

ประสบการณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า



ร้อยโทหญิง นุสรรา วรรณภักดิ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2547

ISBN 974-53-1836-1

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EXPERIENCES OF SYMPTOM MANAGEMENT IN DEPRESSIVE PATIENTS



1 St. Lt. Nusra

Vorapatratorn

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2004

ISBN : 974-53-1836-1

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ประสพการณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
โดย ร้อยโทหญิงนุสรลา วรรณาทพร
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุญชวิชัย
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุญชวิชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จอนณะจง เพ็งจาด)

นุสรา วรภัทรานทร : ประสบการณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

(EXPERIENCES OF SYMPTOM MANAGEMENT IN DEPRESSIVE PATIENTS)

อาจารย์ที่ปรึกษา : รศ.ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม :

ผศ.ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี 123 หน้า ISBN 974-53-1836-1

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้วิธีการเชิงคุณภาพตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl ผู้ให้ข้อมูลคือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 10 ราย ที่รักษาอาการโรคซึมเศร้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พร้อมทั้งบันทึกเสียงและนำเทปบันทึกมาถอดความแบบคำต่อคำ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลตามเนื้อหาด้วยวิธีการของ Colaizzi

ผลการศึกษาวិจัยพบว่าผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายการจัดการอาการโรคซึมเศร้าว่าเป็นการแก้ไขปัญหา การบรรเทาหรือหลีกเลี่ยงการเกิดอาการ ประสบการณ์การจัดการอาการซึมเศร้าแบ่งเป็นประเด็นหลัก 2 ประเด็น คือ 1) การจัดการอาการโดยผู้อื่น โดยการไปพบแพทย์/ไปโรงพยาบาล เพื่อการรับประทานยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรับการรักษา 2) การจัดการอาการด้วยตนเอง ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ การไปปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การระบายอารมณ์ให้กับคนใกล้ชิด และการควบคุมตนเองด้วยการตั้งสติและการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ผลการศึกษานี้ทำให้เห็นถึงความจำเป็นที่พยาบาลได้มีความเข้าใจถึงการให้ความหมายและการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากขึ้น และสามารถนำคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลนี้ไปวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างแท้จริง

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อนิสิต.....

ปีการศึกษา.....2547.....ลายมืออาจารย์ที่ปรึกษา.....

ลายมืออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

4577576536 : MAJOR : NURSING SCIENCE

KEY WORDS : SYMPTOM MANAGEMENT/ MAJOR DEPRESSIVE DISORDER/
PHENOMENOLOGY

NUSRA VORAPATRATORN : EXPERIENCES OF SYMPTOM MANAGEMENT IN
DEPRESSIVE PATIENTS. THESIS ADVISORS : ASSC.PROF.ORAPHUN
LUEBOONTHAVATCHAI, Ph.D. / Co-ADVISERS : ASST.PROF.AREEWAN
OUMTANEE, Ph.D. 123 p. ISBN 974-53-1836-1

This phenomenology study was aimed to explore the experiences of symptom management in depressive patients. A study participants were 10 patients with Major Depressive Disorders visiting at OPD of hospitals in Bangkok. Data were collected by conducting in-depth interview and tape recording. All transcripts were analyzed by using Colaizzi's content analysis.

According to the findings, participants gave the meaning of symptom management that it was problem-solving , reducing problems, and avoiding depressive stimulation .The experiences of depressive symptom management were divided into 2 themes : managing by others and managing by self. Managing by others was referred to going to see psychiatrists for medications , electro convulsive therapy, and counseling. Managing by self was reducing sign and symptoms by patients themselves. Three sub themes of managing by self were practicing the Buddha's teaching , expressing feeling to closed persons, and being self-control.

These findings helps psychiatric nurses to more clearly understand giving the meaning and experiencing of symptom management from perspectives of depressive patients. In addition these findings would assist nurses to plan appropriate nursing care for depressive patients.

Department.....Student's signature.....
Fields of Student..... Nursing...Science ...Advisor's signature.....
Academic Year.....2004.....Co – Advisor's signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความสามารถอย่างยิ่งของ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ คอยชี้แนะ และให้ความเอาใจใส่เป็นอย่างดีเสมอมา รวมทั้งกำลังใจที่มีค่าเป็นอย่างยิ่ง จนกระทั่งผลงานนี้สำเร็จ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความเมตตาและความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ร่วมในการทำวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ตลอดจนความคิดเห็นที่ คุณค่ายิ่งในการทำให้ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากขึ้นในเรื่องของระเบียบวิธีวิจัย ขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ภาควิชาสูติศาสตร์ และ รองศาสตราจารย์ ดร. จอนณะจง เพ็งจาด กรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำ ตลอดจนความคิดเห็นที่ทำให้วิทยานิพนธ์นี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และให้คำแนะนำ อันเป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยในการพัฒนาตนเอง ทั้งในด้านการศึกษาและการทำงาน และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกต่างๆขณะที่ผู้วิจัยได้ศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์แห่งนี้

ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่เห็นความสำคัญ และสละเวลาถ่ายทอดประสบการณ์ของท่าน เพื่อให้ผู้วิจัยเข้าใจความหมาย และประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา คณาจารย์ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก ที่เป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยมาโดยตลอด และขอขอบคุณพี่ๆและเพื่อนๆทุกคน ที่ผู้วิจัยได้มีโอกาสได้รู้จักในการศึกษาที่คณะพยาบาลศาสตร์แห่งนี้ รวมทั้งพี่ๆเพื่อนทุกท่าน ซึ่งมีจากกล่าวนามได้หมดในที่นี้ สำหรับกำลังใจที่มีให้กันและกันตลอดมาจนกระทั่งสำเร็จการศึกษา จะเป็นสิ่งที่ผู้วิจัยจะระลึกถึงตลอดไป.

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญแผนภูมิ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
แนวคิดด้านเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.....	12
แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการอาการ.....	26
แนวคิดเกี่ยวกับอาการทางจิตเวช.....	41
แนวทางการบำบัดรักษาอาการในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.....	55
ประสบการณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.....	60
แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....	63
เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	68
3 การดำเนินการวิจัย.....	72
ผู้ให้ข้อมูลและการเลือกผู้ให้ข้อมูล.....	72
วิธีการเก็บข้อมูล.....	74
การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล.....	75
ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	76
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	78
การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล.....	78

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่	
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	80
5 อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	96
รายการอ้างอิง.....	109
ภาคผนวก.....	115
ภาคผนวก ก. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.....	116
ภาคผนวก ข. แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก.....	118
ภาคผนวก ค. 1. แบบบันทึกภาคสนาม.....	120
2.แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น.....	121
3. แบบคำให้ความคุ้มครองสิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย.....	122
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	123



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล.....48



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่ 1 A Model for Symptom Management (Larson et al.,1994).....24



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มความผิดปกติของโรคทางอารมณ์ซึ่งเกิดได้ในทุกเพศทุกวัย ไม่เลือกเชื้อชาติ โรคซึมเศร้าไม่ใช่อาการเจ็บป่วยธรรมดา แต่เป็นโรคที่จำแนกออกเป็นหลายชนิด บางชนิดอาจมีอาการแสดงที่ไม่เหมือนผู้ที่มีอารมณ์ซึมเศร้าเลย ทำให้คิดไม่ถึงว่าจะเป็นโรคนี้ได้ ทั้งนี้แม้ว่าจะได้รับการรักษาจนเหมือนกับหายสนิทแล้วก็ตาม ต่อไปอีกระยะหนึ่งก็อาจมีอาการกลับเป็นขึ้นใหม่อีกได้ นอกจากนี้จะทำให้เกิดโรคทางกายและมีอารมณ์โศกเศร้าตามที่พบได้ทั่วไปแล้ว ปัญหาหลายอย่างก็มักจะเกิดเป็นผลตามมาด้วย บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยโรคนี้จะต้องพบกับปัญหาของการถูกกีดกันอันเนื่องมาจากโรคซึมเศร้านี้เป็นตัวชักนำให้ผู้ป่วยถูกแยกไปอยู่โดดเดี่ยวหรือถูกส่งไปอยู่ในสถานบำบัดและอาจถึงตายได้ ซึ่งในความเป็นจริงแล้วโรคนี้ที่สามารถรักษาให้หายได้ สถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ให้ความสำคัญและจัดตั้งโครงการเพื่อรณรงค์และเผยแพร่ให้ประชาชนทั่วไปตระหนักว่า โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่พบได้บ่อย ความซึมเศร้าเป็นการเจ็บป่วยที่มีสาเหตุเป็นเพียง “คิดมากไปเอง” “ประสาทอ่อน” หรือ “หัวใจอ่อน” อาจร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย และ โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่รักษาได้ ประมาณร้อยละ 80 – 90 ของผู้ป่วย สามารถรักษาได้ด้วยยาต้านเศร้าร่วมกับจิตบำบัด แม้จะต้องใช้ระยะเวลาหลายสัปดาห์ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่พบได้บ่อยจนเปรียบเสมือน “โรคหวัดทางด้านจิตใจ” องค์การอนามัยโลกได้ทำนายว่าในระยะเวลาอีก ประมาณ 20 ปีข้างหน้า โรคซึมเศร้าจะเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาระทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นอันดับที่ 2 รองจากโรคหัวใจขาดเลือด และจะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในทุกประเทศทั่วโลกเหมือนกันหมด ซึ่งในช่วง 2 – 3 ปีที่ผ่านมา อัตราของผู้ฆ่าตัวตายในประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้น และมากกว่าร้อยละ 70 ของผู้ฆ่าตัวตายเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแต่ไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นผลให้มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้นตามมา ซึ่งจากงานวิจัยพบว่าร้อยละ 15 ของผู้ป่วยซึมเศร้าฆ่าตัวตายสำเร็จ (สมภาพ เรืองตระกูล, 2543) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขได้มีการสำรวจจำนวนและอัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทยต่อประชากร 100,000 คน ในปีงบประมาณ 2545 พบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 105,681 คน คิดเป็นอัตรา 168.28 คน แต่จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเหล่านี้มีเพียง

จำนวนร้อยละ 25 ที่ได้เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล การบริการผู้ป่วยนอกจิตเวชของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉพาะโรคซึมเศร้านั้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากที่สุด โดยในปี 2544 เพิ่มขึ้นร้อยละ 26.70 และในปี 2545 เพิ่มขึ้นร้อยละ 85.62 ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่นั้น รักษาตัว หรือพักอาศัยอยู่กับครอบครัวตนเองที่บ้าน และในชุมชน ดวงใจ กสานติกุล และคณะ(2529) ได้กล่าวไว้ว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีวิธีการจัดการกับอาการด้วยการทำใจ ช่มใจ ทำงานอดิเรก เข้าวัดหาความสงบใจ หรือรับการบำบัดจากพระ หมอคุณ คนทรง เนื่องจากสังคมไทยยังเชื่อเรื่องไสยศาสตร์ เช่น ผีปอบ ผีเข้า ถูกของ ฯลฯ วิธีดังกล่าวได้ผลพอควรในรายที่ไม่เป็นรุนแรงนัก อาการอาจจะบรรเทาได้บ้าง แต่ในรายที่เป็นรุนแรงวิธีการดังกล่าวจะไม่ได้ผล

สภาพปัญหาเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าของประเทศไทยปัจจุบัน เนื่องจากไม่มีการศึกษาความสูญเสียของภาวะซึมเศร้าว่าเกิดความสูญเสียต่อบุคคล องค์กร และเศรษฐกิจเพียงใด และมีคนไทยมากน้อยเพียงใด ที่เจ็บป่วยด้วยโรคนี้ (ปริศนา ทวีทอง,2542) บุคคลที่เกิดภาวะซึมเศร้า จะลดประสิทธิภาพการดำเนินชีวิต การงานประจำวันลดลงจากเดิมมาก มีการให้ทัศนะเปรียบเทียบว่าผู้ป่วยหรือบุคคลที่ประสบภาวะซึมเศร้านั้น สูญเสียหน้าที่การทำงานเท่ากับ ผู้เป็นอัมพาตที่ไม่สามารถยกแขนขาได้ทั้ง 2 ข้างเลยทีเดียว ผลเสียของภาวะซึมเศร้าต่อบุคคล นอกจากจะสูญเสียการดำเนินชีวิตประจำวันไปช่วงหนึ่งแล้ว ผู้เชี่ยวชาญลงความเห็นว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่ทำให้ความสามารถของผู้ป่วยถดถอยมากกว่าโรคข้อเสื่อม เบาหวาน หรือโรคปอดเรื้อรังเสียอีก (ชนิดา กาญจนลาภ,2543) รวมทั้งโรคซึมเศร่ายังเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดโรคทางกายที่ร้ายแรงต่างๆ อาทิ โรคมะเร็ง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นต้น ทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องเผชิญกับความลำบากใจในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ไม่ต่างจากครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท (Jenkin et al,1999) มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอีกเป็นจำนวนมากที่ไม่ได้เข้ารับการตรวจรักษา เนื่องจากครอบครัวหรือตัวผู้ป่วยเอง ไม่ตระหนักว่าเป็นโรคซึมเศร้าและไม่ตระหนักถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้จากการฆ่าตัวตาย การค้นพบผู้ป่วยและให้การรักษาแต่เนิ่นๆ จะได้ผลดีกว่าปล่อยให้ผู้ป่วยให้ป่วยเรื้อรังอยู่นาน ผลการสำรวจในกลุ่มประชาชนและแพทย์ทั่วไป (Payke,1999) รายงานว่าประชากรในกลุ่มสำรวจส่วนใหญ่รู้จักโรคซึมเศร่ากันอยู่บ้าง แต่เชื่อว่าอาการจะหายได้เอง ถ้าพยายามตั้งใจและอดทนไว้ ร้อยละ 70 ตอบว่าจะไม่รับประทานยาต้านเศร้า เนื่องจากคิดว่ามันไม่ได้ผลและกลัวเสียประวัติ และเลือกที่จะรักษาแบบการปรึกษาทางจิตวิทยามากกว่าการใช้ยา

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า ร่วมกับความรู้สึก ท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด รู้สึกตนเองด้อยคุณค่า ต่ำหนีดัวเอง มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันชัดเจนหรือปฏิบัติไม่ได้ นอนไม่หลับ หรือนอนมากกว่าปกติ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เจ็บซึม ความสนใจกิจกรรมรอบตัวหรือสิ่งแวดล้อม น้อยหรือไม่มีเลย แยกตัวเอง ไม่อยากพบปะใครๆ อาจมีการเปลี่ยนแปลงด้านการคิด หรือ การรับรู้ เช่น คิดซ้ำๆ มีความคิดทำร้ายตนเอง หรือ มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน เป็นต้น ซึ่งอาการต่างๆเข้าได้กับการวินิจฉัยตามสมาคมจิตแพทย์อเมริกา ซึ่งลักษณะอาการของผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าจะมีความผิดปกติทั้งในด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านความนึกคิด และด้านพฤติกรรม อาการที่เกิดขึ้นจากโรคซึมเศร้า ในกรณีที่ เป็นเรื้อรังหรือเป็นโรคซึมเศร้าระดับรุนแรงอาจส่ง ผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยมีอาการเกิดขึ้น เช่น ความคิดในแง่ลบ การแยกตัว การขาดทักษะสัมพันธ์ อารมณ์ฉุนเฉียวและอาการซึมเศร้าอื่นๆ จะส่งผลกระทบและได้รับท่าทีตอบสนองในทางลบจากผู้อื่น ยิ่งทำให้ผู้ป่วยท้อแท้ ทอดอาลัย มอง ตนเองว่าล้มเหลว ไม่สมหวังในทุกสิ่งจนท่วมท้น แปรปรวน ทำนายอารมณ์ความคิดได้ยาก ความ ไม่ยังคิด ไร้ความสามารถ ทำการงานไม่ได้ ขาดความรับผิดชอบ เชื่อถือไม่ได้ อาการกำเริบง่ายขึ้น แม้มีเรื่องกดดันเพียงเล็กน้อย ซึ่งอาการหลังๆนี้ส่งผลให้สูญเสีย ผิดหวังมากกว่าที่จะเป็นผล เช่นผู้ป่วยที่อารมณ์หงุดหงิด เย็นชาใส่เพื่อนๆ เพื่อนๆก็จะพากันกลัวไม่กล้าพูดคุยด้วย ผู้ป่วยก็ยิ่ง เสียใจซึมเศร้า รู้สึกว่าไม่มีใครรัก ไม่มีใครสนใจ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) มีคำกล่าวของ ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์สมภพ เรื่องตระกูล กล่าวว่า “โรคซึมเศร้ารักษาหายได้ แต่ อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตถ้าไม่รักษา” ปัญหาซึ่งมีความสำคัญอีกประการหนึ่งก็คือผู้ป่วยที่เป็น โรคนี้มักไม่ทราบว่าตนเป็นโรคซึมเศร้า เนื่องจากอาการของโรคอาจไม่รุนแรงและมีลักษณะคล้าย กับโรคทางกาย เช่น อาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ขาดสมาธิและนอนไม่หลับ ทำให้ผู้ป่วยไม่ไปพบแพทย์และปล่อยปละละเลยจนโรคเป็นรุนแรงขึ้น เป็นอันตรายต่อสุขภาพ จิตใจและพฤติกรรม ซึ่งผลกระทบที่รุนแรงที่สุดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคือการฆ่าตัวตายซึ่งพบถึง ร้อยละ 15

อาการของโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะมากหรือน้อย ล้วนแล้วแต่ทำให้กระทบกระเทือน ต่อการดำเนินชีวิตทั้งของผู้ป่วยเองและคนอื่นที่เกี่ยวข้อง มีการเปลี่ยนแปลงต่างๆเกิดขึ้นตามมา มากมายในชีวิตของผู้คนเหล่านี้ เช่น ต้องหยุดทำงานทำให้เสียรายได้ ต้องขาดเรียน เป็นต้น อาการของโรคซึมเศร้าบางอย่าง เช่น อาการหลงๆลืมๆ หงุดหงิดง่าย เกิดความรู้สึกผิด จึงมัก ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความกลัว ความเครียด ความสิ้นหวัง ยิ่งถ้าอาการของโรคซึมเศร้านั้นมี

ความร้ายแรง คุกคามต่อชีวิต หรือมีผลทำให้การดำเนินชีวิตต้องเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างมากมาย เช่น ความคิดอยากฆ่าตัวตาย ปฏิกริยาทั้งหลายที่เกิดขึ้นก็ย่อมทวีความรุนแรงตามไปด้วย จนถึงกับทำให้เกิดการเสียภาวะสมดุลของจิตใจที่เคยมีมา ทำให้กลายเป็นภาวะวิกฤติของชีวิตได้ ภาวะวิกฤตินี้เมื่อเกิดขึ้นแล้วก็จำเป็นต้องมีการปรับตัวเพื่อให้จิตใจกลับสู่ภาวะสมดุลใหม่ เหมือนกับร่างกายที่ต้องมีความสมดุลทางสรีรวิทยาเช่นกัน

การตอบสนองต่ออาการหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เป็นความรู้สึก ความคิดหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายหลังการเกิดอาการ ประกอบด้วย การตอบสนองทางด้านสรีระ จิตใจ และพฤติกรรม ซึ่งอาจมีการตอบสนองต่ออาการได้มากกว่าหนึ่งลักษณะ ซึ่งกลวิธีในการจัดการกับอาการนั้น เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต ที่มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการต่างๆ ตลอดเวลาจนเป็นที่พอใจ และเป็นการดูแลตนเองโดยเริ่มต้นจากประเมินประสบการณ์การมีอาการด้วยมุมมองของผู้ป่วย (Larson et al., 1994) วิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยแต่ละคนย่อมแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับหลายๆปัจจัย ถ้าอาการนั้นไม่รุนแรงนัก ผู้ป่วยก็พอจะปรับตัวต่ออาการที่เกิดขึ้นได้ไม่ยาก และกลับคืนสู่สภาพการดำเนินชีวิตตามเดิมของตนต่อไป แต่ในกรณีที่อาการที่เกิดขึ้นนั้นเป็นภาวะที่ร้ายแรง เรื้อรัง หรือคุกคามต่อชีวิต การปรับตัวหรือการจัดการกับอาการก็ย่อมทำได้ด้วยความยากลำบาก และมีผลกระทบต่อจิตใจรวมทั้งพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างมาก ทั้งนี้ ย่อมส่งผลถึงคนใกล้ชิด ญาติๆของผู้ป่วยเช่นกัน (ศรีประภา ชัยสินธพ, 2544)

เหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า นั้น จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในทุกๆด้านทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เกิดขึ้นทั้งในด้านบวกและด้านลบ เหตุการณ์ในด้านบวกสำหรับผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยจะมีความคาดหวังว่าตนเองจะสามารถหายขาดจากการเจ็บป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (Schreiber R., 2001) ส่วนเหตุการณ์ในด้านลบที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะต้องเผชิญนั้น ตั้งแต่เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับอาการต่างๆของโรค ซึ่งมีทั้งอาการทางด้านร่างกาย เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ เป็นต้น ด้านจิตใจผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะมีภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด รู้สึกตนเองด้อยคุณค่า ต่ำหนีดัวเอง และผลกระทบที่รุนแรงที่สุดจากการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญอยู่กับภาวะต่างๆเหล่านี้ อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดการฆ่าตัวตายได้ (ดวงใจ กษานติกุล, 2542) และจากสภาพการเจ็บป่วยเป็นโรคซึมเศร้าซึ่งจัดว่าเป็นโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวช จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเป็นตราบาป (Stigma) ซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งจากตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวของผู้ป่วย และเกิดจากที่มสุขภาพ (McNair et al., 2002)

ในขณะที่แนวทางการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้านั้น ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแต่ละรายอาจมีความแตกต่างกันไป ซึ่งการบำบัดรักษาอาจจะมีตั้งแต่ การใช้ยาต้านเศร้า การทำจิตบำบัดต่างๆ และในบางรายอาจมีประสิทธิผลการจัดการกับอาการจากโรคซึมเศร้าด้วยการรักษาด้วยการใช้ไฟฟ้า (Electro Convulsive Therapy) และแม้ว่าโรคซึมเศร้าจะเป็นที่ทราบกันแล้วว่าเป็นโรคที่สามารถรักษาจนหายขาดได้ แต่สำหรับระยะเวลาในการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้านั้นค่อนข้างจะใช้ระยะเวลาอันยาวนานจึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่แน่ใจในการบำบัดรักษาที่เป็นได้ Kadam UT et al (2001) ได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพ เรื่อง มุมมองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลเกี่ยวกับความต้องการการได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยต้องการการดูแลทางด้านสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยอย่างเป็นพิเศษ และ มีความรู้สึกสงสัย ไม่แน่ใจเกี่ยวกับการรักษาโดยการให้ยา ทางด้านสังคม ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ยาก เกิดความหวาดกลัวได้ง่าย ซึ่งเกิดจากลักษณะอาการของโรคเอง เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความคิดในแง่ลบแยกตัว ขาดทักษะการสร้างความสัมพันธ์ มีอารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวง่ายและอารมณ์ซึมเศร้าอื่นๆ จะส่งผลกระทบต่อและได้รับท่าทีตอบสนองในทางลบจากผู้อื่น ยิ่งทำให้ผู้ป่วยท้อแท้ ทอดอาลัยมองว่าตนเองล้มเหลว ไม่สมหวังไปทุกสิ่งจนรู้สึกท้อแท้ เช่นผู้ป่วยที่อารมณ์หงุดหงิด เย็นชาใส่เพื่อนๆ เพื่อนๆก็จะพากันกลัวไม่กล้าพูดคุยด้วย ผู้ป่วยก็ยิ่งเสียใจซึมเศร้า กลัวว่าไม่มีใครรัก กลัวว่าไม่มีใครสนใจ เป็นต้น (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

