

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้แบ่งเป็นหัวข้อ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
2. แนวคิดเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติทางลบ
3. แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น
4. แนวคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

#### ความหมายของภาวะซึมเศร้า

Beck (1967, pp. 4-6) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่แสดงถึงความเป็ยเบนด้านอารมณ์ การคิด แรงจูงใจ ร่างกาย และพฤติกรรม เนื่องจากบุคคลมีความคิดอัตโนมัติทางลบ 3 ลักษณะ คือ

1. รูปแบบความคิดทางลบต่อตนเอง (negative view of self) ผู้ที่มีความคิดซึมเศร้าจะมองตนเองว่าบกพร่อง ไม่มีคุณค่า ไม่เป็นที่ปรารถนา อันเนื่องจากข้อบกพร่องที่ตนเองคิดขึ้นเอง ซึ่งมีแนวโน้มจะไม่ยอมรับตนเอง เมื่อเกิดเหตุการณ์ต่าง ๆ ขึ้น ก็โทษว่า ทั้งหมดเกิดจากความผิดพลาดของตนเอง ทำให้มีความสำนึกในคุณค่าของตนเองต่ำ และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2. รูปแบบความคิดทางลบต่อสิ่งแวดล้อม (negative view of world) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแปลการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวในเชิงสูญเสีย มองเห็นชีวิตเต็มไปด้วยอุปสรรค หรือสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด ทำให้คุณค่าในตนเองลดลง มองโลกว่าเป็นสิ่งโหดร้าย และต้องหลีกเลี่ยง

3. รูปแบบความคิดทางลบต่ออนาคต (negative view of future) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จะทำนายว่า ความทุกข์ยากปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด มองข้างหน้าก็มีแต่ความยากลำบาก เมื่อพบกับสถานการณ์ในปัจจุบันก็จะมองว่า อนาคตจะเป็นสิ่งที่มีปัญหา และมองว่า อนาคตไม่มีความหวัง

อุมาพร ตรังคสมบัติ และคูสิต ลิขนะพิชิตกุล (2539, หน้า 162) ได้ให้นิยามภาวะซึมเศร้าว่า หมายถึง ความเปลี่ยนแปลงทางสภาพจิตใจ ซึ่งมีลักษณะสำคัญ คือ มีอารมณ์เศร้า (dysphonic mood) และมีความรู้สึกเบื่อหน่ายไม่สนุกสนาน (loss of interest or pleasure) และมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การเปลี่ยนแปลงทางสรีระหรือความรู้สึกนึกคิด โดยแบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ อาการซึมเศร้า (depressive symptoms) ซึ่งมีเพียงความรู้สึกเศร้า หงุดหงิดหรือร้องไห้ ยังไม่ถึงขั้นเป็นโรค ไม่มีความผิดปกติในชีวิตประจำวัน และโรคซึมเศร้า เป็นภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นรุนแรงรบกวนกิจวัตรประจำวัน

ดวงใจ กสานติกุล (2542, หน้า 7) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า เป็นอารมณ์เบื่อหน่าย หดหู่ และหมดอารมณ์สนุก เพลิดเพลิน หรือหมดอาลัยตายอยาก เป็นอยู่นานตั้งแต่สองสัปดาห์ขึ้นไปจนมีผลกระทบต่ออาชีพการงานหรือการเรียน

สมภพ เรื่องตระกูล (2543, หน้า 1) ได้ให้ความหมายของภาวะโรคซึมเศร้าว่า มีอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่น ร่วมกับอาการสำคัญอย่างอื่น เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่า และมีความคิดเบื้อชีวิต

American Psychiatric Association (2010) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ว่าเป็นความเจ็บป่วยทางการแพทย์ที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความรู้สึก วิธีคิดและการแสดงออก ภาวะซึมเศร้ามีอาการแสดงหลายอาการ โดยอาการที่พบมากที่สุดก็คือ ความรู้สึกเศร้าหดหู่ (sadness) หรือการขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม และกิจกรรมต่าง ๆ และมีอาการแสดงอื่น ๆ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านอาการอยากรับประทานอาหารทำให้น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้น โดยไม่เกี่ยวข้องกับการตั้งใจควบคุมอาหาร การขาดพลังงาน อ่อนเพลียง่าย กระวนกระวายหรือหงุดหงิดง่าย รู้สึกตัวเองไม่มีค่าหรือมีความรู้สึกผิดแบบไม่เหมาะสม มีปัญหาด้านการตั้งสมาธิและการตัดสินใจ และมีความคิดเกี่ยวกับความตาย การฆ่าตัวตาย หรือมีความพยายามฆ่าตัวตาย

สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะทางจิตใจที่ส่งผลต่อความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคล มีลักษณะสำคัญ คือ มีอารมณ์เศร้า และความรู้สึก เบื่อหน่ายไม่สนุกสนาน และยังมีอาการแสดงอื่น ๆ ได้แก่ ความรู้สึกเบื่ออาหาร การขาดพลังงาน อ่อนเพลียง่าย กระวนกระวาย รู้สึกตัวเองไม่มีค่าหรือมีความรู้ มีปัญหาด้านการตั้งสมาธิ และการตัดสินใจ และมีความคิดเกี่ยวกับความตาย

### สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

สาเหตุของภาวะซึมเศร้านั้น มีสาเหตุมาจากปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543, หน้า 1-2; Sadock, 2003, pp. 534-535)

1. สาเหตุมาจากการมีความผิดปกติทางชีวภาพ (biological models) โดยแบ่งเป็น ความผิดปกติของสารสื่อประสาทในระบบประสาทส่วนกลาง พันธุกรรมและฮอร์โมน ดังต่อไปนี้

1.1 ด้านความผิดปกติของสารสื่อประสาทนั้น ผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีระดับของสาร Serotonin และ Norepinephrine ต่ำกว่าปกติ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาและหายดีแล้ว ระดับของสารทั้ง 2 ชนิดจะสูงขึ้นอยู่ในระดับปกติ มีการศึกษาว่า การกระตุ้น Presynaptic B2-Receptors ในโรคซึมเศร้าจะเป็นผลให้มีการหลั่ง Norepinephrine ลดลง คือ ในโรคซึมเศร้า พบว่า มีการหลั่งของ Norepinephrine ลดลง ยาต้านเศร้าที่มีผลไปลดการดูดกลับของ Norepinephrine เช่น Venlafaxine เป็นตัวที่สนับสนุนว่า Norepinephrine มีบทบาท ในภาวะซึมเศร้าแม้ว่า Venlafaxine จะไปลดการดูดกลับของ Serotonin ด้วยเช่นกัน สำหรับ Serotonin นั้นเป็น Biogenic Amine ที่พบว่า มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้ามากที่สุด การลดลงของ Serotonin อาจกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยบางคนที่ขาดการควบคุม เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายจะมีความเข้มข้นของ Serotonin Metabolite ในน้ำไขสันหลังต่ำ

1.2 การควบคุมการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อ การศึกษาในผู้ป่วยซึมเศร้า พบว่า มีความผิดปกติของระบบควบคุมการหลั่งฮอร์โมนใน 3 ระบบสำคัญ คือ (1) ระบบ Hypothalamic-Pituitary-Adrenal (HPA) axis ซึ่งมีการทำงานมากขึ้น โดยที่ Hypothalamus มีการหลั่งของฮอร์โมน Corticotrophin-releasing factor (CRF) เพิ่มขึ้นซึ่งไปกระตุ้นให้ Anterior Pituitary หลั่งฮอร์โมน Adrenocorticotrophic hormone (ACTH) ไปกระตุ้นที่

Adrenal Cortex มีผลทำให้มีการหลั่งฮอร์โมน Cortisol เพิ่มมากขึ้น ซึ่ง Cortisol ที่สูงขึ้นนี้ส่งผลกระทบต่อร่างกายให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง เช่น มีการเปลี่ยนแปลงการนอนหลับ ลดความอยากอาหาร น้ำหนักลดลง และอารมณ์เปลี่ยนแปลงไป (2) ระบบ Hypothalamic-Pituitary-Thyroid (HPT) Axis โดยการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าร้อยละ 25 มีการเปลี่ยนแปลงการหลั่งฮอร์โมน Thyroid-Stimulating-Hormone (TSH) ที่ Anterior Pituitary ซึ่งเป็นผลจากการถูกกระตุ้นด้วย Thyrotropic-Releasing-Hormone (TRH) ที่หลั่งจาก Hypothalamus โดยพบว่า TSH มีการตอบสนองต่อการกระตุ้นของ TRH ที่เปลี่ยนแปลงไป และ (3) ระบบ Hypothalamic-Pituitary-Growth Hormone Axis ทั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าจะมีความผิดปกติในการหลั่งของฮอร์โมนที่ใช้ในการเจริญเติบโต (growth hormones)

### 1.3 สาเหตุทางด้านพันธุกรรมต่อการเกิดโรคซึมเศร้านั้นมีลักษณะ ดังนี้

1.3.1 ญาติสนิทของผู้ป่วยมีโอกาสเกิดเป็นโรคนี้ด้วยสูงกว่าประชากรทั่วไป 1.5-3 เท่า และมีโอกาสเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังในอัตราที่สูงกว่าประชากรทั่วไป

1.3.2 ถ้าบิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า บุตรจะมีโอกาสเป็นด้วยในอัตราสูงกว่าเด็กทั่วไป 2 เท่า และถ้าบิดาและมารดาเป็นโรคซึมเศร้า บุตรจะมีโอกาสเป็นโรคสูงกว่าเด็กทั่วไปถึง 4 เท่า

1.3.3 จากการศึกษาคู่แฝดพบว่าในคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรคนี้ อีกคนจะเป็นด้วยร้อยละ 60 ในขณะที่โอกาสที่คู่แฝดจากไข่คนละใบจะมีโอกาสเป็นโรคนี้ด้วยเพียงร้อยละ 20

1.3.4 การศึกษาโรคนี้ในบุตรบุญธรรมที่เกิดจากบิดามารดาเป็นโรคซึมเศร้า ทั้ง 2 คน พบว่า บุตรบุญธรรมจะเป็นโรคซึมเศร้าด้วยในอัตราที่สูงกว่าบุตรบุญธรรมที่เกิดจากบิดามารดาซึ่งเป็นปกติ

## 2. สาเหตุทางด้านจิตใจและสังคม (psychosocial models)

2.1 ทฤษฎีกลุ่ม Psychodynamic ได้สรุปเป็น 2 รูปแบบใหญ่ ๆ เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า กลุ่มหนึ่งมองว่าเป็นการแสดงความก้าวร้าวต่อคนอื่น และท้ายสุดแล้วก้าวร้าวต่อตัวตน (self) และกลุ่มที่มองว่า ผู้ป่วยที่เป็นซึมเศร้าจะคาดหวังกับตัวเองมากเกินไป ความสามารถของตัวเองจะไปถึงทำให้เกิดความผิดหวังซ้ำแล้วซ้ำอีก สุดท้ายนักทฤษฎีก็นำเอาทั้งสองรูปแบบมารวมกันเป็น Core Dynamic Formulation สำหรับภาวะซึมเศร้า

(Busch, Rudden, & Shapiro, 2004, pp. 15-19) ในขณะที่ ปรานี วัฒน โชติ และนพดล สมบูรณ์ (2528, หน้า 157-159) ได้อธิบายภาวะซึมเศร้าในเชิงจิตวิเคราะห์ว่า ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นเป็นปฏิกิริยาทางจิตใจต่อการสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รัก (loss of object) และความรู้สึกเศร้าเสียใจ (grief or mourning) มีความคล้ายคลึงกับอารมณ์เศร้า (melancholia) แต่มีความแตกต่างกันตรงที่ความรู้สึกเศร้าเสียใจนั้นเป็นความรู้สึกสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รักในระดับจิตสำนึก (conscious) และไม่มีภาวะของการสูญเสียความมีคุณค่าแห่งตน แต่อารมณ์เศร้านั้นเป็นความรู้สึกสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รักในระดับจิตไร้สำนึก (unconscious) แต่ไม่ได้เกิดการสูญเสียในความเป็นจริงและมีภาวะของการสูญเสียความมีคุณค่าแห่งตน ซึ่ง Freud อธิบายถึงอาการเศร้าที่มีมากและเข้มข้นขึ้นนั้นเป็นผลมาจาก Libido หรือแรงขับทางเพศ (sexual drive) เข้าครอบงำสิ่งอันเป็นที่รัก (an object) แต่ในช่วงระยะเวลาหนึ่งบุคคลก็จะสามารถปลดปล่อยความรู้สึกนี้ได้ เนื่องจากบุคคลสามารถที่จะรู้สึกตนและยอมรับได้ ขณะเดียวกัน ก็สามารถที่จะสละความรู้สึกสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รักนั้น ไปอย่างช้า ๆ โดยการงานที่เป็นกระบวนการของความรู้สึกเศร้าเสียใจ (mourning proceeds) แต่ถ้า Libido หรือแรงขับทางเพศเข้าครอบงำสิ่งอันเป็นที่รักภายในจิตไร้สำนึก ภาวะซึมเศร้าจะเรื้อรัง อยู่เป็นเวลานานกว่าปกติ จนกลายเป็นกระบวนการของความรู้สึกเจ็บปวดที่เรื้อรังและ นานกว่าปกติ เนื่องจากเกิดภาวะของการถดถอย (regression) กลับไปสู่ระยะแรกของ กระบวนการลอกเลียนแบบ (identification) คือ ระยะขั้นปาก (oral stage) ทำให้สิ่งอันเป็นที่รักที่สูญเสียไปนั้นเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของ Ego โดยบุคคลนั้นมักจะเลียนแบบทำ Ego ให้เหมือนกับสิ่งอันเป็นที่รักที่สูญเสียไป เช่น ถ้าพ่อเสียชีวิต ลูกชายมักจะทำตัวให้เหมือนพ่อ โดยรับช่วงทำงานที่พ่อเคยทำมาก่อน กิริยาท่าทาง และพฤติกรรมแบบเดียวกับพ่อ หรือ ผู้ป่วยโรคจิตคนหนึ่งได้กล่าวว่า ตนเองได้ทำความผิดที่พ่อเป็นผู้ก่อขึ้นทุกอย่างที่ผู้ป่วยเอง ไม่เคยทำผิดในเรื่องนั้นเลย แต่เนื่องจากความคิดในอุดมคติ (ego ideal) หรือมโนธรรม (conscience) ซึ่งเป็นศีลธรรมประจำใจที่ปลูกฝังมาตั้งแต่เล็กกว่าให้กระทำแต่สิ่งที่ดี จะกระทำการดูถูก หรือติเตียนความรู้สึกสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รักภายใน Ego ก่อให้เกิดความรู้สึกขัดแย้งอันเนื่องมาจากความรู้สึกทั้งรักทั้งเกลียด (conflict of ambivalence) ขึ้นภายในจิตใจ ผลที่ตามมา คือ บุคคลนั้นจะมีความรู้สึกติเตียนและกล่าวโทษตนเอง รู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าแห่งตน (loss of esteem) รู้สึกดูถูกตนเอง (self-vilification or delusional belittling)

