุทางสมอง

3.4 การใช้สารเสพติด พบว่าการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับ การเกิดภาวะซึมเศร้า จากการเสียดุลของสารสื่อประสาท ทำให้เกิดรอยโรคในสมอง (Rao, 2006; Veselska et al., 2009) สมภพ เรืองตระกูล (2548) กล่าวว่า การดื่มสุราเป็นเวลานานทำให้มี การเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง เกิดความรู้สึกลึบและสำนึกในคุณค่าตนเองต่ำ

3.5 การได้รับยาบางชนิดอาจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า ยาที่ทำให้เกิดการออกฤทธิ์ปิด กั้นตัวรับอะดรีเนอร์จิก (Adrenergic) และตัวรับซีโรโทนิน (Serotonin receptor) ทำให้ซีโรโทนิน ถูกยับยั้ง จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าเช่น กลุ่มเบต้าบล็อกเกอร์ (Beta-blocker) (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2545)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่พบได้บ่อย ซึ่งมีผลทำให้กระบวนการทางความคิดมีการบิดเบือน มีอารมณ์เศร้าท้อแท้ การดูแลสุขภาพตนเอง ลดลง ซึ่งจะพบได้บ่อยในผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งจะต้องปรับตัวรับกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ในผู้ที่เป็นเบาหวาน นอกจะต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับ

สภาวะเบาหวาน การรักษาที่ยาวนาน และยังคงเผชิญกับความไม่แน่นอนของโรค ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ที่ เป็นเบาหวานเกิดความเครียดต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน และเรื้อรังซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า

การรักษาภาวะซึมเศร้า

การรักษาภาวะซึมเศร้ามักใช้แนวปฏิบัติแบบองค์รวม (Holistic approach) หรือ แบบชีวจิตสังคม (Biopsychosocial model) คือมีทั้งการรักษาทางด้านร่างกาย (Somatic treatment) การรักษาทางจิตใจ (Psychological treatment) และการรักษาทางสังคม (Social treatment) ผสมผสานเข้าด้วยกัน (มานิต ศรีสุรภานนท์ และไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2542) ขึ้นอยู่กับการพิจารณาตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและความเหมาะสมกับลักษณะสภาพปัญหา ของแต่ละบุคคล โดยสามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้าน (สายฝน เอกวารงกูร, 2553) ได้แก่

1. การบำบัดด้านร่างกาย (Physical therapies) มี 3 วิธี ประกอบด้วย การรักษาด้วยยา (medication) การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electro Convulsive Therapy) การจำกัดพฤติกรรม (Setting limit) โดยการรักษาด้วยยาส่วนใหญ่ ยาด้านเศร้าที่นิยมใช้ ได้แก่ ยาฟลูออกซิทีน (Fluoxetine 20-80 mg) เนื่องจากมีผลข้างเคียงต่ำ และในรายที่มีมีอาการกระวนกระวาย หรือวิตกกังวลมากร่วมด้วย อาจพิจารณาให้ Diazepam (2-5 มก.) ร่วมด้วยในช่วงแรก หากมีอาการนอนไม่หลับอาจให้ Amitriptyline (10 มก.) ในรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ทนต่ออาการข้างเคียงของยา ไม่ได้ หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง จึงพิจารณาให้การรักษาด้วยไฟฟ้า นอกจากการรักษา ด้วยยาและไฟฟ้าแล้ว การจำกัดพฤติกรรมเพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ที่ภาวะซึมเศร้าและ สิ่งแวดล้อมรอบตัวรวมทั้งบุคคลและสิ่งของ ในรายที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมาก ควบคุมตนเอง ไม่ได้

2. การบำบัดด้านจิตใจหรือการทำจิตบำบัด (Psychotherapy) ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ได้แก่ การปรับความคิดพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) สัมพันธภาพระหว่าง บุคคล (Interpersonal therapy) การทำจิตบำบัดแบบย่อ (Brief psychological Intervention) ซึ่งพบว่า ได้ผลดี

3. การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (Milieu Therapy: MT) เนื่องจากสิ่งแวดล้อมถือเป็น สิ่งเร้า (Stimuli) ภายนอกที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ความรู้สึก อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของ บุคคล การจัดกิจกรรมที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย มั่นใจ ไม่หมกมุ่นอยู่กับความคิดทางลบของตนเอง และสามารถดึงความภาคภูมิใจในตนเองกลับมา อีกครั้ง

การบำบัดภาวะซึมเศร้าเป็นกระบวนการที่สำคัญ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่มี ภาวะซึมเศร้ารู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นอิสระจากความรู้สึกทางลบทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และ

อนาคต ผ่านกระบวนการบำบัดซึ่งขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในแต่ละบุคคล โดยเลือกวิธีการบำบัดวิธีใดอย่างหนึ่งหรืออาจใช้หลายวิธีร่วมกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการบำบัดรักษาต่อไป

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวาน

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และมีระยะเวลาการดำเนินโรคและการรักษาที่ยาวนาน ผู้ที่เป็นเบาหวานจะมีความรู้สึกท้อแท้เสียกำลังใจ จากการรับรู้ว่าเป็นโรคเบาหวานจะทำให้สุขภาพของตนเองแย่ลง อ่อนแอ ไม่แข็งแรง เหนื่อยง่าย ร่างกายและความสามารถเปลี่ยนแปลงไป (ภาวนา กิริติคุณวงศ์, 2544) เมื่อเวลาผ่านไปนานขึ้น จะยิ่งรู้สึกเบื่อหน่ายรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังมากขึ้น จากภาวะโรคที่รักษาไม่หายขาด การสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการดูแลตนเอง การเป็นภาระต่อครอบครัวในการพึ่งพา รวมถึงการเกิดอันตรายจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้รู้สึกอึดอัดกับข้อจำกัด สุขุมเสียดความ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานที่ในวัยผู้ใหญ่ของ พรทิพย์ ชุ่นอื้อ (2547) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยถึงร้อยละ 10 และเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายกว่ากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ที่เป็นเบาหวานต้องมีการปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันที่เคยปฏิบัติมาแต่เดิมทั้งในเรื่องของการควบคุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาหรือการฉีดอินซูลินอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นเบาหวาน อาจส่งผลให้ผู้ที่เป็นเบาหวานเกิดภาวะซึมเศร้าได้จากการต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยจากการศึกษาของ ประอรทิพย์ สุทธิสาร (2550) พบว่าการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตในผู้ที่เป็นเบาหวาน ได้แก่ การจำกัดอาหาร การรับประทานยา หรือการฉีดอินซูลินเป็นประจำ รวมทั้งการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ มักทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านอารมณ์และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ในขณะที่ สมภพ เรืองตระกูล (2548) กล่าวว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าจะควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี เนื่องจากฮอร์โมนที่เกิดจากความเครียดไปยับยั้งการทำงานของอินซูลิน จึงทำให้ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูง และผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้าจะละเลยพฤติกรรม ให้ความร่วมมือในการรักษา และมีการดูแลตนเองลดลง ซึ่งการสำรวจการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year: DALY) ของประเทศไทยพบว่าเบาหวานเป็นสาเหตุที่สำคัญอันดับ 1 ของการสูญเสีย DALY ในเพศหญิง และเป็นอันดับ 7 ของการสูญเสีย DALY ในเพศชาย (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2555)

จากผลกระทบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 นอกจากต้องเผชิญกับสภาวะโรคที่มีความเรื้อรัง ใช้เวลานานในการรักษา อันตรายจากภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน

ที่จะทวีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นตามระยะเวลาการดำเนินของโรค ยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจที่ต้องเผชิญกับความเครียดที่มีความเรื้อรัง รวมทั้งสูญเสียความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มองตนเองในแง่ลบ ส่งผลให้ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 รู้สึกท้อแท้เสียกำลังใจ รับรู้ในคุณค่าในตนเองลดลง ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกเป็นภาระของครอบครัว ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งในปัจจุบันมีหลากหลายทฤษฎีที่อธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้า แต่รูปแบบการปรับตัวต่อความเครียดของ Stuart มีมุมมองที่เป็นองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม สามารถนำมาประยุกต์ใช้อธิบายการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิต รวมทั้งภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวาน

รูปแบบการปรับตัวต่อความเครียดของ Stuart (Stuart's Stress Adaptation Model)

รูปแบบการปรับตัวต่อความเครียดของ Stuart (Stuart's Stress Adaptation Model: SSAM; Stuart, 2013) เป็นรูปแบบการประเมินทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นเพื่อนำมาใช้ศึกษากระบวนการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตของบุคคลที่มีความครอบคลุมทั้งทางด้านชีววิทยา จิตสังคม สิ่งแวดล้อม โดยเชื่อว่าบุคคลนั้นมีบุคลิกภาพพื้นฐานซึ่งเป็นความสามารถของบุคคลในการพิจารณา หรือประเมินเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบตนและสามารถควบคุมจัดการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม เมื่อบุคคลเผชิญกับความเครียดหรือปัจจัยกระตุ้น บุคคลจะมีการปรับตัวต่อปัญหานั้นๆ ถ้าบุคคลมีการใช้กลไกการเผชิญความเครียด (Coping mechanism) ที่ไม่มีประสิทธิภาพก็จะไม่สามารถปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้แต่ละบุคคลมีความสามารถในการปรับตัวต่อสิ่งกระตุ้นที่แตกต่างกันซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องตามแนวคิด SSAM ดังนี้

1. ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) เป็นเงื่อนไขหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาให้เป็นทรัพยากรที่บุคคลสามารถใช้ในการจัดการกับปัญหาหรือความเครียด ประกอบด้วย
 - 1.1 ด้านชีวภาพ (Biological factors) เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับพันธุกรรม ภาวะโภชนาการ ภาวะสุขภาพ ยาที่ผู้ป่วยรับประทาน การสัมผัสหรือได้รับสารเสพติด
 - 1.2 ด้านจิตใจ (Psychological factors) หมายถึงสติปัญญา ทักษะการใช้ภาษา ขวัญและกำลังใจ บุคลิกภาพ ประสบการณ์ในอดีต อุดมโนทัศน์ แรงจูงใจ การใช้กลไกป้องกันทางจิต ความสามารถในการควบคุมตนเอง
 - 1.3 ด้านสังคมและวัฒนธรรม (Socio-cultural factors) ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ การศึกษา รายได้ อาชีพ สถานภาพในสังคม พื้นฐานทางวัฒนธรรม ศาสนา ความเชื่อ

2. ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) เป็นสิ่งกระตุ้นที่บุคคลรับรู้ว่าเป็นสิ่งทำทายน่ากลัว, คุกคาม หรือเรียกร้องความสนใจ ซึ่งมีอิทธิพลมากพอที่จะทำให้บุคคลใช้พลังงานมาก ทำให้เกิดความตึงเครียดและเครียดได้ การพิจารณาว่าสิ่งกระตุ้นมีอิทธิพลมากน้อยเพียงใดพิจารณาจาก

2.1 ธรรมชาติของสิ่งกระตุ้น (Nature) ซึ่งอาจเป็นสิ่งกระตุ้นด้านชีวภาพ ด้านจิตใจ หรือด้านสังคมและวัฒนธรรม

2.2 จุดกำเนิดของสิ่งกระตุ้น (Origin) ซึ่งอาจมาจากสิ่งแวดล้อมภายในตัวบุคคล (Internal environment) หรือสิ่งแวดล้อมภายนอก (External environment)

2.3 เวลา (Timing) พิจารณาจากเวลาที่เกิดความเครียด (When) หรือระยะเวลาที่บุคคลนั้นประสบกับความเครียด (How long) ความถี่ของการเกิดความเครียด (Frequency) จำนวนครั้งของสิ่งกระตุ้นหรือตัวก่อให้เกิดความเครียด (Number)

3. การประเมินค่าหรือการตอบสนองของความเครียดของบุคคล (Appraisal of Stressors) เป็นกระบวนการที่บุคคลทำความรู้จักและประเมินผลกระทบของความเครียดต่อความผาสุก (Well-being) ของตนเอง มีการให้ความหมายหรือทำความเข้าใจกับความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเอง และมีการแสดงออกหรือตอบสนองของความเครียดในด้านต่างๆ ดังนี้

3.1 การตอบสนองด้านความคิด (Cognitive response) เมื่อเกิดความเครียดขึ้น ความคิดจะคาดการณ์เกี่ยวกับผลเสียหรือความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น ความคิดจึงมีบทบาทอย่างมากต่อการปรับตัวของบุคคลคือจะมีอิทธิพลต่อวิธีการเผชิญปัญหา สภาวะอารมณ์ การตอบสนองทางกาย พฤติกรรม ปฏิกริยาที่บุคคลนั้นมีต่อสังคม เป็นต้น รูปแบบของความคิดของแต่ละบุคคลจะขึ้นอยู่กับความเข้าใจของบุคคลนั้นต่อพลังอำนาจที่ตนมีอยู่ในการเผชิญและจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งทางสร้างสรรค์ (Constructive) และทำลาย (Destructive)

3.2 การตอบสนองด้านอารมณ์ (Affective response) เป็นปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ต่อความเครียดในลักษณะที่เป็นแบบทั่วไป ไม่เฉพาะเจาะจง เช่น สนุกสนาน กลัว โกรธ ขมขื่น ใจไม่ไว้วางใจ ประหลาดใจ เป็นต้น โดยอารมณ์ที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายได้ตามประเภท (Type) ระยะเวลา (Duration) และความรุนแรง (Intensity) ของอารมณ์ที่เกิดขึ้น

3.3 การตอบสนองด้านร่างกาย (Physiological response) โดยเกิดการกระตุ้นที่ระบบประสาทซิมพาเทติก มีผลทำให้ต่อมพิทูอิทารีทำงานเพิ่มมากขึ้น มีการหลั่งฮอร์โมนต่าง ๆ ออกมามากขึ้น เช่น Growth hormone, Prolactin hormone, Adrenocorticotrophic hormone เป็นต้น ปฏิกริยาตอบสนองของร่างกายที่เกิดขึ้นมีลักษณะแบบต่อสู้หรือถอยหนี (Fight or Flight)

3.4 การตอบสนองด้านพฤติกรรม (Behavioral response) แบ่งการตอบสนองทางพฤติกรรมต่อเหตุการณ์ความเครียดของบุคคลออกเป็น 4 ระยะ คือ

3.4.1 ระยะที่ 1 เป็นพฤติกรรมที่บุคคลพยายามจะเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือเป็นการที่บุคคลพยายามหลีกเลี่ยงจากความเครียดนั้น

3.4.2 ระยะที่ 2 เป็นพฤติกรรมที่บุคคลพยายามปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมภายนอกและผลที่จะเกิดตามมา

3.4.3 ระยะที่ 3 เป็นพฤติกรรมภายในตัวบุคคลที่แสดงออกมาเพื่อปกป้องตนเองจากสิ่งที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ทางลบของตน

3.4.4 ระยะที่ 4 เป็นพฤติกรรมภายในตัวบุคคลที่เกิดขึ้นเพื่อยุติเหตุการณ์ความเครียดและการพิจารณาทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้น