การทำความเข้าใจในปรากฏการณ์หรือประสิทธิผลการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างลึกซึ้งที่มีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งเป็นผู้ที่เผชิญกับการเจ็บป่วยเองนั้นย่อมต้องเกิดการเรียนรู้ และสร้างวิถีจัดการต่อการเจ็บป่วยตามประสิทธิผลที่ได้รับทั้งอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม ลักษณะของอาการเจ็บป่วย การบำบัดรักษา และข้อมูลข่าวสารต่างๆที่ผู้ป่วยได้รับ ที่มีการแลกเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลาของการเจ็บป่วย บุคลากรทางด้านสุขภาพที่มีบทบาทและความรับผิดชอบที่สำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจะต้องมีความเข้าใจในความคิด เหตุผล และการจัดการต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างสอดคล้องกับปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง และจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่กับโรคที่เป็น โดยไม่มีการคุกคามจากการเจ็บป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตที่มีอยู่อย่างปกติสุข หรือสุขภาพที่ดีตามเป้าหมายของการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม

ในทางกลับกันหากพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพ ผู้ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและเป็นผู้ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ไม่ได้ทำความเข้าใจในระบบความคิด

ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย รวมไปถึงระบบการดูแลสุขภาพในสังคมวัฒนธรรมของผู้ป่วย จะทำให้เกิดช่องว่างในการติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เกิดความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน นำไปสู่การตีความที่ผิดพลาดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ไม่ร่วมมือในการปฏิบัติตามการรักษา หรือเกิดความไม่พึงพอใจในการดูแล (Salimbene, 1999) ดังนั้นการอาศัยการให้ความหมาย การอธิบายความเจ็บป่วยจากตัวผู้ป่วยเอง และการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นจึงมีส่วนช่วยให้บุคลากรทางด้านสุขภาพมีความรู้ ความเชื่อในเรื่องความเจ็บป่วยของผู้ป่วย การให้ความหมายของผู้ป่วย และสังคมที่มีต่อการเจ็บป่วยของตนเอง ความคาดหวังในสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยกับสิ่งที่บุคลากรทางด้านสุขภาพจะกระทำ และเป้าหมายของการบำบัดรักษา (Klienman, Eisenberg, and Good, 1978) ซึ่งจะช่วยให้เกิดความเข้าใจในความเชื่อวัฒนธรรมทางสุขภาพและความเจ็บป่วยที่ส่งผลต่อประสบการณ์และการกระทำของผู้ป่วย สามารถเข้าใจถึงกลไกและสามารถก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีขึ้น (McSweeney, Allen, and Mayo, 1997)

การให้การพยาบาลจำเป็นต้องทำความเข้าใจมนุษย์ในฐานะองค์รวม การให้การช่วยเหลือ จำเป็นต้องผสมผสานความรู้ทุกๆด้าน มาใช้ในการทำความเข้าใจมนุษย์ เพื่อนำมาปฏิบัติให้การพยาบาล ทั้งในการป้องกันความเจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูแก่ผู้รับบริการ (ทศนา บุญทอง, 2531 อ้างใน มัญญวรรณ ดิษฐ์ถนันทน์, 2542) แม้ว่าในปัจจุบันโรคซึมเศร้าจะเป็นที่รู้จักกันมากขึ้นแล้วก็ตาม ด้วยธรรมชาติของโรคซึมเศร้า อันเป็นการเจ็บป่วยทางด้านจิตอารมณ์ ซึ่งมีความซับซ้อน ละเอียดอ่อน การศึกษาที่เกิดขึ้นจากความเข้าใจความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยซึมเศร้าโดยปราศจากอคติ หรือการคิดล่วงหน้า จะทำให้เข้าใจถึงความต้องการการดูแลสุขภาพทางด้านสุขภาพของผู้ใช้บริการอย่างแท้จริงได้ ดังนั้นพยาบาลในฐานะของผู้ให้บริการ จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้เกี่ยวกับการให้ความหมายต่อการเป็นโรคซึมเศร้าในทัศนะของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาทำความเข้าใจในประสบการณ์การจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยใช้วิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ซึ่งเป็นกระบวนการที่สามารถค้นหาความหมายในประสบการณ์ชีวิตของบุคคลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้เกิดความเข้าใจในประสบการณ์นั้นๆ ซึ่งจะช่วยให้เกิดความกระจ่างชัดเกี่ยวกับประสบการณ์การกับอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและก่อให้เกิดแนวคิดอันจะเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในอนาคตต่อไปได้.

คำถามวิจัย

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีประสบการณ์ในการจัดการอาการอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาประสบการณ์การจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ใช้รูปแบบการศึกษาตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl (Husserl Phenomenology) ซึ่งเป็นการศึกษาบนพื้นฐานว่า ประสบการณ์ เป็นความหมายที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล อาศัยการหยั่งรู้ความหมายจากข้อมูล โดยแยกความคิด หรือ ประสบการณ์ของผู้วิจัยจนกว่าจะเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง (Koch,1995) จากการทำผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการให้ความหมาย ประสบการณ์ การรับรู้ ความคิด ความรู้สึก ในการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ตั้งแต่รับรู้ว่ามีอาการจากโรคซึมเศร้าทั้งทางด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านความนึกคิด และด้านพฤติกรรม และการจัดการต่ออาการที่เกิดขึ้น จนถึงวันที่สิ้นสุดการเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย เก็บข้อมูลจากวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกแบบมีแนวทางการสัมภาษณ์ และบันทึกแถบบันทึกเสียง คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กำหนดคุณสมบัติคือ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรคซึมเศร้าและทราบว่าตนเองเป็นโรคซึมเศร้า มีประสบการณ์การมีอาการและจัดการกับอาการของโรคซึมเศร้า 2) เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ 3) สามารถสื่อสาร พูดและเข้าใจภาษากับผู้วิจัยได้เข้าใจ และ 4) มีความยินดีที่จะเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลตามแบบการขอความร่วมมือและคุ้มครองสิทธิการเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย

คำจำกัดความในการวิจัย

ประสบการณ์การจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง สิ่งที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถ่ายทอดออกมาเป็นคำพูดร่วมกับพฤติกรรมการแสดงออกต่างๆ ที่สื่อความหมายให้กับผู้วิจัยได้รับรู้ ในลักษณะของความหมายเกี่ยวกับการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หรือการตอบสนองต่ออาการและการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้น ทั้งทางด้านด้านร่างกายด้านอารมณ์ ด้านความนึกคิด และด้านพฤติกรรม ตามแนวคิดการจัดการอาการของลาร์สันและคณะ (Larson et al.,1994) นับตั้งแต่ตนเองรับรู้ว่ามีอาการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบัน

และรับรู้จากการบอกของบุคลากรทางการแพทย์ว่าเป็นผู้ที่เจ็บป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและทราบว่าตนเองเป็นโรคซึมเศร้า มีประสบการณ์การมีอาการและจัดการกับอาการของโรคซึมเศร้า เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ได้นอนพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล หรือไม่อยู่ในระยะซึมเศร้ารุนแรง อยู่ในวัยผู้ใหญ่อายุ 20-59 ปี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านบริการ เพื่อนำไปพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล นำความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้ประสบการณ์การจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ไปใช้เป็นแนวทางในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง
2. ด้านการศึกษา เป็นการสร้างองค์ความรู้ที่สามารถใช้เป็นแนวทางในการเรียนการสอนและเป็นแนวทางในการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
3. ด้านการวิจัย นำผลที่ได้ไปสู่การวิจัยรูปแบบอื่นต่อไปเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเวชอื่น ๆ ต่อไป เพื่อขยายการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

แนวคิดเบื้องต้นในการศึกษา (Preconcieved Notion)

การศึกษาคั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยวิธีวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เพื่อทำความเข้าใจการรับรู้เกี่ยวกับการมีอาการของโรคซึมเศร้า และการจัดการกับอาการตามประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้นในทัศนะหรือมุมมองของผู้ป่วย ซึ่งการรับรู้ การให้ความหมาย และแสดงพฤติกรรมต่างๆของบุคคลนั้น เป็นไปตามความเหมาะสมของบริบท (Context) ที่ผู้ถูกศึกษาอยู่ในขณะนั้น เป็นวิธีการที่ให้ความสำคัญแก่คุณค่าของข้อมูลที่เป็นความรู้สึกนึกคิด โดยเฉพาะการให้ความหมายต่อปรากฏการณ์ต่างๆรอบตัว รวมทั้งประสบการณ์ชีวิตอย่างเจาะลึกและครอบคลุม (ชาย โภธิสิตา, 2533; สุภาวงศ์ จันทวานิช, 2534)

เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งเป็นผู้ที่เผชิญกับการเจ็บป่วยเองนั้นย่อมต้องเกิดการเรียนรู้ และสร้างวิธีจัดการต่อการเจ็บป่วยตามประสบการณ์ที่ได้รับทั้งอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม ลักษณะของอาการเจ็บป่วย การบำบัดรักษา และข้อมูลข่าวสารต่างๆที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาจมีการรับรู้การให้ความหมาย และปฏิกิริยาตอบสนองจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยการทบทวน

วรรณกรรมนี้ได้ใช้หลักการตามแนวคิดทางปรากฏการณ์วิทยา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ประสบการณ์การจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และเพื่อความไวในเชิงทฤษฎีสำหรับการ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยไม่ได้กำหนดกรอบแนวคิดทฤษฎีใดๆ มาใช้ควบคุมงานวิจัย แต่ได้นำแนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในประเด็นของลักษณะอาการของผู้ป่วย แนวคิดเกี่ยวกับ รูปแบบการจัดการกับอาการของลาร์สันและคณะ (Larson et al.,1994) และแนวคิดเกี่ยวกับการ บำบัดรักษาอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มาใช้เป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล ไม่ได้นำมา เป็นกรอบแนวคิดที่ตายตัว ขึ้นอยู่กับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่พบในการศึกษาคั้งนี้

ลักษณะอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีลักษณะอาการของโรคทั้งทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านความ นึกคิด และด้านพฤติกรรม มีอารมณ์ที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เช่น โกรธ วิตกกังวล เศร้าซึม ปฏิเสธความรู้สึก รู้สึกต้องพึ่งพาผู้อื่น รู้สึกผิด ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หหมดความหวัง เหนง ความ เชื่อมั่นในตนเองต่ำ เป็นต้น มีการเปลี่ยนแปลงด้านกายภาพที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เช่น ปวด ท้อง เบื่ออาหาร ปวดหลัง เจ็บหน้าอก ท้องผูก วิงเวียน อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ อาหารไม่ย่อย นอน ไม่หลับ ประจำเดือนผิดปกติ คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับหรือนอนหลับมาก เป็นต้น มีการ เปลี่ยนแปลงด้านการนึกคิดที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เช่น คิดแบบสองฝักสองฝ่าย สับสน เสีย สมานติ ตัดสินไม่ได้ หหมดความสนใจและแรงจูงใจในสิ่งต่างๆ มองโลกในแง่ร้าย โทษตัวเอง มี ความคิดทำลายตัวเอง และความรู้สึกไม่มั่นคง เป็นต้น และมีพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับภาวะ ซึมเศร้า เช่น ก้าวร้าว พลุ่พล่าน ภาวะนกระวาย ติดสารเสพติด ต่อต้าน การตอบสนองช้า พึ่งพา ผู้อื่นมาก สุขวิทยาส่วนบุคคลไม่ดี การเคลื่อนไหวช้า แยกตัวออกจากสังคม มีความคิดฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย ร้องไห้ง่าย เป็นต้น

การจัดการกับอาการ

การจัดการกับอาการตามแนวคิดของลาร์สันและคณะ (Larson et al.,1994) หมายรวมถึง การตอบสนองต่ออาการหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เป็นความรู้สึก ความคิดหรือ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายหลังการเกิดอาการ ประกอบด้วย การตอบสนองทางด้านสรีระ จิตใจและ พฤติกรรม ซึ่งอาจมีการตอบสนองต่ออาการได้มากกว่าหนึ่งลักษณะ ซึ่งกลวิธีในการจัดการกับ อาการนั้น เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตร ที่มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการต่างๆตลอดเวลาจนเป็นที่ พอใจ และเป็นการดูแลตนเองโดยเริ่มต้นจากประเมินประสบการณ์การมีอาการด้วยมุมมองของ ผู้ป่วย วิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยแต่ละคนย่อมแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับหลายๆ ปัจจัย ถ้าอาการนั้นไม่รุนแรงนัก ผู้ป่วยก็พอจะปรับตัวต่ออาการที่เกิดขึ้นได้ไม่ยาก และกลับคืนสู่

สภาพการดำเนินชีวิตตามเดิมของตนต่อไป แต่ในกรณีที่อาการที่เกิดขึ้นนั้นเป็นภาวะที่ร้ายแรง เรื้อรัง หรือคุกคามต่อชีวิต การปรับตัวหรือการจัดการกับอาการก็ย่อมทำได้ด้วยความยากลำบาก และมีผลกระทบต่อจิตใจรวมทั้งพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างมาก ทั้งนี้ ย่อมส่งผลถึงคนใกล้ชิด ญาติๆของผู้ป่วยเช่นกัน (ศรีประภา ชัยสินธพ, 2544)

การบำบัดรักษาอาการในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ซึ่งการจัดการกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีทั้งในแง่ของการบำบัดรักษาจากทีมสุขภาพ เช่น การรักษาด้วยยาต้านเศร้า (Antidepressive drugs) การทำจิตบำบัด (Psychotherapy) การบำบัดด้านความนึกคิด (Cognitive therapy) การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electro convulsive therapy) เป็นต้น ในขณะที่เดียวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เมื่อมีประสบการณ์การมีอาการ จะเกิดการรับรู้และการตอบสนองต่ออาการดังกล่าว และจัดการกับอาการของตนเองที่เกิดขึ้น การจัดการกับอาการของผู้ป่วยซึมเศร้า มีมากมายหลายวิธีที่แตกต่างกัน อาจจะมีการเบื้องต้นกับตนเอง การแสวงหาการรักษา บ้างก็อยู่เฉยๆ โดยไม่ได้จัดการอะไรเลย หรือบางคนพยายามปรับหาความคิดเหตุผลของตนเอง ซึ่งวิธีการที่ผู้ป่วยซึมเศร้าใช้จัดการกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้นจากภาวะซึมเศร้ามักกล่าวคือ (วีระ ชูรุจิพร ,2542 ; ศิริพร จิรวัดณ์กุล, 2546) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีวิธีการจัดการกับปัญหาด้วยการระบายอารมณ์ การหลีกเลี่ยงปัญหา และการมองโลกในแง่ร้าย และการเผชิญกับปัญหา การจัดการกับภาวะซึมเศร้าของตนเองได้คือ การปรับใจ การปลง ผ่านความศรัทธา เชื่อมั่นในศาสนา การเพิ่มพลังอำนาจ (Empowerment) ให้กับตนเอง ผ่านการมองชีวิตของคนอื่น และการใช้สิ่งสนับสนุนทางสังคม (ศิริพร จิรวัดณ์กุล, 2546) การไปพบแพทย์ การใช้ยา การทำสมาธิ การอยู่เฉยๆ ก็พบว่าเป็นการจัดการกับภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเช่นกัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยและการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมเพื่อใช้เป็นแนวทางการศึกษา และเพื่อให้มีความพร้อมในการตรวจสอบตนเองเกี่ยวกับความรู้ ความรู้สึก ความคิดที่ต้องจัดกรอบแยกไว้ ก่อนการรับฟังและการแปลความการให้ความหมายข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล เพื่อความระมัดระวังความคลาดเคลื่อนที่อาจจะเกิดขึ้นในการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางการศึกษา โดยสรุปสาระสำคัญ และนำเสนอตามลำดับ ดังหัวข้อต่อไปนี้

- 1.แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 สาเหตุของโรคซึมเศร้า
 - 1.3 ลักษณะอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
 - 1.4 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- 2.แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการกับอาการ
 - 2.1 แนวคิดการจัดการอาการตนเอง
 - 2.2 แบบจำลองการจัดการกับอาการ
 - 2.3 วิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
 - 2.3.1 การจัดการอาการด้วยตนเอง
 - 2.3.2 การจัดการอาการโดยผู้อื่น
- 3.แนวคิดเกี่ยวกับอาการทางจิตเวช
- 4.แนวทางการบำบัดรักษาอาการในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- 5.ประสบการณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- 6.แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา
- 7.เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ความหมายของซึมเศร้า

มีการประยุกต์ใช้คำว่า “ซึมเศร้า (Depression)” เพิ่มขึ้นในหลากหลายความหมาย เช่น “ความโศกเศร้า (Blue)” “การตกอยู่ในความทุกข์ (down in the dump)” แม้แต่ในบุคลากรทางการแพทย์เองก็มีการใช้คำว่า Depression ในความหมายอื่นๆโดยไม่เจตนา ซึ่งส่งผลให้ความหมายที่แท้จริงของ Depression ยังเป็นสิ่งที่สับสนและยังไม่กระจ่างชัดนัก

Webster (1990) ได้ให้ความหมายของ Depression ไว้ว่า 1) หลุม,แอ่ง,พื้นที่ต่ำ (hollow or low place), 2) ไม่มีกำลังใจ,เศร้าซึม (low spirit; dejection) , 3) การออกแรงหรือการทำกิจกรรมลดลง (a decrease in force, activity, etc.) และ 4) ช่วงเวลาเศรษฐกิจตกต่ำ (a period of reduced business) นอกจากนี้ ยังมีคำอื่นที่มีความหมายใกล้เคียงกับ depression ซึ่งช่วยทำให้คำนี้มีความเป็นสากลและใช้ได้แพร่หลายมากขึ้น (Roget's International Thesaurus,1992) และยังเป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์หิมโนทัศน์ซึมเศร้า ซึ่งคำเหล่านี้ ได้แก่ 1) downcast, 2) dejection , 3) melancholia, 4) ”the blues” , 5) “ in the doldrums”, 6) down hearted, และ 7) moping, melancholy and moonstruck madness”.

Depression เป็นคำที่มีหลายความหมาย ในการวิเคราะห์หิมโนทัศน์ซึมเศร้าครั้งนี้ ภาวะซึมเศร้าจะหมายถึง การแปรปรวนของอารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นอย่างถาวร ทั้งภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย,ปานกลาง หรือ ภาวะซึมเศร้ารุนแรง ในช่วงเวลามากกว่า 2 สัปดาห์

ความหมายของภาวะซึมเศร้าทางการแพทย์ สามารถให้ความหมายในหลากหลายปรากฏการณ์ เช่น เป็นอาการ , อาการแสดง , กลุ่มโรค , ภาวะอารมณ์ , ปฏิกริยา , โรค หรือ อาการทางคลินิก

Taylor (1994) ได้ให้ความหมายของ depression ไว้ว่า เป็นสิ่งที่เกิดร่วมกับความเสียใจ , ความเศร้าโศก , หรือ อารมณ์หดหู่ เศร้าหมอง ซึ่งแตกต่างกับ grief ตรงที่ grief จะเป็นความรู้สึกโศกเศร้ากับการสูญเสียที่เป็นจริงและพอเหมาะพอควร

Keltner , Schwecke , and Bostrom (1995) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ว่าเป็นภาวะอารมณ์ที่เศร้าหมอง โศกเศร้า หรือเป็นความผิดปกติแปรปรวนทางอารมณ์ ซึ่งเข้าได้กับ mood disorder ใน DSM – IV ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นอารมณ์โศกเศร้าที่ผิดปกติ รู้สึกผิดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต อารมณ์โศกเศร้านี้จะส่งผลให้จำกัดตัวเองเนื่องจากขาดทักษะในการแก้ปัญหา

The DSM-IV criteria (American Psychiatric Association, 1994) ได้จำแนกโรคทางอารมณ์ออกเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนไบโพลาร์ (Bipolar) และโรคซึมเศร้า (Depressive disorder) ซึ่งโรคซึมเศร่ายังจำแนกออกเป็น 3 กลุ่มคือ 1) โรคซึมเศร้ารุนแรง (Major depression) , 2) โรคซึมเศร้าปานกลางแต่เรื้อรังนานเกิน 2 ปี (Dysthymic) และ 3) โรคซึมเศร้าที่จำแนกหรือระบุกลุ่มไม่ได้ (Depressive disorder not otherwise specified)

มาโนช หล่อตระกูล (2545) กล่าวว่า ความซึมเศร้า (Depression) เป็นความเศร้าที่เกิดจากการสูญเสีย มีความรู้สึกสิ้นหวัง เกิดขึ้นเป็นเวลานาน ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ และพฤติกรรมที่แสดงออกไม่เหมาะสมกับความสูญเสีย

พฤติกรรมซึมเศร้า (Depression behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดจากภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ เศร้าสร้อย ท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย ความรุนแรงมีตั้งแต่ไม่สดชื่นแจ่มใส เหนื่อยหน่าย ไปจนกระทั่งมีการเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ลักษณะที่สำคัญของโรคนี้คือผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่นชัดร่วมกับอาการอย่างอื่น เช่น มีความรู้สึกเบื่อหน่ายและหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่าและมีความคิดอยากตาย

มาโนช หล่อตระกูล (2545) ได้กล่าวถึงเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม DSM-IV ไว้ว่าผู้ที่เจ็บป่วยเป็นโรคซึมเศร้าต้องมีอาการดังต่อไปนี้ 5 อาการหรือมากกว่า

- มีอารมณ์ซึมเศร้า (ในเด็กและวัยรุ่นอาจเป็นอารมณ์หงุดหงิดก็ได้)
- ความสนใจหรือความเพลินใจในกิจกรรมต่างๆ แทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก
- น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้นมาก (น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือการเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารมาก

- นอนไม่หลับ หรือหลับมากเกินไป
- กระวนกระวาย อยู่ไม่สุข หรือเชื่องช้าลง
- อ่อนเพลีย ไร้เรี่ยวแรง
- รู้สึกตนเองไร้ค่า
- สมาธิลดลง ใจลอย หรือลังเลใจไปหมด
- คิดเรื่องการตาย คิดอยากตาย

* ต้องมีอาการในข้อ 1 หรือ 2 อย่างน้อย 1 ข้อ

* ต้องมีอาการเป็นอยู่นาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป และต้องมีอาการเหล่านี้อยู่เกือบตลอดเวลา แทบทุกวัน ไม่ใช่เป็นๆ หายๆ เป็นเพียงแค่วันสองวันหายไปแล้วกลับมาเป็นใหม่ มักพบว่าผู้ป่วยมีอาการวิตก

กังวลร่วมด้วย อย่างไรก็ตามอาการซึมเศร้าจะเด่นกว่า ในผู้ป่วยที่มีโรคทางร่างกายหรืออาการบางประการ เช่น อ่อนเพลียเบื่อหน่าย, นอนไม่หลับ, เบื่ออาหาร, น้ำหนักลด นั้น อาจเป็นผลจากโรคทางร่างกายได้เช่นกัน ทำให้การวินิจฉัยค่อนข้างลำบาก. อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากับผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคทางร่างกาย พบว่า อาการซึมเศร้า, ร้องไห้บ่อย, คิดฆ่าตัวตาย, เคลื่อนไหวเชื่องช้า และมักลังเลใจนั้น มีส่วนช่วยในการวินิจฉัย โดยพบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าบ่อยกว่า

กัลยา ใฝ่เกาะ (2545) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าไว้ว่า อารมณ์เศร้าเกิดขึ้นได้กับทุกคน ทุกเพศ ทุกวัย ทุกโอกาส ทั้งคนปกติ และผู้ป่วยทั้งทางกายและทางจิต อารมณ์เศร้านี้เป็นอาการที่พบบ่อย แต่อาจเกิดได้ตั้งแต่อารมณ์เศร้าระดับธรรมดาจนถึงระดับที่ผิดปกติได้ ความซึมเศร้า (Depression) เป็นความเศร้าที่เกิดจากการสูญเสีย มีความรู้สึกสิ้นหวัง เกิดขึ้นเป็นเวลานาน ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ และพฤติกรรมที่แสดงออกไม่เหมาะสมกับความสูญเสีย พฤติกรรมซึมเศร้า (Depression behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดจากภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ เศร้าสร้อย ท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย ความรุนแรงมีตั้งแต่ไม่สดชื่นแจ่มใส เบื่อหน่าย ไปจนกระทั่งมีการเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) ลักษณะที่สำคัญของโรคนี้คือผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่นชัดร่วมกับอาการอย่างอื่น เช่น มีความรู้สึกเบื่อหน่ายและหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่าและมีความคิดอยากตาย