รวมทั้งมีรูปแบบของการวิจารณ์ และติเตียนตนเอง (self-criticism) ซึ่งความคิดดังกล่าวจะเป็นพลังผลักดันในทางทำลาย และจะมีลักษณะคิดซ้ำ ๆ ย้อนไปย้อนมาภายในจิตใจ โดยการแสดงออกของบุคคลที่มีอาการซึมเศร้าจะวนกลับมา กลายเป็นความรู้สึกก้าวร้าวต่อบุคคลอื่น แต่ในบุคคลซึ่งไม่สามารถแสดงความรู้สึกก้าวร้าวออกมาได้ ก็จะเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง และอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย ลักษณะดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงสภาพของการย้อนเข้าทำลายตนเอง (introjections) ของ Ego ซึ่งสูญเสียดึงอันเป็นที่รักไป

2.2 รูปแบบความคิดของ Beck (1967, pp. 48-51) อธิบายว่า บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่มีรูปแบบความคิดที่ทำให้ตนเองเกิดความเศร้ามี 3 ประการ ได้แก่

2.2.1 ความคิดอัตโนมัติทางลบ (negative automatic thought) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านั้นมักจะแสดงตนเอง และประสบการณ์ที่ได้รับในปัจจุบันและอนาคตในลักษณะวิถีทางที่เป็นลบ โดยผู้นั้นจะเชื่อว่า ตนเองมีความบกพร่อง ซึ่งประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์นั้นถือเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความบกพร่องขึ้น และทำให้รู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองนั้นไร้ค่า ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือและสิ้นหวัง โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านั้นจะเชื่อว่า ตนเองไม่สามารถฝ่าฟันอุปสรรคไปได้ และปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นทั้งกับผู้อื่นและสภาพแวดล้อมนั้นถูกตีความว่าเป็นความบกพร่อง และในที่สุดก็เป็นการทำลาย นอกจากนี้ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านั้นจะคิดว่า ภาวะซึมเศร้านั้นไม่มีจุดสิ้นสุด และไม่มีสิ่งใดที่จะทำให้เกิดความพอใจได้อีก ในรูปแบบทางด้านความคิด (cognitive model) นั้นถือว่า อาการของภาวะซึมเศร้านั้นเป็นผลมาจากลักษณะของความคิด (cognitive triad) ซึ่งเป็นความคิดทางด้านลบทั้งต่อตนเอง สภาพแวดล้อม หรือประสบการณ์ และอนาคต โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้

2.2.1.1 การมองตนเองในแง่ลบ คือ มักคิดว่าตนเองไม่สมบูรณ์ มีข้อบกพร่องโดยอ้างเหตุผลว่า ประสบการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจนั้น มีสาเหตุมาจากความบกพร่องทางร่างกาย ทางจิตใจ และคุณธรรมที่ตนสันนิษฐานเอาเอง

2.2.1.2 การแปลประสบการณ์ในแง่ลบ มองปัญหาที่เกิดขึ้นว่าเป็นอุปสรรคทำให้ไม่สามารถบรรลุความสำเร็จจนหมดความพยายาม หมดความพอใจในสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น



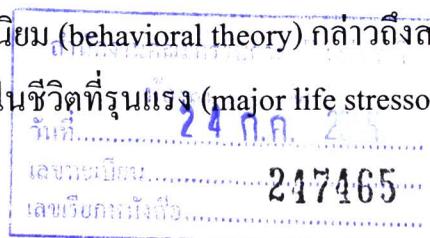
2.2.1.3 การมองอนาคตในทางลบ มักจะกังวลล่วงหน้าว่า ความยุ่งยากในปัจจุบันคงต่อเนื่องไปไม่มีที่สิ้นสุด รู้สึกถึงความยากลำบากที่ต้องเผชิญ เกิดความคับข้องใจตลอดเวลา

2.2.2 การมีความบกพร่องด้านการใช้เหตุผลอย่างเป็นระบบ (systematic logical errors) เป็นการบกพร่องในด้านการคิด ทำให้ผู้นั้นยังคงมีความเชื่อในความคิดทางด้านลบของตนเอง ซึ่งมีหลายลักษณะ ได้แก่ การคิดที่ปราศจากเหตุผล (arbitrary inference) เลือกรู้ (selective abstraction) มีความคิดอ้างอิงเชื่อมโยงเกินกว่าความเป็นจริง (overgeneralization) การขยายและย่อเรื่องราวจนเกินจริง (magnification and minimization) มีความคิดว่าสิ่งต่าง ๆ เป็นสองขั้วเท่านั้น (absolutist dichotomous thinking) เช่น ดี-เลว ถูก-ผิด (กมลทิพย์ แก้วพรหม, 2545, หน้า 50; Beck อ้างถึงใน Blazer, 1982, p. 205)

2.2.3 การมีโครงสร้างความคิดแบบซึมเศร้า (depressogenic schemata) Harmatz (อ้างถึงใน ปราณี วัฒนโชติ และนพดล สมบูรณ์, 2528, หน้า 158) กล่าวว่า โดยทั่วไป วิธีการคิดของบุคคลจะตั้งอยู่บนทัศนคติ และข้อสันนิษฐานที่ได้พัฒนามาจากประสบการณ์ครั้งก่อน ๆ ก่อให้เกิดกลุ่มของทัศนคติ ความเชื่อ และสมมติฐานที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ในโลกภายในและภายนอกที่เรียกว่า Schemas ซึ่งซ่อนอยู่ภายในเป็นระยะเวลานาน แต่ถูกกระตุ้นให้แสดงออกโดยเหตุการณ์หรือความเครียดต่าง ๆ ทำให้เกิดเป็นวิธีการคิดที่บุคคลใช้ในการตีความดังต่อไปนี้

2.3 ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal theory) อธิบายว่า เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากสภาพแวดล้อมทางจิตสังคมของคนคนหนึ่ง จะมีผลกระทบกับอารมณ์ของคนนั้น และในทางกลับกัน สภาวะอารมณ์ก็มีผลต่อสภาพแวดล้อมทางจิตสังคมเช่นกัน เช่น เมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้นไปกระทบทำให้อารมณ์แย่ลง อาจเป็นผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ ในทางกลับกัน อารมณ์ที่ซึมเศร้าก็จะไปทำให้ความสามารถในการจัดการกับบทบาทต่าง ๆ ทางสังคมลดลง ซึ่งจะยิ่งนำไปสู่สภาวะการณ์ที่เลวร้ายลงไปอีกและทำให้เกิดปัญหาในแง่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลตามมา (Karina, Nina, & Francois, 2004, p. 165)

2.4 ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (behavioral theory) กล่าวถึงสมมติฐานในภาวะซึมเศร้าว่า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่รุนแรง (major life stressor) จะทำให้เกิดภาวะ



ซึมเศร้า เพราะมันไปขัดขวางรูปแบบการได้รับการเสริมแรงในชีวิตประจำวัน (normal behavior reinforcement pattern) ภาวะซึมเศร้าเป็นผลมาจากการขาดการได้รับการเสริมแรงทางบวกที่เพียงพอต่อพฤติกรรม และอาจจะมีการลงโทษอย่างชัดเจนสำหรับการเริ่มต้นพฤติกรรม มีการลดลงของเหตุการณ์ที่เป็นตัวเสริมแรง ลดทักษะการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมของบุคคล เป็นต้น หรือกล่าวได้ การที่บุคคลประสบเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่รุนแรงจากเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด บุคคลจะมีประสบการณ์ว่ามีการเสริมแรงทางบวกสำหรับพฤติกรรมที่ทำให้อารมณ์ดีขึ้นในระดับต่ำ และมีอัตราของการเสริมแรงทางบวกสำหรับพฤติกรรมที่ซึมเศร้าในระดับสูง (Karina, Nina, & Francois, 2004, p. 166)

### อาการของภาวะซึมเศร้า

สมภพ เรื่องตระกูล (2543, หน้า 4-8) ได้อธิบายถึงอาการต่าง ๆ ของผู้ที่มีภาวะโรคซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1. อารมณ์เศร้า ความรู้สึกที่แสดงถึงอารมณ์เศร้ามีหลายอย่าง เช่น ใจคอหดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา รู้สึกไม่แจ่มใส ไม่เบิกบาน หรือใจคอเศร้าหมอง เป็นต้น ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยเมื่อมาพบแพทย์ไม่พูดถึงอารมณ์เศร้าเลย อาจเป็นเพราะในขณะนั้นผู้ป่วยไม่มีอารมณ์เศร้า หรืออาจมีแต่คิดว่าไม่สำคัญจึงไม่บอก ด้วยเหตุนี้ ควรถือเป็นหลักว่าถ้าสงสัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคนี้ ต้องถามถึงอารมณ์ หรือความรู้สึกด้วยเสมอ

อารมณ์เศร้าไม่จำเป็นต้องมีตลอดเวลา เวลาที่ไม่เศร้าผู้ป่วยอาจรู้สึกสนุกสนาน หรือมีอารมณ์ขันได้ แต่เมื่อเป็นมากอารมณ์เศร้าจะมีอยู่เกือบตลอดเวลา แต่จะไม่คงที่อยู่ตลอดเวลา บางเวลาเศร้าน้อย บางเวลาเศร้ามาก ส่วนมากผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้ามากที่สุดตอนเช้า และจะดีขึ้นในตอนเย็นหรือค่ำ การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์เศร้านี้ตามเวลาเช่นนี้เป็นลักษณะที่สำคัญของโรคซึมเศร้า

2. อารมณ์หงุดหงิด โกรธง่าย อารมณ์นี้เป็นอาการสำคัญ พบในผู้ป่วยเกือบทุกราย ผู้ป่วยจะรู้ถึงการเปลี่ยนแปลง แต่ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ และมักจะรู้สึกเสียใจเมื่อทำสิ่งที่ไม่ดีไปแล้ว ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดก็มักไม่สบายใจเช่นกันเพราะผู้ป่วยหงุดหงิดง่ายบ่อย และต่างก็ไม่รู้สาเหตุ ผู้ป่วยมักจะเล่าให้ฟังว่าไม่มีใครเข้าใจว่าตนไม่สบาย และตนก็ไม่อยากเป็นเช่นนี้ แต่เมื่อรู้สึกหงุดหงิดก็ไม่ทราบจะควบคุมอย่างไร

3. ความรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจ ผู้ป่วยจะรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ กิจกรรมประจำวันที่เคยทำก็ไม่อยากทำ กิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยชอบก็จะรู้สึกเบื่อและไม่สนใจดังเช่นเคย ประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยความรู้สึกทางเพศจะลดลงหรือไม่มีเลย

4. อาการเบื่ออาหาร ผู้ป่วยมักเบื่ออาหารตั้งแต่เริ่มไม่สบาย การรู้สึกเปลี่ยนแปลงไปด้วย ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกอยากอาหารแม้ตนจะเคยชอบ แต่มีบางรายรู้สึกอยากอาหารมากกว่าธรรมดาส่วนมากน้ำหนักจะลดลง 2-5 กิโลกรัม เมื่อมาพบแพทย์ครั้งแรก

5. นอนไม่หลับ มักจะปรากฏเป็นอาการแรก ผู้ป่วยอาจนอนไม่หลับเป็นเวลา 1-2 สัปดาห์ ก่อนมีอาการอื่น ในระยะแรกของโรคผู้ป่วยอาจจะหลับยาก หลับไม่สนิท ผื่นร้ายหรือตื่นบ่อย แต่เมื่อเป็นมากขึ้นมักจะเป็นอีกแบบหนึ่งที่เรียกว่า “นอนไม่หลับตอนปลาย” (terminal insomnia) ซึ่งเป็นอาการสำคัญของโรคนี้ ลักษณะดังกล่าวคือ เมื่อเข้านอนผู้ป่วยจะหลับได้ตามปกติ แต่ตื่นตอนดึก เช่น ดิหนึ่ง ดิสอง และหลับอีกไม่ได้ หรือหลับได้แต่ยาก และมักจะหลับไม่สนิท ผู้ป่วยจะเป็นเช่นนี้บ่อย หรือทุกคืน จนรู้สึกเหมือนมีนาฬิกาปลุกให้ตื่น ณ เวลานั้น และจะหงุดหงิดกระวนกระวายมากขึ้น