3.5 การตอบสนองด้านสังคม (Social response) เป็นการตอบสนองเพื่อค้นหาความหมาย (Search for Meaning) ของความเครียดที่เกิดขึ้น โดยการพยายามค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาที่ตนประสบอยู่ พยายามจะระบุปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด วิธีการที่ใช้ เช่น การเปรียบเทียบทางสังคม (Social comparison) บุคคลจะเปรียบเทียบกับทักษะและความสามารถของตนกับบุคคลอื่นที่ประสบปัญหาเดียวกัน ผลการประเมินตนเองจะขึ้นอยู่กับบุคคลที่ตนเลือกเปรียบเทียบด้วย หากนำตนเองไปเปรียบเทียบกับบุคคลที่แย่กว่าก็จะทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกดีขึ้น แต่หากนำตนเองไปเปรียบเทียบกับคนที่ดีกว่าก็อาจทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกไม่ดีเกี่ยวกับตนเอง เป็นต้น

4. แหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหา (Coping Resource) ได้แก่ 1) ศักยภาพของบุคคล (Personal abilities) เช่น ความสามารถ สติปัญญา ความรู้ ทักษะ กลไกการป้องกันตนเอง และแรงจูงใจ พละกำลังและภาวะสุขภาพของบุคคล 2) การสนับสนุนทางสังคม 3) สินทรัพย์ต่าง ๆ และ 4) ความเชื่อทางบวกของบุคคล ซึ่งจะเป็นสิ่งที่นำบุคคลไปสู่ทางเลือกหรือยุทธวิธีที่จะช่วยในการตัดสินใจว่าตนสามารถทำอะไร หรือจัดการอย่างไรได้บ้าง

5. กลไกการเผชิญความเครียด (Coping mechanism) เป็นความพยายามของบุคคลที่จะจัดการกับความเครียดซึ่งเป็นได้ทั้งแนวทางที่สร้างสรรค์ เช่น บุคคลใช้ความวิตกกังวลเป็นสัญญาณเตือนเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหา และทำลาย เช่น บุคคลมีความวิตกกังวลแล้วแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมก้าวร้าว การใช้สารเสพติด เป็นต้น กลไกการเผชิญความเครียดแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

5.1 กลไกการเผชิญความเครียด เน้นที่ปัญหา (Problem-focused coping mechanism) กลไกรูปแบบนี้เกี่ยวข้องกับการจัดการกับปัญหาโดยตรงหรือการทุ่มเทความพยายามอย่างเต็มที่เพื่อจัดการกับสิ่งที่คุกคาม (Threat) เช่น การเจรจาต่อรอง การเผชิญหน้า หรือการแสวงหาข้อเสนอแนะ เป็นต้น

5.2 กลไกการเผชิญความเครียด เน้นที่ความคิด (Cognitive-focused coping mechanism) เป็นความพยายามของบุคคลที่ควบคุมความเครียด โดยเน้นที่การให้ความหมายของปัญหาและพยายามที่จะสร้างมุมมองใหม่เพื่อให้เกิดความรู้สึที่ดีขึ้น เช่น การใช้การเปรียบเทียบทางสังคม (Social comparison) การเลือกปฏิเสธเฉพาะสิ่ง (Selective Ignorance) เป็นต้น

5.3 กลไกการเผชิญความเครียด เน้นที่อารมณ์ (Emotion-focused coping mechanism) เป็นความพยายามของบุคคลที่บรรเทาความตึงเครียดทางอารมณ์ เช่น ใช้การปฏิเสธ (Denial) การเก็บกด (Suppression) หรือการโทษคนอื่น (Projection) เป็นต้น

6. ความต่อเนื่องของรูปแบบการตอบสนองต่อความเครียด (Continuum of coping response) ใน SSAM รูปแบบการตอบสนองความเครียดของบุคคลคือการปรับตัว ซึ่งมีลักษณะต่อเนื่องกันระหว่างการปรับตัวที่เหมาะสม (Adaptation) และการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม (Mal-adaptation) ทั้งนี้การปรับตัวของบุคคลจะเป็นแบบใดขึ้นอยู่กับลักษณะของความเครียด การรับรู้ต่อสถานการณ์ แหล่งทรัพยากรและกลไกการเผชิญปัญหาที่บุคคลนั้นเลือกใช้

การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานนับเป็นสิ่งกระตุ้นอย่างหนึ่ง เนื่องจากผู้ที่เป็นเบาหวานต้องมีการปรับตัวในหลาย ๆ ด้านเพื่อให้เหมาะสมกับธรรมชาติของเบาหวาน ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในทุก ๆ ระยะของการดำเนินโรค โดยการปรับเปลี่ยนนิสัยการบริโภค และออกกำลังกายเพื่อควบคุมไม่ให้มีปริมาณน้ำตาลในเลือดมากเกินไปที่ร่างกายจะนำไปใช้ ซึ่งในธรรมชาติแต่ละบุคคลนั้นมีความแตกต่างกัน ผู้ที่เป็นเบาหวานแต่ละคนจึงต้องเรียนรู้ที่จะปรับตนเองและหาแนวทางที่ดีที่สุด เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดีและมีคุณภาพหากผู้ที่เป็นเบาหวานปรับตัวได้ จะช่วยลดการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและเป็นผลดีต่อการดำเนินของโรค

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้กรอบแนวคิดรูปแบบการปรับตัวต่อความเครียดของ Stuart (Stuart's Stress Adaptation Model: SSAM; Stuart, 2013) ซึ่งพบว่า มีความสอดคล้องกับปัจจัยที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งแนวคิดนี้ได้อธิบายการเกิดปัญหาสุขภาพจิตหรือภาวะซึมเศร้า จากหลายปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้อง การใช้กลไกการเผชิญความเครียด (Coping mechanism) ที่ไม่มีประสิทธิภาพจะนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งแต่ละบุคคลมีความสามารถในการปรับตัวต่อสิ่งกระตุ้นที่แตกต่างกันตาม

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียด การเผชิญความเครียด ดังนี้

1. ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นวิธีการมองโลกและชีวิตอย่างกว้าง ๆ ที่แสดงถึงการที่บุคคลเชื่อมั่น 3 ประการ คือ 1) เหตุการณ์ที่เป็นสิ่งแวดล้อมในตนและนอกตนเป็นสิ่งที่มิโครงสร้าง สามารถให้คำอธิบายและทำนายได้ 2) บุคคลมีความคาดหวังอย่างสมเหตุสมผลว่าจะสามารถจัดการเหตุการณ์ต่างๆ หรือสิ่งเร้าให้ผ่านไปด้วยดีพร้อมกับมีแหล่งประโยชน์ หรือสามารถหาแหล่งประโยชน์ที่เพียงพอ สามารถใช้ในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามา 3) สถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ทำนายและมีคุณค่า (Antonovsky, 1982 อ้างถึงใน กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2543) ซึ่งภายใต้กรอบแนวคิด SSAM ถือว่า เป็นปัจจัยนำ (Predisposing factors) ที่มีอยู่ในตัวบุคคล ซึ่งเป็นลักษณะการรับรู้ทางความคิด ความรู้สึก ของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบความสามารถปรับตัวในการเผชิญกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต

การที่บุคคลจะตอบสนองต่อสิ่งเร้าและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดีรวมถึงการมีความสุขในชีวิตนั้น ต้องอาศัยแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ร่วมกับความเข้มแข็งในการมองโลก ซึ่งเป็นคุณลักษณะในตัวบุคคล ที่จะช่วยให้บุคคลนั้นมีการจัดการกับสิ่งเร้าหรือปัญหาที่เผชิญอยู่ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ความเข้มแข็งในการมองโลกยังมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาหรือภาวะเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตสามารถมองเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตด้วยความเข้าใจ มีเหตุผล และสามารถทำนายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ สามารถจัดการกับเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดได้อย่างเหมาะสม มีแหล่งประโยชน์ที่เอื้ออำนวยในการแก้ปัญหา มองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นจริง มีความรู้สึกเชื่อมั่นว่าสิ่งเร้าหรือความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตของบุคคล มีคุณค่าจะเข้าไปเกี่ยวข้องหรือจัดการแก้ไข ซึ่งความเข้มแข็งในการมองโลกจะมีบทบาทสำคัญ โดยเป็นแหล่งต้านทานความเครียด และสนับสนุนให้บุคคลมีการแก้ไขปัญหาและเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้บุคคลมีความสุขจิตดีและมีความสุข (เพ็ญดาว จุลบาท, 2551) จากคุณสมบัติดังกล่าว บุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกจะต้องมีองค์ประกอบ 3 ประการ ดังนี้ (Antonovsky, 1987)

1. ความสามารถทำความเข้าใจ (Comprehensibility) รับรู้ว่าสิ่งเร้าหรือความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิต มีต้นกำเนิดจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกนั้น มีระบบโครงสร้าง ไม่ยุ่งยาก ผู้ที่มีความเข้าใจสิ่งเร้าดี จะสามารถอธิบายเหตุและผล คาดการณ์ล่วงหน้า และทำความเข้าใจความเข้าใจได้

2. ความสามารถในการจัดการ (Manageability) การรับรู้ว่าตนมีแหล่งประโยชน์เพียงพอที่จะใช้จัดการกับสิ่งเร้าหรือความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ โดยแหล่งประโยชน์นี้อาจมาจาก

ตนเองหรือบุคคลอื่น ผู้ที่มีความสามารถในการจัดการดี จะไม่รู้สึกลัวเหตุการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นนั้น เป็นสิ่งน่ากลัว แต่สามารถเผชิญกับเหตุการณ์และปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ด้วยความมั่นใจ

3. ความสามารถให้ความหมาย (Meaningfulness) เป็นการมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีความหมายเป็นสิ่งที่ท้าทาย และมีคุณค่าที่จะแก้ไขให้สำเร็จลุล่วงไป มองเห็นว่า ชีวิตตนเองมีคุณค่าและสามารถแสดงพฤติกรรมหรือกระทำกิจกรรมเอาชนะสิ่งที่เกิดขึ้นด้วยความมั่นใจ (Antonovsky, 1982; 1987)

Antonovsky ได้กล่าวไว้ว่า ทั้ง 3 องค์ประกอบมีความสัมพันธ์เกี่ยวโยงกันทั้งหมด ถึงแม้ว่าแต่ละองค์ประกอบจะมีความสำคัญไม่เท่ากันก็ตาม แต่เป็นแหล่งประโยชน์ทางจิตสังคมที่ช่วยให้บุคคลสามารถจัดการหรือเผชิญกับปัญหาความตึงเครียดในชีวิตได้ โดยได้รับกระตุ้นการดึงมาใช้ผ่านทางความเข้มแข็งในการมองโลก ทั้งนี้ยังขึ้นอยู่กับแหล่งด้านทาน ความเครียดทั่วไป คุณลักษณะของบุคคล กลุ่มบุคคล วัฒนธรรมของกลุ่มและของสังคม ที่มีผลต่อการเผชิญความเครียดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งในการมองโลก

ปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีประสบการณ์ชีวิตในลักษณะที่จะเสริมสร้าง พัฒนาและคงไว้ซึ่งความเข้มแข็งในการมองโลกให้อยู่ในระดับสูง มีดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological source) เป็นผลมาจากประสบการณ์ชีวิตและพัฒนาการตั้งแต่วัยเด็ก เช่น การที่เด็กรู้สึกหมดหวัง หมดทางแก้ไข ถูกทอดทิ้ง ไม่ได้ได้รับความรัก ความอบอุ่น ประสบการณ์ชีวิตนี้จะทำให้ขาดการเสริมสร้างความเข้มแข็งในการมองโลก แต่ถ้าเหตุการณ์เกิดขึ้นในลักษณะตรงกันข้าม จะทำให้เด็กได้รับประสบการณ์ชีวิตที่เป็นการเสริมสร้างให้เกิดความเข้มแข็งในการมองโลกขึ้น นอกจากนี้การที่บุคคลมีรูปแบบการปรับตัวที่ยืดหยุ่นได้ มีเหตุผล มีความชัดเจนในเอกลักษณ์ของตนเอง ก็จะเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมให้ความเข้มแข็งในการมองโลกสูงขึ้น

2. ปัจจัยด้านโครงสร้างทางสังคม (Social-structure source) ได้แก่ ระดับชนชั้นในสังคม ฐานะเบียด ค่านิยมที่สืบทอดจากบิดามารดา แหล่งสนับสนุนทางสังคม ความเป็นปึกแผ่นการรวมตัวกันของบุคคลในสังคม การมีข้อผูกพันต่อกันในสังคม สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลมีประสบการณ์ของความมั่นใจในการเผชิญกับปัญหาอันมีส่วนในการส่งเสริมให้บุคคลมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงขึ้น

3. ปัจจัยด้านวัฒนธรรมและเหตุการณ์ในอดีต (Cultural historical source) ได้แก่ ความมั่นคงทางวัฒนธรรม ศาสนา ปรัชญา ศิลปะ ความเชื่อเรื่องอำนาจวิเศษ เวทมนต์คาถา การเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์บางอย่างอย่างคาดไม่ถึง สิ่งเหล่านี้มีผลต่อการสร้างโครงสร้าง

บุคลิกภาพพื้นฐานของแต่ละบุคคล ซึ่งส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของโครงสร้างบุคลิกภาพพื้นฐานที่ถูกสร้างขึ้นมา คือ ความเข้มแข็งในการมองโลก

ความเข้มแข็งในการมองโลกและภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวาน ชนิดที่ 2

ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นความสามารถของบุคคลในการพิจารณาหรือประเมินเหตุการณ์ต่าง ๆ และมีการรับรู้ปัญหา ได้ถูกต้องตามที่เป็นจริง ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลสามารถผ่านความยุ่งยากสับสน ความล้มเหลวและความเจ็บปวดได้ บุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงมีแนวโน้มที่สามารถหลีกเลี่ยงจากสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นความเครียด และมักจะให้ความหมายกับสิ่งเร้าว่าเป็นสิ่งที่ไม่กระตุ้นความเครียด (Antonovsky, 1982) ซึ่งภายใต้กรอบแนวคิดแนวคิด SSAM ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นปัจจัยสำคัญที่อธิบายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องจากภาวะสุขภาพดีไปสู่ความเจ็บป่วย ผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะมีพฤติกรรมที่ยืดหยุ่น มีส่วนช่วยให้บุคคลมองเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นด้วยความเข้าใจ มีเหตุผล สามารถนำแหล่งประโยชน์ที่มีมาใช้จัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม และให้ความหมายกับเหตุการณ์นั้นว่าเป็นสิ่งท้าทาย มีคุณค่าและคุ้มค่าที่จะเข้าไปเผชิญและจัดการกับปัญหานั้นให้ลุล่วงไปได้ ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการจัดการกับความเครียดหรือสิ่งเร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในผู้ที่เป็นเบาหวาน จะต้องมีการปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันที่เคยปฏิบัติมาแต่เดิมทั้งในเรื่องของการควบคุมการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกาย การไปรับการตรวจรักษาตามนัด เป็นต้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้ผู้ที่เป็นเบาหวานอาจมองว่าเป็นสิ่งที่มาคุกคามการดำเนินชีวิตและส่งผลให้เกิดความเครียดขึ้นได้ (ภาวนา กิริติยดวงศ์, 2544) ผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง ก็จะสามารถปรับตัวกับการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม ลดการเกิดความคับข้องใจ จากที่ต้องเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต จากการศึกษาของ Ahola (2010) พบว่า ผู้ที่มีระดับคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานน้อยลง และเพียงดาว จุลบาท (2551) พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องล้างไต ($r = .781, p = .01$) นอกจากนี้การศึกษายังพบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีผลโดยตรงต่อการเผชิญความเครียดและคุณภาพชีวิต (ธนกพร สุคำวัง, 2540) ซึ่งความเข้มแข็งในการมองโลกจะทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการดึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ของบุคคลมาใช้ในการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้น รวมทั้งสามารถเข้าถึงและมีความตระหนักรู้อารมณ์ภายในของตนเองช่วยให้รอดพ้นจากการถูกคุกคามด้วยอารมณ์ของตนเอง สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ได้ตรงตามความเป็นจริง ซึ่งจะช่วยให้บุคคลดำรงภาวะสุขภาพและความผาสุกในชีวิต (Antonovsky, 1987) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lundman and Norberg (1993) ที่พบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ที่เป็นเบาหวาน

สามารถเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยจากการศึกษาพบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ดีที่สุด (Johannes & Judora, 1997) และจากการศึกษาความเข้มแข็งในการมองโลกในผู้ป่วยรูมาตอยด์พบว่าการเพิ่มขึ้นของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับระดับความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ (Büchi et al. 1998)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความเข้มแข็งในการมองโลก มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาเกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานนั้นยังพบได้น้อย แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้

2. ความเครียด (Stress) เป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ยู่ยาก ซึ่งเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลจะเป็นผู้ประเมินด้วยกระบวนการทางปัญญาว่าปฏิสัมพันธ์นั้นจะเป็นสิ่งที่คุกคามทำอันตรายตนเองหรือไม่ โดยการประเมินนั้นจะขึ้นอยู่กับลักษณะของแต่ละบุคคล เช่น ความคิด ความจำ ประสบการณ์ สวัสดิภาพของตนเอง (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งภายใต้กรอบแนวคิด SSAM ถือว่าเป็นปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) โดยที่บุคคลจะรับรู้ว่าเป็นสิ่งท้าทาย/ คุกคาม หรือเรียกร่องความสนใจ ซึ่งมีอิทธิพลมากพอที่จะทำให้รู้สึกตึงเครียด อันเป็นผลมาจากปัจจัยต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอก ร่างกาย บุคคลจะรับรู้หรือประเมินสิ่งที่เข้ามา โดยใช้ประสบการณ์ว่าเป็นสิ่งที่คุกคามหรือไม่ เป็นผลให้บุคคลมีปฏิกิริยาตอบสนองหลายอย่าง ทั้งทางร่างกายและจิตใจ พฤติกรรม และความนึกคิดซึ่งความเครียดที่มีอยู่อย่างต่อเนื่องและมีอยู่ในระยะเวลานาน ๆ นั้นเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคทางกายและทางจิตตามมาได้

สาเหตุของความเครียด

สาเหตุของความเครียดของบุคคล แบ่งตามแนวคิดของ Engel โดยใช้ตัวแบบทางชีวจิตสังคม (Biopsychosocial model) เกิดจากปัจจัยที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ (จำลอง ดิษยวณิช และ พรหมเพรา ดิษยวณิช, 2545)

1. ปัจจัยทางชีวภาพ ซึ่งระบบประสาทมีความสัมพันธ์กับโครงสร้างทางร่างกายอย่างมาก การกระตุ้นระบบประสาทอิสระ (Autonomic nervous system) โดยเฉพาะส่วน Sympathetic ทำให้เกิดอาการ ใจสั่น ชีพจรเต้นเร็ว แน่นหน้าอก ปวดศีรษะ ท้องเดิน เมื่อมีความวิตกกังวลจะมีการหลั่ง Epinephrine จากต่อมหมวกไตออกมา นอกจากนี้ยังมีพันธุกรรมและบุคลิกภาพซึ่งเกี่ยวข้องกับความเครียดเช่นเดียวกัน เป็นต้นว่า คนที่มีพฤติกรรมแบบ เอ (Type A behavior) จะชอบแข่งขันอย่างจริงจัง และพยายามผลักดันตัวเองให้ไปสู่ เป้าหมาย มีความทะเยอทะยานสูง

มีความรู้สึกรีบเร่ง และชอบทำงานแข่งกับเวลา หาโอกาสผ่อนคลายได้ยาก ขาดความอดทน และชอบโกรธเมื่อต้องเผชิญกับความล่าช้า

2. ปัจจัยทางจิตใจ เป็นต้นว่าความกดดัน ทั้งจากภายนอก และภายในมีส่วนทำให้เกิดความเครียดได้บ่อย ความคับข้องใจซึ่งเป็นสภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลถูกขัดขวางโดยอุปสรรคใด ๆ ก็ตามเพื่อไม่ให้บรรลุเป้าประสงค์ตามที่ต้องการ ก็จะทำให้เกิดความเครียด นอกจากนี้ความขัดแย้งของแรงจูงใจ จะนำไปสู่ความเครียดได้เช่นสถานการณ์ที่ต้องเลือกเป้าประสงค์ที่น่าพึงพอใจสองอย่างในเวลาเดียวกันหรือ ตกอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องเลือกเป้าประสงค์ที่ไม่พึงพอใจสองอย่าง

3. ปัจจัยทางสังคม เหตุการณ์ชีวิตเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดทางสังคมซึ่งตามปกติมักจะสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตของคนเรา ยังมีการเปลี่ยนแปลงมากและบ่อยเท่าไร ก็ยิ่งทำให้ เครียดมากขึ้น

ความเครียด (Stress) เป็นปฏิกิริยาของร่างกายที่เกิดขึ้น เมื่อร่างกายถูกกระตุ้น และมีปฏิกิริยาตอบโต้เป็น ปฏิกิริยา ทางสรีรวิทยา และจิตวิทยา โดยระบบต่อมไร้ท่อที่หลังฮอว์โมน และระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปทั่วร่างกาย เมื่อเกิดความเครียดภายในจิตใจ มักส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตได้อย่างชัดเจนดังที่ ลักขณา สรวิวัฒน์ (2549) ได้กล่าวไว้ ดังนี้

1. การตอบสนองทางกาย (Physiological reaction) จะมีอาการแสดงทางกายหลายประการ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดสูง

2. การตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional reaction) จะมีความรู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ กลัวหรือ โกรธ จนถึงขั้นท้อแท้สิ้นหวังสุขภาพจิตเสื่อมจนถึงขั้นมีอาการทางจิต

3. การตอบสนองทางการรับรู้และทางความคิด (Cognitive effects) จะมีการคิดและการตัดสินใจที่ด้อยคุณภาพ ทำให้การแก้ปัญหาทำได้ไม่ดี

4. การตอบสนองพฤติกรรมทางสังคม (Social behavior) ความสนใจต่อสังคมลดลง ไม่สนใจหรือเกรงใจผู้อื่น มีความคิดทำร้ายตนเองและผู้อื่น

5. การทำงาน (Performance) ประสิทธิภาพการทำงานลดลง มีความผิดพลาดสูง ความตั้งใจในการทำงานลดลง มีความคิดเปลี่ยนงาน

ในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและความไม่แน่นอนของโรคเบาหวานอยู่ตลอดเนื่องจากเบาหวานยังไม่สามารถรักษาได้หายขาด มีแนวโน้มที่อาการของโรคเบาหวานทวีความรุนแรงขึ้นตามระยะเวลาการดำเนินของโรค ซึ่งทำให้ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จะรู้สึกเครียด เบื่อหน่ายกับการที่จะต้องดูแลตนเองตลอดเวลา ซึ่งความเครียดสามารถแบ่งเป็น 2 ชนิด ดังนี้

1. Acute stress คือความเครียดที่เกิดขึ้นในทันที ร่างกายมีการตอบสนองต่อความเครียดนั้น โดยมีการหลั่งฮอร์โมนความเครียด เมื่อความเครียดหายไปร่างกายก็จะกลับสู่ปกติ และระดับฮอร์โมนจะกลับสู่ภาวะปกติ

2. Chronic stress หรือความเครียดเรื้อรังเป็นความเครียดที่เกิดขึ้นทุกวัน และร่างกายไม่สามารถตอบสนองหรือแสดงออกต่อความเครียดนั้น ซึ่งเมื่อนานวันเข้าความเครียดนั้นก็สะสมเป็นความเครียดเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรม แสดงให้เห็นว่าผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ถ้ามีการประเมินเหตุการณ์ที่ตนประสบว่า เป็นเรื่องหนักหนาสาหัสเกินกำลังความสามารถ ที่จะแก้ไขได้หรือหาทางออก ไม่ได้ จะรู้สึกว่าคุณสูญเสีย หรือถูกคุกคาม ซึ่งจะก่อให้เกิดความเครียดอย่างมาก โดยอารมณ์ที่เกิดขึ้นควบคู่กับความรู้สึก ถูกคุกคามมักเป็นอารมณ์ทางลบ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความโกรธ ความเศร้า ความทุกข์ใจ ไม่สบายใจต่าง ๆ หากความเครียดนั้นมีมากและสะสมอยู่เป็นเวลานาน โดยไม่ได้ผ่อนคลายจะส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยที่รุนแรง เช่น เกิดความเจ็บป่วยทางกาย และทางจิต เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคมะเร็ง และเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด

ความเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวาน ชนิดที่ 2

การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานถือเป็นการคุกคามต่อความปกติสุขในชีวิต ผู้ที่เป็นเบาหวานต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตนเอง ให้เหมาะสมสอดคล้องกับการเป็นเบาหวาน เนื่องจากเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังมีระยะการดำเนินของโรคที่ยาวนาน ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม ส่งผลให้ผู้ที่เป็นเบาหวานมีความพึงพอใจในชีวิตลดลงจากผลกระทบในหลายด้านของชีวิต (อัสมาฐ์ โตะพะพา, 2550) โดยผู้ที่เป็นเบาหวานจะรู้สึกเครียด หมดหวังในชีวิตและรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า จากการถูกลดทอนอำนาจ (จิราพร เดชมา, วนิตา ครุงคฤทธิชัย และวิชุดา กิจจรธรรม, 2556) โดยความเครียดจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่มีผลเสียต่อการดำเนินของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยตรงความเครียดจะมีผลเพิ่มระดับน้ำตาลในกระแสเลือด โดยอ้อมคือ สัมแผนการรักษาหรือแผนการดูแลตนเอง ซึ่งจากการศึกษาของ จิราพร เดชมา และคณะ (2556) พบว่า ความเครียดสามารถอธิบายการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทและการเกิดแผลที่เท้าได้ร้อยละ 5.5 สอดคล้องกับการศึกษาของ Karlsson, Holmes, and Lang (2004) พบว่าผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีภาวะเครียดทางอารมณ์ จะมีการปฏิบัติดูแลตนเอง ที่มีความลำบากมากยิ่งขึ้น และความเครียดยังส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า จากการศึกษานี้ของ ฟิรพอนซ์ ลือบุญธวัชชัย และคณะ (2551) พบว่า ผู้ที่ซึมเศร้าได้ประสบกับเหตุการณ์ ความเครียดในช่วง 1 ปี มากกว่าผู้ที่ไม่ซึมเศร้า

โดยความเครียดด้านสุขภาพมีระดับความสัมพันธ์กับการเกิด โรคซึมเศร้าสูงที่สุด (OR = 5.93, 95%CI = 2.33-16.92, $p < .01$)

3. การเผชิญความเครียด (Coping mechanism) เป็นรูปแบบของพฤติกรรม เมื่อบุคคลได้รับสิ่งกระตุ้นหรือมีการคุกคามจากสิ่งแวดล้อมภายนอก บุคคลประเมินสถานการณ์ด้วยความคิดและสติปัญญาว่าเป็นความเครียด ไม่ว่าจะอยู่ในลักษณะเป็นภาวะคุกคามหรือทำลาย บุคคลจะเลือกวิธีการใดในการเผชิญความเครียด ซึ่งจะออกมาในรูปแบบพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกนึกคิด จิตใจ และอารมณ์ของแต่ละบุคคล มีผลทำให้บุคคลนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกนึกคิด อารมณ์และแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมาตามสถานการณ์นั้น ๆ (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งภายใต้กรอบแนวคิด SSAM ถือว่าเป็น กลไกในการจัดการกับปัญหา โดยถ้าบุคคลมีการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ จะนำมาซึ่งสุขภาพจิตที่ดี ถ้าการปรับตัวต่อปัญหาหรือสิ่งเร้าเป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพจะนำมาซึ่งการเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งรูปแบบของพฤติกรรม การเผชิญความเครียดตามแนวคิดของ (Lazarus & Folkman, 1984) ได้แบ่งพฤติกรรมเผชิญความเครียดตามจุดมุ่งหมายของการเผชิญความเครียด (Focus of coping) ออกเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 การเผชิญความเครียดโดยมุ่งเน้นที่อารมณ์ (Emotion-focused coping) บุคคลจะใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดนี้เมื่อได้ประเมินแล้วว่าไม่สามารถทำอะไรได้ไม่ว่าจะปรับหรือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดได้ จึงมุ่งปรับอารมณ์ของตนเอง เพื่อให้ตนเองยังคงมีความหวัง สามารถมองเห็นส่วนดีของสถานการณ์ที่เข้ามากระทบ โดยไม่มองเฉพาะด้านลบ

พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านมุ่งเน้นอารมณ์ออกเป็น 2 แบบ คือ การมุ่งเน้นอารมณ์ที่สนับสนุนการแก้ไขปัญหา ซึ่งประกอบด้วย การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม การหากำลังใจ การให้ความหมายใหม่ในทางบวก การพึ่งพาสังคคีสิทธิ์หรือศาสนาที่ตนเองนับถือ การยอมรับและการมีอารมณ์ขัน ซึ่งจะให้ผลในทางบวกในการจัดการกับความเครียด และในด้านมุ่งเน้นอารมณ์ที่ไม่สนับสนุนการแก้ไขปัญหา ประกอบด้วย การปฏิเสธและการระบายออกทางอารมณ์เป็นต้น (Carve et al., 1989) ซึ่งพฤติกรรมเผชิญความเครียดโดยมุ่งเน้นที่อารมณ์ชนิดนี้หากบุคคลกระทำโดยขาดการตระหนักรู้ในตนเอง อาจเป็นการหลอกตัวเองหรือบิดเบือนความจริง การเผชิญความเครียดจะให้ผลทางลบ ปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการแก้ไข ซึ่งจะส่งผลให้เกิดปัญหาทางจิตตามมาได้