มณวิภา สาครินทร์ (2538) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง อารมณ์ที่เป็นทุกข์ ความรู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหดหู่ เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ไม่มีเรี่ยวแรง อารมณ์ทางเพศลดลง คิดอยากตาย เป็นต้น

รัชนีบูล เศรษฐภูมิรินทร์ (2544) กล่าวว่า ความซึมเศร้าเป็นความผิดปกติของทั้งอารมณ์และพฤติกรรม เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยทั้งผู้มีความผิดปกติทางฝ่ายกายและทางจิตใจ ความซึมเศร้าอาจจะอธิบายได้อีกว่าเป็นความแปรปรวนของพลังอำนาจ ซึ่งมีสาเหตุสัมพันธ์กับภาวะสูญเสีย ทั้งความเป็นจริงและจินตนาการ เช่น สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียหน้าที่การงาน ความสามารถ ความเชื่อถือ ค่านิยมต่างๆ รวมทั้งการสูญเสียพลังอำนาจของบุคคล

จากที่กล่าวมาข้างต้น อาจกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า ร่วมกับความรู้สึก ท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด รู้สึกตนเองด้อยคุณค่า ต่ำหนืดตัวเอง มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันชัดเจนหรือปฏิบัติไม่ได้ นอนไม่หลับ หรือนอนมากกว่าปกติ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เจ็บซึม ความสนใจกิจกรรมรอบตัวหรือสิ่งแวดล้อมน้อยหรือไม่มีเลย แยกตัวเอง ไม่

อยากพบปะใครๆ อาจมีการเปลี่ยนแปลงด้านการคิด หรือการรับรู้ เช่น คิดซ้ำๆ มีความคิดทำร้ายตนเอง หรือ มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน เป็นต้น ซึ่งอาการต่างๆเข้าได้กับการวินิจฉัยตามสมาคมจิตแพทย์อเมริกา

1.2 สาเหตุของโรคซึมเศร้า

Carson and Arnold (1996) กล่าวถึง ปัจจัยซึ่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าไว้ว่า เป็นการยากที่จะระบุปัจจัยซึ่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากในการเผชิญสถานการณ์เดียวกัน บุคคลสองคนย่อมตอบสนองต่อเหตุการณ์นั้นๆต่างกัน ดังนั้นจึงไม่มีปัจจัยซึ่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าเพียงอย่างหนึ่งอย่างใด หรือ ไม่มีปัจจัยซึ่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่สำคัญไปกว่ากัน การจัดประเภท ปัจจัยซึ่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ออกเป็นประเภทกว้างๆ จะเป็นแนวทางที่ดีที่สุด ซึ่งมีความสำคัญในการช่วยในการจดจำ รวมทั้งการตอบสนองของผู้ป่วยต่อปัจจัยซึ่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้อง ซึ่ง ปัจจัยซึ่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า คือ สิ่งที่บุคคลแต่ละบุคคลตอบสนอง และขึ้นอยู่กับความอ่อนแอของบุคคลในช่วงเวลานั้นๆ (Fontaine and Fletcher,1995) เช่น ในสตรีหลังคลอดทุกคนไม่จำเป็นจะต้องมีภาวะซึมเศร้า หรือ สตรีที่ถูกทารุณกรรมทางเพศ ก็ไม่จำเป็นต้องมีภาวะซึมเศร้าทุกคน เป็นต้น เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตและทำให้บุคคลมีการตอบสนอง นั่นคือ ปัจจัยซึ่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

มานิช หล่อตระกูล (2545) กล่าวถึงสาเหตุของโรคซึมเศร้าไว้ว่า ปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับสาเหตุของโรคซึมเศร้านั้น เชื่อกันว่าสัมพันธ์กับหลาย ๆ ปัจจัย ทั้งจากด้านพันธุกรรม, การพลัดพรากจากพ่อแม่ในวัยเด็ก, พัฒนาการของจิตใจ, รวมถึงปัจจัยทางชีวภาพ เช่น การเปลี่ยนแปลงของระดับ catecholamine หรือ pituitary hormone บางตัว เป็นต้น การเริ่มเกิดอาการนั้นอาจมีปัจจัยกระตุ้น เช่น สูญเสียคนที่ตนรัก, ตกงาน, การหย่าร้าง หรือบางครั้งไม่มีก็ได้ อย่างไรก็ตาม การมีสาเหตุที่เห็นชัดว่าเป็นมาจากความกดดันด้านจิตใจนี้ มิได้หมายความว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นเป็นเรื่องปกติธรรมดาของคนเรา หรือไม่จำเป็นต้องให้การรักษา การพิจารณาว่าการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นนั้นผิดปกติหรือไม่ เราดูจากกรมีอาการต่าง ๆ และความรุนแรงของอาการเป็นหลัก, ผู้ป่วยที่มีอาการเข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้านั้น บ่งถึงภาวะของความผิดปกติที่จำต้องให้การช่วยเหลือ

พันธุกรรม พันธุกรรมเป็นสาเหตุที่สำคัญของโรคโดยพบว่า ญาติสนิทของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคโดยสูงกว่าประชากรทั่วไป 1.5 - 3 เท่า และมีโอกาสเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังสูงด้วย คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันถ้าคนหนึ่งเป็นโรคอีกคนจะมีโอกาสเป็นด้วยร้อยละ 54 ส่วนในคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบมีโอกาสเป็นด้วยร้อยละ 24 บุตรบุญธรรมที่เกิดจากบิดาและมารดาเป็นโรคนี้ทั้ง 2

คน มีโอกาสเป็นโรคด้วยในอัตราที่สูงกว่าบุตรบุญธรรมซึ่งบิดาและมารดาเป็นปกติ ความผิดปกติทางชีวเคมีของสมอง ในปัจจุบันมีสมมติฐานว่าอาการซึมเศร้า มีสาเหตุมาจากความบกพร่องของสารสื่อประสาทโดยเฉพาะ norepinephrine และ serotonin

สาเหตุทางด้านจิตใจ จากการศึกษาพบว่าโรคซึมเศร้านั้นมักเกิดภายหลังผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านจิตใจอย่างรุนแรง เช่น การเสียชีวิตของบุคคลผู้เป็นที่รักหรือการหย่าร้าง ปัจจัยทางด้านจิตใจจึงเป็นสาเหตุประการหนึ่งของโรคนี้ พฤติกรรมการเรียนรู้ผิดปกติ มีผู้เสนอข้อสันนิษฐานว่าผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้านั้นมักมีแนวความคิดเกี่ยวกับตัวเองในปัจจุบัน อดีตและอนาคตไปในทางลบและไม่มีคุณค่า ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า

สาเหตุของโรคซึมเศร้าอาจประกอบไปด้วย

1) มีประวัติเป็นโรคซึมเศร้านมาก่อน (Prior history of depression)

ภาวะซึมเศร้ารุนแรงในผู้ป่วยแต่ละคนมีลักษณะการเริ่มป่วยที่ต่างกันอย่างมาก บางคนอาการเกิดขึ้นช้าๆ ใช้เวลาหลายวันหรือหลายสัปดาห์จึงเห็นอาการเต็มที่ บางคนอาการเกิดขึ้นรวดเร็วจากมีเหตุการณ์หรือปัญหาชีวิตที่รุนแรงและบางคนอาจมีอาการอื่น ๆ นำมาก่อนเป็นเวลานานหลาย ๆ เดือน นอกจากนี้ระยะเวลาป่วยในแต่ละคนก็แตกต่างกันเช่นกัน ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามักจะป่วยประมาณ 6 เดือนหรือนานกว่า โดยทั่วไปผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นหรือหายสนิทแต่อาจไม่หายขาด (WHO, 1997) อาการหายขาดที่เป็นการป่วยครั้งเดียว (single) พบได้ประมาณเกือบร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แต่ประมาณร้อยละ 50-60 ผู้ป่วยมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ ผู้ป่วยที่เคยเกิดภาวะซึมเศร้ามาแล้ว 2 ครั้ง มีโอกาสเป็นโรคครั้งที่ 3 ถึงร้อยละ 70 และอัตราการกลับเป็นซ้ำจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 90 ถ้าเคยป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามาแล้ว 3 ครั้ง (Haber et al., Rosenstein, 1995 ; Depression Guideline Panel, 1994 ; ดวงใจ กษานติกุล, 2542)

2) มีประวัติครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้าโดยเฉพาะในญาติสนิท (Family history of depression)

การศึกษาพันธุกรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าพบว่า พันธุกรรมเป็นสาเหตุที่สำคัญประการหนึ่งโดยพบลักษณะสำคัญดังนี้ (Carson and Arnold , 1996 ; Stuart and Sundeen , 1995 ; สมภพ เรื่องตระกูล , 2543)

- ญาติสนิทของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคนี้สูงกว่าประชากรทั่วไป 1.5-3 เท่า และมีโอกาสเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังในอัตราที่สูงกว่าประชากรทั่วไป
- ถ้าบิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า บุตรจะมีโอกาสเป็นด้วยในอัตราสูงกว่าเด็กทั่วไป 2 เท่า และถ้าบิดาและมารดาเป็นโรคซึมเศร้า บุตรจะมีโอกาสเป็นโรคสูงกว่าเด็กทั่วไป 4 เท่า
- จากการศึกษาคู่แฝดพบว่าในคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรคนี้อีก

คนหนึ่งจะเป็นด้วยร้อยละ 60 ในขณะที่โอกาสที่คู่แฝดจากไข่คนละใบจะมีโอกาสเป็นโรคด้วยเพียงร้อยละ 20

- การศึกษาโรคนี้ในบุตรบุญธรรมที่เกิดจากบิดาและมารดาเป็นโรคซึมเศร้าทั้งสองคนพบว่าบุตรบุญธรรมจะเป็นโรคซึมเศร้าด้วยในอัตราที่สูงกว่าบุตรบุญธรรมที่เกิดจากบิดามารดาซึ่งเป็นปกติ

อย่างไรก็ตามไม่พบการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ที่ชัดเจนนัก และยังไม่มีการพบข้อสังเกตการถ่ายทอดโรคซึมเศร้าที่โครโมโซมใด (ดวงใจ กสานติกุล,2542; Rosenstein, 1995)

3) มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย (Prior suicide attempt or family history of suicide attempt)

ผู้ป่วยที่เศร้ามากๆจะคิดอยากตาย ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย พบว่าอาการเศร้ามากๆและความคิดอยากตายมีความสัมพันธ์กัน พบว่าร้อยละ 75 ของผู้ป่วยซึมเศร้าคิดฆ่าตัวตาย และพบว่าร้อยละ 15 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าฆ่าตัวตายสำเร็จ (Fontaine and Fletcher,1995; Stuart and Sundeen , 1995 ; สมภพ เรื่องตระกูล ,2543)

4) เพศ (Gender)

จากสถิติของการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดโรค ผู้หญิงจะเป็นกลุ่มเสี่ยงหลัก โดยพบอย่างน้อยมากกว่าผู้ชาย 2 เท่า อาจเกิดเนื่องจากการเป็นผู้หญิงในบริบทของวัฒนธรรมร่วมสมัยที่เปลี่ยนแปลงไป(ชนิดา กาญจนลาภ,2543 ; Haber et al, 1995)

5) อายุน้อยกว่า 40 ปี หรือ มากกว่า 60 ปี (Age of onset less than 40 or greater than 60)

ภาวะซึมเศร้าพบได้ในทุกช่วงอายุ แต่ช่วงวัยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงสุดคือช่วงอายุ ระหว่าง 18-44 ปี บางคนอาจมีปัญหาในช่วงต่อระหว่างวัยรุ่นมาสู่การเป็นผู้ใหญ่ เป็นช่วงวัยซึ่งมีแรงกดดันจากการศึกษาและการทำงาน ภาวะซึมเศร้าในช่วงวัยกลางคนอาจมีปัญหามาจากการไม่สามารถสืบพันธุ์หรือมีบุตรได้ ในขณะที่บางคนอาจมีปัญหามาจากการไม่สามารถก้าวหน้าในอาชีพการงานที่หวังไว้ได้ ภาวะซึมเศร้าในช่วงวัยสูงอายุ อาจมีปัญหามาจากการประสบเหตุการณ์ที่เพื่อนหรือคู่ครองเสียชีวิต สภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปไม่สามารถทำกิจกรรมได้ดีเท่าในช่วงวัยที่ผ่านมา หรือการนึกถึงการตายที่จะเกิดขึ้นกับตนในอนาคต (clayman,1994)

6) ภาวะหลังคลอด (Postpartum period)

สตรีหลังคลอดมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 10-15 ส่วนใหญ่จะมีอาการปรากฏในช่วง 6 เดือนแรกหลังคลอด (Haber et al, 1995; Beck,1998) โดยร้อยละ 90 มีอาการใน 2-3 วันหลังคลอด เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในร่างกายหลังการคลอดบุตร ปัญหา

ด้านสังคม เศรษฐกิจ ความขัดแย้งในครอบครัว รวมทั้งความรู้สึกขัดแย้งในจิตใจต่อการเป็นมารดาและภาระหน้าที่ในช่วงหลังคลอดเช่น การอดนอนเพื่อดูแลทารกก็น่าจะเป็นสาเหตุได้เช่นกัน

7) เป็นโรคทางกายเรื้อรังร่วมด้วย (Medical comorbidity)

โรคทางกาย เช่น โรคมะเร็ง , โรคหลอดเลือดสมอง , โรคลมชัก , SLE , พาร์กินสัน , โรคหัวใจ , โรคของระบบต่อมไร้ท่อ เช่น Addison' disease และ โรคไทรอยด์ พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เชื่อว่าภาวะไร้ความสามารถหรือสมรรถภาพร่างกายที่แย่งจากโรคทางกายเหล่านี้เป็นเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Stuart and Sundeen , 1995) นอกจากนี้ยังพบว่ามียาประมาณ 12 ประเภท ที่อาจมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าจากอาการข้างเคียงของยาเหล่านี้ (McCrone , 1997 ; Keltner et al., 1995)

8) ขาดการช่วยเหลือจากสังคม (Lack of social support)

9) มีวิถีชีวิตที่มีความทุกข์และมีปัญหาในชีวิตมาก (Stressful life events)

stressor ที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าอาจจำแนกออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1) การขาดความยึดมั่น ผูกพัน (lack of attachment) , 2) ประสบกับเหตุการณ์รุนแรงในชีวิต (Major life events) , 3) บทบาทหน้าที่เปลี่ยนแปลง (role changes) และ 4) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (physiological changes) ซึ่ง stressor ต่างๆเหล่านี้อาจเกิดขึ้นจริงหรือผู้ป่วยอาจจินตนาการขึ้นมาเองก็ได้ โดยทั่วไปเฉลี่ยแล้ว ผู้ป่วยซึมเศร้ารายงานว่าประสบเหตุการณ์รุนแรงในชีวิตประมาณ 3 ครั้ง ในระหว่าง 6 เดือน ก่อนที่จะมีอาการเกิดขึ้น (Stuart and Sundeen , 1995)

10) ดื่มสุราหรือสารเสพติด (current substance abuse)

การติดสารเสพติด เช่น สุรา บุหรี่ ยานอนหลับและโคเคน ผู้ป่วยจะเสพสารเพื่อให้ออนหลับ อารมณ์แจ่มใสและลดความวิตกกังวล เมื่อติดสารจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ามากขึ้นและจะยิ่งเสพสารเพิ่มขึ้นตามลำดับ เกิดเป็นวงจร ไม่มีทางออก (สมภพ เรื่องตระกูล , 2543)

11) มีประวัติถูกทารุณกรรมทางเพศ (personal history of sexual abuse)

พบว่าการถูกทารุณกรรมทางเพศในวัยเด็กมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าในสตรี (Stuart and Sundeen , 1995)

1.3 ลักษณะอาการของผู้ป่วยซึมเศร้า

ผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีอารมณ์หรือหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ เป็นเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ แต่ในเด็กและวัยรุ่นอาจมีอาการหงุดหงิดง่ายแทนที่จะมีอาการหงุดหงิดง่ายแทนที่จะมีอาการซึมเศร้า ร่วมกับอาการต่อไปนี้ ได้แก่ เบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารจุ นอนไม่หลับหรือ

หลับมาก เชื่องช้าหรือกระวนกระวาย อ่อนเพลียไม่มีแรง รู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกผิด ไม่มีสมาธิหรือมีความลังเลใจ หรือมีความคิดอยากตายหรือคิดฆ่าตัวตาย

อารมณ์เศร้า ความรู้สึกซึ่งแสดงถึงอารมณ์เศร้ามีหลายอย่าง เช่น ใจคอหดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา รู้สึกไม่แจ่มใสไม่เบิกบาน หรือใจคอเศร้าหมอง ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการหงุดหงิดโกรธง่ายด้วย ในเด็กและวัยรุ่นอาจมีอาการหงุดหงิดโกรธง่ายหรืออารมณ์แทนที่จะมีความรู้สึกเศร้า

หมดความสนใจหรือความสุข เป็นอาการซึ่งพบในผู้ป่วยเกือบทุกรายไม่มากก็น้อย เช่น ความสนใจงานอดิเรกลดลงหรือไม่สนุกสนานในการมีกิจกรรมซึ่งเคยมีความสุข ครอบครัวจะสังเกตพบว่าผู้ป่วยแยกตัวเองหรือละเลยกิจกรรมซึ่งเคยชื่นชอบ การมีกิจกรรมทางเพศหรืออารมณ์รักใคร่ในผู้ป่วยบางรายจะลดลงอย่างมากด้วย

อาการเบื่ออาหาร ผู้ป่วยมักเบื่ออาหารหรือผิวจับประทานอาหาร บางรายอาจรับประทานจุและอยากอาหารหวาน พฤติกรรมดังกล่าวจะส่งผลให้น้ำหนักลดหรือน้ำหนักเพิ่ม

นอนไม่หลับ เป็นอาการที่พบบ่อยมากโดยอาจตื่นตอนดึกและหลับต่ออยากหรือตื่นนอนเช้ากว่าธรรมดา ผู้ป่วยบางรายเข้านอนแล้วหลับยาก และบางรายอาจนอนหลับมากในเวลากลางคืนหรือกลางวัน

เชื่องช้าหรือกระวนกระวาย ผู้ป่วยอาจเชื่องช้าลงทั้งความคิดและการเคลื่อนไหว พูดน้อยลงและน้ำเสียงเบาลง หรืออาจมีอาการพลุ่งพล่านกระวนกระวาย นั่งไม่ติด

อ่อนเพลียง่ายและไม่มีแรง ผู้ป่วยอาจรู้สึกอ่อนเพลียตลอดเวลาแม้ไม่ได้ออกกำลังกาย การทำงานเล็กน้อยก็ทำให้อ่อนเพลียมาก เช่น การแต่งตัวตอนเช้า ทำให้อ่อนเพลียและใช้เวลานานกว่าจะทำเสร็จ

ความรู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกผิด อาจมองดูตัวเองทางด้านลบไม่สมเหตุผลหรือรู้สึกที่ตัวเองไร้ค่า หรือตำหนิตัวเองอย่างมากโดยที่ทำความผิดเพียงเล็กน้อย ความคิดดังกล่าวอาจเข้าขั้นอาการหลงผิด เช่น มีความคิดว่าเป็นความผิดของตัวเองที่ทำให้เศรษฐกิจของประเทศตกต่ำ

ไม่มีสมาธิหรือมีความลังเลใจ ผู้ป่วยจะขาดสมาธิและลืมนำ ทำให้ประสิทธิภาพทางการเรียนหรืออาชีพการงานลดลง

มีความคิดอยากตายหรือคิดฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยอาจคิดว่าควรตายไปเสียจะดีกว่าหรือครุ่นคิดถึงการฆ่าตัวตายตลอดเวลา

อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2544) กล่าวถึงลักษณะของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยแบ่งภาวะซึมเศร้าเป็น 3 ระดับ คือ ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรง โดยแต่ละระดับจะมีลักษณะอาการทั้งทางด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรม ด้านความคิด และด้านร่างกาย ดังนี้

ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild Depression)

- ด้านอารมณ์ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกวิตกกังวล โกรธ รู้สึกผิด ชีวิตดูไม่มีคุณค่า เหนงาหมดหวัง ลึนหวัง ท้อแท้ หรือปฏิเสธความรู้สึก
- ด้านพฤติกรรม ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมร้องไห้ได้ง่าย มีพฤติกรรมถดถอย แยกตัว ไม่อยากทำอะไร หรืออาจกระสับกระส่าย ไม่อาจจะอยู่นิ่งได้
- ด้านความคิด ผู้ป่วยจะคิดวนเวียนอยู่กับเรื่องการสูญเสีย ต่ำหนิตนเอง ต่ำหนิตผู้อื่น ขาดความมั่นใจในการดำเนินชีวิต มีความคิดล้งเลหรือตัดสินใจไม่ได้
- ด้านร่างกาย จะมีอาการเบื่ออาหารหรืออาจรับประทานอาหารมากขึ้น นอนไม่หลับ หรืออยากนอนมากขึ้น มีอาการทางร่างกายอื่นๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง เจ็บหน้าอกและอ่อนเพลีย

ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate Depression)

- ด้านอารมณ์ ผู้ป่วยจะมีมีความรู้สึกเหงา หมดหวัง หมดหนทาง สิ่งต่างๆรอบตัว มีดมน ไม่แจ่มใส ความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ ไม่สนุกสนานในกิจกรรมต่างๆ
- ด้านพฤติกรรม มีการเคลื่อนไหวร่างกายเชื่องช้า พูดช้าๆหรือพูดน้อยลง สีหน้าท่าที่หดหู่หม่นหมอง ไม่สนใจสภาพแวดล้อม ไม่สนใจร่างกายหรือดูแลร่างกายของตนเอง ทำให้ใส่เสื้อผ้าและร่างกายโดยรวมไม่สะอาด ผู้ป่วยอาจใช้สารกระตุ้นประสาทหรือสารเสพติด เช่น ยาเสพติด หรือสุรา
- ด้านความคิด ความสนใจในสิ่งต่างๆลดลง ไม่มีสมาธิ ความคิดช้าลง คิดเรื่องเดิมหรือคิดซ้ำๆ คิดถึงตนเองด้านไม่ดี รู้สึกตนเองไม่ดี ไม่มีความหมาย อาจคิดถึงการทำร้ายตนเอง
- ด้านร่างกาย มีอาการเบื่ออาหาร มีน้ำหนักลดลงจนสังเกตได้ หรือรับประทานอาหารมากขึ้น นอนไม่หลับโดยเฉพาะตอนเริ่มเข้านอน หรือนอนมากเกินไป ความสนใจทางเพศลดลง มีประจำเดือนขาดหายไป อ่อนเพลีย รู้สึกเหนื่อยหน่าย ซึ่งผู้ป่วยจะรู้สึกสดชื่นในช่วงเช้า แต่พอช่วงบ่าย จะมีความรู้สึกเหนื่อยล้ามาก นอกจากนี้มีอาการทางร่างกายอื่นๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง เจ็บหน้าอก หายใจไม่ออก อาหารไม่ย่อย และไม่มีแรง

ภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Severe Depression)

- ด้านอารมณ์ จะแสดงความรู้สึกหมดหวังโดยสิ้นเชิง การแสดงอารมณ์อาจมีลักษณะเฉยเมยหรือไม่แสดงความรู้สึกใดๆ สีหน้าดูว่างเปล่า เหนงา และเศร้า ไม่มีความสุขในกิจกรรมต่างๆ

- ด้านพฤติกรรม มีพฤติกรรมเชิงซ้ำ เดินซ้ำๆ ไม่พูด ไม่ได้ตอบ ไม่อยากทำอะไร และไม่เคลื่อนไหว ในทางตรงข้ามอาจมีพฤติกรรมกระสับกระส่าย หงุดหงิด นั่งไม่ติด ไม่ใส่ใจตนเอง ทำให้ร่างกายไม่สะอาด และอาจมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองจากความคิดหลงผิด

- ด้านความคิด จะมีความคิดสับสน ไม่มีสมาธิ มีความคิดหลงผิด ทางด้านเลวร้าย คิดว่าตนเองไม่ดี คิดฆ่าตัวตาย หรือมีความคิดหลงผิดในด้านการเจ็บป่วยทางร่างกาย ร่วมกับมีอาการประสาทหลอนทางการได้ยิน (Auditory Hallucination)