ผู้ป่วยบางรายมีอาการนอนไม่หลับแบบตื่นเชากว่าปกติ (early morning awakening) ซึ่งเป็นอาการสำคัญเช่นกัน ผู้ป่วยจะหลับได้ดี แต่ตื่นเชากว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง เช่น ปกติตื่นหกโมง เมื่อไม่สบายจะตื่นตีสี่หรือตีห้า

6. อาการอ่อนเพลีย ผู้ป่วยจะรู้สึกอ่อนเพลียแม้ไม่ได้ออกกำลังกายและเป็นอยู่เกือบตลอดเวลา การพักผ่อนหรือหลับไม่ช่วยให้ดีขึ้น อาการอาจเกิดเฉพาะส่วนของร่างกายก็ได้ เช่น แขนหรือขา ผู้ป่วยบางรายคิดว่าเป็นโรคหัวใจเพราะเหนื่อยง่าย ทำให้เกิดความกังวลและถ้ามีอาการใจสั่นหรือเจ็บหน้าอกด้วยจะยิ่งกังวลมาก

7. ความคิดเชิงซ้ำ ตั้งแต่เริ่มไม่สบาย ผู้ป่วยจะมีความคิด การเคลื่อนไหว ตลอดจนการพูดจาเชิงซ้ำ แรก ๆ จะสังเกตว่าผู้ป่วยเงียบและซึมลง ความสนใจต่าง ๆ ลดลง ขณะเดียวกันจะเพิ่มความสนใจตนเอง โดยเฉพาะจะกังวลเกือบตลอดเวลาต่ออาการต่าง ๆ ผู้ป่วยจะไม่กระตือรือร้นในชีวิต ไม่ร่าเริง แจ่มใสเหมือนเช่นเคย ผู้ป่วยเองก็จะรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงนี้ และเกิดความกังวลใจมาก เพราะไม่ทราบสาเหตุ และจะพยายามฝืนตัวเอง

การกระทำต่าง ๆ จะเป็นการฝืนทำ เช่น การพูด การแต่งตัว การทำงานหรือการอ่านหนังสือ ทั้งนี้เพื่อให้เหมือนปกติ แต่ก็ทำไม่ได้

8. สมาธิเสีย ความจำไม่ดีและลืมง่ายเป็นอาการสำคัญ โดยจะปรากฏตั้งแต่เริ่มไม่สบาย ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 90 มีอาการนี้ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าคุณอะไรไปแล้วนึกไม่ออก อ่านหนังสือแล้วจำไม่ได้หรือทำสมาธิปกติไม่ได้ ทำให้เกิดความกังวลมาก เพราะทำงานไม่ได้ดีหรือทำไม่ได้และเกิดข้อผิดพลาด โดยเฉพาะงานที่ต้องใช้สมองและความจำ และยิ่งกังวลว่าจะต้องออกจากงาน จะสอบตก หรือสมองจะเสียตลอดไป บางรายเกิดอาการหลงผิดว่าเป็นโรคเนื้องอกในสมอง

9. ความรู้สึกที่ตัวเองไร้ค่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนมากรู้สึกตัวเองไม่มีค่า หรือหมดความสำคัญต่อใครทั้งสิ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนไม่ดีในด้านต่าง ๆ เช่น ความสามารถ สติปัญญา หรือเกียรติยศชื่อเสียง แม้บ้านคิดว่าตนทำงานบ้านบกพร่อง เลี้ยงลูกไม่ดี หรือสามีคิดว่าตนทำงานไม่ได้ จะเป็นที่พึ่งของครอบครัวไม่ได้

ความคิดเช่นนี้ถ้ามีมากและรุนแรงจะทำให้ผู้ป่วยคิดอยากตาย และฆ่าตัวตายได้ เพราะผู้ป่วยจะมองตัวเองในด้านไม่ดี และไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ครุ่นคิดแต่ว่าตัวเองเป็นคนไม่มีค่า เป็นภาระของครอบครัว และนำความยุ่งยากมาให้ ถ้าไม่มีตน ทุกคนก็จะสบาย ดังนั้นจึงควรตายไปเสีย

10. ความรู้สึกมีความผิด ผู้ป่วยที่เศร้ามากมักจะรู้สึกมีความผิดและตำหนิตนเอง โดยที่ไม่มีผิดแต่อย่างใด หรือถ้ามีก็เป็นเรื่องไม่สำคัญ ไม่น่าจะตำหนิมากเช่นนี้ ยิ่งเศร้ามาก ความรู้สึกมีความผิดยิ่งมากและรุนแรง ผู้ป่วยจะคิดว่าตนได้ทำความผิดเป็นคนไม่ดี มีบาป ไม่สมควรมีชีวิตอยู่ ทำให้ผู้ป่วยอยากตาย และคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นอันตรายที่สำคัญที่สุดของโรคนี้

11. ความคิดอยากตาย ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยเมื่อเศร้ามาก ๆ จะคิดอยากตาย ซึ่งบ่งว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย พบว่า อาการเศร้ามาก ๆ และความคิดอยากตายมีส่วนสัมพันธ์กัน ผู้ป่วยเศร้ามาก ๆ อาการไม่สบายจะมีมาก และรู้สึกทรมาน เมื่อเป็นมากขึ้นถึงจุดที่ไม่อาจทนต่อไปได้ ผู้ป่วยจะหาทางหนีจากความทรมานและความตายเป็นทางออกที่ผู้ป่วยส่วนมากนึกถึงเป็นครั้งแรก ยิ่งเศร้ามากความรู้สึกทรมานจะมีมาก และความคิดอยากตายจะรุนแรงขึ้น ปรากฏว่า ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยเศร้ามาก ๆ คิดฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยบางราย

จะไม่บอกว่ามีความคิดเช่นนี้ ถ้าแพทย์ไม่ถาม จึงควรถือเป็นหลักว่าเมื่อพบผู้ป่วย ซึ่งมีอารมณ์เศร้ามาก ๆ ต้องถามถึงอาการนี้ทุกราย

12. ความกลัวและความวิตกกังวล เป็นอาการสำคัญที่พบบ่อย ผู้ป่วยจะกลัว และกังวลไปต่าง ๆ เช่น กังวลว่าทำไมเป็นเช่นนั้นเช่นนี้ กลัวจะไม่หาย กลัวจะวิตกกังวล กลัวจะเป็นโรคร้ายแรง กลัวเมื่ออยู่คนเดียว หรือกลัวจะทำอันตรายตนเอง ความกลัวและความวิตกกังวลเหล่านี้จะวนเวียนอยู่ในความคิดของผู้ป่วย ทำให้ไม่อาจทำใจให้สงบได้

13. อาการทางกาย ผู้ป่วยมักมีอาการทางกายร่วมด้วยเสมอและเกิดได้กับอวัยวะทุกระบบ ที่พบบ่อย เช่น ปวดท้อง ท้องอืดเฟ้อ อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก ปวดเมื่อยตามตัว ผู้ป่วยทุกรายจะกังวลอยู่กับอาการเหล่านี้มาก และคิดว่า เป็นโรคทางกาย เวลาพบแพทย์ไม่แสดงอารมณ์เศร้าเลย ลักษณะดังกล่าวพบได้บ่อย ในเวชปฏิบัติทั่วไป เรียกว่า Masked Depression หรือความเศร้าที่ถูกปิดบัง

### ระดับของภาวะซึมเศร้า

อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2541, หน้า 125-127) ได้แบ่งระดับของภาวะซึมเศร้า เป็น 3 ระดับ คือ

1. ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (mild depression or depressive symptoms or blue mood) เป็นภาวะที่บุคคลประสบความสูญเสีย ผิดหวัง ขาดการได้รับความเห็นใจ รู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้ง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และส่งผลกระทบต่อร่างกายร่วมด้วย เมื่อสาเหตุที่ทำให้เกิดความเศร้าถูกขจัดไปหรือแก้ไขสถานการณ์ได้ บุคคลนั้นก็กลับเข้าสู่ภาวะปกติ แต่ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้ เกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้นและยังคงอยู่เป็นเวลานาน ก็จะมีการเปลี่ยนแปลงเรื่องความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมซึ่งจะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าปานกลาง

2. ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (moderate depression or neurotic depression) ภาวะซึมเศร้าระยะนี้จะรุนแรงขึ้นจนมีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัวและการทำงาน แต่ก็ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ถึงแม้จะไม่สมบูรณ์นัก

3. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression or psychotic depression) เป็นภาวะที่บุคคลมีความซึมเศร้าในระดับลึกเป็นอยู่ระยะเวลานาน คนที่มีความเศร้าในระดับนี้

จะไม่สามารถปฏิบัติภาระหน้าที่ของตนได้ และมักถอนตัวจากความเป็นจริง อาจมีอาการหลงผิดหรือมีประสาทหลอน อาจคิดหรือพยายามฆ่าตัวตาย

### แบบวัดที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้า

Bech (1992, pp. 3-7) แบบวัดที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้ามีหลากหลาย แต่สามารถจำแนกออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

1. แบบวัดภาวะซึมเศร้าที่ประเมินด้วยตนเอง (self rating scales for depression) ที่นิยมใช้ตัวอย่างเช่น Beck Depression Inventory (BDI) และ Zung self-rating scale for depression เป็นต้น โดยมีรายละเอียดของแบบวัด ดังนี้

1.1 Beck Depression Inventory (BDI) สร้างโดยนายแพทย์ Beck แห่งมหาวิทยาลัยเพนซิลวาเนีย สหรัฐอเมริกา ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ 1 ใน 4 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนกำกับหน้าข้อ จาก 0-3 คะแนน แล้วนำคะแนนทั้ง 21 ข้อ มารวมกัน จัดระดับความเครียดตามเกณฑ์มาตรฐานที่ได้ให้ไว้เป็นภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ ระดับกลาง และระดับสูง มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ระหว่าง 0.76-0.95

1.2 Zung self-rating scale for depression (Zung SDS) ถูกพัฒนาขึ้นโดย Zung ในปี ค.ศ. 1965 เพื่อใช้ประเมินอาการของภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม ซึ่งมีทั้งคำถามเชิงบวกและเชิงลบ แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก คะแนนรวมที่ได้มีค่าตั้งแต่ 20-80 คะแนน มาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ระหว่าง 0.73-0.79

2. แบบวัดภาวะซึมเศร้าที่ใช้ประเมินโดยผู้อื่น (observer rating scales for severity of depression) ที่นิยมใช้ เช่น Hamilton Depression Scale และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต เป็นต้น มีรายละเอียดของแบบวัด ดังนี้

2.1 Hamilton Depression Scale เป็นแบบวัดมาตรฐานที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในการประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และติดตามผลการรักษา เนื่องจากมีความแม่นยำ มีความเชื่อมั่นได้ สามารถจำแนกระหว่างผู้ที่มีอาการและไม่มีอาการได้ดี รวมทั้งมีความไวในการวัดการเปลี่ยนแปลงอาการ นอกจากนี้ ยังมีจำนวนข้อไม่มาก และใช้เวลาในการประเมินไม่นานนัก แบบวัดนี้ได้รับการพัฒนาโดย Hamilton จิตแพทย์ชาวอังกฤษ และรายงานในปี ค.ศ. 1967 สำหรับประเทศไทย มาโนช หล่อตระกูล ได้พัฒนา

แบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression เป็นภาษาไทย และได้รายงานการทดสอบความแม่นยำ และความน่าเชื่อถือของแบบวัดนี้ว่าค่า Interrater Reliability อยู่ในเกณฑ์ดี (kappa เท่ากับ 0.87) ค่าความเชื่อมั่นแบบแอลฟาอยู่ระหว่าง 0.71-0.75 (อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และรณชัย กงสกันธ์, 2544)

2.2 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) พัฒนาโดย ธรณินทร์ กองสุข (2551) ซึ่งเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบบ 4 ระดับ โดยจะถามคำถามว่า “ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน” มี 4 ตัวเลือกรวม การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ ธรณินทร์ กองสุข ได้หาค่าความเที่ยงตรงของ 9Q จากการหาจุดคะแนนที่เหมาะสม โดยการทำการ Receiver Operating Characteristic Curve analysis (ROC) = 0.9283 z95% CI = 0.8931 – 0.9635 คือ 7 คะแนนขึ้นไป โดยมีค่าความไวสูง ร้อยละ 75.68 ความจำเพาะสูงร้อยละ 93.37 เมื่อเทียบกับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ค่าความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า = 11.41 เท่า

ผู้วิจัยได้คัดเลือกแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของธรณินทร์ กองสุข (2551) มาใช้ในการวิจัย เนื่องจากเป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นโดยอิงบริบทของคนไทย มีการพัฒนาขึ้นทั้งภาษากลาง และภาษาอีสาน ข้อคำถามน้อย ใช้เวลาในการประเมินไม่นานและนำไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างประชาชนไทยแล้วพบว่า มีประสิทธิภาพสูง ใช้คัดแยกผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าออกจากผู้ไม่มีภาวะซึมเศร้าได้เป็นอย่างดี โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการคัดกรองแล้วจากแบบสอบถามจะมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรงใกล้เคียงกับโรคซึมเศร้า

### **การรักษาภาวะซึมเศร้า**

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ (2551, หน้า 13-15) ได้อธิบายถึง การรักษาภาวะซึมเศร้า โดยมีรายละเอียด ดังนี้

เนื่องจากอาการซึมเศร้าเกิดได้จากการมีปัญหาด้านจิตสังคมและเกี่ยวข้องกับ การเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง ดังนั้น การรักษาโรคซึมเศร้าที่ดีที่สุด คือ การรักษาทางการแพทย์ร่วมกับการรักษาทางจิตใจ