3.2 การเผชิญความเครียดแก้โดยมุ่งเน้นที่การแก้ปัญหา (Problem-focused coping) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลเมื่อได้ประเมินแล้ว พบว่าสถานการณ์ปัญหาพอที่จะปรับเปลี่ยนให้บรรเทา ลงได้ Kahn (1964 cited in Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่า เป็นพฤติกรรมที่ใช้ในการลดความกดดันของบุคคลทั้งจากสถานการณ์ที่เข้ามากระทบและตนเอง และเป็นพฤติกรรมที่ทำหน้าที่ใน

การกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจที่จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนในกระบวนการคิด เช่น การปรับระดับความต้องการให้เหมาะสมกับศักยภาพของตนเอง พิจารณาการมีส่วนร่วมในปัญหาให้ชัดเจนอีกครั้งหาช่องทางเลือกเพื่อให้ได้มาในสิ่งที่คาดหวังไว้หลาย ๆ ทาง พัฒนามาตรฐานของพฤติกรรมด้านต่าง ๆ ให้ดีขึ้น เช่น การรักษาสีทึบของตนเองโดยไม่ก้าวท้าวสิทธิของผู้อื่น การเรียนรู้และพัฒนาทักษะต่าง ๆ ให้ดีขึ้น เช่น การรักษาสีทึบของตนเองโดยไม่ก้าวท้าวสิทธิของผู้อื่น การเรียนรู้และพัฒนาทักษะต่าง ๆ ให้มากขึ้นได้แก่ (Folkman, Lazarus, Gruen, & DeLongis, 1986)

3.2.1 การเผชิญหน้าแก้ปัญหา (Confrontive coping) เป็นความคิด หรือการแสดงออกทางพฤติกรรมอย่างตรงไปตรงมา เข้าใจสถานการณ์ตามสภาพที่เป็นจริงพร้อมที่จะต่อสู้เพื่อขจัดปัญหาออกไป

3.2.2 การวางแผนแก้ปัญหา (Planful problem solving) เป็นวิธีการที่มุ่งจัดการสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการพยายามเปลี่ยนสถานการณ์ปัญหาให้ดีขึ้น มองปัญหาอย่างเป็นกลาง ทำตามขั้นตอน มีการวิเคราะห์ปัญหาและทางเลือกหลาย ๆ ทางหรือใช้ประสบการณ์เดิมเพื่อให้การแก้ปัญหาได้ผลดีมากขึ้น

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมกรรมการเผชิญความเครียดนี้ถือว่าเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา บุคคลที่เผชิญกับความเครียดได้ดี คือ บุคคลที่รู้จักเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ โดยบุคคลจะเผชิญความเครียดแตกต่างกันในเวลาที่ต่างกัน และเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ (Lazarus & Folkman, 1984) โดยพฤติกรรมเผชิญความเครียดที่บุคคลเลือกใช้นั้น ไม่ได้บ่งถึงประสิทธิภาพในแต่ละพฤติกรรมกรรมการเผชิญความเครียด แต่ขึ้นอยู่กับ การพิจารณาของบุคคลในการนำไปใช้ให้เหมาะสมกับตนเองในสถานการณ์ที่คุกคาม และลักษณะ ส่วนบุคคลที่มีผลต่อการเลือกใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดของบุคคล ในขั้นแรกบุคคลจะใช้กลไกการเผชิญความเครียดโดยมุ่งจัดการกับอารมณ์เพื่อปรับสภาวะจิตใจ จากนั้นจึงมุ่งจัดการกับปัญหาในภายหลังหรืออาจใช้ทั้ง 2 วิธีควบคู่กันไปซึ่งขึ้นอยู่กับปัญหาที่เผชิญในขณะนั้น ๆ

การเผชิญความเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ที่เป็นเบาหวาน เนื่องจากผู้ที่เป็นเบาหวานต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้เหมาะสมกับโรค รวมทั้งต้องเผชิญกับความไม่สุขสบายต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนของโรค ผู้ที่เป็นเบาหวานอาจมองว่า โรคเบาหวานเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความเครียด จากการถูกรบกวนความปกติสุขของตนเอง ซึ่ง มรกต สิทธิขันธ์แก้ว, นงลักษณ์ จินตนาดิศ, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม และอติยา พรชัยเกตุ โอว ยอง (2555) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สิ่งก่อความเครียดและอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียพบว่า การรับรู้สิ่งก่อความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการ

ซึ่มเส้ร่า จากผลของความเครียดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระบบต่าง ๆ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด จากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกาย การเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้ที่เป็นเบาหวานรักษาไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกาย การมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุข (ภาวนา กิรติคุณวงศ์, 2544) ถ้าผู้ที่เป็นเบาหวานเผชิญความเครียดอย่างไม่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้เกิดความเครียดและปัญหาทางจิตประสาทภายหลัง (Milne 1983 อ้างถึงใน อภิญญา จำปามูล, 2534) โดยวันเพ็ญ โอพาริชาติ (2547) พบว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 42.5 มักมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป และสิตานันท์ พูนผลทรัพย์ (2548) พบว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะซึ่มเส้ร่าสูงกว่าบุคคลทั่วไปถึง 2 เท่า ถ้าบุคคลใดมีความเครียดและสามารถจัดการกับความเครียดได้ ก็จะส่งผลให้มีสุขภาพดี ในขณะที่บางคนเกิดความล้มเหลวในการปรับตัว จะส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยและสูญเสียศักยภาพในการทำหน้าที่ของตนเอง (วรรณวิไล ชุ่มภิรมย์ และคณะ, 2547) ทำให้เกิดอันตรายต่อทั้งร่างกายและจิตใจ และจากผลของความเครียดทำให้ไม่มีความสุข มีความไม่สบายใจ ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ทางร่างกายตามมา เช่น นอนไม่หลับ แผลในกระเพาะอาหาร หลอดเลือดในหัวใจอุดตัน โรคเบาหวานกำเริบ (วรารักษ์ ตระกูลสฤณี, 2545) การที่สามารถจัดการกับความเครียดได้จะนำไปสู่การมีแรงจูงใจในการฟันฝ่าอุปสรรคและนำไปสู่ความสำเร็จ ผู้ที่สามารถจัดการกับความเครียดได้ดีจะมีภาวะจิตใจที่สงบแม้อยู่ใต้ภาวะความกดดัน นัชชา เทียบไชสง (2554) พบว่า ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่มีการประเมินผลกระทบของโรคต่อตนเองและใช้วิธีการเผชิญความเครียดแตกต่างกัน มีระดับความเครียดต่างกัน ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ก็จะนำไปสู่ความล้มเหลว ทำให้เกิดความรู้สึกผิดหวัง โศกเส้ร่า สูญเสียความภาคภูมิใจและเกิดการเจ็บป่วยได้ ทั้งความเจ็บป่วยทางกายและความเจ็บป่วยทางจิตใจ

จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่าเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังใช้เวลาในการรักษายาวนานตลอดชีวิต มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ในทุก ๆ ระยะของโรค ซึ่งจะทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิตตามมาได้ ผู้ที่เป็นเบาหวานจึงต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตแลมีการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับสภาวะของโรค ซึ่งภาวะแทรกซ้อนทางด้านจิตใจที่พบได้บ่อยในผู้ที่เป็นเบาหวานคือภาวะซึ่มเส้ร่าซึ่งมีโอกาสเกิดในผู้ที่เป็นเบาหวานมากกว่าคนทั่วไป ภาวะซึ่มเส้ร่าจะทำให้ผู้ที่เป็นเบาหวานมีการดูแลตนเองลดลง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น และอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึ่มเส้ร่าของผู้ที่เป็นเบาหวาน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลกระทบในการเกิดภาวะซึ่มเส้ร่าในผู้ที่เป็นเบาหวาน เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพผู้ที่เป็นเบาหวานให้มีสุขภาพจิตที่ดี รวมทั้งเป็นแนวทาง

แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพผู้ที่เป็นเบาหวานให้มีสุขภาพจิตที่ดี รวมทั้งเป็นแนวทาง
ในการพัฒนาวิชาชีพและให้บริการผู้ที่เป็นเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียด และการเผชิญความเครียด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการคลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี ในช่วงระหว่างเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2558 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2558

กลุ่มตัวอย่างและขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพนัสนิคมจังหวัดชลบุรี ในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ ซึ่งเฉลี่ยมีผู้มารับบริการวันละ 50-80 คน โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน ทั้งเพศชาย และเพศหญิง อายุในช่วง 20-60 ปี
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานที่รุนแรง เช่น สูญเสียการมองเห็นจาก เบาหวานขึ้นตา ทางไตคือไตวายเรื้อรังต้องรับการบำบัดทดแทนไต ทางระบบประสาทคือ มีความพิการจากการถูกตัดอวัยวะและภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน
3. สามารถฟังและพูดสื่อสารภาษาไทยได้
4. รู้สึกตัวดี พูดคุยสื่อสารรู้เรื่องในระหว่างการเก็บข้อมูลและไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน การมองเห็น และการพูด
5. ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิต เช่น ภาวะสมองเสื่อม มีความผิดปกติทางอารมณ์ หรือโรคจิตเภท เป็นต้น

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากสูตรของ Thorndike (Thorndike, 1978 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) ดังนี้

สูตรของ Thorndike $n \geq 10(k) + 50$

n คือขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

k คือจำนวนตัวแปรต้น

จำนวนตัวแปรต้นที่จะศึกษามีจำนวน 3 ตัวแปรได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียด และการเผชิญความเครียด แทนค่า ตามสูตร ดังนี้

$$n \geq 10(3) + 50$$

$$n \geq 80$$

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาต้องไม่น้อยกว่า 80 ราย และเพื่อป้องกันปัญหาจากการได้ข้อมูลไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีก 20 ราย ดังนั้นการศึกษาคั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 100 ราย

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่ม แบบง่าย (Simple random sampling) โดยมีวิธีการดังนี้

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จากผู้ที่เป็นเบาหวานที่มาขึ้นทะเบียนรับบริการที่คลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอก และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งจากสถิติในปี พ.ศ. 2557 พบว่าในแต่ละวันจะมีผู้รับบริการเฉลี่ยวันละ 50-80 ราย
2. จัดทำทะเบียนรายชื่อของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และมารับบริการในแต่ละวันจากเลขบัตรคิวของผู้ที่มีวันนัดมารับบริการในวันที่เก็บข้อมูล
3. ทำการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) จากทะเบียนรายชื่อตามหมายเลขบัตรคิว ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์วันละ 10 ราย กรณีที่กลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยก็สุ่มจากรายชื่อที่เหลือต่อไปจนครบจำนวน 100 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 5 ส่วน โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการอาศัยในครอบครัว สิทธิในการรักษา และข้อมูลการเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นโรค และภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck depression inventory) พัฒนาขึ้น โดย Beck (1967) แปลเป็นภาษาไทย โดยโสธรณี โหราสุทธิ และคณะ (2540) ลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า จำนวน 21 ข้อ โดยเป็นอาการที่เกี่ยวกับทางจิตใจ 15 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1-14 และข้อที่ 20 และเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางกายอีก 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 15-19 และข้อที่ 21 ให้ผู้ป่วยตอบเพื่อค้นหาอาการที่มีในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ ดังนี้

- 0 คะแนน ไม่เคย
- 1 คะแนน บางครั้ง
- 2 คะแนน บ่อยครั้ง
- 3 คะแนน เป็นประจำ

คะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งฉบับอยู่ระหว่าง 0-44 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงมีภาวะซึมเศร้าสูง คะแนนต่ำหมายถึงมีภาวะซึมเศร้าน้อย นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าออกได้ดังนี้

- 0-9 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า
- 10-15 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย
- 16-19 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง
- 20-29 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก
- 30-63 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

แบบประเมินฉบับนี้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญเรียบร้อยแล้ว และนำไปหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ Split-half reliability ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 และมีค่าความคงที่ภายใน (Internal consistency) เท่ากับ .91 (โสธรณี โหราสุทธิ และคณะ, 2540)

3. แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก ฉบับย่อ (SOC-13) พัฒนาขึ้น โดย Antonovsky (1987) เพื่อประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยในการมองชีวิต แปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2532) แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 7 ระดับ โดยมีข้อความที่เป็นบวก 8 ข้อ และข้อความที่เป็นลบ 5 ข้อ ตั้งแต่ 1 คือ ไม่เคยรู้สึกเลยจนถึง 7 คือ รู้สึกบ่อยมาก

แบบสอบถามทั้งฉบับมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 13 ถึง 91 คะแนน ผลรวมของคะแนนมากแสดงว่ามีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง ผลรวมคะแนนน้อยแสดงว่ามีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ

แบบสอบถามฉบับนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญ และนำไปทดสอบความเที่ยงในกลุ่มประชากรต่างๆ โดยมีค่าความเชื่อมั่นในเกณฑ์ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha reliability coefficient) ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลประจำการเท่ากับ .85 (สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2532) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเท่ากับ .72 (พรนภา หีบจินดา, 2557) และผู้ดูแลผู้ที่เป็นอัลไซเมอร์เท่ากับ .82 (Zhang, Vitaliano, Lutgendorf, Scanlan, & Savage, 2000)

4. แบบประเมินการรับรู้ภาวะเครียด (The Perceived Stress Scale) ใช้วัดการรับรู้ความเครียดในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 พัฒนาขึ้นโดย Cohen et al. (1983) ภายใต้กรอบแนวคิดความเครียดของ Lazarus and Folkman (1987) แปลเป็นภาษาไทยโดยโสภณ แสงอ่อน (Sangon, 2001) ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ จำนวนทั้งหมด 14 ข้อ เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับความรู้สึกใน 1 เดือนที่ผ่านมา ข้อคำถามแบ่งออกเป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 4, 5, 6, 7, 9, 10 และ 13 ที่เหลือเป็นข้อคำถามเชิงบวก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ	
0 คะแนน	4 คะแนน	ไม่เคย
1 คะแนน	3 คะแนน	แทบไม่เคย
2 คะแนน	2 คะแนน	บางครั้ง
3 คะแนน	1 คะแนน	บ่อย
4 คะแนน	0 คะแนน	บ่อยมาก

แบบสอบถามทั้งฉบับ มีคะแนนรวมไม่เกิน 56 คะแนน ผลรวมของคะแนนมากแสดงว่ามีความเครียดระดับสูง ผลรวมของคะแนนน้อยแสดงว่ามีความเครียดระดับต่ำ

แบบสอบถามฉบับนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญ และนำไปใช้ในประชากรหลายกลุ่ม โดยมีค่าความเชื่อมั่นครอนบาค (Cronbach's alpha reliability coefficient) ในกลุ่มผู้หญิงที่อาศัยในสหรัฐอเมริกา เท่ากับ .89 (Sangon, 2001) ผู้สูงอายุเท่ากับ .80 (กาญจนา พิบูลย์, 2551)