- ด้านร่างกาย การทำงานของระบบต่างๆในร่างกายช้าลง เช่น การย่อยอาหาร การขับถ่าย หมดสมรรถภาพทางเพศ ประจำเดือนมาไม่ปกติ เบื่ออาหารและมีน้ำหนักลด ด้านการนอนมีนอนหลับยาก หรือนอนมากแต่ไม่หลับหรือตื่นนอนเร็วกว่าปกติ ซึ่งอาการต่างๆ โดยรวมแปรเปลี่ยนตามเวลา คือ อาการมักจะรุนแรง หรืออาการเป็นมากในช่วงเวลาเช้า แต่พอในช่วงบ่ายๆ อาการต่างๆ จะค่อยๆ รู้สึกดีขึ้น

สรุป จากที่กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปลักษณะอาการของผู้ป่วยซึมเศร้าได้คือ

- 1) มีอารมณ์ที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เช่น โกรธ วิตกกังวล เศร้าซึม ปฏิเสธความรู้สึก รู้สึกต้องพึ่งพาผู้อื่น รู้สึกผิด ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หมดความหวัง เหนงา ความเชื่อมั่นในตนเองต่ำ เป็นต้น
- 2) มีการเปลี่ยนแปลงด้านกายภาพที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เช่น ปวดท้อง เบื่ออาหาร ปวดหลัง เจ็บหน้าอก ท้องผูก วิงเวียน อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ อาหารไม่ย่อย นอนไม่หลับ ประจำเดือนผิดปกติ คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับหรือนอนหลับมาก เป็นต้น
- 3) มีการเปลี่ยนแปลงด้านการนึกคิดที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เช่น คิดแบบสองฝักสองฝ่าย สับสน เสียสมาธิ ตัดสินไม่ได้ หมดความสนใจและแรงจูงใจในสิ่งต่างๆ มองโลกในแง่ร้าย โทษตัวเอง มีความคิดทำลายตัวเอง และความรู้สึกไม่มั่นคง เป็นต้น และ
- 4) มีพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เช่น ก้าวร้าว พลุ่พลุ่ผ่าน กระวนกระวาย ติดสารเสพติด ต่อต้าน การตอบสนองช้า พึ่งพาผู้อื่นมาก สุขุวิทยาส่วนบุคคลไม่ดี การเคลื่อนไหวช้า แยกตัวออกจากสังคม มีความคิดฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย ร้องไห้ง่าย เป็นต้น

1.4 การพยาบาลผู้ป่วยซึมเศร้า

การพยาบาลผู้ป่วยซึมเศร้า พยาบาลควรใช้ทักษะและเทคนิคของการยอมรับ ในฐานะบุคคล ให้ความจริงใจ ซื่อสัตย์ มีความตั้งใจในการให้การดูแล ให้ความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจ ความรู้สึกอารมณ์ของผู้ป่วย ให้เวลากับผู้ป่วย โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตาม กระบวนการพยาบาลแบบองค์รวม

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild Depression)

การประเมิน (Assessment)

ด้านอารมณ์ วิตกกังวล โกรธ รู้สึกผิด ชีวิตดูไม่มีคุณค่า เหนงา หมดหวัง สิ้นหวัง ท้อแท้ หรือปฏิเสธความรู้สึก

ด้านพฤติกรรม ร้องไห้ได้ง่าย มีพฤติกรรมมดถอย แยกตัว ไม่อยากทำอะไร หรืออาจ กระสับกระส่าย ไม่อาจจะอยู่นิ่งได้

ด้านความคิด คิดวนเวียนอยู่กับเรื่องการสูญเสีย ต่ำหนิตนเอง ต่ำหนิผู้อื่น ขาดความมั่นใจ ในการดำเนินชีวิต มีความคิดล้งเลหรือตัดสินใจไม่ได้

ด้านร่างกาย เบื่ออาหารหรืออาจรับประทานอาหารมากขึ้น นอนไม่หลับหรืออยากนอนมาก ขึ้น มีอาการทางร่างกายอื่นๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง เจ็บหน้าอกและอ่อนเพลีย

การพยาบาล (Intervention)

1. สร้างสัมพันธภาพที่น่าเชื่อถือไว้วางใจ
2. เสริมสร้างความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของตนเอง
3. ดูแลช่วยเหลือทางด้านร่างกาย ประเมินแบบแผนการรับประทานอาหาร การขับถ่าย การพักผ่อน การเคลื่อนไหว และความปลอดภัย
4. ติดตามประเมินผลการรับประทานยาตามแผนการรักษา/สังเกตอาการข้างเคียงของยา
5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น การเป็นสมาชิกชมรม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น
6. ประเมินอาการเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง อาการหลงผิด ประสาทหลอน
7. สอนและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับ
 - การรับประทานและการมาตรวจตามนัด

- เสริมสร้างความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการได้รับยาและการรักษาอย่างต่อเนื่อง ด้านการจัดการกับอาการของผู้ป่วย และด้านการทำหน้าที่ในฐานะสมาชิกของครอบครัวและสังคม

- เสริมสร้างความสามารถของผู้ดูแลให้สามารถเผชิญความวิตกกังวล หรือภาวะอารมณ์อื่นๆ และสามารถมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ

การประเมินผล (Evaluation)

- ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองทุกด้านได้

- ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตที่บ้าน โดยมีทักษะในการจัดการกับความรู้สึกซึมเศร้าของตนเอง ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ และทักษะทางสังคมที่เหมาะสม สำหรับการดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว และในชุมชนอย่างปกติสุข

- ญาติและผู้ดูแลมีความพร้อมและมีความสามารถในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้านร่างกาย การได้รับยาอย่างต่อเนื่อง และการจัดการช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการ รวมทั้งการดูแลให้ได้รับยาและมาตรวจตามนัด

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate Depression)

การประเมิน (Assessment)

ด้านอารมณ์ มีความรู้สึกเหงา หมดหวัง หมดหนทาง สิ่งต่างๆรอบตัวมีดมน ไม่แจ่มใส ความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ ไม่สนุกสนานในกิจกรรมต่างๆ

ด้านพฤติกรรม มี Psychomotor retardation ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายเชื่องช้า พูดซ้ำๆ หรือพูดน้อยลง สีหน้าท่าที่ หดหู่ หม่นหมอง ไม่สนใจสภาพแวดล้อม ไม่สนใจร่างกายหรือดูแลร่างกายของตนเอง ทำให้ใส่เสื้อผ้าและร่างกายโดยรวมไม่สะอาด ผู้ป่วยอาจใช้สารกระตุ้นประสาทหรือสารเสพติด เช่น ยาเสพติด หรือสุรา

ด้านความคิด ความสนใจในสิ่งต่างๆลดลง ไม่มีสมาธิ ความคิดช้าลง คิดเรื่องเดิมหรือคิดซ้ำๆ คิดถึงตนเองด้านไม่ดี รู้สึกตนเองไม่ดี ไม่มีความหมาย และอาจคิดถึงการทำร้ายตนเอง

ด้านร่างกาย มีอาการเบื่ออาหาร มีน้ำหนักลดลงจนสังเกตได้ หรือรับประทานอาหารมากขึ้น นอนไม่หลับโดยเฉพาะตอนเริ่มเข้านอน หรือนอนมากเกินไป ความสนใจทางเพศลดลง มีประจำเดือนขาดหายไป อ่อนเพลีย รู้สึกเหนื่อยหน่าย ซึ่งผู้ป่วยจะรู้สึกสดชื่นในช่วงเช้า แต่พอช่วงบ่าย จะมีความรู้สึกเหนื่อยล้ามาก นอกจากนี้มีอาการทางร่างกายอื่นๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง เจ็บหน้าอก หายใจไม่ออก อาหารไม่ย่อย และไม่มีแรง

การพยาบาล (Intervention)

1. ดำเนินสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและเลือกใช้การบำบัดทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย เพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความไว้วางใจและมีความมั่นใจในทีมสุขภาพ รวมทั้งยอมรับความเจ็บป่วยของตน ยอมรับการรักษา สร้างเสริมความสามารถในการควบคุมตนเอง และแสวงหาความช่วยเหลือเมื่อต้องการ
2. เสริมสร้างความรู้สึกลำบากในคุณค่าของตนเอง
3. ดูแลช่วยเหลือทางด้านร่างกาย ประเมินแบบแผนการรับประทานอาหาร การขับถ่าย การพักผ่อน การเคลื่อนไหว และความปลอดภัย
4. ติดตามประเมินผลการรับประทานยาตามแผนการรักษา/สังเกตอาการข้างเคียงของยา
5. ให้คำปรึกษาญาติและผู้ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านที่สงบและปลอดภัย โดยไม่ให้ผู้ป่วยอยู่เพียงลำพัง คอยสังเกตอาการที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง อาการหลงผิด ประสาทหลอน
6. สอนและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับ
 - การมารับยาและการมาตรวจตามนัด
 - เสริมสร้างความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการได้รับยาและการรักษาอย่างต่อเนื่อง ด้านการจัดการกับอาการของผู้ป่วย และด้านการทำหน้าที่ในฐานะสมาชิกของครอบครัวและสังคม
 - เสริมสร้างความสามารถของผู้ดูแลให้สามารถเผชิญความวิตกกังวล หรือภาวะอารมณ์อื่นๆ และสามารถมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ
 - การขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพในสถานพยาบาลใกล้บ้านเมื่อญาติหรือผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับสภาพการณ์ขณะที่ดูแลผู้ป่วยได้

การประเมินผล (Evaluation)

- ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีในการจัดการกับความรู้สึกซึมเศร้าของตนเองได้
- ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้โดยมีญาติและผู้ดูแลหรือทีมสุขภาพในชุมชนช่วยเหลือแนะนำเป็นครั้งคราว
- ผู้ป่วยมีความสามารถในการสื่อสารความต้องการของตน และสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมกับเพื่อนบ้านได้
- ผู้ป่วยมีความไว้วางใจทีมสุขภาพ
- ผู้ป่วยได้รับยาและการรักษาอื่นๆตามแผนการรักษา โดยผู้ป่วยไม่มีอาการแทรกซ้อนจากฤทธิ์ของยา
- ผู้ป่วยมี Personal Hygiene ที่ดี

-ญาติและผู้ดูแลมีความวิตกกังวลลดลง มีความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยและมีส่วนร่วมวางแผน และช่วยปรับประคับประคอง ให้กำลังใจผู้ป่วยได้

-ญาติและผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านร่างกาย การได้รับยาอย่างต่อเนื่อง และการจัดการช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการ รวมทั้งการดูแลให้ได้รับยาและมาตรวจตามนัด

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Severe Depression)

การประเมิน (Assessment)

ด้านอารมณ์ แสดงความรู้สึกหม่นหมองโดยสิ้นเชิง การแสดงอารมณ์อาจมีลักษณะเฉยเมย หรือไม่แสดงความรู้สึกใดๆ สีหน้าดูว่างเปล่า เหนง และเศร้า ไม่มีความสุขในกิจกรรมต่างๆ

ด้านพฤติกรรม เชื่องช้า เดินช้าๆ ไม่พูด ไม่ได้ตอบ ไม่อยากทำอะไร และไม่เคลื่อนไหว ในทางตรงข้ามอาจมีพฤติกรรมกระสับกระส่าย หงุดหงิด นิ่งไม่ติด ไม่ใส่ใจตนเองทำให้ร่างกายไม่สะอาด และอาจมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองจากความคิดหลงผิด

ด้านความคิด ความคิดสับสน ไม่มีสมาธิ มีความคิดหลงผิด ทางด้านเลวร้าย คิดว่าตนเองไม่ดี คิดฆ่าตัวตาย หรือมีความคิดหลงผิดในด้านการเจ็บป่วยทางร่างกาย ร่วมกับมีอาการประสาทหลอนทางการได้ยิน (Auditory Hallucination)

ด้านร่างกาย การทำงานของระบบต่างๆในร่างกายช้าลง เช่น การย่อยอาหาร การขับถ่าย หมดสมรรถภาพทางเพศ ประจำเดือนมาไม่ปกติ เบื่ออาหารและมีน้ำหนักลด ด้านการนอนมีนอนหลับยาก หรือนอนมากแต่ไม่หลับหรือตื่นนอนเร็วกว่าปกติ ซึ่งอาการต่างๆ โดยรวมแปรเปลี่ยนตามเวลา คือ อาการมักจะรุนแรง หรืออาการเป็นมากในช่วงเวลาเช้า แต่พอในช่วงบ่ายๆ อาการต่างๆ จะค่อยๆ รู้สึกดีขึ้น

การพยาบาล (Intervention)

1. ดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา และประเมินอาการของผู้ป่วยเพื่อการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่เหมาะสม
2. สร้างสัมพันธภาพที่น่าเชื่อถือไว้วางใจ ใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อการบำบัด กระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง
3. ญาติและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการประเมินความเสี่ยงในการทำร้ายตนเอง อาการหลงผิด ประสาทหลอน อาการและอาการแสดงที่เป็นสัญญาณของความผิดปกติ และอาการข้างเคียงของยาเพื่อการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

4. ดูแลช่วยเหลือทางด้านร่างกาย ประเมินแบบแผนการรับประทานอาหาร การขับถ่าย การพักผ่อน การเคลื่อนไหว และความปลอดภัย
5. เสริมสร้างความสามารถของผู้ดูแลให้สามารถเผชิญความวิตกกังวล หรือภาวะอารมณ์อื่นๆ และสามารถมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ

การประเมินผล (Evaluation)

- ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา ปลอดภัยจากอันตรายจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา
- ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้
- มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างได้ และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและญาติ
- ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำเพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย นอนหลับได้อย่างน้อย 6 – 8

ชั่วโมง

- ญาติและผู้ดูแลมีความพร้อมและมีความสามารถในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้านร่างกาย การได้รับยาอย่างต่อเนื่อง และการจัดการช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการ รวมทั้งการดูแลให้ได้รับยาและการประเมินอาการของผู้ป่วยเพื่อการส่งต่อได้อย่างเหมาะสมและทันที่

2. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการกับอาการ

การทบทวนวรรณกรรมในส่วนของแนวคิดการจัดการกับอาการในการศึกษาครั้งนี้ ได้ทบทวนโดยครอบคลุมถึงแนวคิดการจัดการอาการตนเอง (Self Management) แบบจำลองการจัดการกับอาการ (A Model for Symptom management) และวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย การจัดการอาการด้วยตนเอง และ การจัดการอาการโดยผู้อื่น โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 การจัดการอาการตนเอง (Self Management)

ความหมายของการจัดการตนเอง (Definition of self – management)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการใช้คำในความหมายของการจัดการตนเองหลายคำ ได้แก่ Self-management, self management training, self management process, self management behavior หรือ co-management ดังนั้นคำจำกัดความของการจัดการตนเองจึงแตกต่างกันดังนี้

Holroyd and Creer (1986) : กล่าวว่า การจัดการตนเอง หมายถึง การปฏิบัติที่เฉพาะของบุคคลในการป้องกันโรคและการบำบัดเพื่อดูแลสุขภาพ มักเป็นการร่วมมือกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ มีการยอมตามในการจัดการตนเองประกอบด้วย การรับรู้ (cognitive) พฤติกรรมทางสังคม (behavioral social) และด้านสรีรวิทยา (physiological) ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

Tobin et al. (1986:29): กล่าวว่า การจัดการตนเอง คือ การที่บุคคลพยายามควบคุมกระบวนการทั้งหมดด้วยตนเองโดยร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งการที่จะเกิดพฤติกรรมใหม่ได้ ไม่ได้เป็นผลจากการได้รับข้อมูลใหม่ๆ เพียงอย่างเดียว แต่ต้องเกิดจากความร่วมมือและสมัครใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพด้วย

Bartholomew et al. (1993): กล่าวว่า การจัดการตนเอง หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคล (หมายถึงผู้ป่วยและญาติ) กระทำหรือปฏิบัติเพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยสามารถกระทำการดูแลสุขภาพได้ตามแผนการรักษา กระทำได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ รวมถึงสามารถใช้กลวิธีเผชิญปัญหา (coping strategies) หลายๆ กลวิธีเพื่อเผชิญปัญหาจากการเจ็บป่วยได้

Kangas et al. (1996) : กล่าวว่า การจัดการตนเอง คือ การที่บุคคลมีความคล่องตัวและตอบสนองต่อกระบวนการดูแล ในการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพด้วยตนเอง และเกิดจากความร่วมมือกันกับทีมสุขภาพ

Rehm and Rokke (1988 อ้างถึงใน วารี กังใจ, 2545) : กล่าวว่า การจัดการตนเอง คือ การที่บุคคลมีการใช้กลยุทธ์และวิธีการในการควบคุมกระบวนการด้วยตนเองทั้งหมด รวมถึงการรับรู้ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น

Coates and Boore (1995) : กล่าวว่า การจัดการตนเอง เป็นกระบวนการในการดำรงภาวะสุขภาพไว้ การยอมปฏิบัติตามของบุคคลในการยอมปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด และใช้เพื่อจัดการกับการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง

Dilorio, Hennessy & Manteuffel (1996) กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นโครงสร้างหลายมิติ (multidimensional construct) ที่หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลนั้นยอมรับและใช้เพื่อควบคุมภาวะสุขภาพที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

Nakagawa-Kogan (1996): กล่าวว่า ภาวะการเจ็บป่วย คือ การแตกสลายของกลไกการปรับสมดุลของร่างกาย ซึ่งการจัดการตนเอง หมายถึง การกระทำที่มีเหตุผลเพื่อการฟื้นฟูการปรับสมดุลของร่างกาย

สมโภชน์ เขียมสุภาษิต(2541): กล่าวว่า การจัดการตนเอง หมายถึง กระบวนการควบคุมตนเองทั้งหมด ประกอบด้วยส่วนที่สำคัญคือ การกำกับตนเอง (self-monitoring) ซึ่งมีกิจกรรมหลัก 2 กิจกรรม คือ การสังเกตตนเอง (self-observation) และการบันทึกพฤติกรรมตนเอง (self-recording)

วารี กังใจ (2545) : กล่าวว่า การจัดการตนเอง คือ การที่บุคคลควบคุมกระบวนการและควบคุมพฤติกรรมด้วยตนเอง ซึ่งประเมินได้จากผลที่ตามมา มีการรับรู้ถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมกับการรักษา

จากความหมายต่างๆ สามารถสรุปได้ว่า การจัดการตนเอง หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลยอมรับ และมีความพยายามที่จะควบคุมกระบวนการทั้งหมดด้วยตนเอง มีการกำกับตนเองซึ่งประกอบด้วย การสังเกตตนเอง และการบันทึกพฤติกรรมตนเอง มีการรับรู้และมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค และคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี ลดผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วย มีความสามารถในการวางแผนการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ เกิดจากการร่วมมือกับทีมสุขภาพ โดยพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเกิดจากความร่วมมือและสมัครใจของบุคคลนั้นเอง และเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง

แนวคิดทางทฤษฎีของการจัดการตนเอง

แนวคิดการจัดการตนเองของนาคากาวา-โคแกน (Nakagawa-Kogan, 1993)

การจัดการตนเอง (Self-management) เป็นแนวคิดหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพ แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการตนเอง เป็นแนวคิดของการเชื่อมโยงกันของกายและจิต เป็นระบบของการกำกับตนเอง (self-regulatory system)(Kakagawa-Kogan, 1993: 35) แนวคิดนี้

ได้มาจาก Social learning and cognitive theory และ psychophysiological theory เนื้อหาที่สำคัญประกอบด้วยแนวคิดของ regulation และ dysregulation

ซึ่ง Regulation หมายถึง ระยะเวลาที่มีการปรับสมดุลของร่างกาย

ส่วน Dysregulation หมายถึง การแตกสลาย (breakdown) ของกลไก self-regulation ของร่างกาย ดังนั้นหัวใจของ Self-management ตามแนวคิดนี้คือ การร่วมกันของ psychophysiology และ Social learning and cognitive theory (Kakagawa-Kogan & Betrus, 1984)

จากการค้นพบที่ได้จากการวิจัยเกี่ยวกับการจัดการตนเอง เป็นจุดสำคัญของการพยาบาล โดยเฉพาะในสาขาการพยาบาลจิตเวชและจิตสังคม แนวคิดการจัดการตนเองจะช่วยให้พยาบาล ชี้นำและเห็นความสำคัญของกายและจิต หรือการดูแลแบบองค์รวมนั่นเอง การฝึกผู้ป่วยให้จัดการตนเองด้วยกระบวนการทางร่างกายของผู้ป่วยหรือบุคคลนั่นเอง เป็นวิถีทางที่ดีที่สุดที่จะช่วยคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีอย่างยาวนาน ถ้าบุคคลคิดว่าการเจ็บป่วยเป็น Dysregulation วิธีการจัดการตนเองคือ วิธีการที่เหมาะสมสำหรับการปรับให้เกิด regulation ซึ่ง dysregulation นี้ อาจจะได้หลายระดับ คือ 1) ระดับพฤติกรรม เช่น บุคลิกภาพเบี่ยงเบน 2) ระดับการเรียนรู้ เช่น schizophrenia 3) ระดับอารมณ์ เช่น ในภาวะซึมเศร้า 4) ระดับจิตสำนึก เช่น ในโรคความดันโลหิตสูง เป้าหมายของโปรแกรมการฝึกการจัดการตนเอง คือ เพื่อช่วยให้บุคคลเหล่านี้ได้พัฒนาทักษะการกำกับตนเอง (self-regulation) เป็นพลังในการเยียวยาตนเอง (self-healing effort)

ทฤษฎีและกลวิธีของการจัดการตนเองไม่ได้เสนอแนะให้บุคคลากรที่มสุขภาพ ช่วยจัดการกายและจิตของบุคคล แต่สอนให้บุคคลหรือผู้ป่วยให้จัดการกายและจิตตามกระบวนการของบุคคลนั่นเอง ซึ่งในการฝึกการจัดการตนเองด้วยกระบวนการของการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมและจิตสำนึก จะช่วยกำหนดวิถีทางให้บุคคลนั้น และเมื่อผ่านกระบวนการนี้ไปแล้ว บุคคลจะเพิ่มศักยภาพในการกระทำบางสิ่งบางอย่างได้ และเห็นคุณค่าในตนเอง

แนวคิดการจัดการตนเองนี้มีความแตกต่างจากการยอมตาม (Compliance) กล่าวคือการยอมตามนั้น ผู้ป่วยปฏิบัติตามข้อกำหนดทางการรักษาอย่างเคร่งครัด แต่การจัดการตนเองนั้นเป็นการทำบทบาทโดยผู้ป่วยและ/หรือครอบครัว โดยการประเมิน (determining) การติดตาม (monitoring) และการปรับเปลี่ยน (modifying) ข้อกำหนดทางการรักษาและร่วมมือกับทีมสุขภาพในการจัดการตนเอง ทั้งผู้ป่วยและ/หรือ ครอบครัวต้องใช้ทั้ง cognitive-behavior skill เช่น การติดตามตนเอง (self-monitoring) การตัดสินใจ (decision-making) และการติดต่อสื่อสาร (communication) (Bartholomew et al., 1997)

ตามแนวความคิดของการจัดการตนเองนั้น นาคากาวา-โคแกน (Nakagawa-Kogan, 1993) ได้นำเสนอแนวคิดที่เกี่ยวข้องไว้ 3 แนวคิด คือ การกำกับตนเอง (self-regulation) การควบคุมตนเอง (personal control) และการย้อนกลับทางชีวภาพ (biofeedback)

การกำกับตนเอง (Self-regulation) เป็นแนวคิดหลักของการปฏิบัติการจัดการตนเอง การกำกับตนเองเป็นระบบการป้อนกลับอัตโนมัติของร่างกาย เพื่อให้ร่างกายอยู่ในสภาพสมดุล ซึ่งการกำกับตนเองนี้จะไม่สามารถบรรลุได้ด้วยอำนาจทางจิต หากแต่จะต้องฝึกฝนและพัฒนาโดยมีหนทางที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงนั้นด้วย