การรักษาทางการแพทย์ ประกอบด้วย การให้ยาต้านเศร้า การรักษาด้วยไฟฟ้า (ในรายที่มีอาการรุนแรง) การให้ยาต้านโรคจิต (กรณีมีประสาทหลอน หลงผิดร่วมด้วย) ส่วนการรักษาทางจิตใจ ได้แก่ จิตบำบัด การให้คำปรึกษาแก้ไขปัญหาทางสังคมจิตใจ และการเรียนรู้ทักษะจัดการความเครียด

สำหรับอาการซึมเศร้าระดับน้อย การออกกำลังกาย 30-45 นาที อย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จะสามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ดี จากการวิจัยพบว่าการออกกำลังกายได้ผลดีพอ ๆ กับการใช้ยา ถ้าออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นเวลานานพอ

**ยาด้านเศร้า** ยาด้านเศร้านอกจากจะมีฤทธิ์ระงับอาการซึมเศร้าแล้วยังสามารถช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ด้วย โดยการที่ยาจะไปช่วยปรับความสมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง ซึ่งในการออกฤทธิ์ต้องใช้เวลาพอสมควรกว่าที่จะทำให้อารมณ์เศร้าหายไปจนกลับมาเป็นปกติ โดยทั่วไปหลังรับประทานยาจะพบว่า 2-3 วันแรกจะทำให้หลับได้ดีขึ้น จิตใจสงบลง ลดความหงุดหงิด ลดความกระวนกระวายใจ บางคนอาจยังรู้สึกเพลีย ไม่มีแรง หลังจากนั้น 1-2 สัปดาห์อารมณ์ก็จะดีขึ้นจิตใจสดชื่นแจ่มใสขึ้น สำหรับบางคนอาจต้องใช้เวลาถึง 8 สัปดาห์กว่าจะออกฤทธิ์เต็มที่ ดังนั้น ในการรักษาอาการซึมเศร้าไม่ควรคาดหวังเห็นผลในทันทีทันใด และหลังจากอาการซึมเศร้าหายดีแล้วก็ยังคงต้องรับประทานยาต่อไปอีกระยะหนึ่งเพื่อป้องกันการกลับซ้ำของโรค โดยทั่วไปจะต้องรับประทานยาต่อเนื่องอีกเป็นเวลาประมาณ 6 เดือนถึง 1 ปี แล้วแพทย์จึงจะลดยาลงเรื่อย ๆ จนในที่สุดหยุดยาได้

ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยรู้สึกว่ายากที่จะฟื้นตัวแล้วก็ไม่ควรหยุดยาเอง เพราะจะทำให้อาการกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำ และการหยุดยาทันทีอาจจะทำให้เกิดอาการข้างเคียงได้ ดังนั้น จึงควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด

**จิตบำบัด** จิตบำบัดเป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลดีสำหรับลดอาการซึมเศร้าวิธีหนึ่ง จิตบำบัดมีหลายรูปแบบ แล้วแต่ความเหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วย

จิตบำบัดแบบมุ่งเน้นการปรับความคิดความเข้าใจ (cognitive behavior therapy) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้านักจะมีความรู้สึกท้อแท้ ชีวิตล้าเหลวสิ้นหวัง หากมีสิ่งไม่ดีเกิดขึ้นก็จะโทษตำหนิตนเอง แต่เมื่อมีสิ่งดีเกิดขึ้นกลับบอกตนเองว่า เพียงแต่โชคดีเท่านั้น หรือผู้ป่วยบางคนก็เชื่อเลยว่าสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตไม่มีทางดีขึ้นอีกแล้ว จิตบำบัดแบบมุ่งเน้นการปรับความคิด

ความเข้าใจนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เห็นกระบวนการคิดทางลบของตนเองและผู้ป่วยบางคนจะสอนวิธีคิดในทางที่เป็นบวก และเกิดประโยชน์มากขึ้น อีกทั้งจะทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ว่า ตนเองสามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต เรียนรู้ที่จะฟื้นจากความล้มเหลว และได้คิดและเชื่อมั่นในสิ่งดี ๆ ในชีวิต

จิตบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักจะมีปัญหาในการสร้างแรงจูงใจเพื่อกระตุ้นตนเอง พบบ่อยว่า จะนั่งเฉย ๆ ไม่ทำอะไรได้เป็นชั่วโมง คิดหมกมุ่นเกี่ยวกับปัญหาของตนจนพลาดโอกาสที่ดี ๆ จิตบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัดจะช่วยค้นหา และปรับพฤติกรรมที่อาจจะเป็นสาเหตุให้อาการซึมเศร้าหายช้าหรือเป็นอยู่นาน พฤติกรรมที่อาจมีการปรับเปลี่ยนในกระบวนการบำบัด เช่น การวางแผนปฏิบัติกิจกรรมสำหรับตนเอง การแก้ไขปัญหา การวางแผนเป้าหมาย และการฝึกทักษะทางสังคม เป็นต้น

จิตบำบัดแบบมุ่งเน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy) จิตบำบัดแบบนี้มีเป้าหมายที่ช่วยผู้ป่วยแก้ไขปัญหาคือความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เป็นเหตุให้อาการซึมเศร้าคงอยู่นานไม่หาย เช่น ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ปัญหาในคู่สมรส ปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนในที่ทำงาน การบำบัดจะช่วยให้เกิดการปรับตัวที่ดีขณะมีการเปลี่ยนแปลงในชีวิต เช่น การเป็นพ่อแม่ หย่าร้าง หรือสูญเสียคนรัก

การให้การปรึกษา (counseling) เป็นกระบวนการช่วยเหลือทางจิตใจ มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เข้าใจปัญหาที่แท้จริงของตนเอง ผู้ให้การปรึกษาจะช่วยให้ผู้ป่วยได้หาแนวทางแก้ไขปัญหาเหล่านั้นอย่างเหมาะสม ขณะให้การปรึกษา ผู้ป่วยก็จะได้เรียนรู้เข้าใจตนเองมากขึ้น การให้การปรึกษานั้นไม่ได้ลดอาการซึมเศร้าโดยตรง แต่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลดปัญหาที่ก่อความทุกข์ใจ ซึ่งจะเป็นการช่วยลดอาการซึมเศร้าทางอ้อม

จากการศึกษาของ Simon and VonKorff (1995) พบว่า จิตบำบัดหรือการช่วยเหลือทางสังคมจิตใจอื่น ๆ มีประสิทธิภาพเช่นเดียวกับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าแต่ต้องทุ่มเทเวลาในการรักษามากกว่า

### ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงที่ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานว่าอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้นมีหลายปัจจัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอจัดประเภทปัจจัยต่าง ๆ เข้าด้วยกันดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล มีปัจจัยส่วนบุคคลหลายปัจจัยที่มีผลการศึกษาบ่งชี้ว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูง ได้แก่ เพศ โดยผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย (Lloyd, Matthews, Wing, & Orchard, 1992; Peyrot & Rubin, 1997) การไม่ได้แต่งงานและการมีการศึกษาที่ต่ำ (Fisher, Chesla, Mullan, Skaff, & Kanter, 2001; Kumari, Head, & Marmot, 2004; Peyrot & Rubin, 1997) การมีอาชีพ โดยการมีการศึกษาที่สูง และการมีอาชีพของผู้ป่วยเบาหวานจะมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าการมีการศึกษาที่ต่ำ และไม่ได้ประกอบอาชีพ (ปาจริย์ อารีโยบ, 2552) ด้านเศรษฐกิจ มีการศึกษาบ่งชี้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีรายได้หรือเศรษฐฐานะต่ำมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (Fisher, Chesla, Mullan, Skaff, & Kanter, 2001) ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ขัดแย้งกัน มีการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานได้ (จุฑารัตน์ บุญวัฒน์, 2552; Fisher, Chesla, Mullan, Skaff, & Kanter, 2001) การเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงในชีวิต ได้แก่ การสูญเสียบุคคลสำคัญ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (McVeigh, Mostashari, & Thorpe, 2004) ปัจจัยด้านอายุ แม้ยังไม่มีการวิจัยรองรับว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน แต่ก็พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรกลุ่มอื่น ๆ ได้ เช่น ในผู้ป่วยทั่วไปที่มารับบริการในสถานบริการสาธารณสุข ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยพิการ เป็นต้น (ประภาศรี ปัญญาวิรัชชัย, 2549; พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณอรุณพงศ์ไพศาล, พันชนภา กิตติรัตนไพบูลย์ และอัจฉรา จรัสสิงห์, 2547; วิไล คุปต์นิริติศัยกุล, 2540) การสูบบุหรี่ การติดสุรา ซึ่งถึงแม้จะไม่มีการวิจัยรองรับว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยตรง แต่ก็พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรทั่วไปจากการสำรวจระดับชาติ (ปราณี ศรีสงคราม, 2551; พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคนอื่น ๆ, 2547)

2. ปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวโรค มีหลายปัจจัยที่มีผลการศึกษายืนยันว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูง ได้แก่ การมีผู้ดูแลอาการเจ็บป่วย พบว่า หากผู้ป่วยเบาหวานสูญเสียการสนับสนุนทางสังคม (social support) จะนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Kumari, Head, & Marmot, 2004; Peyrot & Rubin, 1997) อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคเบาหวาน การเกิดอาการจากโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด และการมีโรคแทรกซ้อนนั้นพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานได้ (นพดล เตมียะประดิษฐ์, และคนอื่น ๆ, 2536; Beardsley & Goldstein, 1993; Danzer et al., 2003; Musselman et al., 2003; Peyrot & Rubin, 1997) ด้านสิทธิการรักษาพยาบาล แม้ยังไม่มีการวิจัยรองรับว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า แต่จากการศึกษาของ ประภาพร จินันทุยา (2536) ศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาล จำนวนครั้งของการมาโรงพยาบาล ในรอบ 1 ปี ซึ่งถึงแม้จะไม่มีการวิจัยรองรับว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยตรง แต่ก็พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น (ทิพากร ปัญญาใหญ่, วัชณี หัตถพนม และละเอียด ปัญญาใหญ่, 2539)

3. ปัจจัยทางจิตวิทยา ได้แก่ ความคิดอัตโนมัติทางลบและความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งพบว่า ความคิดอัตโนมัติทางลบมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าทั้งในผู้ป่วยเบาหวาน (Clarke & Goosen, 2009) และกลุ่มประชากรอื่น ๆ เช่น เด็กวัยรุ่นตอนปลายและผู้เสพติดสุราเรื้อรัง เป็นต้น (ลัดดา แสนสีหา, 2536; เอี่ยมเดือน เนตรแหม, 2541) ในขณะที่ความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพนั้นไม่พบว่ามีสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน แต่พบความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรทั่วไปจากการสำรวจระดับชาติ และในหญิงวัยรุ่น (Davila, Hammen, Burge, Paley, & Daley, 1995; Zlotnick, Kohn, Keitner, & Della, 2000)

## แนวคิดเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติทางลบ

Wright, Beck, Newman, and Liese (1993, p. 123) ให้ความหมายของคำว่า ความคิดอัตโนมัติว่าเป็นความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ทันทีทันใด ก่อนข้างไม่มีเหตุผล และก่อนข้างไม่เป็นไปตามความเป็นจริง สามารถเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า ความบิดเบือนทางความคิด (cognitive error)

Schniering and Rapee (2002) ให้ความหมายของคำว่า ความคิดอัตโนมัติทางลบว่าเป็นประโยชน์ หรือสิ่งที่จินตนาการเข้ามาในสมองอย่างรวดเร็ว โดยไม่ตั้งใจ ไม่ต้องพยายามไม่ผ่านกระบวนการคิดที่มีเหตุผล ไม่สามารถควบคุมได้ ไม่ได้ไตร่ตรอง และนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่เป็นนิสัย

Beck (1967) กล่าวว่า ความคิดอัตโนมัติ หมายถึง ความคิดที่เกิดขึ้นเองโดยไม่มีสิ่งใดมากระตุ้น หรือการที่แสดงออกมาในลักษณะของการพูดกับตนเองภายใน ความคิดอัตโนมัติแตกต่างจากความคิดที่เป็นไปโดยสมัครใจ เพราะความคิดโดยสมัครใจเป็นความคิดที่มีความคงที่มากกว่า และมีความเป็นเหตุเป็นผลมากกว่า แต่ทั้งความคิดอัตโนมัติและความคิดสมัครใจนั้นต่างก็มีความสอดคล้องกับระบบความเชื่อของแต่ละบุคคล ซึ่งบุคคลจะได้รับความคิดเหล่านั้นมาจากการเรียนรู้ และประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ความคิดอัตโนมัติทางลบหมายถึง ความคิดที่เกิดขึ้นในสมองอย่างรวดเร็ว ไม่ผ่านกระบวนการคิดที่มีเหตุผล และสอดคล้องกับความเชื่อของแต่ละบุคคล ซึ่งความคิดดังกล่าวเกิดจากการเรียนรู้

### ลักษณะของความคิดอัตโนมัติทางลบ

ความคิดอัตโนมัติทางลบเป็นผลมาจากความผิดพลาดของกระบวนการคิด เป็นการคิดที่รับรู้และแปลผิด โดยบุคคลจะเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ครั้งแรก ๆ ในชีวิต ซึ่งจะมีเหตุการณ์บางอย่างที่บุคคลไม่สามารถควบคุมได้ รูปแบบการคิดของบุคคลนั้นจะทำให้เกิดการเรียนรู้ว่าตนเองขาดความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้น ๆ ทำให้บุคคลประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาด หรือบิดเบือนจากความเป็นจริง และจะสะสมมาเรื่อย ๆ และเมื่อบุคคลต้องประสบกับภาวะวิกฤติ การประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตจะกระตุ้น