5. แบบประเมินการเผชิญความเครียด (Ways of coping) พัฒนาขึ้นโดย Carver, Scheie, and Weintraub (1989) แปลเป็นภาษาไทยโดย สุภาพรธรรม โคตรจรัส (2539) และระพีพรรณ ลาภา (2554) ได้ดัดแปลงเพื่อใช้ศึกษาการเผชิญความเครียด ในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ที่เกี่ยวข้องกับวิธีการเผชิญความเครียดของบุคคลว่ามีการใช้วิธีที่มีประสิทธิภาพ บ่อยเพียงใดแบ่งออกเป็น 2 แบบคือด้านมุ่งเน้นการแก้ปัญหา และด้านมุ่งเน้นอารมณ์ที่สนับสนุน

การแก้ปัญหาลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ ดังนี้

- 1 คะแนน ไม่เคยใช้วิธีนั้นในการแก้ปัญหาเลย
- 2 คะแนน ใช้วิธีการนั้นบางครั้ง
- 3 คะแนน ใช้วิธีการนั้นปานกลาง
- 4 คะแนน ใช้วิธีการนั้น เป็นส่วนมาก

แบบสอบถามทั้งฉบับมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20 - 80 คะแนน ผลรวมของคะแนนมาก หมายถึง ใช้วิธีการที่มีประสิทธิภาพในการเผชิญปัญหาเป็นส่วนมาก คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ใช้วิธีการที่มีประสิทธิภาพในการเผชิญปัญหาเป็นส่วนน้อย

แบบสอบถามฉบับนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดสอบความเที่ยงในกลุ่มประชากรที่หลากหลายและ มีค่าความเชื่อมั่นในเกณฑ์สัมพัทธ์ค่าความเชื่อมั่นครอนบาค (Cronbach's alpha reliability coefficient) ในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เท่ากับ .78 (ระพีพรรณ ลาภา, 2554)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เนื่องจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลก ฉบับย่อ แบบประเมินการรับรู้ภาวะเครียด และแบบวัดการเผชิญความเครียด ที่นำมาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหามาแล้ว ผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามมาใช้โดยไม่ได้อัดแปลงใดๆ ดังนั้นจึงไม่ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาอีก

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลกฉบับย่อ แบบประเมินการรับรู้ภาวะเครียด และแบบวัดการเผชิญความเครียด ไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Try out) ในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) โดยแบบสอบถามแต่ละฉบับมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคดังนี้

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า เท่ากับ .92

แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกฉบับย่อ เท่ากับ .82

แบบประเมินการรับรู้ภาวะเครียดเท่ากับ .85

แบบประเมินการเผชิญความเครียดเท่ากับ .90

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้นำเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยเสนอ คณะกรรมการพิจารณาคำนำจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หลังผ่านการพิจารณาเห็นชอบจึงดำเนินการวิจัยโดยในวันที่เก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียดในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ เชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จึงให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย อธิบายให้ทราบว่าในการศึกษาครั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการจะตอบ หรือต้องการจะออกจากกรเป็นการเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยตลอดเวลาจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้นกับการดูแลรักษา โดยข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้จะเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยสู่สาธารณชน โดยข้อมูลต่างๆจะถูกเก็บเป็นความลับมีเพียงผู้วิจัยคนเดียวเท่านั้นที่เข้าถึงข้อมูลได้ ผลการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ในทางการศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2558 ถึงเดือนกันยายนพ.ศ. 2558 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพนัสนิคม เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลพนัสนิคม พร้อมทั้งหัวหน้าตึกผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมการวิจัยโดยการสำรวจ จำนวนและรายชื่อผู้ที่ เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มาขึ้นทะเบียนรับบริการที่ตึกผู้ป่วยนอก และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยทำการศึกษาจากประวัติเวชระเบียนและการสัมภาษณ์

ขั้นดำเนินการ

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิก เบาหวาน โรงพยาบาลพนัสนิคมจังหวัดชลบุรีที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างด้วยการจับสลากแบบไม่คืนที่จากทะเบียนรายชื่อตามหมายเลขบัตรคิวของกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติ

ตามเกณฑ์ ถ้ากลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยก็ใช้วิธีการสุ่มจากรายชื่อที่เหลือต่อไป

2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ตามรายชื่อที่สุ่มได้และเชิญไปที่ห้องพักซึ่งเป็นสถานที่ที่ได้จัดเตรียมไว้ขณะที่กลุ่มตัวอย่างรอการตรวจจากแพทย์ สร้างสัมพันธภาพและแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษา ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการทำวิจัยพร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตลอดการดำเนินการวิจัย โดยชี้แจงให้ทราบว่าการเข้าร่วมในการวิจัยในครั้งนี้ ไม่มีการบังคับและไม่มีผลใด ๆ ต่อการเข้ารับการรักษาหรือการให้บริการอื่น ๆ ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา และข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูล

3. เมื่อผู้ที่เป็นเบหาวานยินยอมให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยได้อธิบายถึงวิธีตอบแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดภาวะซึมเศร้า แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก แบบประเมินการรับรู้ภาวะเครียด และแบบวัดการเผชิญปัญหา ตามลำดับ โดยในระหว่างการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยไม่ชี้นำคำตอบให้กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาประมาณ 45-50 นาทีต่อราย

4. เมื่อเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลใส่ซองเก็บไว้ในกล่องที่มิดชิด ก่อนนำข้อมูลทั้งหมดไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลนำมาแจกแจงความถี่ แสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียด การเผชิญความเครียด และภาวะซึมเศร้า ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)
3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบหาวานชนิดที่ 2 ด้วยวิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwiseregression analysis)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาอิทธิพลของความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียดและการเผชิญความเครียด ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้คือผู้ที่มารับบริการคลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี ในช่วงเดือน มิถุนายน-กันยายน พ.ศ. 2558 ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ และนำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบ การบรรยายและตาราง ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ภาวะซึมเศร้าของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

ตอนที่ 3 ความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียด การเผชิญความเครียด ของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

ตอนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า ของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน) (n=100)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	42	42.00
หญิง	58	58.00
อายุ		
20 - 29 ปี	2	2.00
30 - 39 ปี	13	13.00
40 - 49 ปี	29	29.00
50 - 60 ปี	56	56.00
$(\bar{X} = 48.59, SD = 8.19)$		
สถานะ		
โสด	17	17.00
คู่	69	69.00
หม้าย	4	4.00
หย่า	5	5.00
แยกกันอยู่	5	5.00
ระดับการศึกษา		
น้อยกว่าประถมศึกษา	8	8.00
ประถมศึกษา	51	51.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	15	15.00
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช.	11	11.00
อนุปริญญาหรือ ปวส. ปวท.	5	5.00
ปริญญาตรี	6	6.00
สูงกว่าปริญญาตรี	4	4.00

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน) (n=100)	ร้อยละ
อาชีพ		
รับจ้าง	48	48.00
ค้าขาย	20	20.00
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	9	9.00
เกษตรกรกรรม	8	8.00
ไม่มีงานทำ	6	6.00
อื่น ๆ ระบุ แม่บ้าน	9	9.00
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
ต่ำกว่า 1,000	3	3.00
1,001-3,000	3	3.00
3,001-5,000	11	11.00
5,001-7,000	16	16.00
7,001-10,000	31	31.00
มากกว่า 10,000	36	36.00
ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน		
1 - 5 ปี	60	60.00
6 - 10 ปี	27	27.00
11 - 15 ปี	5	5.00
16 - 20 ปี	6	6.00
21 ปี ขึ้นไป	2	2.00
$(\bar{X} = 6.07, SD = 6.26)$		
โรคร่วม		
ไม่มีโรคแทรกซ้อนร่วม	43	43.00
มีโรคแทรกซ้อนร่วม*	57	57.00

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน) (n=100)	ร้อยละ
1 โรค	49	85.96
2 โรคร่วมกัน	7	12.28
3 โรคร่วมกัน	1	1.76

หมายเหตุ * โรคร่วมที่พบคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไต

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 58 คน คิดเป็นร้อยละ 58.00 และเพศชาย 42 คน คิดเป็นร้อยละ 42.00 มีอายุเฉลี่ย 49 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพมีคู่ คิดเป็นร้อยละ 69.00 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 51.00 ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 48.00 รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่างมากกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 36.00 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานมานานเฉลี่ย 6 ปี มีโรคแทรกซ้อนร้อยละ 57.00 เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคแทรกซ้อน เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคแทรกซ้อนเพียงโรคเดียว คิดเป็นร้อยละ 85.96 มีโรคแทรกซ้อนสองโรคร่วมกันร้อยละ 12.28 มีโรคแทรกซ้อนสามโรคร่วมกันร้อยละ 1.76

ตอนที่ 2 ภาวะซึมเศร้าของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของคะแนนภาวะซึมเศร้า (n=100)

ระดับความรุนแรง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-9 คะแนน)	52	52.00
มีภาวะซึมเศร้า	48	48.00
ระดับเล็กน้อย (10-15 คะแนน)	26	26.00
ระดับปานกลาง (16-19 คะแนน)	10	10.00
ระดับมาก (20-29 คะแนน)	8	8.00
ระดับรุนแรง (30-63 คะแนน)	4	4.00

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.00 มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 10 มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก และระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 8 และร้อยละ 4 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตอนที่ 3 ลักษณะของความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียด การเผชิญความเครียดของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียด การเผชิญปัญหาของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 (n = 100)

ตัวแปรที่ศึกษา	Range			
	Possible	Actual	Mean	SD
ความเข้มแข็งในการมองโลก	13 - 91	31 - 91	65.93	12.57
ความเครียด	0 - 56	0 - 39	20.82	8.98
การเผชิญความเครียด	20 - 80	28 - 80	58.96	11.20
ด้านมุ่งเน้นการแก้ปัญหา	11 - 44	16 - 44	32.90	6.62
ด้านมุ่งเน้นการปรับอารมณ์ที่				
สนับสนุนการแก้ปัญหา	9 - 36	12 - 36	26.06	5.37

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีคะแนนอยู่ระหว่าง 31-91 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงคือ 65.93 (SD = 12.57) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเข้มแข็งในการมองโลกค่อนข้างสูง

ความเครียด จากคะแนนที่เป็นไปได้ 0-56 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดอยู่ระหว่าง 0-39 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.82 (SD = 8.98) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเครียดค่อนข้างต่ำ

การเผชิญความเครียด จากคะแนนที่เป็นไปได้ 20 - 80 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการเผชิญปัญหาอยู่ระหว่าง 28-80 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงคือ 58.96 (SD = 11.20) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเผชิญความเครียดค่อนข้างสูง โดยแบ่งออกเป็นใช้วิธีการมุ่งเน้นการแก้ปัญหาเฉลี่ย 32.90 (SD = 6.62) และแบบมุ่งเน้นอารมณ์ที่สนับสนุนการแก้ปัญหาเฉลี่ย 26.06 (SD = 5.37)

ตอนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งประกอบด้วยความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียด การเผชิญความเครียด โดยใช้สถิติการถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple regression analysis) แบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) โดยก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติของข้อมูลพบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติถดถอยแบบพหุคูณ ดังนี้

1. ตัวแปรทุกตัวมีการกระจายของข้อมูลแบบปกติ (Normal distribution) ทดสอบโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่าค่า p-value (Sig) ที่ได้มีค่ามากกว่า 0.05 จากการใช้กราฟ Scatter plot พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ดังนั้นจึงสรุปว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบปกติ

2. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง จากผลการทดสอบโดยใช้สถิติ ANOVA พบว่า ค่า p-value (Sig) ที่ได้มีค่าน้อยกว่า 0.05 นั่นคือ ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตาม

3. ค่าความคลาดเคลื่อนมีความแปรปรวนคงที่ ซึ่งทดสอบโดยพิจารณาจากการใช้กราฟ Scatter plot ที่พล็อตระหว่างค่า *ZPRED (ค่าพยากรณ์ที่ได้จากสมการแล้วแปลงเป็น Z-score) และค่า *RESID (ค่า Z-Score ของ error หรือส่วนต่างระหว่างค่าที่ประมาณการได้จากสมการถดถอยและค่าจริง) พบว่ามีการกระจายบริเวณค่าศูนย์

4. ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรเกณฑ์เป็นอิสระจากกัน (ไม่มี Autocorrelation) ทดสอบโดยใช้สถิติ Durbin-Watson ได้ค่าเท่ากับ 1.6 เมื่อเปรียบเทียบกับตารางขอบเขตค่า Durbin-Watson พบค่าที่ได้อยู่ในช่วงที่ไม่มีความสัมพันธ์ ซึ่งหมายความว่าค่าความคลาดเคลื่อนของทั้งสองตัวแปรเป็นอิสระจากกัน (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากุล, 2553)

5. ไม่มี Multivariate outliers ทดสอบโดยการใช้กราฟ Scatter plot ระหว่างค่า Y (ค่าตัวแปรที่ทำนายได้จากสมการถดถอย) กับค่าความคลาดเคลื่อนจากการทำนาย (หรือกราฟที่พล็อตระหว่างค่ามาตรฐานของค่าทั้งสอง) พบว่า ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อน

ในการ พยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์กระจายบริเวณค่าศูนย์

6. ตัวแปรอิสระทั้งหมดมีความเป็นอิสระต่อกัน (ไม่มี Multicollinearity) โดยทำการทดสอบด้วยการพิจารณาค่า Tolerance เข้าใกล้ศูนย์และค่า VIF ไม่เกิน 10 ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าค่า Tolerance ทั้ง 2 ตัวแปรเท่ากับ 0.62 และค่า VIF (Variance Inflation Factor) ทั้ง 2 ตัวแปรเท่ากับ 1.62 ซึ่งแสดงว่าตัวแปรทั้งหมดมีความเป็นอิสระต่อกัน (Multicollinearity) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลง

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก
ความเครียด การเผชิญความเครียด ต่อภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	1	2	3	4
1. ความเข้มแข็งในการมองโลก	1			
2. ความเครียด	-.62**	1		
3. การเผชิญความเครียด	-.17*	-.36**	1	
4. ภาวะซึมเศร้า	-.62**	0.52**	-.03	1

* = $p < .05$, ** = $p < .001$

จากตารางที่ 4 พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ($r = -0.62$) และความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ($r = 0.52$) ส่วนการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ภายหลังการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ ได้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณคงได้ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 5 ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

ลำดับการ เข้า สมการ	ตัวแปร	<i>b</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	R^2	R^2 change
1	ความเข้มแข็งในการมองโลก	-0.41	0.05	-0.62	-7.83**	0.39	0.39
2	ความเข้มแข็งในการมองโลก	-0.32	0.07	-0.48	-4.89**	0.42	0.03
	ความเครียด	0.21	0.09	0.22	2.25*		

Constant = 27.95; $R^2_{adj} = .40$; $R = .65$; $F = 34.47$; $p < .001$

* = $p < .05$, ** = $p < .001$

จากตารางที่ 5 พบว่า ตัวแปรทำนายที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้มากที่สุด คือ ความเข้มแข็งในการมองโลก ($\beta = -.48, p < .001$) และความเครียด ($\beta = .22, p < .05$) ตามลำดับ โดยพบว่าความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียด สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 42 ($R^2 = .42, p < .001$)