การควบคุมตนเอง (Personal control) เป็นเป้าหมายของการฝึกการจัดการตนเอง ในภาวะ dysregulation นั้นสิ่งที่คุกคามคือ การขาดการควบคุมตนเอง เมื่อบุคคลสามารถจัดการตนเองได้ประสบผลสำเร็จนั้นก็หมายความว่าบุคคลสามารถจัดการตนเองได้ ตัวบ่งชี้ถึงการควบคุมตนเองได้ คือ 1) การควบคุมพฤติกรรม (behavior control) 2) การควบคุมการเรียนรู้ (cognitive control) 3) การควบคุมการตัดสินใจ (decision control) ซึ่งใช้ตัวใดตัวหนึ่งเป็นตัววัดก็ได้

การป้อนกลับทางชีวภาพ (Biofeedback) เป็นเครื่องมือพื้นฐานทางการดูแลสุขภาพ เป็นกระบวนการป้อนข้อมูลกลับที่แสดงโดยสัญญาณหรืออาการทางร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ การป้อนกลับนี้ต้องมีการรวมข้อมูลป้อนกลับอื่นๆ ด้วยไม่ใช่เฉพาะทางชีวภาพ และข้อมูลป้อนกลับนี้จะต้องได้จากการสังเกตตนเอง ซึ่งข้อมูลป้อนกลับเหล่านี้จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลนั้น ควรเป็นข้อมูลป้อนกลับที่มีความชัดเจนว่าพฤติกรรมเป้าหมายนั้นได้ก้าวหน้าไปแค่ไหนแล้ว เพราะข้อมูลป้อนกลับนั้นถ้ามีความคลุมเครือก็จะไม่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

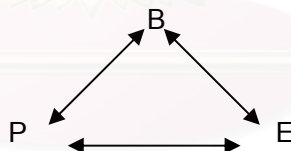
เกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการตนเองนั้น นาคากาวา-โคแกน (Nakagawa-Kogan, 1993) ได้นำเสนอโปรแกรมของแคนเฟอร์ (Kanfer's Programmatic Approach) ไว้ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้ป่วยดำเนินกระบวนการต่างๆ ด้วยตนเอง ประกอบด้วยกระบวนการดังนี้

1. **การติดตามตนเอง (Self-monitoring)** หรือการสังเกตตนเอง (self-observation) เป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องให้ความหมายของพฤติกรรมที่จะวัด นับจำนวนความถี่ของพฤติกรรม และบันทึกเหตุการณ์หรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้น การติดตามตนเองนี้เป็นพื้นฐานสำคัญของการฝึกการจัดการตนเอง
2. **การสร้างเกณฑ์หรือมาตรฐาน** เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์และสำหรับใช้วัดความสำเร็จของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3. **การตระหนักรู้ตนเอง (Self-awareness)** และการพินิจพิเคราะห์เกี่ยวกับการประเมินตนเอง (self-evaluation) ประเมินข้อมูลป้อนกลับด้วยความระมัดระวัง รวมถึงทำหลักฐานการบันทึก การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นอย่างชัดเจน
4. **การให้การเสริมแรงตนเอง** เมื่อประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งการเสริมแรงนี้เพื่อให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่
ในการนำไปโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้นั้น ผู้ป่วยต้องสามารถตัดสินใจกำหนดเป้าหมายของการจัดการตนเองได้ และต้องรับผิดชอบเพื่อให้ถึงเป้าหมายนั้น ความสำเร็จของโปรแกรมจึงจะเกิดขึ้น

แนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin et al. (1986)

แนวคิดการจัดการตนเอง เป็นแนวคิดที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลที่มีพื้นฐานมาจาก ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของแบนดูรา ซึ่งมีความเชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการกำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal determinism) ระหว่าง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล (personal factors) ปัจจัยทางพฤติกรรม (Behavioral factors) และปัจจัยทางสภาพแวดล้อม (Environmental factors) (Bandura, 1986) ดังภาพ

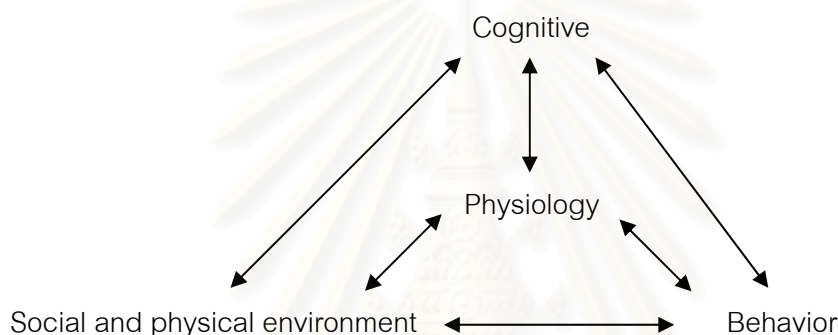


B = ปัจจัยทางพฤติกรรม P = ปัจจัยส่วนบุคคล E = ปัจจัยทางสภาพแวดล้อม

จากภาพแสดงให้เห็นว่า องค์ประกอบทั้ง 3 มีหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกันซึ่งก็หมายความว่า ถ้าองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งเปลี่ยนแปลง ก็จะมีผลทำให้องค์ประกอบอื่นๆ เปลี่ยนแปลงไปด้วย แต่ทั้ง 3 องค์ประกอบ ก็มีได้มีอิทธิพลในการกำหนดซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียมกันและไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมๆ กัน แบนดูรา กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนเราที่เกิดจากการเรียนรู้นั้นไม่จำเป็นต้องแสดงออก หากแต่ว่าการได้มาซึ่งความรู้ใหม่ๆ ก็คือว่าเกิดการเรียนรู้แล้วแม้จะยังไม่มีการแสดงออกก็ตาม ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงของ แบนดูรา จะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงที่พฤติกรรมภายใน นั่นก็คือ ปัญญาและองค์ประกอบส่วนบุคคลซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของคนเป็นอย่างมาก ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลนั้นประกอบด้วยปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้และอารมณ์

ปัจจัยทาง พฤติกรรมเป็นการกระทำและการตอบสนองเฉพาะบุคคล และปัจจัยทาง สภาพแวดล้อมจะรวมทั้งปัจจัยด้านสังคมและกายภาพ แต่ในทฤษฎีของแบนดูราไม่ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับปัจจัยด้าน สรีรวิทยา

Thorenen และ Kirmi – Gray (1983) เห็นว่าปัจจัยด้านสรีรวิทยา เป็นปัจจัยที่สำคัญ และเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมอีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในกระบวนการของโรค และ ปฏิสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางพฤติกรรม และปัจจัยทางสภาพแวดล้อม (Thorenen and Kirmi – Gray, 1983 อ้างถึงใน วาริ กังใจ, 2545) ดังภาพ



จากภาพแสดงให้เห็นว่า องค์ประกอบแต่ละองค์ประกอบมีความสัมพันธ์กันโดย

พฤติกรรม พฤติกรรมเป็นส่วนประกอบที่สำคัญ สามารถเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม ก่อให้เกิดประสบการณ์ ความชำนาญ เพื่อสร้างความสามารถของตนเอง และส่งผลกระทบต่อกระบวนการทาง สรีรวิทยา

สังคมและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ทำให้เกิดการจัดการตนเองตามเป้าหมาย โดยเกิดความพึงพอใจตามความต้องการด้านร่างกายและจิตใจ สิ่งแวดล้อม สามารถบอกถึงลำดับของการตอบสนองอย่างถูกต้อง บอกถึงกระบวนการรับรู้ ซึ่งสามารถจัดลำดับการตอบสนองได้ และมีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ด้านสรีรวิทยาโดยตรง

การรับรู้ ส่วนประกอบนี้สามารถตั้งเป้าหมายได้ทั้งทักษะการจัดการ และความคาดหวัง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรับรู้ ความสามารถต่อการรับรู้ ความสามารถของตนเอง สามารถวางแผน วิเคราะห์ ให้รางวัล ในการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมได้ ควบคุมกระบวนการทางสรีรวิทยา และควบคุมสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมได้

สรีรวิทยา การรักษาโรคเรื้อรังจำเป็นต้องนึกถึงปัจจัยด้านสรีรวิทยา ทั้งในส่วนของกระบวนการของโรคเอง และในส่วนของพฤติกรรม ซึ่งทำให้กระบวนการของโรคร้ายแรงขึ้น

ทักษะพื้นฐาน ที่ต้องการใช้ในการศึกษาแนวคิดการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วย คือ

1. Self- monitoring

การที่ผู้ป่วยสังเกตและบันทึกปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อปัญหาสุขภาพ ซึ่งอาจจะมีแค่ปัจจัยเดียวหรือทั้ง 4 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านการรับรู้และปัจจัยด้านสรีรวิทยา ซึ่งมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและการดูแลตนเอง

2. Self – instruction

ข้อมูลที่ผู้ป่วยจัดเตรียมไว้สำหรับตนเอง อาจจะเป็นในทางตรง มีการเพิ่มขึ้น การคงอยู่ หรือมีการลดลง ซึ่งแน่ใจได้จากลักษณะการตอบสนองของผู้ป่วย

3. Self –induced stimulation change

ความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมที่สามารถมีผลกระทบต่ออาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

4. Self – induced responses change

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งเป็นการตอบสนองของผู้ป่วยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ อาจเป็นสิ่งที่เสริมหรือทำให้แย่ลง การผ่อนคลายเป็นตัวอย่างในการใช้ทักษะนี้ในการเตรียมควบคุมด้านจิตใจ

5. Decision – making

การตัดสินใจแก้ปัญหาในการดำเนินชีวิตทุกๆวัน ซึ่งมีความสำคัญมาในกระบวนการจัดการตนเอง

ความสามารถในการจัดการกับอาการของตนเองเป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยสำหรับจัดการกับอาการ เช่น มีการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย ในการจัดการกับอาการปวดศีรษะจากภาวะตึงเครียดของผู้ป่วย มีการใช้การตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณในการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยหอบหืด การรับประทานอาหารที่เหมาะสมโดยประเมินจากระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน และการใช้ Thermal biofeedback ในผู้ป่วย Reynaud's disease (Tobin et al., 1986) การเสริมสร้างพลังอำนาจจะทำให้การปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ (Hawks, 1992 อ้างถึงใน Sureeporn Thanasilp, 2001)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง

การประยุกต์ใช้แนวความคิดการจัดการตนเอง (Self –management) ในการปฏิบัติการในคลินิกจะต้องมีการคัดเลือกผู้ป่วย กำหนดเป้าหมาย ซึ่งจะทำให้การนำแนวความคิดการจัดการตนเองมาใช้ง่ายและสะดวกขึ้น มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำกระบวนการจัดการตนเองมาใช้ (Tobin et al., 1986) ทุกพฤติกรรมมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากโรค และสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ และการที่ประสบความสำเร็จในการนำแนวความคิดการจัดการตนเองมาใช้ในโรคเรื้อรังนั้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้ (Clark et al., 1991 อ้างถึงในวาริ กังใจ, 2545)

1. ผู้ป่วยจะต้องมีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับลักษณะอาการและแนวทางการรักษา ซึ่งจะทำให้มีผลต่อการตัดสินใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย
2. การปฏิบัติกิจกรรมจะต้องมีวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น
3. ผู้ป่วยจะต้องสามารถประยุกต์ทักษะที่จำเป็นในการที่จะดำรงบทบาทหน้าที่ทางด้านจิตสังคม
4. ประสิทธิภาพของการนำแนวความคิดการจัดการตนเองมาใช้ต้องการการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Self – efficacy) ของผู้ป่วย (Bartolomew et al., 1993)
5. ผู้ป่วยจะต้องมีความรู้สึกว่าคุณเองมีพลังอำนาจที่จะสามารถควบคุมตนเองได้ รับรู้ว่าจะสามารถจะปฏิบัติได้บรรลุเป้าหมายที่ได้วางไว้ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล (Tobin et al., 1986)
6. การมีความเชื่อเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (health belief) (Becker and Maimam, 1975 Cited in Coates and Boore, 1995 : 630)
7. ความสามารถในการตัดสินใจ (decision-making) เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ (Strowing, 1982 Cited in Coates and Boore, 1995:630)
8. คุณภาพของการติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ (Hulka et al., 1975 Cited in Coates and Boore, 1995: 630)

ซึ่ง Tobin and colleagues (1986) ได้มีการจำแนกสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการที่จะประสบความสำเร็จในการจัดการตนเอง คือ Behavioral, Cognitive, Environment – social resources, and physiological processes Environment and social resources ถ้ามีสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เข้มแข็งก็จะส่งผลให้การจัดการตนเองประสบผลสำเร็จ เช่น ถ้าหากมีองค์กรที่อุ่นใจหรือ ครอบครัวที่ไม่สมบูรณ์จะทำให้ความสามารถในการจัดการตนเองลดลง ความพยายามใน

การสนับสนุนทางด้านครอบครัวจะทำให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการเจ็บป่วย และมีความสามารถในการบังคับตนเองที่จะปฏิบัติการจัดการด้วยตนเอง

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) มีหลายงานวิจัยที่อธิบายว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองและภาวะสุขภาพต่างๆ ไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับการยอมรับของบุคคลในการมีส่วนร่วมแสดงความสามารถในการเข้าใจ หรือมีแบ่งปันประสบการณ์ร่วมกันของผู้ป่วย (Lorig et al., 1984) ผู้ป่วยที่มีความเชื่อเกี่ยวกับโรคและกระบวนการจัดการกับโรคจะเป็นผู้ที่มีความชำนาญถึงการรับรู้ในการประเมินผลก่อนการรักษา ดังนั้นการเตรียมพร้อมในการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพมีความสำคัญต่อการประสบความสำเร็จในการจัดการตนเองของผู้ป่วย ซึ่งการรับรู้ของผู้ป่วยถึงภาวะการเจ็บป่วยของตนเองจึงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการปฏิบัติการจัดการตนเองของผู้ป่วยด้วย

แรงจูงใจของผู้ป่วย ก็มีความสำคัญต่อการใช้ทำนายความสำเร็จของการจัดการตนเองสำหรับทางด้านจิตวิทยา หรือ การรักษาทางการแพทย์ได้มีการกำหนดเข้ามาเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยด้วย จากกรอบแนวคิดการเรียนรู้ทางสังคม แรงจูงใจเป็นแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นจนถึงการรู้ถึงผลประโยชน์หรือผลที่ตามมาที่เป็นในทางลบ และเป็นสิ่งที่ดึงดูดความสนใจในการนำเข้ามากำหนดเป็นพฤติกรรมการจัดการตนเอง เช่น ผู้ที่สูบบุหรี่ในขณะที่ทำงานได้มีการตัดสินใจที่จะปฏิบัติเลิกสูบบุหรี่และคำนึงว่าเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ เป็นสิ่งที่ดี รู้สึกว่ามีชัยชนะและเป็นโอกาสที่จะเป็นตัวอย่างให้แก่ผู้ที่สูบบุหรี่คนอื่นและส่งเสริมให้ผู้ร่วมงานหยุดสูบบุหรี่ เป็นต้น

สิ่งที่เกิดขึ้นและมีผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยนั้น (Anderson et al., 1994; Bartholomew et al., 1993) มีดังนี้ คือ

- การรับรู้เกี่ยวกับการคุกคามจากผลของการเป็นโรคหรือมีปัญหาสุขภาพ
- การรับรู้ความต้องการในการดูแล
- การรับรู้ถึงความสามารถในการเปลี่ยนแปลงของโรค หรืออาการ หรือสถานภาพทางสุขภาพ
- การรับรู้เกี่ยวกับการตอบสนองของบุคคล
- แรงจูงใจ
- ความรู้ทางด้านสรีระ ลักษณะทางด้านร่างกายในแง่ของการดูแล และข้อกำหนดทางการรักษาที่เคร่งครัด
- การรับรู้ถึงสมรรถนะของตนเอง

การวัดและการประเมินการจัดการตนเอง

ในการประเมินการจัดการตนเอง จะมีการวัดทางด้านปรนัย (Objective) และประเมินการรายงานตนเองทางด้านอัตนัย (subjective) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การวัดและการประเมินการจัดการตนเองนั้นจะใช้เป็นแบบสอบถามเป็นส่วนใหญ่ และมีการดัดแปลงให้เหมาะกับกลุ่มผู้ป่วยที่ทำการศึกษา เช่น

1. Self-management Questionnaires ของ Sockrider et al. (1991) ซึ่งพัฒนามาจากแบบฟอร์มสำรวจความคิดเห็นในการจัดการตนเองของกลุ่มวัยรุ่น มี 50 ข้อ มี 5 point rating scale โดยเริ่มจาก 1 หมายถึง ไม่เคยใช้ ถึง 5 หมายถึง ใช้บ่อยมาก เครื่องมือนี้มีนักวิจัยบอกว่าสามารถใช้วัดการรับรู้ (cognitive) กระบวนการของพฤติกรรมในการจัดการตนเอง (behavioral process of self-management) เช่น ความต้องการติดตามตนเองและ การตัดสินใจเกี่ยวกับอาการและพฤติกรรมและการป้องกันกลับทางชีวภาพของที่มีดูแลสุขภาพ

2. The Asthma Self-Management Assessment Tool (ASMAT) พัฒนาโดย Berg et al.(1997) ซึ่งพัฒนามาจากกลุ่มผู้ป่วยโรคหอบหืด ประกอบด้วย การออกกำลังกายที่มีผลต่ออาการหอบหืด การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และการมีอาการของโรคหอบหืดที่รุนแรง มีระดับคะแนนจาก 4 ถึง 29 และระดับคะแนนที่เป็นไปได้คือ 0 – 33 ถ้ามีระดับคะแนนที่สูงแสดงว่ามีความสามารถในการจัดการตนเองระหว่างที่เกิดหอบหืดในสถานการณ์ที่ยากลำบากแตกต่างกัน

สรุป การจัดการตนเองนั้นเป็นกระบวนการที่ไม่ได้จำกัดแค่เพียงการกระทำ หรืองานที่เกี่ยวข้องกับความต้องการทางด้านร่างกายเท่านั้น การจัดการตนเองต้องประกอบไปด้วยกิจกรรมการเรียนรู้ (cognition) พฤติกรรม (behavior) สังคม (social) และสรีระ (physiological) ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการต่อภาวะใดภาวะหนึ่งของบุคคล เช่น การเจ็บป่วยเรื้อรัง การจัดการตนเองไม่ได้มีหลักการตายตัวเฉพาะ จากทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่ง แต่กระบวนการจัดการตนเองถูกสร้างขึ้นมาจากเหตุผลส่วนบุคคล (personal logic) และประสบการณ์ส่วนบุคคล (individual experience) ซึ่งในส่วนนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการปฏิบัติการพยาบาล เราต้องระลึกถึงเสมอว่ากระบวนการทางกายและจิตนั้นเป็นของบุคคลไม่ใช่จากโรค ดังนั้นในการที่จะตอบสนองต่อบุคคลหรือหมายถึงการให้ความช่วยเหลือบุคคลหรือผู้ป่วยนั้น เราต้องดึงข้อมูลทั้งกระบวนการกายและจิตของบุคคลออกมาเพื่อที่จะสร้างกรอบสำหรับการวางแผนการช่วยเหลือ ต่อไป

แนวคิดการจัดการตนเองเป็นแนวคิดหนึ่งที่สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้ ถ้าผู้ป่วยได้รับการพัฒนาความสามารถ ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติที่สอดคล้องกับลักษณะการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคน ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปฏิบัติ

ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และสามารถประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสมเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมาย โดยผ่านกระบวนการคิดตัดสินใจด้วยตนเองภายใต้ข้อมูลที่ถูกต้อง ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นผู้สนับสนุน และพัฒนาให้ผู้ป่วยเกิดความสามารถในการกำกับตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการจัดการตนเอง ด้วยการปรับการรับรู้ของผู้ป่วยให้ถูกต้อง เมื่อผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ก็จะทำให้ความรุนแรงของอาการ อัตราการเจ็บป่วย และอัตราการตายลดลง และ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

2.2 แบบจำลองการจัดการกับอาการ (A Model for Symptom management)

แบบจำลองการจัดการกับอาการ (A Model for symptom management) ของลาร์สันและคณะ (Larson et al., 1994) ซึ่งได้ให้ความหมายไว้ว่า อาการ หมายถึง ประสบการณ์การรับรู้ของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงทางชีวจิตสังคม ความรู้สึก และสติปัญญา ซึ่งประสบการณ์เหล่านี้เป็นสาเหตุของความทุกข์ (distress) แบบจำลองการจัดการกับอาการกล่าวถึง 3 แนวคิดที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom Experiences) กลวิธีการจัดการอาการ (Symptom Management Strategies) และผลจากอาการ (Symptom Outcomes)

ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.2.1 ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom Experiences)

ประสบการณ์การมีอาการของบุคคล เป็นประสบการณ์ของบุคคลต่อความเจ็บป่วย การบาดเจ็บและการรักษา มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการ (Perception of Symptoms) การประเมินอาการ (Evaluation of Symptoms) และ การตอบสนองต่ออาการ (Response to Symptom)

1) การรับรู้อาการ (Perception of Symptoms) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงจากที่ตนเองเคยรู้สึก เคยปฏิบัติ โดยบุคคลนั้นต้องรู้สึกตัวและใช้สติปัญญาในการรวบรวมความรู้สึกต่างๆในการแปลความหมายของข้อมูล สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ของบุคคลมี 3 ปัจจัยคือ ปัจจัยด้านบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย

- ปัจจัยด้านตัวบุคคล เป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคล และเป็นการพิจารณาถึงสิ่งที่เกิดขึ้นภายหลังมีอาการปรากฏ มีความสำคัญมาก คือหากปัจจัยด้านตัวบุคคลมีอยู่ก่อนอาการปรากฏจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้เกี่ยวกับอาการของบุคคล ในทางกลับกันบางครั้งอาการอาจมีอิทธิพลต่อปัจจัยด้านตัวบุคคลได้ ปัจจัยด้านตัวบุคคลได้แก่ ลักษณะโดยทั่วไปของบุคคล เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส และเศรษฐกิจฐานะ ลักษณะทางจิตวิทยา เช่น ลักษณะ

บุคลิกภาพ ความสามารถในการรู้คิดและแรงจูงใจ ลักษณะทางสังคม หมายถึง ครอบครัว วัฒนธรรมและศาสนา และลักษณะทางสรีรวิทยา ได้แก่ แบบแผนการพักผ่อน การปฏิบัติกิจกรรม และความสามารถของร่างกาย

- ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม หมายถึง บรรยากาศและภูมิหลังในสถานการณ์หนึ่งๆที่มีการรับรู้ ประกอบด้วย สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ บ้าน ที่อยู่อาศัย สถานที่ทำงานและพักผ่อน สภาพแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ เครือข่ายสนับสนุนทางสังคม สภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรม หมายถึง ความเชื่อ ค่านิยม และประเพณีปฏิบัติ

- ปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยง ภาวะสุขภาพ โรคหรือความเจ็บป่วย ปัจจัยเสี่ยง หมายถึง พฤติกรรมที่ติดตัวมาแต่กำเนิดหรือเกิดขึ้นภายหลัง เช่น การสูบบุหรี่ ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความผิดปกติทางสรีระ โครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย โรคหรือความเจ็บป่วย เป็นการเบี่ยงเบนทางสุขภาพทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรังอันเนื่องมาจากการมีพยาธิสภาพ

ปัจจัยทั้ง 3 นี้จะมีอิทธิพลต่อการรับรู้เกี่ยวกับอาการของบุคคล

2) การประเมินอาการ (Evaluation of Symptoms) หมายถึง การตัดสินใจของบุคคลถึงความรุนแรงของอาการ ตำแหน่ง ความถี่ รูปแบบของการเกิดอาการ ความพิการที่อาจเกิดขึ้น และคุกคามต่อชีวิต

3) การตอบสนองต่ออาการ (Response to Symptoms) หมายถึง การตอบสนองของบุคคลต่ออาการ หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เป็นความรู้สึก ความคิดหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายหลังการเกิดอาการ ประกอบด้วย การตอบสนองทางด้านสรีระ จิตและพฤติกรรม ซึ่งอาจมีการตอบสนองต่ออาการได้มากกว่าหนึ่งลักษณะ ประกอบด้วย

- การตอบสนองทางสรีระ เป็นการแสดงออกทางร่างกาย เช่น ใจสั่น การเปลี่ยนแปลงของอัตราการหายใจ การนอนไม่หลับ