บุคคลให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มมากขึ้น ความคิดอัตโนมัติทางลบยิ่งเพิ่มขึ้นทั้งความถี่และความรุนแรง และความคิดที่มีเหตุผลกลับยิ่งลดลง ความคิดอัตโนมัติทางลบเป็นเนื้อหาความคิดในด้านลบ สัมพันธ์กับอารมณ์ไม่มีความสุข ซึ่งความคิดอัตโนมัติทางลบจะเกิดขึ้นเองโดยมิได้เจตนา และไม่ผ่านกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล (Beck, 1967, p. 15)

### แบบแผนของความคิดอัตโนมัติทางลบ

Wright et al. (1993, pp. 124-125) กล่าวว่า แบบแผนของความคิดอัตโนมัติทางลบ ประกอบไปด้วยแบบแผนต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. การสรุปเหตุการณ์แบบครอบคลุมเรื่องอื่นที่นอกเหนือออกไป (overgeneralization) เช่น นักเรียนคนที่สอบตกมีความคิดว่า “ถ้าฉันสอบตก ฉันคงต้องถูกไล่ออกจากโรงเรียน หางานทำไม่ได้ ไม่มีเงินเลี้ยงดูพ่อแม่”
2. นำเอาเหตุการณ์ภายนอกเข้ามาสัมพันธ์กับตน โดยไม่มีเหตุผล (personalization) เช่น “ครูบอกว่าห้องเราได้คะแนนเฉลี่ยวิชาภาษาไทยต่ำกว่าห้องอื่น คงเป็นฉันแน่ ๆ เลยที่ทำคะแนนได้น้อย จึงดึงคะแนนเฉลี่ยของเพื่อน ๆ ในห้องลงไปด้วย”
3. มีการแปลความหมายเป็น 2 สิ่งที่ตรงข้ามกันชัดเจน คือ ดีทั้งหมด หรือไม่มีอะไรดีเลย (dichotomous thinking) เช่น “ถ้าแฟนทิ้งฉันไปแล้ว ฉันคงมีชีวิตต่อไปไม่ได้ ต้องตายแน่นอน”
4. การมองเหตุการณ์และการมองบุคคลไปในทางร้ายหรือการมองโลกในแง่ร้าย (catastrophizing) เช่น “ฉันคงเรียนไม่จบแน่นอน การเรียนปริญญาตรีมันยากเกินไป”
5. การเลือกเก็บรายละเอียดโดยมีการสรุปแบบยึดรายละเอียดส่วนหนึ่งส่วนใด โดยไม่สนใจส่วนอื่น (selective abstraction) เช่น นักศึกษาแพทย์บอกว่าคนไม่เหมาะกับการเรียนแพทย์ทั้ง ๆ ที่ตนสอบไม่ผ่านแค่วิชาอายุรศาสตร์เพียงวิชาเดียว
6. การสรุปไปในทางลบโดยไม่มีเหตุการณ์สนับสนุน (arbitrary inference) เช่น การสรุปว่า “เพื่อนของฉันไม่ชอบฉันมาก” เพราะเขาไม่ได้รับบัตรเชิญไปงานวันเกิดจากเพื่อน



7. การที่คิดว่าตนสามารถรู้ว่าอีกฝ่ายคิดอย่างไรกับตน (mind reading) เช่น “เขาต้องคิดว่าฉันไม่สวยแน่ ๆ เขาคงเกลียดฉัน”

8. การให้ความสำคัญกับเหตุการณ์บางอย่างผิดไปโดยเป็นการให้ความสำคัญมากหรือน้อยเกินไป (magnification/minimization) เช่น เพียงแค่ตอบข้อสอบผิดไปไม่กี่ข้อแต่คิดว่าตนทำข้อสอบไม่ได้เลย

9. ความคิดที่ว่าทุกอย่างต้องสมบูรณ์แบบ (perfectionism) เช่น “ฉันควรจะต้องสอบวิชาภาษาอังกฤษให้ได้คะแนนเต็ม มิฉะนั้นฉันจะกลายเป็นคนล้มเหลว”

10. การให้คุณค่าแก่คนใดคนหนึ่งโดยยึดเอารูปลักษณะภายนอก (externalization of self worth) เช่น “ฉันต้องสวยตลอดเวลา”

### ความคิดอัตโนมัติทางลบกับภาวะซึมเศร้า

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มักจะมีปัญหาด้านการรับรู้ตนเอง รับรู้ผู้อื่นและสิ่งแวดล้อมไปในทางลบ มีแนวโน้มที่จะตีความประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างไม่สมเหตุสมผลจนทำให้ตนเองนั้นต้องมีความทุกข์ และเกิดภาวะซึมเศร้าที่มากขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลัดดา แสนสีหา (2536) ศึกษาพบว่า วัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะซึมเศร้ามากขึ้นจะมีจำนวนข้อของความคิดอัตโนมัติในทางลบเพิ่มขึ้น และมีความรุนแรงมากขึ้น ตามลำดับและการศึกษาของ เอี่ยมเดือน เนตรแหม (2541) ศึกษาพบว่า ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความคิดอัตโนมัติด้านลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่า ความคิดอัตโนมัติทางลบมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

### แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

Baltus (1994, pp. 10-12) กล่าวว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ และการได้สัมผัสกับบุคคลอื่น เกี่ยวข้องกับความรู้สึกรักของบุคคลที่มีต่อบุคคล ซึ่งอาจเป็นลักษณะทางลบหรือทางบวกก็ได้

จารุวรรณ ต. สกุล (2530, หน้า 47) กล่าวว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นเรื่องเกี่ยวกับความสัมพันธ์ที่บุคคลมีต่อกัน อาจเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อบุคคล หรือบุคคลต่อกลุ่ม หรือกลุ่มต่อกลุ่มก็ได้ โดยอาศัยการแสดงออกทั้งกาย วาจา และใจ ต่อผู้อื่น

วิจิตร อวระกุล (2542, หน้า 10) กล่าวว่า สัมพันธภาพ หมายถึง การทำให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์กันเพื่อให้เป็นกระบวนการระหว่างบุคคลขึ้น โดยพยายามทำให้การปฏิสัมพันธ์กันนั้นเกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน

กรมสุขภาพจิต (2543, หน้า 2) ได้ให้ความหมายของสัมพันธภาพซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความฉลาดทางอารมณ์ว่า เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น การคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น และสามารถจัดการความขัดแย้งกับผู้อื่น ซึ่งมีองค์ประกอบย่อยคือ มีความจริงใจ รู้จักรับผิดชอบและให้อภัย รู้สึกให้และรู้จักรับ รู้จักเคารพยกย่องผู้อื่นและรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้

จากแนวคิดข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น การคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น และสามารถจัดการความขัดแย้งกับผู้อื่น ได้

### **ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพของบุคคล**

Maslow (อ้างถึงใน คณาจารย์ภาควิชาจิตวิทยา, 2543) ได้อธิบายว่า ความต้องการสร้างสัมพันธภาพเป็นความต้องการพื้นฐานหนึ่งของมนุษย์ โดยความต้องการของมนุษย์มีทั้งหมด 5 ชั้น คือ

ขั้นที่ 1 ความต้องการทางสรีระ (physiological needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ในการดำรงชีวิตที่จะขาดเสียมิได้ เช่น อากาศ อาหาร น้ำ อุณหภูมิ ยารักษาโรค ความต้องการทางเพศ การขับถ่าย และการเคลื่อนไหวของร่างกาย เป็นต้น

ขั้นที่ 2 ความต้องการความปลอดภัย (safety needs) เมื่อมนุษย์ได้รับการตอบสนองความต้องการของร่างกายตามสมควรแล้วก็จะมีความต้องการขั้นต่อไปอีก คือ ความปลอดภัย เช่น งานที่ทำอยู่ต้องมั่นคง ไม่ถูกไล่ออกง่าย ๆ หรือเสี่ยงอันตรายต่อชีวิต หากได้รับอันตราย

หรือเจ็บป่วยก็จะได้รับการดูแลรักษาไม่ทอดทิ้ง มีหลักประกันต่าง ๆ เช่น เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ได้รับเงินช่วยเหลือบุตร เป็นต้น

ขั้นที่ 3 ความต้องการสร้างสัมพันธ์หรือเป็นส่วนหนึ่งในสังคม (social or belonging needs) ความต้องการขั้นนี้เป็นลักษณะของความต้องการอยากมีเพื่อน มีคนรักใคร่ชอบพอ ต้องการเป็นผู้ให้ความรัก และได้รับความรักมิได้ถูกจงใจ โดยความต้องการทางเพศ บุคคลที่มีความต้องการขั้นนี้ จะทำพฤติกรรมไปสู่เป้าหมายเพื่อจะทำให้รู้สึกว่าคุณไม่ได้อยู่คนเดียวอย่างโดดเดี่ยว อ้างว้างหรือถูกทอดทิ้ง

ขั้นที่ 4 ความต้องการมีเกียรติและศักดิ์ศรี (the esteem needs) ความต้องการขั้นนี้เป็นความต้องการของมนุษย์เกือบทุกคนในสังคม ลักษณะที่แสดงถึงความต้องการขั้นนี้ เช่น ต้องการได้รับการยกย่องนับถือจากบุคคลอื่น ต้องการเกียรติยศชื่อเสียง หรือมีความภูมิใจ เมื่อประสบความสำเร็จ รู้สึกว่าคุณเป็นที่มีประโยชน์ และมีคุณค่าในสังคม

ขั้นที่ 5 ความต้องการและแรงจูงใจที่จะพัฒนาตนเองไปสู่ระดับสมบูรณ์ที่สุด (self actualization) แบ่งเป็น 3 ขั้นย่อย ดังนี้

การรู้จักตนเองตามสภาพที่แท้จริง และพัฒนาตามศักยภาพของตน (self actualization) เน้นถึงความต้องการเป็นตัวของตัวเอง ประสบความสำเร็จด้วยตัวเอง ต้องการพัฒนาศักยภาพของตนให้เต็มที่ แต่ขณะเดียวกัน ก็สนใจปัญหาของส่วนรวมด้วย ความสำเร็จขั้นนี้ Maslow ถือเป็นการต้องการขั้นสูงสุดของมนุษย์ แต่การที่บางคนไปไม่ถึงระดับนี้ เพราะประสบอุปสรรคจากสิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมรอบข้าง เป็นต้นว่า หลาย ๆ คนทำงานหนักตลอดชีวิตเพื่อสนองความต้องการเบื้องต้น หรือบิดามารดาไม่ทำให้เด็กรู้สึกอบอุ่น หรือรู้สึกว่าตนเป็นผู้มีคุณค่าในสังคม และคนจำนวนมากมักติดอยู่กับความหลงตัวเอง หลงในอำนาจวาสนา เป็นพวกวัตถุนิยม ทำให้ไม่สามารถหลุดพ้นไปถึงพัฒนาการระดับสูงนี้ได้

ความต้องการมีความรู้ ความเข้าใจในสิ่งใหม่ (cognitive needs) ความต้องการนี้สำหรับ Maslow ถือเป็นการพัฒนาตนเองอันดับที่สอง จะเริ่มแสดงออกในวัยเด็ก และจะมีเพิ่มมากขึ้นเมื่อบุคคลเติบโตเป็นผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในกลุ่มปัญญาชน ถ้าความต้องการนี้ได้รับการขัดขวางจะทำให้บุคคลประสบความคับข้องใจ อาจมีอาการเบื่อหน่าย และรู้สึกท้อถอยในชีวิต

ความต้องการด้านสุนทรียภาพ (aesthetic needs) ความต้องการขั้นนี้จะเกิดขึ้นไม่ได้ ถ้าความต้องการขั้นต้น ๆ ไม่ได้ได้รับการตอบสนอง ดังนั้นความต้องการนี้จะเกิดขึ้นเฉพาะกับบุคคลบางคนเท่านั้น เขาเหล่านี้จะรู้สึกไม่สบายใจ ทนไม่ได้ถ้าเห็นความไม่เป็นระเบียบ ไม่สมดุล และความไม่น่าดูต่าง ๆ แต่อาการเหล่านี้จะหายไปทันทีถ้าเขาได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่งดงาม ตัวอย่างรายการณีของผู้ที่มีความต้องการขั้นสูงนี้จะรู้สึกทนไม่ได้แม้แต่เห็นรูปภาพ ซึ่งติดอยู่บนฝาผนังเพียงไม่ได้ระดับไปเพียงเล็กน้อย จะต้องเข้าไปจับเลื่อนให้ตรงทันที

Schultz (1990, p. 356) ได้มีแนวคิดว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลจะเกิดขึ้นได้จากความต้องการพื้นฐานของบุคคล 3 ประการ คือ ความต้องการความเป็นพวกพ้อง (inclusion) ความต้องการความมีอำนาจควบคุม (control) ความต้องการรักใคร่ชอบพอ (affection) โดยหลักสัมพันธภาพมี 4 ประการ คือ

1. มนุษย์มีความต้องการพื้นฐานเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและพฤติกรรมทางสังคมของบุคคลที่สำคัญ 3 เรื่อง คือ ความเป็นพวกพ้อง ความมีอำนาจควบคุม และความรักใคร่ชอบพอกัน ความต้องการทั้ง 3 ด้านนี้จะผสมผสานออกเป็นสัดส่วนที่อธิบายได้

2. พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกในการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นจะมีลักษณะเหมือนกับพฤติกรรมตามประสบการณ์มาก่อนหน้านี้ ซึ่งมักจะเป็นความสัมพันธ์ที่เคยมีมากับครอบครัวมาก่อน นั่นคือ การติดต่อสัมพันธ์กับบุคคล มีพื้นฐานมาจากความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว รูปแบบพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกในการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม มักจะลอกเลียนแบบมาจากประสบการณ์ในวัยเด็ก หรือพฤติกรรมจากบิดามารดา