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวสามารถเขียนสมการทำนายภาวะซึมเศร้าได้ดังนี้

1. สมการในรูปคะแนนดิบ (Y)

ภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 = 27.95 - 0.32 (ความเข้มแข็งในการมองโลก) + 0.21(ความเครียด)

2. สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{ภาวะซึมเศร้า} = -0.48 (Z_{ความเข้มแข็งในการมองโลก}) + 0.22 (Z_{ความเครียด})$$

จากสมการข้างต้นอธิบายได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้า คือ ผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ ($\beta = -.48, p < .001$) ร่วมกับมีความเครียดในระดับสูง ($\beta = .22, p < .05$)

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียด และการเผชิญความเครียด ในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีรูปแบบการปรับตัวต่อภาวะเครียดของ Stuart (2013) และการทบทวนวรรณกรรมเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการคลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี จำนวน 100 ราย กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบง่าย ด้วยการจับสลากแบบไม่แทนที่จากรายชื่อผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินการรับรู้ความเครียด แบบประเมินการเผชิญความเครียด และแบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก ฉบับย่อ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเครื่องมือดังกล่าวไปวิเคราะห์หาความเที่ยงในกลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .90, .83, .90 และ .80 ตามลำดับ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficients) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ได้ผลการวิเคราะห์ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 100 คนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 58 และเพศชายคิดเป็นร้อยละ 42 มีอายุเฉลี่ย 49 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 69 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 51 ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 48 รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง มากกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 36 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เป็นเบาหวานอยู่ในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 60

เฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างเป็นเบาหวาน 6 ปี มีโรคแทรกซ้อนเพียงโรคเดียว คิดเป็นร้อยละ 85.96 มีโรคแทรกซ้อนสอง โรคร่วมกันร้อยละ 12.28 มีโรคแทรกซ้อนสามโรคร่วมกันร้อยละ 1.76

2. ภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 52 มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 48 โดยแบ่งเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยจำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 26 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 10 คน คิดเป็นร้อยละ 10 มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก 8 คน คิดเป็นร้อยละ 8 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง 4 คน คิดเป็นร้อยละ 4

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติสหสัมพันธ์พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้า ในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.52, p < .01$) ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.62, p < .01$) การเผชิญความเครียด มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก และความเครียดโดยสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ถึงร้อยละ 42.0 โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้ามากที่สุดในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 คือ ความเข้มแข็งในการมองโลก ($\beta = -.48, p < .001$) รองลงมาคือความเครียด ($\beta = .22, p < .05$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ความชุกและระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 48 ($\bar{X} = 17.98, SD = 6.67$) โดยแบ่งเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 26 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 10 มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก ร้อยละ 8 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 4 ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ วรทยา ทัดหล่อ (2554) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตชุมชนเมือง จังหวัดชลบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck พบว่า มีความชุกภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 75.2 โดยมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยร้อยละ 35.9 ระดับปานกลาง ร้อยละ 23.3 และระดับมาก ร้อยละ 16 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ จงลักษณ์ ทวีแก้ว และชนกพร จิตปัญญา (2558)

ที่พบว่าผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการในคลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีภาวะซิมเสร์่า ร้อยละ 48.7 ซึ่งการที่ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีภาวะซิมเสร์่าค่อนข้างสูง อาจเนื่องมาจากผู้ที่เป็นเบาหวาน ต้องมีการปรับตัวรับสภาพที่ตนเองเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง มีระยะเวลาการดำเนินโรคและการรักษาที่ยาวนาน มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพ และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ในทุก ๆ ระยะของโรค ผู้ที่เป็นเบาหวานจึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการปรับเปลี่ยน วิธีการดำเนินชีวิตในหลายด้าน เพื่อให้มีความเหมาะสมกับสภาพของโรคเบาหวาน รวมถึงต้องทำใจยอมรับสภาพร่างกายที่จะต้องเสื่อมโทรมลงตามระยะการดำเนินของโรค ผู้ที่เป็นเบาหวานอาจมองว่าการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ เป็นสิ่งที่มาคุกคามการดำเนินชีวิต ซึ่งส่งผลให้เกิดความเครียด และเกิดภาวะซิมเสร์่าตามมาได้ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะซิมเสร์่าสูงกว่าบุคคลทั่วไปถึง 2 เท่า (สิตานันท์ พูนผลทรัพย์, 2548; Anderson et al., 2007) เช่นเดียวกับในอีกหลายการศึกษาที่พบว่าผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีความชุกการเกิดภาวะซิมเสร์่าสูงถึงร้อยละ 20.8 - 28 (นันท์ชัตต์สันท์ สกุลพงษ์, 2554; ธิดิพันธ์ ธานีรัตน์, 2551) โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นโรคเบาหวานมานานเฉลี่ย 6 ปี และยังพบมีโรคร่วมร้อยละ 57.00 ซึ่งการมีโรคร่วมจะทำให้ผู้ที่เป็นเบาหวานมีความยุ่งยากมากขึ้นในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ที่เป็นเบาหวานเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ เกิดความคิดในแง่ลบต่อภาวะสุขภาพตนเองซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดภาวะซิมเสร์่าในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑารัตน์ บุญวัฒน์ (2551) ที่พบว่าจำนวน โรคร่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซิมเสร์่าในผู้ที่เป็นเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นเดียวกับการศึกษาของ วรทยา ทัดหล่อ (2554) ที่พบว่าจำนวน โรคร่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซิมเสร์่า และสามารถร่วมกันทำนายภาวะซิมเสร์่าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 77 อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58) ซึ่งผู้หญิงเป็นเพศที่มีแนวโน้มมีภาวะซิมเสร์่า จากการศึกษาของ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, วรรณชนก จันทชุม, ศิริพร จิรวัดณ์กุล และอัจฉรา จรัสสิงห์ (2553) พบว่า เพศหญิงมีโอกาสเกิดโรคซิมเสร์่ามากกว่าเพศชายประมาณ 1.9 เท่า ซึ่งจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีภาวะซิมเสร์่าค่อนข้างสูง

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซิมเสร์่าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าความเข้มแข็งในการมองโลก และความเครียดสามารถร่วมกันทำนายภาวะซิมเสร์่าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซิมเสร์่ามากที่สุดเรียงตามน้ำหนักสัมประสิทธิ์ การถดถอยจากมากไปน้อย คือความเข้มแข็งในการมองโลก ($\beta = -.48, p < .001$) และความเครียด ($\beta = .22, p < .05$) โดยสามารถร่วมกันทำนายภาวะซิมเสร์่าใน

ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 41.5 ส่วนการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเสรัอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งขนาดของความสัมพันธ์และอิทธิพลของแต่ละตัวแปรสามารถอภิปรายได้ดังนี้

2.1 ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซิมเสรัามากที่สุด ($\beta = -.48, p < .001$) อธิบายได้ว่าความเข้มแข็งในการมองโลก ซึ่งภายใต้กรอบแนวคิดของ Stuart (Stuart's Stress Adaptation Model: [SSAM], Stuart, 2013) ถือเป็นปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ที่มีอยู่ในตัวของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลสามารถผ่านความยุ่งยากสับสน ความล้มเหลวและความเจ็บปวดได้ มีการควบคุมจัดการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม (Antonovsky, 1982) ในผู้ที่เป็นเบาหวานนั้นกล่าวได้ว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน ชะลอความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย ป้องกันการเกิดความพิการ (เทพ หิมะทองคำ, 2554) ซึ่งถ้าผู้ที่เป็นเบาหวานมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงก็จะสามารถจัดการกับสถานการณ์ยุ่งยากต่างๆ และมีการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมโรคเบาหวานได้อย่างดี ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Ahola (2010) ที่พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่เป็นเบาหวาน โดยผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดน้อยกว่า 7.5 และเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานน้อยลง ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ จินดาวรรณ อุดมพัฒนากร (2539) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะมีการปรับตัวต่อภาวะของโรคได้ดี และการศึกษาของ จันทนา เศษะฤห (2540) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะมีความสุขในชีวิตมากกว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ จะเห็นได้ว่าความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นปัจจัยนำภายในตัวบุคคลที่ช่วยให้ผู้ที่เป็นเบาหวาน สามารถจัดการกับความเจ็บป่วยได้ดีซึ่งถ้าผู้ที่เป็นเบาหวานสามารถควบคุมโรคและภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานได้ จะส่งผลให้ผู้ที่เป็นเบาหวานมีความภาคภูมิใจในตนเอง และไม่มีภาวะซิมเสรั เช่นเดียวกับการศึกษาของ Büchi et al. (1998) พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซิมเสรั ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ โดยในผู้ป่วยรูมาตอยด์ ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ มีความชุกภาวะการเกิดภาวะซิมเสรัเพิ่มขึ้น ดังนั้นความเข้มแข็งในการมองโลกจึงถือเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อภาวะซิมเสรั

2.2 ความเครียด เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ($\beta = .22, p < .05$) ซึ่งภายใต้กรอบแนวคิดของ Stuart (2013) อธิบายได้ว่าความเครียดเป็นปัจจัยกระตุ้น (Precipitating Factors) ที่บุคคลรับรู้ว่าเป็นสิ่งท้าทาย/ คุกคาม ซึ่งมีอิทธิพลมากพอที่จะทำให้บุคคลใช้พลังงานมาก ทำให้เกิดความตึงเครียด (Stuart, 2013) ซึ่งอาจก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีหรือไม่ดีก็ได้ โดยในผู้ที่เป็นเบาหวานนั้นต้องเผชิญกับความยุ่งยาก ซ้ำซ้อน การเปลี่ยนแปลงและความไม่แน่นอนของโรคเบาหวานอยู่ตลอดเวลา เนื่องจากเบาหวานยังไม่สามารถรักษาได้หายขาด ผู้ที่เป็นเบาหวานจะต้องคอยดูแลตนเองตลอดเวลา มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ต้องควบคุมดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องในทุก ๆ วัน และยังคงฝึบบังคับใจตนเองในการรับประทานอาหารที่ตนเองชอบ ส่งผลให้เกิดความเครียดในระดับสูงและเรื้อรัง ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นไปได้ยากขึ้น (ภวานา กิริติยุตวงศ์, 2544) เช่นเดียวกับในการศึกษาของ สมชาย ธรรมเทอดไทย (2551) ที่พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ จิราพร เดชมา และคณะ (2556) ที่พบว่าความเครียดเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทและการเกิดแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวาน ซึ่งจะเห็นได้ว่าความเครียดเป็นปัจจัยกระตุ้นที่สามารถทำให้อาการของโรคเบาหวานทวีความรุนแรงขึ้นและหากผู้ที่เป็นเบาหวานมีความเครียดสูง มักจะมีการรับรู้ในคุณค่าตนเองลดต่ำลง ขาดความมั่นใจและความภาคภูมิใจในตนเอง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา จากการศึกษาของ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย และคณะ (2551) พบว่า ผู้ที่ได้ประสบกับเหตุการณ์ความเครียดในช่วง 1 ปี จะมีภาวะซึมเศร้า เช่นเดียวกับการศึกษาของ อติรัตน์ วัฒนไพลิน และคณะ (2554) ที่พบว่าสถานการณ์ความเครียดโดยทั่วไป ความเครียดที่รุนแรงและหลีกเลี่ยงไม่ได้มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งความเครียดที่คงอยู่เป็นระยะเวลาที่ยาวนาน เรื้อรัง จะทำให้ผู้ที่เป็นเบาหวานรู้สึกเหนื่อยหน่าย มองตนเองไร้ค่า เกิดความคิดแง่ลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต (Beck, 1967) ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ดังนั้นความเครียดจึงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

2.3 การเผชิญความเครียด ผลการศึกษาพบว่าการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับความเครียด ($r = -.36, p < .01$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($r = -.03$) ซึ่งการที่การเผชิญความเครียดสัมพันธ์กับความเครียดนั้น เป็นไปตามกรอบแนวคิดของ Stuart (2013) ที่กล่าวว่าเมื่อบุคคลเกิดความเครียดขึ้น จะพยายามปรับตัวเพื่อให้ผ่านพ้นความเครียดโดยใช้กลไกการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ทั้งในส่วนของการเผชิญปัญหาและการใช้อารมณ์ ซึ่งเมื่อบุคคลสามารถเผชิญความเครียดได้เป็นอย่างดี ก็จะไม่เกิดปัญหาสุขภาพจิตแสดงให้เห็นว่า

เมื่อบุคคลมีความเครียดสูงจะพยายามปรับตัวโดยใช้การเผชิญความเครียดเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม การเผชิญความเครียดไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนมาก เป็นผู้ใหญ่ตอนปลาย มีสถานภาพสมรสคู่ จึงมีที่ปรึกษาหรือระบายความเครียด ซึ่ง Beck (1995, อ้างถึงใน คาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2555) พบว่า การได้ระบายออกทางความคิดอย่างเหมาะสม จะทำให้อารมณ์และความรู้สึกหดหู่ ซึมเศร้าลดลง ทั้งนี้คู่สมรสและครอบครัวอาจให้ความช่วยเหลือดูแล สนับสนุนผู้ที่เป็นเบาหวานเป็นอย่างดี ซึ่งจากการศึกษาของ rophepphonn (2554) พบว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม จะมีแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้าต่ำ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย จึงทำให้มีการคิดแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความสามารถในการจัดหาแหล่งทรัพยากรในด้านการให้คำปรึกษา และทางด้านวัตถุ เช่นทรัพย์สิน เงินทองหรือสิ่งของต่าง ๆ ที่สามารถใช้ในการจัดการกับปัญหา อีกทางหนึ่ง ดังนั้นการเผชิญความเครียด จึงไม่สามารถทำนายการเกิดภาวะภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ดังต่อไปนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ผลที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการออกแบบกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก หรือเสริมสร้างทักษะการจัดการกับความเครียด เพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2
2. จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ควรมีการตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกราย และควรมีการติดตามกลุ่มที่มีความเสี่ยงเป็นระยะ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงต่อไป

ด้านการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะแตกต่างกันมากเพียงพอต่อการนำไปอ้างอิงยังกลุ่มประชากรให้ได้มากยิ่งขึ้น
2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมลดภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวาน โดยเน้นการส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกและทักษะการจัดการกับความเครียด เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวาน

บรรณานุกรม

- กนกพร สุคำว้าง.(2540).แบบจำลองเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม.
คุณฉวีนิพนธ์พยาบาลศาสตรคุณฉวีบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. (2543). ความเข้มแข็งในการมองโลกกับสุขภาพและเครื่องมือในการวัด.
วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 8(1), 12-21.
- กาญจนา พิบูลย์. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. ชลบุรี:
มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กรมสุขภาพจิต. (2541). คู่มือคลายเครียด (พิมพ์ครั้งที่ 5).กรุงเทพฯ: สยาม เอ็มแอนด์บี พับลิชชิง.
- กรมสุขภาพจิต. (2546). คู่มือความฉลาดทางอารมณ์ (พิมพ์ครั้งที่ 6).นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมชน
สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- เกษม ต้นดิผลาชีวะ. (2545). อาการและการบำบัด โรคจิต โรคประสาท (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี:
สนุกอ่าน.
- จงลักษณ์ ทวีแก้วและ ชนกพร จิตปัญญา.(2558). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม
การจัดการตนเอง การเผชิญปัญหา ความร่วมมือในการใช้ยา กับภาวะซึมเศร้าใน ผู้ป่วย
เบาหวานชนิดที่ 2. วารสารกิจการุณย์, 22(2) ,107-121.
- จินดาวรรณ อุดมพัฒนากร. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกและการ
ปรับตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทนา เตชะถฤห. (2540). ความหวัง ความเข้มแข็งในการมองโลกและความผาสุกในชีวิต ของ
ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา
การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จำลอง ดิษยาณิช และพริ้มเพรา ดิษยาณิช. (2545). ความเครียด ความวิตกกังวล สุขภาพ. เชียงใหม่:
แสงศิลป์.
- จิราพร เดชมา, วนิตา คุรงค์ฤทธิชัย และวิชุดา กิจจรธรรม. (2556). การศึกษาปัจจัยทำนาย
ภาวะแทรกซ้อนให้ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนภายใต้ทฤษฎีการพยาบาลของคิง.
วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 27(2), 63-80.