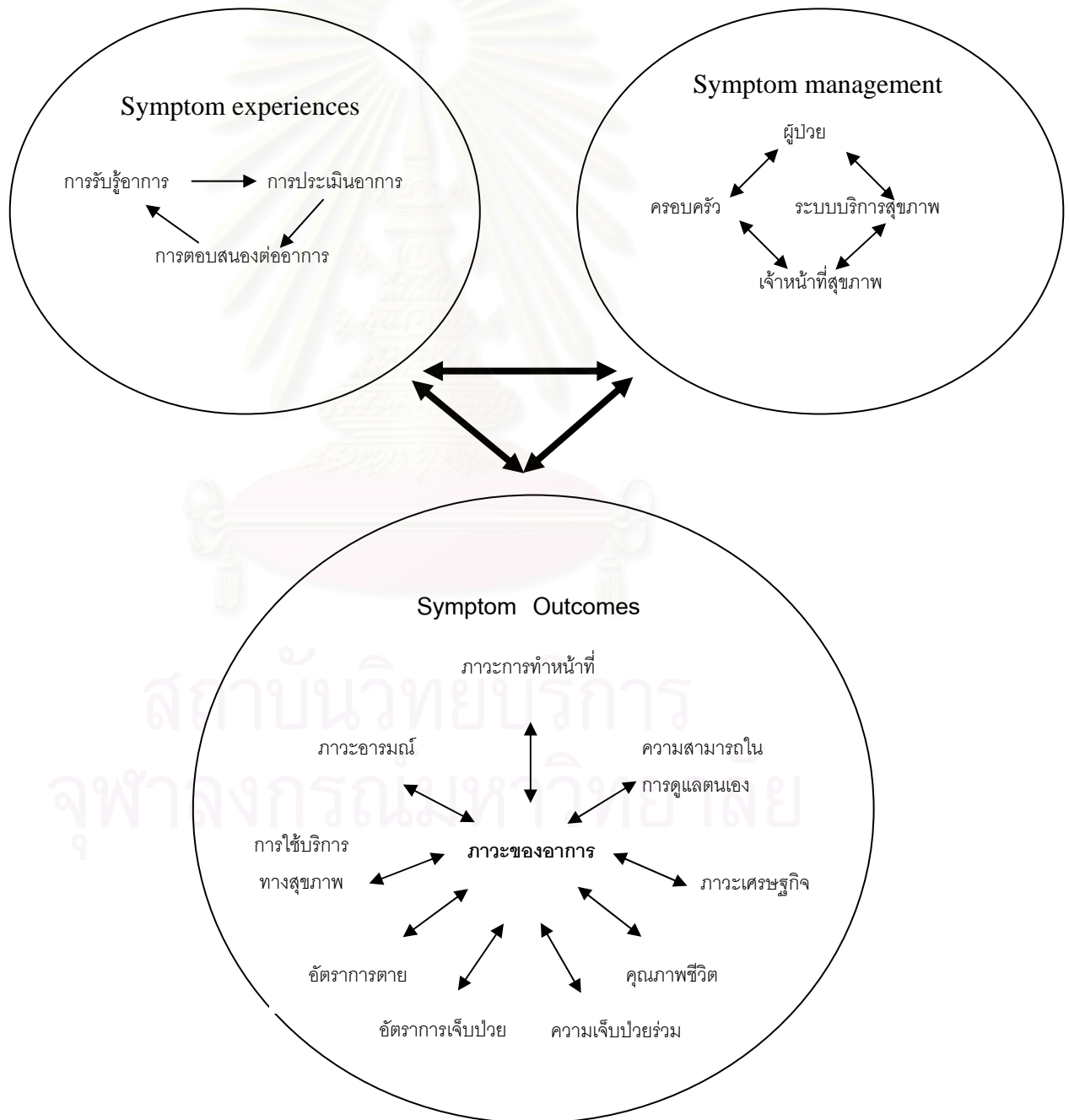
- การตอบสนองทางจิต เป็นการเปลี่ยนแปลงทางการรู้คิดและอารมณ์ เช่น การขาดสมาธิ การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงความมีคุณค่าแห่งตนเอง

2.2.2 กลวิธีจัดการอาการ (Symptom Management Strategies)

เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตร ที่มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการต่างๆ ตลอดเวลาจนเป็นที่พอใจ ผู้ป่วยยอมรับโดยมีเป้าหมายเพื่อบรรเทา ชะลอผลลบด้วยการรักษาทางการแพทย์ การพึ่งพาทีมสุขภาพ และการดูแลตนเองโดยเริ่มต้นจากประเมินประสบการณ์การมีอาการด้วยมุมมองของผู้ป่วย การจัดการกับอาการรวมถึงการจัดการกระทำและพัฒนาวิธีการในการจัดการกระทำ นอกจากนี้ยังต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ

2.2.3 ผลจากอาการ (Symptom Outcomes)

เป็นผลจากประสบการณ์การมีอาการและกลวิธีจัดการอาการ ปัจจัยบ่งชี้ถึงผลจากอาการมี 10 ประการ ประเมินออกมาในรูปแบบของ ภาวะของอาการ ภาวะการทำหน้าที่ ความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะเศรษฐกิจ คุณภาพชีวิต ภาวะอารมณ์ การใช้บริการทางสุขภาพ อัตราการป่วย ความเจ็บป่วยร่วม และอัตราการตาย โดยมีภาวะของอาการเป็นแกนกลางที่เกี่ยวข้องหรือเป็นผลจากข้อบ่งชี้อื่นๆ ซึ่งผลจากอาการอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้จากการใช้กลวิธีจัดการอาการต่างๆ ของผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากรในทีมสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ ดังแผนภูมิ



แผนภูมิที่ 1 A Model for Symptom Management (Larson et al.,1994)

แบบจำลองการจัดการกับอาการกล่าวถึง 3 แนวคิดที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom Experiences) กลวิธีการจัดการอาการ (Symptom Management Strategies) และผลจากอาการ (Symptom Outcomes) ไว้ดังนี้ เมื่อบุคคลประเมินประสบการณ์การมีอาการด้วยมุมมองของตนเองจากการรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ เกิดเป็นผลจากอาการในรูปของ ภาวะของอาการ ภาวะการทำหน้าที่ ความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะเศรษฐกิจ คุณภาพชีวิต ภาวะอารมณ์ การใช้บริการทางสุขภาพ อัตราการป่วย ความเจ็บป่วยร่วม และอัตราการตาย บุคคลจะปฏิบัติการเพื่อบรรเทา/แก้ไขอาการโดยวิธีการต่างๆ โดยอาศัยความร่วมมือของตนเอง ครอบครัว และทีมสุขภาพ จากนั้นบุคคลจะประเมินผลวิธีการใช้ ซึ่งวิธีการจัดการจะมีอิทธิพลต่อการประเมินประสบการณ์การมีอาการและผลของอาการโดยเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องกัน เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลาเป็นพลวัตร จนกว่าจะได้ผลจากอาการที่บุคคลพึงพอใจ

2.3 วิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยซึมเศร้า

การจัดการกับอาการ จากแนวคิดของลาร์สันและคณะ (Larson et al.,1994) กล่าวว่า อาการ หมายถึงประสบการณ์การรับรู้ของบุคคล ต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจสังคม ความรู้สึกและสติปัญญา ซึ่งประสบการณ์เหล่านี้เป็นสาเหตุของความทุกข์ (Distress) ซึ่งวิธีการจัดการกับอาการนั้นประกอบด้วย การจัดการด้วยตนเอง และการจัดการโดยผู้อื่น ซึ่งประกอบไปด้วยครอบครัว เจ้าหน้าที่สุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล

2.3.1 การจัดการด้วยตนเอง

การจัดการตนเอง หมายถึงวิธีการหรือกระบวนการเรียนรู้ของบุคคลในการควบคุมตนเองเพื่อการเปลี่ยนแปลงให้สภาวะกาย จิต ความคิด และพฤติกรรมอยู่ในภาวะสมดุล

การจัดการกับอาการของผู้ป่วยซึมเศร้า มีมากมายหลายวิธีที่แตกต่างกัน อาจจัดการเบื้องต้นกับตนเอง การแสวงหาการรักษา บ้างก็อยู่เฉยๆ โดยไม่ได้จัดการอะไรเลย หรือบางคนพยายามปรับความคิดเหตุผลของตนเอง ซึ่งวิธีการที่ผู้ป่วยซึมเศร้าใช้จัดการกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้นจากภาวะซึมเศร้ากล่าวคือ (วีระ ชูรุจิพร ,2542 ; ศิริพร จิรวัดณ์กุล, 2546) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีวิธีการจัดการกับปัญหาด้วยการระบายอารมณ์ การหลีกเลี่ยงปัญหา และการมองโลกในแง่ร้าย และการเผชิญกับปัญหา การจัดการกับภาวะซึมเศร้าของตนเองได้คือ การปรับใจ การปลง ผ่านความศรัทธา เชื่อมมั่นในศาสนา การเพิ่มพลังอำนาจ (Empowerment) ให้กับตนเองผ่านการมองชีวิตของคนอื่น และการใช้สิ่งสนับสนุนทางสังคม (ศิริพร จิรวัดณ์กุล, 2546)

การไปพบแพทย์ การใช้ยา การทำสมาธิ การอยู่เฉยๆ ก็พบว่าเป็นการจัดการกับภาวะซึมเศร้า ด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเช่นกัน

2.3.2 วิธีการจัดการกับอาการโดยครอบครัว

การจัดการโดยครอบครัว โดยการให้กำลังใจหรือการช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพในสิ่งที่เป็นอุปสรรค ไม่ว่าจะสาเหตุมาจากสภาพจิตใจ การช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ จะอยู่บนพื้นฐานความสัมพันธ์ของครอบครัว ดังนั้นครอบครัวจะต้องมีการวางแผนระยะยาวเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลมักจะขาดทักษะในการดูแล จึงทำให้ไม่สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้านได้ นอกจากนี้การรับรู้ของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาจมองเพียงว่าอาการซึมเศร้าไม่ใช่โรค เป็นเพียงแต่ความวิตกกังวลหรือคิดไปเอง จึงส่งผลให้ผู้ดูแลหรือครอบครัวยากที่จะตัดสินใจหรือกระทำการใดในการแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วย (Dring, 1989) นอกจากนี้จะต้องเป็นตัวกลางในการค้นหาความรู้จากทีมสุขภาพเพื่อตอบสนองในการช่วยเหลือผู้ป่วย รวมทั้งช่วยตัดสินใจในการหาแนวทางแก้ไขปัญหา (Anderson & Elfert, 1989)

3. แนวคิดเกี่ยวกับอาการทางจิตเวช

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความสำคัญและมีอาการทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ การนึกคิด และด้านพฤติกรรม ซึ่งการประเมินลักษณะอาการและการจัดการทางจิตเวชจะเป็นข้อพิจารณาผู้ป่วยจิตเวชในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชได้ บุรณี กาญจนภวัธย์ (2539) ได้กล่าวถึงอาการทางจิต (PSYCHIATRIC SYMPTOMATOLOGY) ไว้ว่า อาการทางจิตเพียงอาการใดอาการหนึ่งไม่สามารถนำไปสู่การวินิจฉัยโรคได้ นั่นคือ ไม่มีอาการทางจิตเดี่ยวๆอันใดเป็นอาการบ่งโรค (Pathognomonic) ได้ การวินิจฉัยโรคจะเกิดขึ้นจากการดูอาการรวม ๆ ทุกอาการ ร่วมกับการดำเนินโรคเท่านั้น สำหรับการประเมินอาการทางจิตจะประเมินตามอาการดังต่อไปนี้ ได้แก่

1. General Appearance (ลักษณะทั่วไป)
2. Psychomotor (การเคลื่อนไหว)
3. Speech (การพูด)
4. Affect (อารมณ์แสดงออก)
5. Mood (อารมณ์ภายใน)
6. Perception (การรับรู้)
7. Thinking (การคิด)
8. Consciousness and Cognitive function (ความรู้สึกตัวและความสามารถทางปัญญา)
9. Judgement (การตัดสินใจ)
10. Insight (การตระหนักรู้ถึงโรคที่เป็น) โดยมีรายละเอียดการประเมิน ดังต่อไปนี้

GENERAL APPEARANCE

สามารถสังเกตลักษณะทั่วไปภายนอกของผู้ป่วยได้ตั้งแต่เริ่มเดินเข้ามาในห้องตรวจ ลักษณะบางอย่างที่เด่นชัดอาจทำให้พอจะประเมินผู้ป่วยบางส่วนได้ตั้งแต่ยังไม่ได้สัมภาษณ์ และทำให้เริ่มการสัมภาษณ์ได้ตรงประเด็นยิ่งขึ้น

- **Grooming** การแต่งกายเรียบร้อยและเหมาะสมดีหรือไม่ เช่น ผู้ป่วยหญิงมาพบแพทย์ เวลาเข้าด้วยชุดราตรียาว ใส่เครื่องเพชร และรองเท้าประดับพลอย ทำให้ประเมินว่าอาจเป็นอาการของโรค Mania

- **Hygiene** ผู้ป่วยโรคจิต (Psychotic) หรือภาวะ Delirium อาจมาด้วยการไม่ดูแลตนเอง เช่น ไม่แปรงฟัน ไม่อาบน้ำ เสื้อผ้าสกปรก มีกลิ่นตัวแรง ผมยุ่ง เป็นต้น

- **Eye Contact** ผู้ป่วยที่ไม่ยอมสบตาแพทย์ (poor eye contact) มักจะต้องการปิดบังข้อมูลบางอย่าง เช่น โรคจิตหวาดระแวง (Paranoid Psychosis), เครียดและยังไม่มั่นใจที่จะบอกความลับให้แพทย์ทราบ หรือเกิดจากความไม่ร่วมมือ เช่น เด็กวัยรุ่นที่ถูกผู้ปกครองบังคับให้มาพบแพทย์ทำให้รู้สึกต่อต้าน เป็นต้น

- **Younger / Older than Age** ผู้ป่วยที่ดูแก่กว่าวัย ทрудโทรม ไม่สนใจความสวยงาม อาจกำลังป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ขณะเดียวกัน ผู้ป่วยที่ดูอ่อนกว่าวัยมาก หรือมีกิริยาอ่อนกว่าวัยจนผิดปกติ (Regression) อาจบ่งถึงบุคลิกภาพในกลุ่ม cluster B เช่น Histrionic หรืออาจเป็นอาการทางจิต (Psychosis) ก็เป็นไปได้

- **Attitude (ทัศนคติ)**

Well Cooperative ร่วมมือในการตรวจสัมภาษณ์ดี

Suspicious, Paranoid มีลักษณะสงสัยหรือระแวงผู้ตรวจ อาจตั้งคำถามกลับตลอดเวลาว่าแพทย์ตรวจนี้เพื่ออะไร แพทย์รู้เรื่องนี้จริงหรือเปล่า

Guard ปิดบังข้อมูลไม่ยอมบอกความจริง

Angry, Hostile ลักษณะโกรธเกรี้ยว, หงุดหงิด

Resistant ต่อต้าน เช่น ไม่ยอมตอบคำถาม หรือตอบแบบยืเยวน

PSYCHOMOTOR

พฤติกรรมการณ์เคลื่อนไหวต่างๆของผู้ป่วย เช่น

- **Slow** เคลื่อนไหวค่อนข้างช้า
- **Retard** เคลื่อนไหวช้ามากเห็นได้ชัดเจน ดูเนือๆ พบได้ในโรคซึมเศร้า (Depression)
- **Agitation, Irritable** กระวนกระวาย หงุดหงิด อยู่ไม่สุข พบได้ในภาวะ Psychotic หรือ Mania
- **Distractibility** การเปลี่ยนความสนใจไปเรื่อยๆ ไม่สามารถตั้งความสนใจต่อเนื่องได้ เช่น ผู้ป่วยคุยกับแพทย์ เมื่อมีคนเดินผ่านมา ผู้ป่วยก็ตะโกนคุยกับคนที่เดินผ่าน เมื่อเห็นรูปภาพบนผนังก็เปลี่ยนมาถามแพทย์เรื่องรูปภาพนั้น โดยยังไม่จบเรื่องที่สัมภาษณ์อยู่ พบได้ในผู้ป่วย Mania

Abnormal Movement

- **Tics** อาการกระตุกเป็นจังหวะของกล้ามเนื้อเล็กๆ เช่น กระพริบตาถี่ๆ เป็นจังหวะ หรือ มุมปากกระตุกเป็นจังหวะ
- **Tremors** อาการสั่น พบบ่อยที่มือ มีความถี่ที่แน่นอน พบในภาวะเครียด, กังวล หรือ โรคทางกาย เช่น Hyperthyroid, โรคทางระบบประสาทต่างๆ
- **Mannerism** การเคลื่อนไหวที่แปลกประหลาดซ้ำๆ โดยมีความมุ่งหมาย (Goal-directed movement) เป็นการแสดงสัญลักษณ์ (Symbol) เฉพาะตัว เช่น เอียงคอผงกศีรษะถี่ๆ ก่อนยกมือไหว้ทุกครั้ง มักพบในผู้ป่วย Psychosis
- **Stereotype** การเคลื่อนไหวหรือพูดซ้ำๆ โดยไม่มีเป้าหมายนำ (Non-Goal directed movement) เช่น ผู้ป่วย Schizophrenia อาจเคลื่อนไหวขึ้นลงซ้ำๆ ต่อเนื่องเป็นชั่วโมง หรือ โยกตัวไปมา
- **Perservation** กระทำซ้ำๆ หรือพูดซ้ำๆ ได้ตอบกับสิ่งกระตุ้นที่แตกต่าง เช่น แพทย์ถามผู้ป่วยว่าบ้านอยู่ที่ไหน ผู้ป่วยตอบว่า ลาดพร้าว ถามต่อว่า มารดเมล์ หรือ รถยนต์ ผู้ป่วยตอบว่า ลาดพร้าว ซ้ำอีกในทักๆ คำถามหรือการกระทำอื่น ๆ พบได้ทั้งใน Psychotic หรือ Organic mental Disorder

- **Catatonia** ผู้ป่วยแทบจะไม่เคลื่อนไหวเลย หรืออยู่หนึ่ง ๆ ทำเดิม เป็นเวลานาน ๆ พบได้ใน Psychotic เช่น Schizophrenia, Organic mental Disorder หรือ Depression
- **Waxy flexibility** คือ การที่ผู้ป่วยอยู่หนึ่ง ๆ และเมื่อผู้อื่นไปจับผู้ป่วยให้ขยับหรือเปลี่ยนท่าผู้ป่วยก็จะคงอยู่ในท่าที่ถูกเปลี่ยนนั้นเป็นเวลาหลาย ๆ นาทีโดยไม่เปลี่ยนอิริยาบถ มักพบร่วมกับอาการ catatonia ในโรค schizophrenia
- **Akathisia** : อาการมุดลุกมุดนั่ง เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกกระสับกระส่ายที่ขา จึงไม่สามารถฝืนให้นั่งอยู่กับที่ได้ ส่วนมากเป็นผลข้างเคียงจากยาต้านโรคจิต (Antipsychotic drug)
- **Tardive dyskinesia** : การเคลื่อนไหวผิดปกติในลักษณะที่มีการหมุนวนโดยควบคุมไม่ได้ของลิ้น ริมฝีปาก และลำคอตลอดเวลา ในรายที่เป็นมากจะเคลื่อนไหวหมุนลำตัว, บ่า และแขนขาด้วย เป็นผลข้างเคียงระยะยาวที่อาจพบได้(แต่น้อยมาก) ในผู้ป่วย psychotic ที่ใช้ยา Antipsychotic นาน ๆ

SPEECH (การพูด)

- **Mute** ผู้ป่วยไม่พูดเลย พบในผู้ป่วย schizophrenia หรือ ซึมเศร้าชนิดรุนแรง หรือในผู้ป่วยมีโรคทางร่างกาย
- **Poverty of speech** ผู้ป่วยพูดต่อเนื่องได้น้อยมาก (ปริมาณคำพูด) ตามคำตอตอบคำตอตอบสั้น ๆ และไม่ลึกซึ้ง พบได้ในโรคจิต (Schizophrenia) หรือโรคซึมเศร้า (Depression)
- **Poverty of Content of Speech** ผู้ป่วยอาจพูดได้ยาวพอควร แต่ไม่ได้เนื้อหา อาจพูดซ้ำไปซ้ำมา วกวน อ้างถึงที่เป็นนามธรรมต่าง ๆ ลงท้ายไม่ได้ข้อมูลที่ควรได้
- **Slow** พูดช้าผิดปกติ พบได้ในโรคซึมเศร้า
- **Blocking** มีการหยุดกระแสคำพูดอย่างกระทันหันก่อนจะพูดจบ เกิดเนื่องมาจากกระแสความคิดหยุดไปเฉยๆ โดยผู้ป่วยไม่ได้ตั้งใจจะปิดบังข้อมูล อาจเจ็บไปนานเป็นนาที พบในโรคจิต Schizophrenia
- **Pressure of Speech** พูดด้วยเสียงดัง รวดเร็วมาก จนอาจถึงขั้นรัวในลักษณะรีบร้อนที่จะพูดออกมาให้ได้ พบได้ในโรคทางอารมณ์แบบ Mania

- **Slurr** พูดไม่ชัด เหมือนลิ้นแข็ง จนออกเสียงลำบาก เช่น ในผู้ป่วยที่กินยาต้านโรคจิต (Antipsychotic drug) และมีผลข้างเคียงทาง Extrapyrarnidal effect
- **Stuttering, Stammering** พูดติดอ่าง
- **Echolalia** ผู้ป่วยพูดตามคนอื่นซ้ำๆ คำเดิม เช่น เมื่อแพทย์ถามผู้ป่วยว่า เมื่อคืนนอนหลับไหม ผู้ป่วยก็พูดตามว่า นอนหลับไหม นอนหลับไหม นอนหลับไหม พบทั้งในโรคจิตเภท และ Organic mental disorder
- **Neologism** คำพูดที่มีความหมายเฉพาะตัวของผู้ป่วยที่ผู้อื่นไม่เข้าใจความหมาย เช่น ผู้ป่วย อาจพูดว่า ลาลา ซึ่งผู้ป่วยหมายถึง ขอขอบคุณ (ทั้งนี้ต้องแยกให้ออกจากภาษาแสลงที่ใช้กันในเฉพาะหมู่เพื่อน หรือคนในครอบครัว ซึ่งฟังแล้วยังเข้าใจกันในกลุ่ม) พบในโรคจิตเภท (schizophrenia)
- **Incoherent** คำพูดไม่ปะติดปะต่อ ฟังไม่รู้เรื่อง ขาดประโยคเชื่อมความ เช่น ถามว่า ใครพาคุณมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยตอบว่า แม่พามาแต่หนูไม่รักแม่ คนรักกันไม่เคยไปที่ไหนเลย ใคร ๆ ก็ชอบทั้งนั้น ไม่แพงไม่ถูก กำลังดี พบได้ในโรคจิตเภท (Schizophrenia)
- **Irrelevant** ตอบไม่ตรงคำถาม เช่น ถามว่าคุณชื่ออะไร ผู้ป่วยตอบว่า อายามาหลอกกันดีกว่า ไม่เชื่อหรอก
- **Circumstantial** พูดจาอ้อมค้อม วกวนไปมาอยู่นานกว่าจะเข้าประเด็น ทำให้จับประเด็นได้ยาก
- **Tangential** พูดเบี่ยงประเด็น หรือเฉียด ๆ ประเด็น และแม้พูดจบแล้วก็ยังไม่สามารถสรุปเป้าหมายได้

AFFECT AND MOOD

Affect อารมณ์ของผู้ป่วยซึ่งสามารถแสดงออกให้คนภายนอกรับรู้ได้ โดยผ่านทางภาษา ท่าทางต่าง ๆ (Non verbal language) เช่น แสดงออกทางสีหน้า (facial expression) , Affect จะสามารถเปลี่ยนแปลงได้เร็ว แปรตามสิ่งกระตุ้น

Mood อารมณ์ภายในจิตใจของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งเป็นภาวะอารมณ์ที่คงอยู่นานกว่า Affect อาจแสดงออกทางสีหน้าท่าทาง หรือไม่ก็ได้ แต่มักมีผลต่อบุคลิกหรือพฤติกรรมของคน ๆ นั้น