3. ความผสมกลมกลืนกันอย่างพอดีระหว่างความต้องการ 3 ด้านในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างไว้ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการสร้างความสามัคคีในกลุ่มบุคคล

4. มนุษย์มาอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่ม เกิดความผูกพันขึ้นได้จะต้องผ่านขั้นตอนของความ เป็นพวกพ้อง ความมีอำนาจควบคุม และความรักใคร่ชอบพอ เมื่อสิ้นสุดกระบวนการกลุ่ม ความต้องการของกลุ่มก็จะค่อย ๆ ถอยกลับจากรักใคร่ชอบพอกันไปสู่ขั้นตอนของความ เป็นพวกพ้อง

### การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นกับภาวะซึมเศร้า

การมีความขัดแย้งทางด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่นนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า เพราะความขัดแย้งกับผู้อื่นอาจทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกค้อยค่า ผิดหวัง เสียใจ และเบียดเบียนต่อการติดต่อกับบุคคลอื่น และเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าแล้วในทางกลับกันก็ทำให้ความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลต้องบกพร่องตามไปด้วย เช่น ไม่กล้าเข้าสังคม ไม่กล้าแสดงออก ทำให้วงจรของภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นต่อไปซึ่งสอดคล้องกับ Karina et al. (2004) ซึ่งอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับการเกิดภาวะซึมเศร้าว่า เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากสภาพแวดล้อมทางจิตสังคมของคนคนหนึ่ง จะมีผลกระทบต่ออารมณ์ของคนนั้น และในทางกลับกัน สภาพอารมณ์ก็มีผลต่อสภาพแวดล้อมทางจิตสังคมเช่นกัน มีการศึกษาหลายชิ้นที่แสดงให้เห็นว่า การเกิดปัญหาด้านสัมพันธภาพนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า เช่น Kendler et al. (1995) พบว่า การเกิดปัญหาตั้งแต่เด็กในชีวิตสามารถทำนายการเกิดโรคซึมเศร้าได้มาก (ค่า Odd Ratio มากกว่า 10) อันได้แก่ การสูญเสียชีวิตของญาติใกล้ชิด การถูกทำร้าย ปัญหาในชีวิตสมรสที่รุนแรง การหย่าร้างหรือการเลิกราของชีวิตรัก และ พิรพจน์ ลือบุญรัชชชัย, นันทิกา ทวิชาชาติ และสมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์ (2551) ศึกษาแบบจับคู่จำนวน 90 คู่ โดยจับคู่จากอายุ และเพศเดียวกัน พบว่า ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าถึง 9 เท่า (OR = 9.00, 95% CI = 3.58-29.05) ซึ่งจากการศึกษาดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า สัมพันธภาพที่บกพร่องมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า

### แนวคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

#### ความหมายของโรคเบาหวาน

เทพ หิมะทองคำ (2550, หน้า 2) ให้คำจำกัดความของโรคเบาหวานไว้ว่า คือ ภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไปใช้ได้ตามปกติ ภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างเรื้อรังทำให้เกิดการเสื่อม

ของอวัยวะในร่างกายในระยะยาว เกิดการเสียหายที่ และอวัยวะที่สำคัญหลายอวัยวะทำงาน ล้มเหลว ได้แก่ ตา ไต ระบบประสาท หัวใจ และหลอดเลือด

สุนิตย์ จันทร์ประเสริฐ (2539, หน้า 479) กล่าวว่า โรคเบาหวานเป็นกลุ่มอาการ ของโรคที่เกิดจากความผิดปกติของการเผาผลาญของสารอาหาร คาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน สาเหตุเนื่องจากขาดอินซูลิน หรือหน้าที่ของอินซูลินลดลง มีผลทำให้ระดับ น้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์ และกอบชัย พัววิไล (2546, หน้า 3) ให้ความหมายว่า โรคเบาหวานเป็นกลุ่มโรคทางเมตาบอลิซึม ซึ่งก่อให้เกิดระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูง เป็นเวลานานอันเป็นผลมาจากความผิดปกติในการออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือการหลั่ง อินซูลินหรือทั้งสองประการ การที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน ในโรคเบาหวาน จะก่อให้เกิดความผิดปกติต่อโครงสร้าง และการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ได้แก่ ตา ไต เส้นประสาท หลอดเลือด และหัวใจ

วราภณ วงศ์ถาวรวัฒน์ และวิทยา ศรีดามา (2549, หน้า 11) ให้ความหมายของ โรคเบาหวานว่า คือ โรคทางเมตาบอลิซึมที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงอันเป็นผลมาจาก ความบกพร่องของการหลั่งอินซูลิน หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลินทั้งสองอย่าง ส่งผลให้ เกิดความผิดปกติในระบบเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และโปรตีน ความผิดปกติ ดังกล่าวมีส่วนเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในระยะยาว การสูญเสียหน้าที่และความล้มเหลว ของอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ของตา ไต ระบบประสาท หัวใจ และหลอดเลือด

สรุปได้ว่า โรคเบาหวาน หมายถึง โรคทางเมตาบอลิซึมที่ทำให้มีระดับน้ำตาลกลูโคส ในเลือดสูงอันเป็นผลมาจากความบกพร่องของการหลั่งอินซูลิน หรือการออกฤทธิ์ของ อินซูลินหรือทั้งสองอย่าง ซึ่งก่อให้เกิดความผิดปกติต่อโครงสร้าง และการทำงานของ อวัยวะต่าง ๆ ได้แก่ ตา ไต เส้นประสาท หลอดเลือด และหัวใจ

#### **อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน**

ภavana กิริติยุดวงส์ (2544, หน้า 34) กล่าวว่า อาการและอาการแสดงของ โรคเบาหวาน มีดังนี้

1. ถ่ายปัสสาวะจำนวนมาก (polyuria) เมื่อระดับน้ำตาลสูงมากเกินไปจนขีดจำกัดของไตคือ 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร่างกายจะขับน้ำตาลออกมาทางปัสสาวะทำให้เกิดภาวะ Osmotic Diuresis บริเวณท่อไต (renal tubular) น้ำจึงเข้ามาบริเวณนี้มาก ผู้ป่วยจึงถ่ายปัสสาวะจำนวนมาก และบ่อยครั้ง
2. ดื่มน้ำมาก (polydipsia) เมื่อร่างกายเสียน้ำจำนวนมาก ศูนย์ควบคุมการกระหายน้ำ (thirst center) จะถูกกระตุ้นทำให้กระหายน้ำมาก จึงต้องดื่มน้ำมากขึ้น
3. รับประทานอาหารจุ (polyphagia) เนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลมาใช้ได้อย่างปกติ จึงสลายเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ มาใช้เป็นพลังงานเพื่อชดเชยภาวะนี้ทำให้มีอาการหิวบ่อย รับประทานอาหารมากแต่น้ำหนักลด
4. น้ำหนักลด (weight loss) เมื่อร่างกายไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้ได้ จะสลายโปรตีน และไขมันมาใช้เป็นพลังงาน ร่วมกับภาวะขาดน้ำจึงทำให้น้ำหนักลด

### การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

American Psychiatric Association (อ้างถึงใน สุทิน ศรีอัญญาพร, 2544, หน้า 1031) กล่าวว่า เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน ถ้าพบว่าอยู่ในเกณฑ์หนึ่งในสามข้อถือว่าเป็นโรคเบาหวาน มีเกณฑ์ ดังนี้

1. การวัดระดับ Casual Plasma Glucose (แบบสุ่ม) คือ การวัดระดับความเข้มข้นของน้ำตาลกลูโคสในเลือด โดยการเจาะเลือดเวลาใดก็ได้ของวันซึ่งไม่คำนึงถึงเวลาที่รับประทานอาหาร ค่าปกติน้อยกว่า 100 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ถ้าค่าระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ถือว่าเป็นโรคเบาหวาน
2. การวัดระดับ Fasting Plasma Glucose คือ การวัดระดับความเข้มข้นน้ำตาลกลูโคสในเลือดก่อนอาหารเช้า โดยงดอาหารและเครื่องดื่มที่มีแคลอรีทุกชนิดเป็นเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมงก่อนเจาะเลือด ค่าปกติ 80-110 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ถ้าค่าระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ถือว่าเป็นโรคเบาหวาน
3. การทดสอบ Glucose Tolerance Test คือ การทดสอบความทนต่อกลูโคส โดยให้ดื่มน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม ละลายในน้ำประมาณ 250-300 มิลลิกรัม โดยดื่มภายใน 5 นาที เก็บตัวอย่างเจาะเลือดค้ำหลังจากดื่มน้ำตาลกลูโคส 2 ชั่วโมง ค่าปกติน้อยกว่า

140 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ถ้าค่าระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ถือว่าเป็นโรคเบาหวาน

### ประเภทของเบาหวาน แบ่งตามสาเหตุ

American Diabetes Association (อ้างถึงใน บุญทิพย์ สิริขันธ์ศรี, 2538, หน้า 12; วราภณ วงศ์ถาวรวัฒน์ และวิทยา ศรีดามา, 2549, หน้า 13) ได้แบ่งประเภทของเบาหวานตามสาเหตุได้ ดังต่อไปนี้

1. เบาหวานชนิดที่ 1 (type 1 diabetes) เกิดปีศาจเซลล์ของตับอ่อนถูกทำลาย ซึ่งส่วนใหญ่ผ่านทางกลไก cellular mediated autoimmunity และมักนำไปสู่การขาดอินซูลินอย่างสิ้นเชิง โดยมีลักษณะทางคลินิก ดังนี้

- 1.1 ส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 20 ปี
- 1.2 อาการของโรคเกิดขึ้นรวดเร็ว
- 1.3 รูปร่างผอม

1.4 ถ้าขาดการรักษาด้วยอินซูลิน ส่วนใหญ่จะเกิดโรคแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน คือ การเกิดภาวะเลือดเป็นกรดเนื่องจากเบาหวาน (Diabetic Acidosis--DKA)

เบาหวานชนิดนี้มักเกิดขึ้นกับเด็กซึ่งมีประมาณร้อยละ 4 ของเบาหวานทั้งหมด โรคเบาหวานชนิดนี้เกิดจากปีศาจเซลล์ในตับอ่อนมีจำนวนน้อย หรือเกือบไม่มีเลย ทำให้ไม่สามารถผลิตอินซูลินได้ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดนี้ต้องฉีดอินซูลินไปตลอดชีวิต พบได้ทั้งเพศชายและหญิงในจำนวนใกล้เคียงกัน อาการของโรคจะเกิดขึ้นกะทันหันและรุนแรง ผู้ป่วยมักมีรูปร่างผอมหรือน้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยประเภทนี้จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการฉีดอินซูลินทุกวัน มิฉะนั้นอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีอันตรายถึงชีวิตได้ง่าย โดยเฉพาะภาวะกรดคีโตนคั่งในเลือด

2. เบาหวานชนิดที่ 2 (type 2 diabetes) เกิดจากภาวะต่อต้านอินซูลิน (โดยกรรมพันธุ์และสิ่งแวดล้อม) ร่วมกับภาวะขาดอินซูลินมากขึ้นตามลำดับ โดยมีลักษณะทางคลินิก ดังนี้

- 2.1 ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 30 ปี
- 2.2 อาการเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไปหรือไม่มีอาการ

2.3 รูปร่างอ้วนหรือปกติ แต่มีภาวะอ้วนลงพุง

2.4 มักมีประวัติเบาหวานในครอบครัวชัดเจน

เบาหวานชนิดนี้จะพบมากในวัยผู้ใหญ่ที่อายุเกิน 40 ปี วัยกลางคน และผู้สูงอายุ หรือเป็นวัยหนุ่มสาว มีประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด พบในเพศหญิง มากกว่าเพศชาย ดัชนีมวลกายจะสามารถผลิตอินซูลินได้ไม่เพียงพอกับการใช้ในร่างกาย ซึ่งอาจจะใช้ยากระตุ้นให้ตับอ่อนผลิตอินซูลินให้มากขึ้น ผู้มีประวัติสมาชิกในครอบครัว เป็นโรคเบาหวาน โดยเฉพาะญาติสายตรงมีแนวโน้มเป็นโรคเบาหวานชนิดนี้ได้มาก โดยเฉพาะคู่แฝดจากไข่ใบเดียวกันพบได้เกือบร้อยละ 100

3. เบาหวานชนิดอื่น ๆ จากสาเหตุต่าง ๆ เช่น ความผิดปกติทางพันธุกรรม การทำงานของบีตาเซลล์ การออกฤทธิ์ของอินซูลิน โรคของตับอ่อน โรคของต่อมไร้ท่อ ยา สารเคมี เป็นต้น

4. โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus) ในระยะตั้งครรภ์ อาจพบว่ามีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ หรือความทนต่อกลูโคสผิดปกติ ทั้งนี้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกาย หญิงตั้งครรภ์มักพบเป็นเบาหวานได้ง่ายเพราะ การตั้งครรภ์แต่ละครั้ง ต้องอาศัยฮอร์โมนซึ่งช่วยในการเจริญเติบโตของทารก ฮอร์โมนเหล่านี้มีฤทธิ์ต้านการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ทำให้บีตาเซลล์ต้องทำงานมากเพื่อผลิตอินซูลิน ให้เพียงพอต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือด แต่เมื่อตั้งครรภ์หลายครั้งก็อาจทำให้บีตาเซลล์ ทำงานได้ไม่เต็มที่ที่มีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง

#### **ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน**

ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ ภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลัน และภาวะแทรกซ้อนแบบเรื้อรัง ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลัน มีรายละเอียด ดังนี้ (สุนทร ตันจันทน์, 2535, หน้า 28-29)