- จุฑารัตน์ บุญวัฒน์. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชูชีพ โพชะจา. (2550). ผลการใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลลี จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชัชลิต รัตตสาร. (2556). การระบาดของโรคเบาหวานและผลกระทบที่มีต่อประเทศไทย. เข้าถึงได้จาก www.novonordisk.com
- ดาราวรรณ ตะปินตา. (2555). ภาวะซึมเศร้า: การบำบัดและการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม. เชียงใหม่: วนิตการพิมพ์.
- เทพ หิมะทองคำ, รัชตะ นาวิณ, และธิดา นิงสานนท์. (2554). ความรู้เรื่องเบาหวาน ฉบับสมบูรณ์ (พิมพ์ครั้งที่ 11). กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.
- เทพ หิมะทองคำ. (2554). เบาหวานฉบับเทพ. กรุงเทพฯ: พีเพิลมีเดีย.
- ธรณินทร์ กองสุข. (บรรณาธิการ). (2550). โรคซึมเศร้าองค์ความรู้จากการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท.
- ธรณินทร์ กองสุข, พิเชฐ อุดมรัตน์, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, มาโนช หล่อตระกูล, ณรงค์ มณีทอง, นันทวัช ลิทธิรักษ์. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มารับบริการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 5 แห่ง ปี 2549. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 53, 61-68.
- ธิตพันธ์ ธานีรัตน์. (2551). ความชุกของภาวะซึมเศร้าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก คลินิกต่อมไร้ท่อ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันท์ชดสัณห์ สกกุลพงศ์. (2554). ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน, วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- นัชชา เลื่อยโรสง. (2554). ความเครียด การประเมินผลกระทบ และวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคสะเทือนเงิน. วารสารวิทยบริการ, 22(3), 83-87
- แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2557: ศรีเมืองการพิมพ์.

- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากุล. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5).
กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- ประอรทิพย์ สุทธิสาร. (2550). *ภาวะซึมเศร้าและบริบทของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวาน
โรงพยาบาลหนองคาย. การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาสาธารณสุข, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- ประสาร เปรมะสกุล. (2550). *เบาหวานรู้จริงจะเบาใจ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.
- พรนภา หีบจินดา. (2557). ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต
ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการรักษา. *วารสารโรคมะเร็ง*, 34(2), 92-103.
- พรทิพย์ ชุ่นอื้อ. (2547). *ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน: กรณีศึกษาผู้มารับ
บริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลตรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.*
- พีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย, นันทิการ ทวีชาชาติ และสมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์. (2551). ความสัมพันธ์
ระหว่างปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้าไทย:
กรณีศึกษาโดยมีกลุ่มควบคุมแบบจับคู่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 53,
69-80.
- เพียงดาว จุลบาท. (2551). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของ
ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยคริสเตียน.*
- ไพบุลย์ จาดูรบัญญา. (2551). *เบาหวานกับการรักษาตนเอง* (พิมพ์ครั้งที่ 14). กรุงเทพฯ:
รวมวรรณคดี.
- ภาวนา กิริติยุดวงศ์. (2544). *การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน: มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล
(พิมพ์ครั้งที่ 2). ชลบุรี: พี.เพรส.*
- มรกต สิทธิขันแก้ว, นงลักษณ์ จินตนาดิกล, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม และอติตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง.
(2012). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงก่อนความเครียดและอาการซึมเศร้าใน
วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย. *Journal of Nursing Science*, 30(3), 25-35.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2552). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 3).
กรุงเทพฯ: บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.

- มานิต ศรีสุรภานนท์ และไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร. (2542). โรคอารมณ์แปรปรวน. ใน: มานิต ศรีสุรภานนท์และจำลอง ดิษยาณิข, บรรณาธิการ. *ตำราจิตเวชศาสตร์*. เชียงใหม่. แสงศิลป์
- เยาวเรศ สมทรัพย์. (2543). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสงขลา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- รัชดา ไชโยธา. (2543). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อภายในปัจจัยควบคุมภายในและภายนอกกับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ถูกคุมประพฤติในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ระพีพรรณ ลาภา. (2554). *ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตจังหวัดปทุมธานี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ลักขณา สรีวัฒน์. (2549). *จิตวิทยาในชีวิตประจำวัน (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- วรรณวิไล ชุ่มภิรมย์. (2547). *รายงานการวิจัย เรื่อง ความเครียดและวิธีจัดการกับความเครียดของบุคลากรคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วราภรณ์ ตระกูลสฤษดิ์. (2545). *จิตวิทยาการปรับตัว (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.
- วันเพ็ญ โอพาริกชาติ. (2547). *ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วันทนา สิริชาติ. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะนิสัยการคิดวิพากษ์กับพฤติกรรมการเผชิญปัญหา การรับรู้ความสามารถแห่งตน และพฤติกรรมกรกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมของนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิมลรัตน์ จงเจริญ, วันดี คหะวงศ์, และอังศุมา อภิชาติ. (2551). รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *สงขลานครินทร์ เวชสาร*, 26(1), 71-84.

- วรัทยา ทัดหล่อ. (2554). *ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตชุมชนเมือง จังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สิตานันท์ พูนผลทรัพย์. (2548). ภาวะซึมเศร้ากับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารศรีนครินทร์วิโรฒ, 1*, 17-25.
- สมจิต หนูเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติ และพรรณวดี พุดวัฒนะ. (2532). สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ความเข้มแข็งในการมองโลก และการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิตของอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัย. *วารสารพยาบาล, 38*, 169-190.
- สมชาย ครุฑเทอดไทย. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับน้ำตาลในเลือด ของประชาชนในเขตตำบลท่าตลาด อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม. *วารสารสาธารณสุขล้านนา, 4*(2), 184-194
- สุภาพรรณ โครตจรัส. (2539). *ความเครียด และการบริหารความเครียด เทคนิคทางจิตวิทยาในการพัฒนาคุณภาพคน*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปีของสมาคมจิตวิทยาแห่งประเทศไทย 2539. กรุงเทพฯ: สมาคมจิตวิทยาแห่งประเทศไทย.
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. (2557). *การทบทวนวรรณกรรม: สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. นนทบุรี: อาร์ตควอลิไฟท์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. *โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวงทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน สรุปรายงานผลการคัดกรองเบาหวานความดันโลหิตสูง*. รายงาน NCD1 ปีงบประมาณ 2554.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2555). *รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552*. นนทบุรี: เดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. (2556). *รายงานประจำปี 2556*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2548). *ตำราจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, วรณชนก จันทชุม, ศิริพร จิรวัดน์กุล และอัจฉรา จรัสสิงห์. (2553). ความแตกต่างทางเพศภาวะ ปัจจัยประชากรทางสังคมที่เสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 55*(4), 337-346.

- สุทินศรีอัญญาพร. (2548). การแบ่งชนิดและพยาธิกำเนิดของโรคเบาหวานในสุทินศรีอัญญาพร, วรรณนิชยานันท์, บรรณาธิการ. *โรคเบาหวาน Diabetes Mellitus*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สายนาท พลไชโย. (2543). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุ อัมพาตครึ่งซีกในโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สายฝน เอกวางกูร. (2553). *รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โสธรณี โหราสุทธิ์, ศิริพงษ์โพธิ์ศักดิ์ และแจก แกนเดอร์. (2540). Thai version of the Beck Depression Inventory (BDI). *วารสารสวนปรุง*, 13(1), 22-28.
- สวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2544). *แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. พิษณุโลก: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อติรัตน์ วัฒนไพลิน, ลลนา ประทุม และยาใจ สิทธิมงคล. (2554). ผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น. *Journal of Nursing Science*, 9(Supp 12), 39-47
- อภิญา จำปามูล. (2534). *การตรวจสอบความตรงของการวินิจฉัยการพยาบาลในคลินิก การเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพของบุคคล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรอุษา ปัดจันทร. (2549). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน*. มหาสารคาม: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: ธนาพรส.
- อัสมาฏ์ โต๊ะพา. (2550). *โครงการสายใยชุมชนใส่ใจผู้ป่วยโรคเรื้อรัง: นวัตกรรมบริการปฐมภูมิในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง*. เข้าถึงได้จาก <http://www.pcuinnovation.com/pcu/407>
- American Diabetes Association.(2014). Standard of medical care in diabetes 2014. *Diabetes Care*, 37(Suppl 1), S14-S80.
- Anderson. R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E., & Lustman. P. J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. *Diabetes Care*, 24(6), 1069-1078.

- Anderson, J., Goebel-Fabbri, A., & Jacobson, A. M. (2004). Behavioral research and psychological issues in diabetes: Progress and prospects. In Kahn, C. R., Weir, G. C., & King, G. L. (Eds.). *Joslin's Diabetes Mellitu*. (14th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Antonovsky, A. (1982). *Health, stress, and coping*. California: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage STRESS*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- American Diabetes Association [ADA]. (2013). Standards of medical care in diabetes 2013. *Diabetes Care*, 36(Suppl 1), S11-66.
- American Diabetes Association. *Fast Facts Data and Statistics about Diabetes*. Revised 3/2013
- Ahola, A. J., Saraheimo, M., Forsblom, C., Hietala, K., Groop, P. H. (2010). The cross-sectional associations between sense of coherence and diabetic microvascular complications, glycaemic control, and patients conceptions of type 1 diabetes. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 142.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hoeber Medical Division.
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. (2nd ed.). Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.
- Büchi, S., Sensky, T., Allard, S., Stoll, T., Schnyder, U., Klaghofer, R., & Buddeberg, C. (1998). Sense of coherence a protective factor for depression in rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology*, 25(5), 869-875.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, I. K. (1989). Asserting coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Cohen, S., Mermelstein, R., & Kamarck, T. (1983) A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 384-396.
- Cox, D. J. (1984). "The Relationship between Psychological Stress and Insulin Dependent Diabetic Blood Glucose Control: Preliminary Investigation". *Health Psychology*, 3(1), 63-75.

- Demers, R. Y. (1989). Glycosylated hemoglobin levels and self report stress in adult with diabetes. *Behavioral Medicine, 15*(4), 167-172.
- Dimatteo, M., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: Meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med, 160*(14), 2101-2107.
- Egede, L. F., Zheng, D., & Simpon, K. (2002). Comorbid depression is associated with increased health care use and expenditures in individuals with diabetes. *Diabetes Care, 25*(3), 464-470.
- Fisher, L., Chelia, C. A., Mullan, J. T., Skaff, M. M., & Kanter, R. A. (2001). Contributors to depression in Latino and European-American patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care, 24*(10), 1751-1757.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *J Pers Soc Psychol. Ma, 50*(3), 571-9.
- Fowler, M. J. (2010). Clinical diabetes. *Diabetes foundation, Diabetes: Magnitude and Mechanisms, 28*(1), 42-46.
- Francisco, J., & Cardiel, H. (2001). Risk factors associated with depression in patients with type 2 diabetes mellitus. *Archives of Medical Research, 33*, 53-60.
- Gottberg, K., Einarsson, U., Fredrikson, S., Von Koch, L., & Holmqvist, L. W. (2007). A population-based study of depressive symptoms in multiple sclerosis in Stockholm county: association with functioning and sense of coherence. *J Neurol Neurosurg Psychiatry, 78*(1), 60-65.
- Gross, R. (2005). Depression and glycemic control in hispanic primary care patients with diabetes. *General Internal Medicine. 20*, 460-466.
- International Diabetes Federation [IDF]. (2013). *Guideline: Self-monitoring of blood glucose in non-insulin treated type 2 diabetes*. Retrieved from. <http://www.idf.org/>
- Johannes, A. C., & Judora, J. S. (1997). *Major Depression: A breakdown in sense of coherence. Psychological Reports, 80*, 1211-1220.
- Karlsson Holmes and Lang. (2004). Association of Depression with Complications of Diabetic Pregnancy: A Retrospective Analysis. *Journal of clinical Psychology in Medical Settings 11*, 49-50.

- Katon, W. J. (2005). The association of comorbid depression with mortality in patients with Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 28(11), 2668-2672.
- Katon, W. J. (2009). Depression and diabetes: Factors associated with major depression at five-year follow-up. *Psychosomatics*, 50, 570-579.
- Knol, M. J., Twisk, J. W., Beekman, A. T., Heine, R. J., Snoek, F. J., & Pouwer, F. (2006). Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus: A meta-analysis. *Diabetologia*, 49(5), 837-845.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, coping*. New York: Springer.
- Lerman, I. (2004). Psychosocial factors associated with poor diabetes self-care management in a specialized center in Mexico city. *Biomed Phar*, 58, 566-70.
- Ludman, E. J., Katon, W., Russo, J., Von, K. M., Simon, G., & Ciechanowski, P. (2004). Depression and diabetes symptom burden. *Gen Hosp Psychiatry*, 26, 430-436.
- Lerman, I. (2005). Adherence to treatment: the key for avoiding long-term complications of diabetes. *Arch Med Res*, 36(3), 300-306.
- Leksell, J. K., Sandberg, G. E., & Wikblad, K. F. (2005). Self perceived health and self-care among diabetic subjects with defective vision: a comparison between subjects with threat of blindness and blind subjects. *JDM Compli*, 19, 54-9.
- Lundman, B., & Norberg, A. (1993). The significance of sense of coherence for subjective health in persons with insulin dependent diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 18(3), 381-386.
- Rao, U. (2006). *Links between depression and substance abuse in adolescents: Neurobiological mechanisms*. *American Journal of Preventive Medicine*, 31, 161-174.
- Quinn, L. (2001). Type 2 diabetes: Epidemiology, pathology, and diagnosis. In L. Quinn (Ed.), *The nursing clinics of north america: Diabetes: A practical approach* (pp.175-192). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Santiprabhob, J. (2007). Etiology and glycemic control among Thai children and adolescents with diabetes mellitus, *J Med Assoc Thai*, 90(8), 1608-1615.
- Sangon, S. (2001). *Predictors of depression Thai women*. Unpublished Ph.D. Dissertation The University of Michigan, Michigan.