อาการของอารมณ์ทั้ง Affect และ Mood ดังต่อไปนี้

- **Euthymia** อารมณ์ที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่ครีครื้นหรือซึมเศร้า ผิดปกติ ไม่ที่อเนกเมย พบในคนปกติทั่วไป
- **Dysphoria** รู้สึกทุกข์ทรมาน ไม่มีความสุขสดชื่น แจ่มใส พบได้ในโรคซึมเศร้า
- **Depress** อารมณ์เบื่อท้อแท้ ซึมเศร้า หดหู่
- **Anhedonia** ภาวะที่ผู้ป่วยหมดความรู้สึกสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยชอบหรือเคยทำอย่างสนใจ เช่น ไม่อยากดูทีวีฟังเพลง เบื่อไม่อยากไปเที่ยวที่ไหน พบในโรคซึมเศร้า
- **Inappropriate Affect** การแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น ผู้ป่วยหัวเราะเมื่อพูดถึงแม่ซึ่งเพิ่งตายในสัปดาห์ก่อน พบได้ในภาวะโรคจิต เช่น schizophrenia
- **Flat , Blunt** สีหน้าอารมณ์เฉยเมย ไร้ความรู้สึกต่อสิ่งรอบตัว พบในโรคจิตเภท (schizophrenia)
- **Labile** อารมณ์เปลี่ยนแปลงรวดเร็วโดยไม่สัมพันธ์กับสิ่งเร้า เช่น ขณะกำลังพูดไปยิ้มไปก็เปลี่ยนแปลงเป็นหงุดหงิด โกรธแพทยกะทันหัน พบได้ใน Organic mental disorder, Mania, Psychosis
- **Irritable** อารมณ์หงุดหงิดง่ายผิดปกติจากพื้นฐานเดิมของผู้ป่วย ซึ่งทั้งผู้ป่วยและญาติอาจสังเกตได้ พบได้จากหลายสาเหตุเช่น ผู้ป่วย Psychosis เช่น Schizophrenia, ผู้ป่วย Manic ผู้ป่วยโรคเครียดต่าง ๆ (Neurotic) และ Organic Mental Disorder
- **Anxious** ความรู้สึกเครียด ไม่สบายใจ หวาดหวั่น กังวลโดยไม่รู้สาเหตุที่แท้จริง
- **Elevated** สนุกสนานรื่นเริงเกินกว่าธรรมดาในภาวะแวดล้อมนั้น ๆ แต่ไม่จำเป็นต้องเป็นพยาธิสภาพ
- **Euphoria** อารมณ์ดี รู้สึกสบายใจ ดีใจ มีความสุขอย่างผิดปกติ อาจรู้สึกว่ามันยิ่งใหญ่หรือเก่งกาจเกินจริง
- **Elation** ระดับอารมณ์ดีมีความสุขกว่า Euphoria นอกจากรู้สึกมีความสุข ยังรู้สึกสนุกสนานมีพลังอยากทำสิ่งต่าง ๆ อย่างผิดปกติ รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถมาก

PERCEPTION

การรับรู้คือกระบวนการรับสิ่งกระตุ้นทางกายผ่านทางระบบประสาทสัมผัสทั้ง 5 เข้าสู่การรับรู้ข่าวสารด้านจิตใจ ซึ่งพบความผิดปกติได้ดังนี้

Illusion แปลผลสิ่งเร้าผิดไปจากความจริง (Misinterpretation of Stimuli) เช่น เห็นเงือกเป็นงู พบได้ในผู้ป่วย Delirium tremens หรือ Organic mental Disorder อื่น ๆ

Hallucination (ประสาทหลอน) เป็นความผิดปกติของการรับรู้โดยปราศจากสิ่งเร้ากระตุ้น

- Auditory Hallucination - อาการหูแว่ว, เสียงหลอน เป็นความผิดปกติที่พบได้บ่อยที่สุดของอาการประสาทหลอนในโรคทางจิตเวช พบในโรคจิตทุกชนิด ทั้งที่มีพยาธิสภาพทางกาย และ ไม่มีพยาธิสภาพทางกาย เช่น Schizophrenia, Mood disorder with psychosis, Organic psychosis ผู้ป่วยจะได้ยินเสียงแว่ว เช่น เสียงหลายคนวิจารณ์ตำหนิผู้ป่วย เสียงคนสั่งให้ผู้ป่วยทำสิ่งต่าง ๆ เช่น ให้ทำร้ายตนเองโดยไม่เห็นคนพูด และอาจทำตามที่เสียงแว่วสั่งได้

- Visual Hallucination - เห็นภาพหลอน โดยไม่มีสิ่งเร้าใด ๆ กระตุ้น ซึ่งต่างจาก illusion ซึ่งจะมีสิ่งกระตุ้นแต่แปลผิด พบได้ในโรคจิตทุกชนิด แต่จากอาการ Visual Hallucination เด่นกว่า Auditory Hallucination จะพบได้บ่อยใน Organic mental Disorder เช่น Delirium หรือโรคเพ้อคลั่งจากการขาดสุรา (Delirium tremens)

- Olfactory Hallucination - ประสาทหลอนเกี่ยวกับการรับกลิ่น เช่น รู้สึกได้กลิ่นเหม็นเหมือนกลิ่นศพอยู่ตลอดเวลา ส่วนมากพบใน Organic mental disorder เช่น เป็น Aura ในโรคลมชัก

- Gustatory Hallucination - ประสาทหลอนเกี่ยวกับการรับรส เช่น กินน้ำรู้สึกน้ำมีรสชาติขมเหมือนยาพิษ พบในโรคจิต (Psychotic) ทั่วไป แต่ส่วนใหญ่พบใน Organic mental disorder เช่น โรคลมชัก เช่นกัน

- Tactile Hallucination (Haptic Hallucination) - ประสาทหลอนเกี่ยวกับผิวสัมผัส เช่น รู้สึกเหมือนมีมดหรือแมลงไต่ตามตัว หรือรู้สึกมีหนอนไช ตามผิวหนัง มักพบใน organic mental disorder เช่น Delirium หรือ โรคจิตที่เกิดจากการใช้สารเสพติดบางชนิด

- Hypnagogic Hallucination - เกิดอาการประสาทหลอน เช่น หูแว่วในช่วงที่ใกล้จะหลับ พบได้ในคนปกติไม่จำเป็นต้องป่วยเป็นโรคจิต

- Hypnopompic Hallucination - เกิดอาการประสาทหลอนในช่วงกำลังจะตื่น พบได้ในคนปกติ ไม่จำเป็นต้องป่วยเป็นโรคจิต

THINKING

ความผิดปกติของการคิดเป็นพยาธิสภาพหลักของผู้ป่วยโรคจิต (Psychosis) ซึ่งความผิดปกตินี้แบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ 1) ความผิดปกติของรูปแบบและกระบวนการคิด (Abnormality in form and process of thought) และ 2) ความผิดปกติของเนื้อหาความคิด (Abnormality in Content of Thought)

Form and process of Thought

รูปแบบและกระบวนการคิดของผู้ป่วยสามารถแสดงออกได้ผ่านรูปแบบการพูด (speech) ของผู้ป่วย

- **Blocking** ความคิดหยุดนิ่งชะงักอย่างทันใด ทั้ง ๆ ที่ความคิดนั้นยังไม่จบเรื่องพบได้ในโรคจิตเภท (Schizophrenia)

- **Loosening of Association** ความคิดไม่ปะติดปะต่อ ขาดความสัมพันธ์ในแต่ละความคิดนั้นซึ่งจะแสดงออกมาในลักษณะการพูดแบบ Incoherent พบได้ในโรคจิตเภท

- **Flight of Idea** ความคิดโลดแล่น เปลี่ยนเรื่องจากเรื่องหนึ่งไปสู่อีกเรื่องหนึ่งอย่างรวดเร็ว ฟังเผิน ๆ คล้าย loosening of Association แต่เนื้อหาความคิดใน Flight of Idea จะยังมีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกันแม้จะเปลี่ยนเรื่องเร็ว ต่างกับ loosening of Association สามารถพบความคิด Flight of Idea ได้ในผู้ป่วย Mania

- **Circumstantial** คิดอ้อมค้อมยาวนาน

- **Tangential** คิดเฉียงไม่ตรงประเด็น

- **Illogical Thinking** คิดแบบไม่มีเหตุผล

- **Concrete Thinking** คิดในลักษณะที่เป็นรูปธรรมมิติเดียว จากสิ่งที่เห็น ไม่สามารถคิดสรุปรวบยอดหรือมองในหลายแง่มุมได้ พบเป็นปกติในเด็กก่อนวัยรุ่น หรือคนที่มีการศึกษา

น้อย และพบได้ในโรคทางสมองบางชนิด เช่น ปัญญาอ่อน สมองเสื่อม และโรคทางจิตเวช คือ Schizophrenia

- **Autistic Thinking** คิดในเชิงจินตนาการ เพื่อผันอยู่ในโลกของตน โดยปราศจากพื้นฐานความจริง พบได้ในโรคจิตเภท (Schizophrenia)

- **Ambivalent** ความคิดขัดแย้งกัน 2 อย่างในจิตใจ ทำให้ลังเลตัดสินใจไม่ได้ พบได้บ่อยในโรคจิตเภท (Schizophrenia)

- **Overvalued Idea** คิดหมกมุ่นอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือให้ความสำคัญกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างมาก ผิดปกติ และเชื่อมั่นในความคิดนั้น แต่ไม่ถึงกับเปลี่ยนแปลงไม่ได้

- **Obsession** ย้ำคิดอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือความคิดใดความคิดหนึ่งอย่างมาก ทั้งที่รู้ว่าเป็นเรื่องไร้สาระที่ย้ำคิด แต่ไม่สามารถหยุดคิดได้ พบในโรคย้ำคิดย้ำทำ

- **Delusion** ความคิดเชื่อมั่นแบบหลงผิดในความคิดใดความคิดหนึ่งอย่างมาก ทั้ง ๆ ที่ไม่ใช่ความจริง และผู้อื่นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงความเชื่อนั้นได้ พบได้ในโรคจิตทุกชนิด (Psychosis)

- **Phobia** การกลัวอย่างผิดปกติ โดยที่ผู้ป่วยสามารถบอกสิ่งที่กลัวได้ แต่มักเป็นสิ่งที่คนทั่วไปไม่กลัว เช่น กลัวสังคม (social phobia) กลัวจะอยู่ในที่ซึ่งไม่มีใครช่วยเหลือ เช่น ที่โล่งแจ้ง (Agoraphobia) หรือกลัวสิ่งของ เช่น กลัวศาลพระภูมิ

- **Anxiety** เป็นความกังวลภายในจิตใจ รู้สึกว่าตนไม่มั่นคงปลอดภัย กลัวเกรงจะเกิดเหตุการณ์หรืออันตรายบางอย่างข้างหน้า โดยอาจไม่ทราบต้นเหตุที่แท้จริงว่ากลัวอะไร

Content of Thought

ความผิดปกติในเนื้อหาความคิด มักเป็นเนื้อหาของความหลงผิด (Delusion) ต่อไปนี้

- **Persecutory delusion** หลงผิดว่าถูกกลั่นแกล้งปองร้าย หรือจะทำอันตรายจากบุคคล, องค์กร, หรืออำนาจเหนือธรรมชาติบางอย่าง เช่น FBI คอยติดตามตนเพื่อลอบสังหาร พบได้ในโรคจิต (Psychosis) หลายโรค เช่น Schizophrenia และ Mood Disorder with psychosis

- **Delusion (Idea) of Reference** หลงผิดว่าผู้อื่นพูดถึง หรือพาดพิงถึงตน เช่น เห็นคนข้างบ้านพูดกันก็คิดว่า กำลังนินทาตน แม้แต่ข่าวในหนังสือพิมพ์ ก็เอาเรื่องของตนมาเขียนเป็นต้น พบได้ในโรคจิตทั่วไป เช่น Schizophrenia, Mood with psychosis
- **Granduer Delusion** หลงผิดว่าตนยิ่งใหญ่ มีอำนาจ มีอะไรพิเศษกว่าคนอื่นเช่น คิดว่าตนเองเป็นพระเจ้าตากสินกลับชาติมาเกิด, เป็นคนคิดยารักษาโรค AIDS ได้
- **Delusion of being control** หลงผิดว่าตนถูกควบคุมโดยบุคคล หรืออำนาจลึกลับ บางอย่างสั่งให้คอยทำตามอย่างตามสั่ง (ซึ่งผู้ป่วยมักมี Auditory Hallucination ร่วมด้วย) พบบ่อยในโรคจิตเภท (Schizophrenia)
- **Erotic Delusion** หลงผิดว่ามีบุคคลสูงศักดิ์ หรือการศึกษาสูงมาหลงรักตน พบได้ในโรค Mania, จิตเภท และโรคหลงผิด (Delusion Disorder)
- **Jealousy Delusion** หลงผิดว่าคู่สมรสนอกใจ เช่น สามีมีเมียช้อย หรือภรรยาผีซู้ พบได้ในโรคจิตหวาดระแวง เช่น Delusional Disorder, Schizophrenia
- **Somatic Delusion** หลงผิดว่าตนมีความเจ็บป่วยความผิดปกติของร่างกาย เช่น ปวดท้องรุนแรงอยู่ตลอดเวลาจนไม่สามารถกินอะไรได้ แม้ว่าผลการตรวจร่างกายและการตรวจทางรังสี และส่องกล้องดูอวัยวะภายในไม่พบสาเหตุใด ๆ เลย แต่ผู้ป่วยเชื่อมั่นว่าตนเองป่วยแน่นอน พบได้ในโรคซึมเศร้า (Depression) และโรคจิตเภท (Schizophrenia)
- **Nihilistic Delusion** หลงผิดว่าตนไม่มีอวัยวะหรืออวัยวะในร่างกายถูกทำลายไป เช่น สมองละลายหายไป หรือกระเพาะลำไส้หดหายไป มักพบในโรคจิตเภท
- **Religious Delusion** หลงผิดเกี่ยวกับศาสนาอย่างผิดปกติจากวัฒนธรรมของกลุ่มคนที่นับถือศาสนาเดียวกัน เช่น เชื่อว่าตนเองเป็นพระอรหันต์ ทั้ง ๆ ที่ใช้ชีวิตฆราวาสมาตลอด หรือตนเป็นอีกภาคหนึ่งของพระเจ้า พบบ่อยในผู้ป่วยจิตเภท
- **Bizarre Delusion** ความหลงผิดที่แปลกประหลาด และเป็นไปไม่ได้ เช่น เชื่อว่าตนเองไม่มีพ่อแม่ กำเนิดจากสะดือทะเล มนุษย์ต่างดาวรับไปเลี้ยงดูก่อนจะพากลับมาอยู่บนโลก เพื่อให้ตนดูแลโลกซึ่งเป็นอาณานิคมของดาวนั้น พบได้ในโรคจิตเภท (Schizophrenia)

- **Delusion of Sin and guilt** หลงผิดว่าตนทำผิดบาปอย่างมหันต์ สมควรต้องชดใช้เวรกรรม เช่น คิดว่าประเทศไทยมีปัญหาเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้ป่วยไปเที่ยวสิงคโปร์เมื่อปีที่แล้ว พบในโรคซึมเศร้า

- **Delusion of Poverty** หลงคิดว่าตนเองยากจน เช่น คิดว่าตนเองล้มละลาย ถูกยึดบ้าน ถูก ๆ ทุกคนตกงานหมด (โดยไม่เป็นความจริง) มักพบในโรคซึมเศร้า

- **Thought Broadcasting** คิดว่าความคิดของตนเสียงดังกระจายออกไปเหมือนวิทยุกระจายเสียงจนทำให้คนอื่นได้ยินหมด พบในโรคจิตเภท

- **Thought withdrawal** หลงผิดว่าความคิดของตนหายไปเนื่องจากความคิดนั้นถูกถอนออกไปจากสมองของเขา เกิดเองหรือโดยอำนาจลึกลับบางอย่างทำให้เกิด พบได้ในโรคจิตเภท

- **Thought insertion** หลงผิดว่ามีความคิดซึ่งไม่ใช่ความคิดของเขาเองไปอยู่ในจิตใจเขา อาจถูกส่งมาทางเรดาร์หรืออำนาจลึกลับบางอย่าง พบในโรคจิตเภท

CONSCIOUSNESS AND COGNITIVE FUNCTION

Consciousness : ระดับความรู้สึกตัว

- **Alert** ภาวะตื่นตัวปกติ
- **Drowsiness** ภาวะครึ่งหลังครึ่งตื่น สะลึมสะลือ
- **Stupor** เกือบไม่รู้สึกตัว ไม่เคลื่อนไหว โต้ตอบกับสิ่งเร้าได้บ้าง
- **Coma** หหมดสติ ไม่รู้สึกตัว และไม่โต้ตอบกับสิ่งเร้าเลย

ภาวะ Drowsiness Stupor และ Coma พบในโรคทางสมองหรือโรคทางกาย ที่มีผลต่อสมองหรือเป็นผลจากยาหรือสารบางชนิด แต่ไม่ใช่ functional mental disorder ความผิดปกติอื่น ๆ ของความรู้สึกตัว เช่น

- **Depersonalization** รู้สึกตนเองหรืออวัยวะตนเองดูแปลก ๆ ไป ไม่ใช่ของตนเองหรือเหมือนไม่ใช่ตนเอง เป็นประสบการณ์ที่อธิบายได้ยาก พบได้ในคนปกติเวลาเหนื่อย เครียด ล้า, ผู้ป่วยโรคจิตเภท, ผู้ป่วยโรคลมชัก

- **Derealization** รู้สึกสิ่งแวดล้อมรอบตัวแปลกไป ไม่ใช่สิ่งแวดล้อมจริง ถนนหนทางดูไม่เหมือนเดิม ทั้งที่เหมือนเดิม ผู้คนรอบตัวดูแปลก ๆ ไม่เหมือนผู้คนจริง ๆ ที่เดินตามถนน แต่ยังไม่ถึงกับเป็นภาวะหลงผิด พบได้ในภาวะเดียวกับ Depersonalization

- **De'ja' vu** ความรู้สึกเหมือนเคยพบเห็นบุคคล สิ่งของหรือสถานการณ์อย่างหนึ่งอย่างใด ในปัจจุบันมาก่อน ทั้ง ๆ ที่ความจริงไม่เคยเห็นหรือเคยเกิดสถานการณ์ดังกล่าวนั้นมาก่อนเลย พบได้ในหลายภาวะ เช่น ภาวะเหนื่อยล้า เคยมีความเจ็บป่วยทางจิตใจ (Psychic trauma) มาก่อน, โรคจิต, ใช้สารบางชนิดแม้แต่โรคทางสมอง

- **Ja'mais vu** ความรู้สึกตรงข้ามกับ De'ja vu คือรู้สึกเหมือนไม่เคยเห็นคน สิ่งของหรือสถานการณ์เหล่านี้มาก่อน ทั้งที่เคยเห็นมาก่อนแล้ว พบในหลายภาวะเช่นเดียวกับ De'ja vu

Cognitive function

- **Attention** ความสามารถที่จะจดจ่อ ตั้งใจอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่งในขณะนั้น ในการทดสอบสภาพจิต อาจทำสอบโดยวิธี Digit forward หรือการทวน 3 objects หลังจากแพทย์เพ่งพุดจบ

- **Concentration** ความสามารถที่จะคงระยะเวลาของการจดจ่อ ตั้งใจกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ได้ยาวนานช่วงระยะหนึ่ง หรือเรียกว่ามีสมาธิ ในการตรวจสภาพจิต อาจใช้วิธี Digit backward หรือ Serial 7 (100-7)

ความผิดปกติของ Attention และ Concentration อาจพบได้ในโรคทางสมอง (Organic mental Disorder) หรือโรคซึมเศร้า

- **Orientation** การรับรู้ วันเวลา (Time), สถานที่ (Place), บุคคล (Person) ในผู้ป่วยโรคทางสมอง (Organic mental Disorder) เช่น Delirium จะพบภาวะ disorientation ได้เสมอ เช่น ไม่ทราบว่าขณะนี้ตนอยู่ที่ไหน อยู่ที่นี่มานานเท่าใดแล้ว ส่วนผู้ป่วยโรคจิตเวชซึ่งมีสาเหตุจาก functional นั้นจะมีการรับรู้วัน เวลา สถานที่บุคคล เป็นปกติ

Memory - สามารถแบ่งความจำเป็น 3 ระดับ

1. Immediate memory เช่น การพูดทวนเบอร์โทรศัพท์ที่เพิ่งฟังจบทันที เป็นความจำ

ระดับ Immediate ซึ่งอาศัย Attention เป็นส่วนประกอบ

2. Recent Memory เป็นความจำระยะยาวขึ้นเล็กน้อย ตั้งแต่เป็นชั่วโมงจนถึงเป็นวัน ๆ เช่น ถามผู้ป่วยในตอนเย็นว่าเมื่อเช้าทานอาหารอะไรบ้าง ซึ่งเป็นระดับความจำซึ่งพบว่าจะผิดปกติ ก่อนระดับความจำอื่น ในผู้ป่วย Dementia

3. Remote memory เป็นความทรงจำระยะยาวเป็นปี ๆ เช่น บ้านอยู่ที่ไหน ชื่ออะไร แต่งงานเมื่อไร พบกันแฟนได้อย่างไร ซึ่งเป็นระดับความจำที่จะเสียหลังสุดในโรค Dementia

JUDGEMENT

การตัดสินใจในการกระทำต่าง ๆ หรือพฤติกรรมที่แสดงออกที่เหมาะสมใน สภาพการณ์ที่จำกัดอยู่ เช่น ผู้ป่วย Mania อาจมีการตัดสินใจไม่ดี (Poor judgement) โดยนำเงิน ทั้งหมดที่มีไปทุ่มเล่นการพนันในครั้งเดียว หรือใช้เงินจำนวนมากซื้อของซึ่งไม่ได้มีประโยชน์ใด ๆ ต่อผู้ป่วยเลย เป็นต้น

ในการทดสอบการตรวจสภาพจิต อาจใช้คำถามเพื่อดูรูปแบบการตัดสินใจของผู้ป่วย เช่น ถามว่า ถ้าผู้ป่วยเป็นคนแรกที่เห็นว่าไฟกำลังไหม้ในโรงหนัง จะตัดสินใจทำอะไร คำตอบที่ดี ที่สุดน่าจะเป็นการแจ้งเจ้าหน้าที่ที่ ดูแล เพื่อดำเนินการดับไฟ และเจ้าหน้าที่ส่วนหนึ่งจะได้ ดำเนินการขนย้ายผู้ชมภาพยนตร์ออกจากที่เกิดเหตุ ถ้า ผู้ป่วยตอบว่า ตะโกนร้องบอกให้ทุกคนรีบหนีทันที ก็บ่งถึงการตัดสินใจที่ค่อนข้างวู่วาม (Impulsive) หรือถามว่า ถ้าพบซองจดหมายที่จำ หน้าของติดแสตมป์แล้วตกอยู่ที่พื้น จะทำอะไร คำตอบที่ดีน่าจะเป็นการหยิบส่งให้ที่ ตู้ไปรษณีย์ ถ้าผู้ป่วยตอบว่าหยิบมาเปิดซองดูก่อนว่าเกี่ยวข้องกับตนหรือเปล่า ก็อาจแสดงถึงความรู้สึกหวาดระแวง (Paranoid idea) เป็นต้น

INSIGHT

ความตระหนักของผู้ป่วยต่อความเจ็บป่วย หรือความผิดปกติของตน เช่น ผู้ป่วยเป็นโรคจิตหวาดระแวง เมื่อเพื่อนร่วมงานพาไปพบแพทย์ ผู้ป่วยคิดว่าเป็นเพราะเพื่อนต้องการกลั่นแกล้งตน ซึ่งแสดงถึง poor insight

insight แบ่งเป็นหลายระดับ

1. ปฏิเสธความผิดปกติหรือความเจ็บป่วย
2. พอจะทราบว่าตนผิดปกติต้องรักษา แต่ไม่ต้องการรักษา
3. ทราบว่าตนเองผิดปกติ แต่โทษว่าเป็นจากสิ่งต่าง ๆ นอกตัว