1.1 ภาวะที่มีน้ำตาลในเลือดสูง โดยไม่มีกรดคั่งในกระแสเลือด พบได้มากในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีน้ำหนักตัวมาก รับประทานอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรตเป็นจำนวนมาก หรือมีการติดเชื้อ โดยระดับอินซูลินมีเพียงพอ แต่ไม่สามารถนำไปใช้

เผาผลาญคาร์โบไฮเดรตได้ เป็นเหตุให้น้ำตาลในเลือดสูงมาก จึงคุดน้ำออกจากเซลล์ ทำให้เซลล์ขาดน้ำ ผิวหนังเหี่ยว ตาลึก และมีไข้ ปัสสาวะน้อยลง งุนงง แน่นท้อง ประสาทส่วนกลางทำงานตามปกติไม่ได้ ชักเฉพาะที่หรือชักทั้งตัว หมคสติได้

1.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ปกติน้ำตาลในเลือดมีค่า 70-120 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ถ้าลดต่ำกว่าร้อยละ 50 จะเกิดอาการหมคสติได้ พบได้บ่อยจากการรับประทานอาหาร และยาเม็ครักษาโรคเบาหวานไม่สัมพันธ์กัน ทำให้มีอาการหิว อ่อนเพลีย หมคแรง ใจสั่น ซึพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตอาจสูงขึ้นไม่มาก เหงื่อออก ตัวเย็น มือสั่น ปวดศีรษะ สับสน ซึม และหมคสติ

2. ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของเบาหวานเกิดจากผลของระดับน้ำตาลในเลือดสูง ส่งผลเสียต่ออวัยวะนั้น ๆ ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของเบาหวานสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2549, หน้า 182; นิจศรี ชาญณรงค์, 2549, หน้า 193; พงศ์อมร บุนนาค, 2546, หน้า 280; วีรพันธุ์ โขวิฑูรกิจ, 2549, หน้า 144; วีระศักดิ์ ศรีนินภากร และชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, 2546, หน้า 223)

2.1 ความผิดปกติที่เกิดขึ้นในเส้นเลือดฝอยหรือเส้นเลือดขนาดเล็ก (microvascular) ได้แก่

2.1.1 โรคแทรกซ้อนที่ไต (nephropathy) ซึ่งภาวะไตผิดปกติเนื่องจากเบาหวานเป็นสาเหตุสำคัญของโรคไตระยะสุดท้ายและเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และการเสียชีวิตจากโรคหัวใจ

2.1.2 โรคแทรกซ้อนที่ตา (retinopathy) ตัวอย่างเช่น ภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา (diabetic retinopathy) ต้อกระจก (cataract) ต้อหิน (glaucoma) และความผิดปกติของระบบประสาทตา (neuro ophthalmologic disorder) เป็นต้น

2.1.3 โรคแทรกซ้อนทางระบบประสาท (neuropathy) แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ กลุ่ม Symmetrical Neuropathy เป็นกลุ่มที่มีอาการและอาการแสดงกระจายตัวไป มีลักษณะสมมาตร แต่ในทางพยาธิวิทยาหรือประสาทสรีรวิทยานั้นอาจมีความไม่สมมาตรอยู่บ้าง และกลุ่ม A Symmetrical Neuropathy ซึ่งจะมีอาการและอาการแสดงเฉพาะที่เป็นกับรากประสาท (radiculopathy) เส้นประสาทแต่ละเส้นหรือเส้นประสาทกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

2.2 ความผิดปกติที่เกิดขึ้นที่เส้นเลือดขนาดใหญ่ (macrovascular) ได้แก่

2.2.1 โรคแทรกซ้อนของหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease)

ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดของการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2.2.2 โรคแทรกซ้อนของเส้นเลือดในสมอง (cerebrovascular disease)

สามารถแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ คือ โรคหลอดเลือดสมองตีบ (ischemic cerebrovascular disease) และ โรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic cerebrovascular disease)

2.2.3 โรคแทรกซ้อนเส้นเลือดในระบบประสาทส่วนปลาย (peripheral vascular disease) ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเกิดแผลที่เท้า เนื่องจากขาดความรู้สึกลงในการป้องกันตนเอง ดังนั้น จึงทำให้ไม่รู้สึกลักษณะเกิดการบาดเจ็บและทำให้เกิดรอยฉีกขาดบนผิวหนังได้ นอกจากนี้ ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนปลายอาจทำให้เกิดอาการชา ปวดเหมือนถูกไฟฟ้าช็อต ถูกเข็มทิ่มแทง ปวดแสบปวดร้อน และอาการมักจะเกิดขึ้นมากในเวลากลางคืน

### สภาวะทางจิตใจและสังคมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

สิรินุช เกื้อกุล (2541, หน้า 2-5) สภาวะทางจิตใจและสังคมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีรายละเอียด ดังนี้

1. สภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคเบาหวานทำให้เกิดความผิดปกติต่อทุกระบบของร่างกาย โรคเบาหวานจะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทางด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ ทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ผลเสียทางตรงเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล ฯลฯ สิ่งเหล่านี้ย่อมทำให้เกิดความเครียดทางจิตใจ การทำใจให้ยอมรับที่จะมีชีวิตอยู่กับโรคเบาหวาน และหาหนทางปรับตัวให้ชีวิตมีความสุขเป็นสิ่งสำคัญ สำหรับผู้ป่วยบางคนต้องใช้เวลาในการปรับตัวเพื่อยอมรับ ปฏิกริยาทางจิตใจ ไม่มีแบบใดเป็นลักษณะเฉพาะ การเปลี่ยนที่เกิดขึ้น มีแตกต่างกันได้มากมายในแต่ละบุคคลตั้งแต่ปฏิกริยาเล็กน้อย จนถึงขั้นเป็นปัญหาอารมณ์อย่างรุนแรงขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพเดิม และความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยแต่ละราย ความรุนแรง และระยะเวลาของการเจ็บป่วยตลอดจนปัจจัยทางด้านครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง

2. ปฏิกริยาทางจิตใจที่มีต่อโรคเบาหวาน แยกพิจารณาตามช่วงเวลาของการเจ็บป่วย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

2.1 ปฏิกริยาเมื่อเริ่มเป็นโรคเบาหวาน ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มรู้ตัวว่าเป็นโรคเบาหวาน จนกระทั่งสามารถปรับตัวให้ยอมรับการเจ็บป่วยได้นั้น จะมีปฏิกริยาทางอารมณ์เกิดขึ้นมากมาย ระยะเวลาที่ใช้ในการปรับตัวมีได้แตกต่างกันตั้งแต่ 1-2 สัปดาห์ จนถึงเวลาหลายปี ซึ่งสามารถแบ่งการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้ป่วยเบาหวานเป็น 5 ระยะ

ระยะที่ 1 ความรู้สึกตกใจและปฏิเสธไม่ยอมรับ (shock and denial) พอได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ผู้ป่วยจะอยู่ในภาวะตกใจและไม่สามารถยอมรับได้ บางรายอาจตกใจจนทำอะไรไม่ถูก บางรายอาจไม่เชื่อการวินิจฉัยของแพทย์ และไม่ยอมรับการรักษา หรือเปลี่ยนผู้รักษาบ่อยครั้ง

ระยะที่ 2 ความรู้สึกโกรธ (anger) เมื่อผู้ป่วยหายจากการตกใจ และรู้ว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานแน่นอน ก็จะเกิดความกลัว และความวิตกกังวล ซึ่งจะทำให้เกิดความสับสนใจ และอาจรู้สึกโกรธที่ต้องมาเป็นโรคนี้อาจรู้สึกโกรธโชคชะตา โกรธตนเอง ที่ชอบรับประทานอาหารรสหวานจัด หรือโกรธพ่อแม่ที่ถ่ายทอดพันธุกรรมให้

ระยะที่ 3 ระยะต่อรอง (bargaining) เป็นระยะที่ผู้ป่วยยอมรับความจริงได้มากขึ้น และอารมณ์สงบลง แต่ยังมีการต่อรองอยู่บ้าง เช่น ขอวิธีการรักษาให้หายขาด ขอเปลี่ยนจากยาฉีดเป็นยารับประทาน หรือขอนิยามวันเว้นวันแทนที่จะฉีดทุกวัน

ระยะที่ 4 ความรู้สึกเศร้าเสียใจ (depression) เมื่อผู้ป่วยจำต้องยอมรับตนเองเป็นโรคที่ไม่มีทางรักษาหายในขณะที่ยังไม่สามารถปรับจิตใจให้ยอมรับได้อย่างแท้จริง จึงอาจเกิดความรู้สึกหดหู่ใจ ท้อแท้ หมคหวัง เศร้าใจ และอาจถึงขณะละเลยไม่สนใจที่จะรักษาตนเอง

ระยะที่ 5 ความรู้สึกยอมรับ (acceptance) เป็นระยะที่ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วยได้แท้จริง ยอมรับที่จะมีชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุขกับโรคเบาหวาน โดยพร้อมที่จะต่อสู้กับการเจ็บป่วย และให้ความร่วมมืออย่างดีกับผู้รักษา

ทั้ง 5 ระยะนี้อาจเกิดขึ้น หายไป และเกิดขึ้นใหม่ กลับไปกลับมาได้ ผู้ป่วยบางรายอาจไม่จำเป็นต้องผ่านทั้ง 5 ระยะ แต่สามารถยอมรับการเจ็บป่วยได้ตั้งแต่แรก บางรายมีปฏิกริยาตามขั้นตอนทุกขั้นตอนดังกล่าว แต่สามารถปรับเข้าสู่ระยะการยอมรับ



ได้อย่างรวดเร็ว ในขณะที่บางรายอาจคิดอยู่ที่ระยะใดระยะหนึ่งเป็นเวลานาน จึงควรช่วยให้ผู้ป่วยได้ปรับตัวและยอมรับการเจ็บป่วยได้รวดเร็วที่สุด ผู้ป่วยจะได้ให้ความร่วมมือที่ดี และนำไปสู่ผลดีต่อการรักษา

2.2 ปฏิบัติการที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคหลังจากผ่านช่วงเวลาที่ต้องทำใจ เพื่อยอมรับว่าเป็นโรคเบาหวานได้แล้ว ผู้ป่วยยังคงต้องปรับตัวให้เข้ากับการดำเนินของโรคที่เปลี่ยนแปลง และการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน สิ่งเหล่านี้จะมีผลทำให้เกิดปฏิกิริยาทางอารมณ์ได้เช่นกัน ซึ่งถ้าการควบคุมระดับน้ำตาลได้ผลดี ผู้ป่วยก็จะมี ความมั่นใจ และสามารถปรับตัวได้ดีด้วย แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าการควบคุมโรคไม่ดี ผู้ป่วยต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลหลายครั้ง หรือเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) หรือน้ำตาลในเลือดสูง (hyperglycemia) บ่อย ๆ ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความกลัวและวิตกกังวลได้มาก ในทางกลับกันผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวบ่อย ๆ อาจเกิดจากปัญหาทางจิตใจด้วย เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) อาจเป็นจากผู้ป่วยจงใจใช้ยาเกินขนาด หรือมีอาการซึมเศร้า ทำให้รับประทานไม่ได้ หรือ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (hyperglycemia) และเลือดเป็นกรดจากคีโตน อาจมีสาเหตุมาจากผู้ป่วยไม่ยอมลดยา เรื่องการควบคุมอาหาร ถ้าผู้ป่วยถูกจำกัดมากเกินไป หรือมีความกลัวมากจนไม่กล้ารับประทานอะไร จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกแตกต่างจากคนปกติ และมีผลกระทบต่อจิตใจได้ จึงควรให้ผู้ป่วยได้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการควบคุมอาหารเป็นอย่างดี สามารถกำหนดปริมาณอาหารที่รับประทานได้พอเหมาะ มีโอกาสเข้าสังคม และมีความยืดหยุ่นในการเลือกรับประทานอาหารได้หลายอย่าง โดยที่ยังมั่นใจว่า สามารถรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้

3. ปฏิบัติการเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมานานถึงระยะหนึ่ง จะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนประเภทเรื้อรังได้หลายอย่าง ซึ่งล้วนเกิดขึ้นกับอวัยวะที่มีความสำคัญต่อร่างกาย และมีความหมายต่อจิตใจได้มาก เช่น โรคไต โรคหัวใจ การเสื่อมของปลายประสาท การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ หรือเป็นความพิการอย่างถาวรของร่างกาย เช่น ตาบอด หรือการถูกตัดแขนขา เป็นต้น ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยทุกคนกลัว และเมื่อเกิดขึ้นแล้ว จะมีผลกระทบต่อจิตใจได้อย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าผู้ป่วยยังไม่สามารถปรับตัว หรือยอมรับการเจ็บป่วยได้ดีมาก่อน ปฏิบัติการทางอารมณ์อาจเป็น

ความกลัว นี้ก็ถือว่าเป็นความผิดของตนเองที่ไม่ได้ควบคุมโรคให้ดี ยิ่งถ้าได้รับการตำหนิ ก็จะมีความรู้สึกผิด และเกิดอาการซึมเศร้าได้มากยิ่งขึ้น

4. การช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ควรประกอบควบคู่ไปด้วยเสมอกับการรักษา โดยทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษา มีหลักการในการช่วยเหลือ ดังนี้

4.1 ควรมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย

4.2 ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีชีวิตอย่างคนปกติได้มากที่สุด กระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนช่วยสนับสนุนเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยเบาหวานเข้าใจและยอมรับ ให้ผู้ป่วยได้รู้สึกว่า ถึงแม้จะป่วยเป็นโรคเบาหวานก็สามารถใช้ชีวิตเหมือนคนปกติได้