- Sacks, D. A. (2012). Diabetes care. *Frequency of gestational diabetes mellitus at collaborating centers Based on IADPSG Consensus Panel-Recommended Criteria*, 35, 526-528.
- Stuart, G. W. (2013). *Principles and practice of psychiatric nursing*. China: Elsevier Mosby.
- Stuart, G. W, & Sundeen, S. J, (1991), *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (4th ed.). St. Louis: Mosby Year Book.
- The Emerging Risk Factors Collaboration.(2011).Diabetes mellitus, fasting glucose, and risk of cause-specific death. *NEngl J*, 364, 829-841.
- Thorndike, R. M. (1978).*Correlation procedures for research*. New York: Gardner Press.
- Veselska, Z. Geckova,A. M. Orosova, O., Gajdosova,B., van Dijk, J. P., Reijneveld, S. A. (2009). Self- esteem and resilience: The connection with risky behavior among adolescents. *Addictive Behaviors*, 34, 287-291.
- World Health Organization [WHO]. (2013). *Diabetes*. Retrieved from <http://www.Who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/diabetes/en/>
- Zhang, J., Vitaliano, P. P., Lutgendorf, S. K., Scanlan, J. M., & Savage. M. V. (2001). Sense of coherence buffers relationships of chronic stress with fasting glucose levels. *J Behav Med*, 24(1), 33-55.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นคำตอบและเติมข้อความลงในช่องว่างแต่ละข้อตามความเป็นจริงให้ครบทุกข้อ

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส () โสด () คู่ () หม้าย
() หย่า () แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา
() น้อยกว่าประถมศึกษา
() ประถมศึกษา () มัธยมศึกษาตอนต้น
() มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)
() อนุปริญญา หรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส., ปวท.)
()ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ
() รับจ้าง () ค้าขาย
() รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ () เกษตรกรรม
() ไม่มีงานทำ () อื่น ๆ ระบุ.....
6. รายได้ของครอบครัว
() ต่ำกว่า 1,000 บาท () 1,001 – 3,000 บาท
() 3,001 – 5,000 บาท () 5,001 - 7,000 บาท
() 7,001 – 10,000 บาท () มากกว่า 10,000 บาท
7. ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวาน.....ปี
8. ท่านมีโรคแทรกซ้อนเหล่านี้หรือไม่
8.1 ความดันโลหิตสูง () มี () ไม่มี
8.2 โรคหัวใจ () มี () ไม่มี
8.3 โรคไต () มี () ไม่มี
8.4 อื่นๆ ระบุ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI (Beck Depression Inventory)

คำชี้แจง แบบสอบถามต่อไปนี้เป็นแบบสอบถามความรู้สึกในปัจจุบันของท่าน ลักษณะแบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อความที่จะใช้บรรยายความรู้สึกของท่าน จำนวน 21 ข้อ โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องด้านขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียว และกรุณาตอบคำถามทุกข้อ ข้อความแต่ละข้อ ไม่มีคำตอบที่ถูกต้องหรือผิดจึงไม่ควรใช้เวลาในการพิจารณาคำตอบนานเกินไป

ความรู้สึกในขณะนี้	เป็นประจำ (3คะแนน)	บ่อยครั้ง (2คะแนน)	บางครั้ง (1คะแนน)	ไม่เคย (0คะแนน)
1.ฉันรู้สึกเศร้า				
2.ฉันหมดกำลังใจ				
3.ฉันรู้สึกคล้ายคนล้มเหลว				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
19.น้ำหนักฉันลดลงกว่าปกติ				
20.ฉันกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย ของฉัน				
21.ฉันสนใจเรื่องเพศน้อยลง				

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก ฉบับย่อ

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ เป็นการสอบถามการมองชีวิตในแง่มุมต่างๆ ของท่าน ในแต่ละข้อคำถาม จะมีตัวเลขให้ท่านเลือก ตั้งแต่ 1 ถึง 7 เรียงตามลำดับ โดยที่ตำแหน่งเลข 1 และเลข 7 จะมีข้อความที่บ่งบอกลักษณะตรงกันข้าม ส่วนตัวเลขตรงกลางจาก 2 ถึง 6 จะบ่งบอกถึงความมากน้อยของความรู้สึกนึกคิดโดยอาศัยข้อความในตำแหน่งเลข 1 และ 7 เป็นหลัก โปรดทำเครื่องหมาย ○ ล้อมตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงหมายเลขเดียวในแต่ละข้อ และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

1. ท่านมีความรู้สึกที่ท่านไม่สนใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นรอบๆ ตัวท่านบ่อยเพียงใด

1	2	3	4	5	6	7
ไม่เคยรู้สึกเลย						รู้สึกว่าเป็นเช่นนั้นบ่อย

2. ในอดีตที่ผ่านมาท่านเคยพบกับความแปลกใจ ในการกระทำของบุคคล ซึ่งท่านคิดว่าท่านรู้จักเขา เป็นอย่างดีบ้างหรือไม่

1	2	3	4	5	6	7
ไม่เคยพบเลย						เคยพบอยู่เสมอ

3. ท่านรู้สึกบ้างไหมว่าคนที่ท่านไว้ใจ ทำให้ท่านต้องผิดหวัง

1	2	3	4	5	6	7
ไม่เคยรู้สึกเลย						เคยรู้สึกอยู่เสมอ

13. ท่านมีความรู้สึกไม่แน่ใจว่า ท่านจะควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตได้บ่อยแค่ไหน

1	2	3	4	5	6	7
บ่อยมาก						น้อยมากหรือไม่มีเลย

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ความเครียด

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นการถามเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดของท่านระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาในแต่ละข้อคำถามให้ท่านเลือกตอบคำถามที่ตรงกับความรู้สึก และความคิดของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

- 0 = ไม่เคย หมายถึง ท่านไม่เคยเกิดความรู้สึกนั้นเลย
- 1 = เกือบไม่เคยหรือแทบไม่เคย หมายถึง ท่านเกิดความรู้สึกนั้นประมาณ 1-3 ครั้งใน 1 เดือน
- 2 = บางครั้ง หมายถึง ท่านเกิดความรู้สึกนั้นอาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง
- 3 = บ่อย หมายถึง ท่านเกิดความรู้สึกนั้นอาทิตย์ละ 3-4 ครั้ง
- 4 = บ่อยมาก หมายถึง ท่านเกิดความรู้สึกนั้นเป็นประจำทุกวัน

ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

ข้อความ	ไม่เคย (0)	แทบไม่ เคย (1)	บางครั้ง (2)	บ่อย (3)	บ่อย มาก (4)	สำหรับ ผู้วิจัย
1.ท่านรู้สึกอารมณ์เสียกับเรื่องที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด						
2.ท่านรู้สึกว่าไม่สามารถจัดการกับเรื่องที่มีความสำคัญในชีวิตได้						
3.ท่านรู้สึกวิตกกังวลและเครียด						
.						
.						
.						
12.ท่านหมกมุ่นถึงเรื่องที่ท่านต้องการทำให้สำเร็จ						
13.ท่านสามารถควบคุมการใช้เวลาของท่านได้						
14.ท่านรู้สึกว่า มีความยากลำบากมากเกินไปกว่าที่ท่านจะสามารถเอาชนะกับปัญหาของท่านได้						

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการเผชิญความเครียด

คำชี้แจง เมื่อท่านอยู่ในสถานการณ์ที่เป็นปัญหา ซึ่งยากต่อการตัดสินใจท่านย่อมมีวิธีการหลายอย่างในการปฏิบัติเพื่อลดความไม่สบายใจของท่าน ขอให้ท่านคิดถึงสิ่งที่ท่านมักจะทำเสมอเมื่อท่านเผชิญปัญหา และตอบคำถามต่อไปนี้ โดยใช้เครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ตรงกับการกระทำของท่านมากที่สุด ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด ดังนั้นโปรดเลือกตอบด้วยความสบายใจตามเกณฑ์การเลือกตอบดังนี้

มาก	หมายถึง	ท่านทำเช่นนั้นแทบทุกครั้ง
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านทำเช่นนั้นหลายครั้ง
เล็กน้อย	หมายถึง	ท่านเคยทำเช่นนั้นแต่น้อยครั้ง
ไม่เคยเลย	หมายถึง	ท่านไม่เคยทำเช่นนั้นเลย

เมื่อพบเหตุการณ์ยุ่งยากฉันมักจะ.....

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ			
	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เคยเลย
1.พยายามแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น				
2.หากำลังใจจากคนรอบข้าง				
3.ลงมือแก้ปัญหาเพื่อให้สถานการณ์ดีขึ้น				
.				
.				
.				
.				
.				
18.รอเวลาและโอกาสที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาอื่นๆ				
19.ปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่สามารถช่วยจัดการกับปัญหานั้นได้				
20.วางมือจากงานต่างๆเพื่อจะได้ใส่ใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเต็มที่				

ภาคผนวก ข
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

รหัสจริยธรรมการวิจัย 09-04-2558

ชื่อผู้วิจัย นางสาวบุญนำ กิมฮวย

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียด การเผชิญความเครียด และภาวะซึมเศร้าของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน มีอายุระหว่าง 20 – 60 ปี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานที่รุนแรงพูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้รู้เรื่องซึ่งการวิจัยในครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมทั้งหมดจำนวน 100 คน โดยมีระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่ เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2558 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2558

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ อ่านเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นตอบคำถามในแบบสอบถามโดยทำแบบสอบถามด้วยตนเองหรือการสัมภาษณ์จากผู้วิจัยในกรณีที่ท่านมีปัญหาทางสายตา โดยเลือกตอบข้อที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดให้ครบทุกข้อ ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิดซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 8 ข้อแบบวัดภาวะซึมเศร้า 21 ข้อแบบประเมินการรับรู้ภาวะเครียด 14 ข้อแบบวัดการเผชิญความเครียด 20 ข้อแบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลก 13 ข้อ

ประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้เข้าร่วมจะได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า และถ้าผู้เข้าร่วมมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง จะได้รับการส่งต่อเพื่อให้การรักษาทันที นอกจากนี้ผลที่ได้จากการศึกษาจะใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนเฝ้าระวัง ป้องกันและลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างไรก็ตามการตอบแบบสอบถาม อาจทำให้ท่าน

รู้สึกไม่สบายใจ ท่านสามารถหยุดตอบคำถามได้ทันที และจะได้รับการดูแลจากแพทย์และพยาบาลเป็นอย่างดี

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธรวมถึงท่านสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ กับวิถีชีวิต การให้บริการและการรักษาพยาบาลที่ท่านพึงได้รับจากผู้ให้บริการแต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อในแบบสอบถาม มีการจัดเก็บในสถานที่มิดชิด โดยเก็บไว้ในตู้เก็บเอกสารพร้อมทั้งใส่กุญแจปิดไว้ ผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้น การรายงานผลการวิจัยและการเผยแพร่ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อผู้เข้าร่วมวิจัยแต่อย่างใด และจะทำลายข้อมูลทั้งหมดหลังจากผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวบุญนำ กิมฮวย หมายเลขโทรศัพท์ 087-135-2338 หรือที่ ดร. ดวงใจ วัฒนสินธุ์อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102876

นางสาว บุญนำ กิมฮวย
ผู้วิจัย

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

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวาน
ชนิดที่ 2

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

Factors Influencing Depression among Persons with Type 2 Diabetes

ชื่อนิติบัตร นางสาวบุญนา กิมสวย

รหัสประจำตัวนิติบัตร 53920619 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 09 - 04 - 2558

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 100 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล

คือ คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพนสนิคม จังหวัดชลบุรี

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจกกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2559

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 21 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2558

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๑๑๑๓

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต. แสนสุข อ. เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๓๑

๒๗ เมษายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล

ด้วย นางสาวบุญนำ กิมฮวย นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ ๒” โดยมี ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก ฉบับย่อ (SOC-๑๓) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย เรื่อง “สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ความเข้มแข็งในการมองโลก และการรับรู้ถึงความสนุกในชีวิตของอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัย” พ.ศ. ๒๕๓๒ เพื่อนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๔๕, ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๔-๓๔๗๖

ผู้วิจัยโทร ๐๘ ๗๒๓๕ ๒๓๓๘

รับ.....

คืน.....

.....



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
ที่ 01722
วันที่ 12 มิ.ย. 58
เวลา 16.14 น.

ที่ ศธ ๐๕๑๖.๒๕/๗๒๕

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง

ปทุมธานี ๑๒๑๒๑

- รองอธิการบดี (ส.ค.ส.นงเยาว์)
- งานบริหาร (อุท.พ.ส.อ.ก)
- โทร.สามเล็ก ส.ค.ส.นงเยาว์ (ส.ค.ส.นงเยาว์)
- อ.ส.ป.วิ.ก. (อ.ส.ป.วิ.ก.)

๓ มิถุนายน ๒๕๕๘

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ ศธ ๖๖๐๗/๑๑๑๒ ลงวันที่ ๒๙ เมษายน ๒๕๕๘

ตามหนังสือที่อ้างถึง นางสาวบุญนำ กิมฮวย นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้รับอนุมัติทำวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ ๒" มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย คือ "แบบวัดการเผชิญปัญหา" ของนางสาวระพีพรรณ ลาภา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตจังหวัดปทุมธานี" เพื่อนำไปปรับใช้เก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์ดังกล่าวข้างต้น ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

คณะพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้ว ยินดีอนุญาตให้ใช้ข้อมูลในวิทยานิพนธ์ดังกล่าวข้างต้น ทั้งนี้ ขอให้ติดต่อกับนางสาวระพีพรรณ ลาภาโดยตรงได้ที่เบอร์โทรศัพท์ ๐๘๙-๙๒๘๒๓๗๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิรินุช ห้านริตไคย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการคณะพยาบาลศาสตร์

โทร. ๐-๒๙๘๖-๙๒๑๓ ต่อ ๗๓๕๒

โทรสาร ๐-๒๕๑๖-๕๓๘๑

สำเนา



ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๑๐๗๗)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต. แสนสุข อ. เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๓

๗๗ เมษายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โสภณ แสงอ่อน

ด้วย นางสาวบุญนำ กิมฮวย นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ ๒” โดยมี ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินการรับรู้ภาวะเครียด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของดัชนีนิพนธ์ เรื่อง “PREDICTORS OF DEPRESSION IN THAI WOMEN” ค.ศ. ๒๐๐๔ เพื่อนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๔๕, ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๔-๓๔๗๖

ผู้วิจัยโทร ๐๘-๗๑๓๕-๒๓๓๘

.....
พิมพ์.....
พิมพ์.....