4.3 การให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ถ้าผู้ป่วยมีความเข้าใจเป็นอย่างดีในเรื่องการรักษา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ตลอดจนการป้องกันวิธีการในการดูแลตนเองจะลดความวิตกกังวลลงไปได้มาก

4.4 ควรให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพูดคุยกับผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยกันจะช่วยให้ได้รับกำลังใจ และมีการปรับตัวที่ดีขึ้น การได้รับการสนับสนุน ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน การเรียนรู้วิธีการควบคุมเรื่องโรคเบาหวานจะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและมีทัศนคติต่อการเป็นโรคเบาหวานมากขึ้น นอกจากนี้แล้ว การให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสแสดงความสามารถตนเอง การมีน้ำใจไมตรี การได้รับการยอมรับจากกลุ่ม สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีภาพพจน์ของตนเองที่ดี และมีความมั่นคงทางใจดีขึ้น

#### **ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับโรคเบาหวาน**

Peyrot and McMurry (อ้างถึงใน ภวานา กิริติยวงศ์, 2544, หน้า 67) กล่าวว่า ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับโรคเบาหวาน มีรายละเอียด ดังนี้

ความเครียดแม้เพียงครั้งคราวก็กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการเผาผลาญอาหารในร่างกายได้โดยมีผลต่อการเผาผลาญน้ำตาลกลูโคส ลดการสร้างอินซูลิน ทำให้การเปลี่ยนกลูโคสเป็นพลังงานลดลง ระดับของ Serum GOT และ Serum Ketone Bodies เพิ่มขึ้น บ่งบอกถึงการทำงานของตับ และตับอ่อนถูกทำลายโดยเฉียบพลัน การเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกันนี้มีผล คือ เป็นเหตุกระตุ้นให้มีอาการแสดงของโรคเบาหวานออกมา (precipitating causes) มีการเชื่อว่า โรคเบาหวานเป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากการตอบสนอง

ของร่างกายต่อความเครียดเช่นเดียวกับโรคทางกายที่มีความสัมพันธ์กับจิตใจอื่น ๆ (psychosomatic diseases)

กรณีที่เป็นโรคเบาหวานอยู่ก่อนแล้ว การศึกษาย้อนหลังพบว่า ณ ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญกับความวุ่นวายทางใจอยู่นั้นมักสัมพันธ์กับการกำเริบของโรครุนแรงถึงขั้น Ketonic Coma ได้ การติดตามศึกษาระยะยาวในผู้ป่วยที่มีทัศนคติต่อการเจ็บป่วยที่ดี มีความมั่นคงทางอารมณ์สูงก็ยิ่งพบว่า การกำเริบของโรคที่รุนแรงหรือกลับเป็นซ้ำอีก เกี่ยวข้องโดยตรงกับการเกิดวิกฤตที่ร้ายแรงในชีวิต

เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติไป ควบคุมไม่ได้ บ่อยครั้งที่แพทย์จะให้ความสำคัญกับพฤติกรรมรับประทานอาหาร การฉีดอินซูลิน ในขณะที่ความจริงอาจเป็นผลโดยตรงจากความแปรปรวนทางอารมณ์จนมีผลกระทบต่อพฤติกรรมการเลือกอาหาร โดยเฉพาะกลูโคส และภายใต้สถานการณ์ที่เครียด ผู้ป่วยก็มีพฤติกรรมที่จะลดความเครียดต่าง ๆ เช่น รับประทานอาหารมากขึ้น ดื่มเหล้า หรือเลิกฉีดอินซูลิน หรือฉีดโดยไม่ปฏิบัติตามหลักการ ทำให้ปราศจากเชื้อโรค นอกจากนั้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาระในการดูแลตนเองหลายอย่าง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ทั้งการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา รวมทั้งเผชิญกับความไม่แน่นอนจากพยาธิสภาพของโรค ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล และความเครียด ซึ่งส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแย่ลง เนื่องจากมีการหลั่งสาร Catecholamines และ Cortisol เพิ่มมากขึ้น เกิดกระบวนการย่อยสลายน้ำตาล (Glycogenolysis) ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น มีรายงานถึงความกดดันทางอารมณ์ที่รุนแรงในเด็กวัยรุ่น ทำให้เกิดภาวะเลือดเป็นกรดจาก Ketoacidosis

โดยทั่วไป ชีวิตของผู้ป่วยจะถูกรบกวนจากภาวะน้ำตาลในเลือดขึ้น ๆ ลง ๆ เสมอ ทำให้เกิดความไม่สบายทั้งร่างกายและจิตใจ วนเวียนตลอดเวลาจนยากที่จะแยกเหตุและผล ซึ่งผลจะก่อให้เกิดอารมณ์เศร้าและคับข้องใจ และนำไปสู่การขาดความใส่ใจในการดูแลรักษาตนเอง รวมไปถึงความไม่ศรัทธาต่อกระบวนการรักษาด้วย ดังนั้นอารมณ์จึงเป็น ต้นเหตุของวงจรนี้



## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

Gavard, Lustman, and Clouse (1993) ศึกษาโดยทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ถึงความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานผู้ใหญ่พบว่า ในจำนวนการศึกษาที่มีการควบคุมกลุ่มตัวอย่างอย่างดี พบว่า การศึกษาที่ใช้การสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัย (diagnostic interview) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ระหว่างร้อยละ 8.5-27 (ค่าเฉลี่ยร้อยละ 14) และการศึกษาที่ใช้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-report symptom scales) พบว่า อยู่ระหว่างร้อยละ 22-60 (ค่าเฉลี่ยร้อยละ 32)

Anderson et al. (2001) ศึกษาแบบ Meta-analysis ใน 42 การศึกษาถึงความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานผู้ใหญ่ รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งหมด 21,351 คน พบว่า การศึกษาที่ใช้การสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัย (diagnostic interview) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 11 และการศึกษาที่ใช้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-report symptom scales) พบว่า มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 31

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

นพดล เตมียะประดิษฐ์ และคนอื่น ๆ (2536) ศึกษาเรื่อง “ภาวะซึมเศร้าในคลินิกผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลสงขลา” จำนวน 142 ราย โดยใช้แบบทดสอบ The Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D scale) พบว่า มีความชุกของภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 30 ความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเบาหวานที่มีโรคฝ่ายกายร่วมด้วยสูงถึงร้อยละ 33 ในขณะที่ความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเบาหวานที่ไม่มีโรคฝ่ายกายร่วมด้วย พบเพียงร้อยละ 9 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ )

ลัดดา แสนสีหา (2536) ศึกษาเรื่อง ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย พบว่า วัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะซึมเศร้ามากขึ้นจะมีจำนวนข้อของความคิดอัตโนมัติในทางลบเพิ่มขึ้น และมีความรุนแรงมากขึ้น ตามลำดับ

เอี่ยมเดือน เนตรเขม (2541) ศึกษาเรื่อง *ความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง* พบว่า ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความคิดอัตโนมัติด้านลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มณี ภิญ โยพรพาณิชย์, เบญจลักษณ์ มณีทอง และณภัทร เพชรวีรวงศ์ (2546) ศึกษาเรื่อง “ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหออาตุกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่” จำนวน 200 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ The Mini International Neuropsychiatric Interview พบผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 36 เป็นชาย : หญิง = 1 : 1.3 เป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymia) และความผิดปกติในการปรับตัวร่วมกับอารมณ์เศร้า (adjustment disorder with depressed mood) ร้อยละ 79.2, 11.1 และ 9.7 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การรับประทานยารักษาโรคประจำตัวเป็นประจำ ปัจจัยอื่นที่พบภาวะซึมเศร้าสูง ได้แก่ เพศหญิง ผู้มีรายได้ต่ำ ว่างงาน สถานภาพสมรส หย่าร้าง ผู้ป่วยอายุศาสตร์ทั่วไป โรคระบบหายใจ และโรคไต ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวชมาก่อน และผู้ป่วยที่มีประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว

ชิตพันธ์ ธานีรัตน์ (2551) ศึกษาเรื่อง *ความชุกของภาวะซึมเศร้า ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก คลินิกต่อมไร้ท่อ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 250 ราย* ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Thai-HADS พบความชุกของภาวะซึมเศร้าเท่ากับร้อยละ 28 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ภาวะวิตกกังวล ระดับการศึกษา น้อยกว่า 12 ปี ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากโรคเบาหวาน ประวัติการขาดยารักษาโรคเบาหวาน และความผิดปกติของไตจากเบาหวาน (diabetic nephropathy) สถิติที่ใช้ คือ Pearson's chi-square test, Independent *t* test, one way ANOVA test, Pearson Correlation และ Multivariate Logistic Regression

ปาจริย์ อารีฮอบ (2552) ศึกษาเรื่อง “ผลการรักษาโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน จังหวัดราชบุรี” จากการใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม เท่ากับร้อยละ 13.33 จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 225 คน ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน

จังหวัดราชบุรี และยังพบว่า สถานภาพสมรส การศึกษา และอาชีพมีความสัมพันธ์กับ โรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยใช้สถิติ chi-square

ปาจริย์ อินเจริญ (2552) ศึกษาเรื่อง “ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลคาราร์มี อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่” ในคลินิกเบาหวาน งานผู้ป่วยนอก จำนวนผู้ป่วย 64 คน โดยใช้แบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 59.38 เท่ากับ คนทั่วไปร้อยละ 37.5 และคิดค่าคนทั่วไปร้อยละ 3.16

จุฑารัตน์ บุญวัฒน์ (2552) ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ในผู้ที่เป็เบาหวานชนิดที่ 2” ณ คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง โดยใช้ กลุ่มตัวอย่าง 378 ราย ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า ถึงร้อยละ 74.9 โดยแบ่งเป็นระดับเล็กน้อยร้อยละ 32 ปานกลางร้อยละ 25.7 และระดับ มากร้อยละ 17.2 ปัจจัยด้านอายุ จำนวน โรคร่วม และระยะเวลาของการเป็นเบาหวานมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สัมพันธภาพ ในครอบครัว และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เพศและสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะ ซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Davila et al. (1995) ศึกษาหญิงวัยรุ่นในระยะยาวจำนวน 140 คน โดยกลุ่มตัวอย่าง ได้เข้าร่วมการศึกษาตั้งแต่อายุ 17-28 ปี พบว่า ความเครียดจากการมีสัมพันธภาพระหว่าง บุคคลมีความสัมพันธ์กับการเกิดและการคงอยู่ภาวะซึมเศร้า

Peyrot and Rubin (1997) ศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ในผู้ป่วยโรคเบาหวานผู้ใหญ่ โดยให้ตอบแบบรายงานตนเอง ในกลุ่มตัวอย่างจำนวนพบ ความชุกของภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 41.3 (95% CI : 37.4-45.5) โดยความชุกนี้สูงกว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าประชากรทั่วไปร้อยละ 10-20 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวล ได้แก่ การเกิด โรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน และเพศหญิงที่มีการศึกษาต่ำ

Zlotnick et al. (2000) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพในการสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคลกับการเกิด โรคซึมเศร้า โดยใช้ข้อมูลจากการทำวิจัยศึกษาภาวะ โรคร่วม

ระดับชาติ พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีปฏิสัมพันธ์ทางลบกับคู่สมรสหรือคนรักที่อยู่ด้วยกันมากกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ

Fisher et al. (2001) ศึกษาถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ชาวลาตินอเมริกาและยุโรป-อเมริกัน (Latino and European-American) โดยใช้แบบทดสอบ The Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D) พบว่า ระดับการศึกษา การทำหน้าที่ต่าง ๆ ที่บกพร่อง การขาดเงิน การมีปัญหาเกี่ยวกับคู่สมรส ความรุนแรงของโรคความเครียดในครอบครัว ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

Clarke and Goosen (2009) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคิดอัตโนมัติทางลบและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานนิวซีแลนด์ เป็นชายและหญิงเพศละ 57 คน พบว่า ความคิดอัตโนมัติทางลบ และการแก้ปัญหาด้วยวิธีการจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญเมื่อควบคุมตัวแปรด้านประชากรด้วยวิธีการสถิติแล้ว

Raval, Dhanaraj, Bhansali, Grover, and Tiwari (2010) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลของประเทศอินเดีย ทางตอนเหนือ โดยใช้แบบทดสอบ PHQ-9 จำนวน 9 คำถาม และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 300 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 23 เข้าเกณฑ์วินิจฉัยของโรคซึมเศร้า (major depression) ร้อยละ 18 มีอาการซึมเศร้าปานกลาง และอีกร้อยละ 59 ไม่พบภาวะซึมเศร้า ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าโดยใช้สถิติ Binary Logistic Regression ได้แก่ อายุ > 54 ปี (OR 1.26, 95% CI 1.02-1.67;  $p < 0.05$ ), การมีภาวะอ้วนลงพุง (central obesity) (OR 1.34, 95% CI 1.04-1.64;  $p < 0.001$ ), ความผิดปกติของระบบประสาท (neuropathy) (OR 1.94, 95% CI 1.03-3.66;  $p = 0.002$ ), ความผิดปกติของไต (nephropathy) (OR 1.81, 95% CI 1.02-3.21;  $p = 0.041$ ), ความผิดปกติของเส้นเลือดที่ระบบประสาทส่วนปลาย (peripheral vascular disease) (OR 6.08, 95% CI 1.07-34.6;  $p = 0.042$ ), การเกิดโรคที่เท้าเนื่องจากเบาหวาน (OR 2.32, 95% CI 1.06-5.86;  $p < 0.001$ ) การต้องรับประทานยาจำนวนมาก (OR 1.27, 95% CI 1.01-1.44;  $p = 0.035$ )