4. ทราบว่าความผิดปกติเป็นจากปัญหาบางอย่างในตนเอง แต่ไม่ทราบว่าเป็นจากอะไร
5. Intellectual insight - ยอมรับว่าผิดปกติหรือป่วยโดยทราบว่าสิ่งที่มาจากปัญหาภายในของตน แต่ยังไม่นำสิ่งที่รู้นั้นมาแก้ปัญหา หรือยังไม่ยอมรับการแก้ไขปัญหาที่แท้จริงได้
6. True emotional insight - ตระหนักรู้ในสิ่งที่เป็นปัญหา หรือความผิดปกติของตนเอง และได้ปรับตัว เพื่อแก้ไขปัญหานั้นเอง ซึ่งผู้ป่วยจะได้ประโยชน์มากจากการรักษาโดยวิธีจิตบำบัด

สรุป อาการทางจิตเวชมีลักษณะอาการหลายประการ อาการแสดงทางจิตเวชในรูปแบบต่างๆ เช่น อาการเครียด อาการซึมเศร้า ท้อแท้ หงุดหงิด หวาดระแวง เป็นปัญหาหลักอันหนึ่ง ที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์หรือจิตแพทย์ ซึ่งผู้ป่วยอาจอยากมาพบแพทย์เองหรืออาจเป็นญาติที่ต้องพาผู้ป่วยมาพบก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับรูปแบบของอาการดังกล่าวเป็นอย่างไร ผู้ป่วยรู้สึกเดือดร้อนกับอาการดังกล่าวหรือไม่ หลายครั้งที่ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองผิดปกติและไม่ยอมให้ข้อมูล แพทย์ต้องเป็นผู้ตรวจและสังเกตอาการเอาเอง ดังนั้นความรู้และความเข้าใจถึงอาการทางจิตเวชจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อจะได้สามารถวินิจฉัยแยกโรคและแก้ปัญหาได้ถูกต้อง

อย่างไรก็ตาม การที่ผู้ป่วยคนหนึ่งมาพบกับทีมด้วยอาการทางจิตนั้น ควรได้ประโยชน์ กล่าวคือ การวินิจฉัยโรคและความเข้าใจในโรคนั้น ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อทีมสุขภาพสามารถตรวจพบอาการทางจิตของผู้ป่วย รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย เนื่องจากอาการทางจิตนั้น แตกต่างจากอาการของโรคทางกาย อาการและความรู้สึกทางจิตใจหลายๆอย่าง เป็นสิ่งที่ผู้ป่วย ละอาย อายกปกปิด หรือรู้สึกเป็นเรื่องส่วนตัว ดังนั้น ผู้รักษาจำเป็นต้องสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเชื่อถือและไว้วางใจที่จะเปิดเผยเรื่องราวต่างๆ ซึ่งจะมีผลต่อการวินิจฉัยและการรักษาโรค สำหรับ การรักษา การรักษาโรคทางจิตใจมีหลายรูปแบบ เช่น การใช้ยา การทำจิตบำบัด การทำพฤติกรรมบำบัด แต่อย่างน้อยที่สุดที่ผู้ป่วยควรจะได้คือการได้ระบายความรู้สึกต่างๆ (ventilation) แก่ทีมสุขภาพซึ่งมีความเข้าใจ พร้อมทั้งจะรับฟังและช่วยผู้ป่วยหาทางในการแก้ปัญหา ผู้ป่วยหลายรายสามารถแก้ปัญหาของตนเอง เพียงแต่มีผู้รับฟังอย่างเป็นทางการและแนะแนวทางเท่านั้น

4. แนวทางการบำบัดรักษาอาการในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อาการทางจิตเวช ลักษณะอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การจัดการตนเอง แบบจำลองการจัดการอาการ ไปข้างต้นแล้วนั้น ทำให้เห็นถึงแนวคิดเกี่ยวกับแนวทางการจัดการกับอาการอันเกิดเนื่องมาจากโรคซึมเศร้าทำได้หลายวิธี ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 การรักษาด้วยยา

การรักษาหลักในปัจจุบันได้แก่การใช้ยาแก้เศร้า (antidepressants) โดยเฉพาะในช่วงแรกที่ผู้ป่วยมีอาการมากอยู่ การทำจิตบำบัดบางชนิดพบว่า ได้ผลในการรักษาพอ ๆ กันกับการใช้ยา โดยเฉพาะในรายที่อาการไม่รุนแรง การรักษาแบ่งออกเป็นสามระยะตามการดำเนินโรค โดยการรักษาในระยะเฉียบพลันมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดอาการของผู้ป่วย การรักษาระยะต่อเนื่องเป็นการคงยาต่อแม้ว่าผู้ป่วยปกติดีแล้วทั้งนี้เพื่อป้องกันการเกิดการกลับเป็นซ้ำ และในผู้ป่วยบางรายอาจต้องให้การรักษาระยะยาวเพื่อป้องกันการเกิดโรคกำเริบ

การรักษาในระยะเฉียบพลัน (Acute treatment)

การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นอาการไม่ได้ดีขึ้นภายในวันสองวัน, ยาบางตัวมีฤทธิ์ข้างเคียงที่ผู้ป่วยทนไม่ได้ อีกทั้งต้องใช้เวลาในการรักษาอยู่หลายเดือน ทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งขาดการติดตามการรักษาไป การให้ข้อมูลและคำแนะนำต่าง ๆ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย โดยเฉพาะเรื่องฤทธิ์ข้างเคียงของยา, ระยะเวลาที่อาการจะดีขึ้น รวมทั้งยาที่ให้นั้นมีไซยานอนหลับและไม่มีการติดยา ยาแก้เศร้าทุกตัวไม่ได้ออกฤทธิ์รักษาอาการซึมเศร้าทันที โดยทั่วไปจะเห็นผลหลังจากได้ยาไปแล้ว 1-2 สัปดาห์ ในบางรายอาจนานกว่านี้. อย่างไรก็ตามในระหว่างนี้ผู้ป่วยจะรู้สึกดีขึ้นจากผลด้านอื่น ๆ ของยา เช่น หลับได้ดีขึ้น, เบื่ออาหารลดลง, ความวิตกกังวลลดลง เป็นต้น

การเลือกใช้ยา

ยาแก้เศร้าอาจแบ่งคร่าว ๆ ออกเป็นสองกลุ่มใหญ่ ได้แก่ กลุ่มที่มีโครงสร้างเป็นแบบ tricyclic และยากกลุ่มใหม่ซึ่งสังเคราะห์ขึ้นมาในช่วงไม่นานมานี้ ข้อดีของยาในกลุ่ม tricyclic คือเป็นยาที่ใช้ในการรักษามานานจนทราบกันดีถึงอาการข้างเคียงของยาแต่ละตัว, ประสิทธิภาพเป็นที่ยืนยันแน่นอน ทั้งในการรักษาระยะเฉียบพลันและการป้องกันระยะยาว, และราคาถูก

ประสิทธิภาพในการรักษาของยาแก้เศร้าแต่ละตัวนั้นไม่ต่างกัน ความแตกต่างอยู่ที่ฤทธิ์ข้างเคียง ซึ่งรวมถึงยาในกลุ่มใหม่ด้วยเช่นกัน ในการเลือกใช้ยาพิจารณาจากปัจจัยต่อไปนี้ตามลำดับ

1) หากเป็นผู้ป่วยที่เคยป่วยและรักษาหายมาก่อน ประวัติการรักษาเดิมมีความสำคัญ โดยผู้ป่วยมักตอบสนองต่อยาตัวเดิม และขนาดเดิมที่เคยใช้ ดังนั้นจึงควรใช้ยาขนาดเดิมเป็นตัวแรก

2) ปัญหาทางร่างกายที่เป็นข้อห้ามหรือควรหลีกเลี่ยงในการใช้ยาบางตัว ผู้ป่วยที่มีโรคทางร่างกาย เช่น ต่อมลูกหมากโต ต้อหิน หรือมี conduction defect อาจพิจารณาใช้ยาในกลุ่มที่มีอาการข้างเคียง anticholinergic ต่ำ หรือยาที่มีผลต่อหัวใจน้อย เป็นต้น

3) ความคุ้นเคยของแพทย์ในการใช้ยา การใช้ยาเพียงไม่กี่ตัว เช่น amitriptyline, nortriptyline และยากกลุ่มใหม่บางตัว แต่ให้คุ้นเคยกับทั้งฤทธิ์ข้างเคียงและการตอบสนองของผู้ป่วย จะเหมาะสมกว่าการใช้ยาแก้เศร้าเปลี่ยนชนิดไปเรื่อย ๆ

ขนาดยาในการรักษา

จากการศึกษาการรักษาผู้ป่วยโรคอารมณ์เศร้าในเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศอังกฤษพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ตอบสนองต่อการรักษาในขนาด 125-150 มิลลิกรัมต่อวันของ imipramine ในผู้ป่วยไทยที่เป็นผู้ป่วยนอกอาจตอบสนองต่อการรักษาในขนาดต่ำกว่านี้ อย่างไรก็ตามยาในขนาดที่ต่ำกว่า 75 มิลลิกรัมต่อวันของ imipramine ได้ผลน้อยในการรักษา การรักษาส่วนใหญ่เป็นแบบผู้ป่วยนอกซึ่งจำเป็นต้องเริ่มในขนาดต่ำ เพื่อหลีกเลี่ยงอาการข้างเคียง อาจเริ่มให้ imipramine หรือ amitriptyline ขนาด 25-50 มิลลิกรัม ในตอนเย็นหรือก่อนนอน เพิ่มขนาดยา 25 มิลลิกรัมทุก 2-3 วันจนได้ขนาด 75 มิลลิกรัม รอดูผลในขนาดนี้ 2 สัปดาห์ เมื่อผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้นให้เพิ่มขนาดยาขึ้นอีกทุก 1 สัปดาห์ สำหรับผู้ป่วยนอกขนาดยาต่อวันไม่ควรเกิน 150 มิลลิกรัม หากเกินกว่านี้ ควรรับไว้รับยาในโรงพยาบาล ในผู้ป่วยสูงอายุหรือมีโรคทางร่างกายร่วมควรลดขนาดยาลงครึ่งหนึ่ง และการปรับขนาดยาควรปรับเพิ่มช้า ๆ เนื่องจากส่วนใหญ่ของยาแก้เศร้ามีค่าครึ่งชีวิตยาวจึงสามารถให้ยารวันละ 1- 2 ครั้งได้ พบว่าผู้ป่วยจะร่วมมือในการรับประทานยาดีหากแบ่งยาให้วันละไม่เกิน 2 ครั้ง อย่างไรก็ตาม หากขนาดยาต่อวันสูงควรแบ่งให้ยาอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เพื่อป้องกันอาการข้างเคียงอันเกิดจากระดับยาในเลือดหลังให้ยาสูงเกินขนาด อาจให้ benzodiazepine เช่น diazepam 5-10 มิลลิกรัมต่อวันร่วม หากผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลมากหรือนอนไม่หลับ ประมาณ 2-3 สัปดาห์ต่อมาเมื่อยาแก้เศร้าได้ผลในการรักษาดีแล้วควรหยุดการใช้ benzodiazepine ข้อควรระวังในการให้ยาช่วงแรกคือผู้ป่วยอาจคิดฆ่าตัวตายได้ ดังนั้นจึงไม่ควรให้ไปครั้งละมาก ๆ หากนัดติดตามการรักษาทุกสัปดาห์ยาที่ให้จะไม่ถึง lethal dose

ฤทธิ์ข้างเคียง

1) **sedation** ยา tricyclic ทุกตัวมีฤทธิ์ sedation โดยเฉพาะ amitriptyline และ doxepin ซึ่งบางครั้งเป็นปัญหาทำให้ปรับเพิ่มขนาดยาได้ลำบาก หากผู้ป่วยมีอาการง่วงซึมให้ปรับการให้ยา โดยให้ยาขนาดต่ำในช่วงกลางวัน และขนาดสูงในช่วงเย็นหรือก่อนนอน อย่างไรก็ตามควรระวังในผู้ป่วยสูงอายุซึ่งอาจเกิดอาการวิงเวียน เดินเซ หรือ postural hypotension ได้หากลุกขึ้นมาในตอนกลางคืน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเกิด tolerance ต่อฤทธิ์นี้ ทำให้อาการง่วงซึ้ลดลงในระยะหลัง

2) **ฤทธิ์ anticholinergic** เป็นฤทธิ์ข้างเคียงที่พบบ่อย อาการที่พบได้แก่ ปากคอแห้ง ท้องผูก ตามัว และปัสสาวะลำบาก บางอาการ เช่น accommodation disturbance และ blurred vision จะดีขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป หากมีอาการปัสสาวะลำบากอาจให้ bethanechol 25-50 มิลลิกรัม 3-4 ครั้งต่อวัน

3) **ฤทธิ์ด้าน cardiovascular** ยา tricyclic ทุกตัวทำให้ conduction time เพิ่มขึ้น จึงควรเลี่ยงในผู้ป่วยที่มี conduction defect ยาที่ค่อนข้างปลอดภัยได้แก่ยาในกลุ่มใหม่ เช่น mianserin, fluvoxamine และ fluoxetine

4) **ฤทธิ์ด้าน autonomic** ฤทธิ์ postural hypotension พบได้บ่อยโดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ ยา nortriptyline มีผลน้อยในการก่อให้เกิดอาการข้างเคียงนี้ การวัดความดันในท่านอนและนอนก่อนให้ยาอาจพอช่วยบอกได้

การรักษาระยะต่อเนื่อง (Continuation treatment)

เมื่อผู้ป่วยหายจากอาการแล้วไม่ควรรีบหยุดยา ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องไปอีกนาน 4-6 เดือน จากการศึกษาพบว่าในช่วงนี้ผู้ป่วยที่หยุดยาไปเกิด relapse สูงถึงร้อยละ 50 ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้ยาต่อเนื่อง relapse ร้อยละ 20 ในแง่ของขนาดยาปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะให้ขนาดเท่าเดิมต่อไปเนื่องจากพบว่าป้องกัน relapse ได้ดีกว่า อย่างไรก็ตามผู้ป่วยส่วนใหญ่มักลดยาเอง ซึ่งควรเตือนผู้ป่วยในเรื่องของการป้องกันว่าสำคัญ ในการหยุดยาคควรค่อย ๆ ลดยาลงโดยใช้เวลาเป็นเดือน หากลดเร็วผู้ป่วยมักมี withdrawal effects เช่น หงุดหงิด นอนไม่หลับ เป็นต้น

การป้องกันระยะยาว (Prophylactic treatment)

มีผู้ป่วยบางคนมีประวัติการป่วยมาหลายครั้งในอดีต ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ควรให้กินยาป้องกันต่อเนื่องไปเป็นระยะเวลานานเป็นปี ๆ โดยทั่วไปมีความเห็นว่าจะให้ยาต่อเนื่องต่อเมื่อผู้ป่วยมีประวัติอาการที่ชัดเจนของโรคซึมเศร้าอย่างน้อย 2-3 ครั้งขึ้นไป

3.2 การทำจิตบำบัดที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

จิตบำบัด เป็นการรักษาทางจิตชนิดหนึ่ง ด้วยการพูดคุยกับผู้ป่วยโดยผู้บำบัดวิเคราะห์ ภาพปัญหา หาสเหตุของปัญหา และร่วมกันในการแก้ไขสิ่งที่เป็นปัญหา หรือความทุกข์ ความคับข้องใจของผู้ป่วย จิตบำบัดที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Haykel & Akiskal, 1999 อ้างถึงใน ดวงใจ กสสานติธรรม, 2542) มี 2 รูปแบบ คือ การบำบัดด้านการนึกคิด (Cognitive therapy) และการบำบัดด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น (Interpersonal therapy)

3.2.1 การบำบัดด้านการนึกคิด (Cognitive therapy)

ความคิดความรู้สึกของผู้ป่วย (Subjective experience) มักจะไม่เป็นตามความจริง (objective reality) ผู้ป่วยมักจะมีความคิดแบบสุดขั้ว คือใช่ทั้งหมดหรือไม่ทั้งหมด (all or nothing) และเชื่อว่าอารมณ์เป็นผลของความคิด คิดอย่างไร รู้สึกอย่างนั้น การบำบัดด้านการนึกคิดมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาอารมณ์เศร้าและป้องกันอาการกำเริบ เป็นวิธีที่มีแบบแผนแน่นอน (highly structured) คือผู้บำบัดจะเป็นผู้คอยชี้แนะ นำทางหรือให้การบ้านสำหรับผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติระหว่างการรักษาแต่ละครั้งมักจะใช้ร่วมกับพฤติกรรมบำบัดโดยกระตุ้นหรือสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทดลองทำกิจกรรมต่างๆเพิ่มขึ้น แม้จะเป็นการฝึใจอยู่บ้างในระยะแรกๆ การปรับปรุงด้านการนึกคิดมี 4 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) ค้นหา (Identify) ความยึดมั่นของผู้ป่วย ได้จากการสังเกต สัมภาษณ์ผู้ป่วย เช่น “ผู้คนคงเห็นฉันเดินเกร็งๆ” หรือคิดว่าผู้ที่ไม่ยิ้มทักทายด้วยเพราะ “เขาคงไม่ชอบฉัน” เป็นต้น
- 2) ทดสอบความเป็นจริง (Reality test) โดยการให้ผู้ป่วยทดสอบความคิดของตนเองว่า ถูกต้องเป็นเรื่องจริงหรือไม่เพียงใด เพื่อจะได้ขจัดหรือหยุดความคิดนั้นเสีย เช่น ผู้ป่วยที่ชอบตำหนิตัวเอง ผู้บำบัดอาจซักถามทบทวนเหตุการณ์ทั้งหมดอย่างละเอียดถี่ถ้วน เพื่อหาจุดที่จะช่วยสรุปความจริงที่ถูกต้อง
- 3) การสรุปความคิดไม่เหมาะสม (Maladaptive assumption) เช่น “ถ้ามีใครไม่ชอบฉันสักคน หมายความว่าฉันเป็นคนไม่ดีเลย” ความคิดเช่นนี้ทำให้ทุกข์ใจและลงเอยด้วยโรคซึมเศร้า
- 4) ทดสอบการสรุปความคิดที่ไม่เหมาะสมว่าถูกต้องเพียงใด โดยการถามรายละเอียดของเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยได้สรุปความคิดดังกล่าว ผู้รักษาช่วยชี้แนะทางเลือกอื่นๆ และสนับสนุนให้มีการฝึกปฏิบัติทั้งด้านความคิดและพฤติกรรม

3.2.2 การบำบัดด้านสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น (Interpersonal therapy)

มีจุดประสงค์เพื่อลดอาการมึนศีรษะและเพิ่มความภูมิใจในตนเอง รวมทั้งเพื่อปรับบุคลิกภาพมนุษย์สัมพันธ์โดยเน้นที่ปัญหาความคับข้องใจในชีวิตปัจจุบันด้วยการให้ความรู้อธิบายให้ผู้ป่วยตระหนักถึงธรรมชาติ อาการ การดำเนินโรค วิธีการรักษาโรค การปรับระดับประคองทางสังคม ให้ความหวัง และให้กำลังใจกับผู้ป่วย เน้นให้ทราบว่าการอะซีมเศร่าเป็นโรคที่พบได้บ่อยมีคนเป็นกันมาก การพยากรณ์โรคดี อาการสงบได้เอง (WHO,1997) แต่ต้องใช้เวลาและอาจเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไปก่อน ผู้ป่วยควรปรับปรุงทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์เพื่อช่วยให้ปรับตัวได้กับปัจจัยเครียดในชีวิต ผู้ป่วยคนเดียวอาจมีปัญหาหลายด้าน ควรเลือกมาแก้ไขเพียงหนึ่งหรือสองปัญหาที่สำคัญ ชักจูงให้ผู้ป่วยฝึกหัดปรับปรุงตนเอง พยายามได้ใกล้ชิดคลุกคลีกับผู้อื่น สนับสนุนให้ผู้ป่วยพูดถึงความสัมพันธ์ทั้งบวกและลบที่เคยมีในอดีต เพื่อใช้เป็นแบบอย่างในการหาจุดอ่อนหรือข้อบกพร่องเพื่อนำมาปรับปรุง และสร้างความสัมพันธ์ครั้งต่อไปในอนาคต

3.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electro convulsive therapy)

ด้วยความเชื่อที่ว่าไฟฟ้าในปริมาณ และเวลาที่เหมาะสมจะสามารถกระตุ้นเซลล์สมองทำให้เกิดความสมดุลของระบบสื่อประสาท ซึ่งทำให้ลดภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีอาการมึนศีรษะรุนแรง และรักษาด้วยวิธีการอื่นๆ ไม่ได้ผล จึงมีการรักษาด้วยไฟฟ้า เกิดขึ้นมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1938 และพัฒนามาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

ผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกหวนเกรงและหวาดกลัววิธีการรักษานี้มาก เนื่องจากสภาพของการที่ต้องนอนให้ผู้ป่วยบำบัดนำแผ่นอิเล็กโทรดวางไว้ที่ขมับอาจจะทั้งสองด้านหรือด้านเดียว แล้วปล่อยกระแสไฟฟ้าผ่านเข้าสมองโดยตรง จากนั้นก็มีอาการเกร็ง และกระตุกของร่างกาย แม้ว่าผู้ป่วยจะจำอะไรในขณะนั้นไม่ได้ แต่ก็ยังรับรู้ว่าจะถูกช็อกไฟฟ้า ซึ่งสร้างความรู้สึกน่ากลัวเป็นอย่างยิ่ง จึงมักจะไม่นิยมพร้อมใจกับการบำบัดรักษาโดยวิธีนี้ นักในการรักษาด้วยไฟฟ้านี้พยาบาลจิตเวชมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องเตรียมผู้รับการรักษาให้พร้อมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ หลังจากการช็อกไฟฟ้าทุกครั้งพยาบาลจิตเวชต้องคอยประเมินและปรับระดับประคองจิตใจของผู้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (ศิริพร จีรวัดณ์กุล,2546)

อย่างไรก็ดีวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยไม่ว่าจะจัดการด้วยตนเอง หรือการจัดการโดยคนอื่นอย่างไม่ประสบความสำเร็จได้ดีเพียงพอ หากไม่ได้มีการพิจารณาถึงความคาดหวังของผู้ป่วยต่อวิธีการจัดการกับอาการแบบต่างๆ ผู้ป่วยบางรายมองโรคซึมเศร่าว่าเป็นโรคทางจิตใจ จึงควรรักษาด้วยวิธีจิตบำบัดหรือรักษาทางจิตสังคมเท่านั้น และปฏิเสธที่จะรับประทานยาโดยเด็ดขาด ในขณะที่บางรายมองโรคซึมเศร่าว่าเป็นความผิดปกติของชีวเคมี จึงต้องรักษาด้วยการรับประทานยาเพียงอย่างเดียว ผู้บำบัดจึงควรยืดหยุ่นตามความจำเป็น เพื่อรักษาความสัมพันธ์

กับผู้ป่วยให้ได้เสียก่อน ให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อถือว่าไว้วางใจและมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาอันเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการรักษาโรคซึมเศร้าให้เป็นผลสำเร็จ

5. ประสบการณ์การจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้านั้น จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในทุกๆด้านทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกหรือการรับรู้ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รวมทั้งพิจารณาเกี่ยวกับการศึกษาต่างๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถสรุปได้ถึงแนวคิดเกี่ยวกับประสบการณ์การจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมได้ดังนี้

แยกตัวออกจากสังคม

เนื่องจากผู้ป่วยซึมเศร้านั้นมักจะมีปัญหาในการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและเพื่อนฝูงรวมทั้งผู้อื่นด้วย ไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ของการเป็นสามีภรรยา, บิดามารดา, และสมาชิกของชุมชนได้ ซึ่งส่งผลให้เกิดการหย่าร้าง, ไม่สามารถมีบุตร และแยกตัวออกจากสังคมตามมาในที่สุด ภาวะจากการว่างงานและภาวะด้านการเงินเป็นผลสืบเนื่องมาจากการทำงานที่แย่ง, สูญเสียงาน, ใช้เวลาในการทำงานมาก (Kaplan and Sadock, 2000; Depression Guideline Panel, 1994) รวมทั้งมีการสูญเสียความเชื่อความศรัทธาในพระเจ้า และจิตวิญญาณด้วย (Stuart and Sundeen, 1995) ในขณะที่ความคิดในแง่ลบ การแยกตัว การขาดทักษะสัมพันธ์ อารมณ์เฉยเฉยและอารมณ์ซึมเศร้าอื่นๆ จะส่งผลกระทบและได้รับทำที่ตอบสนองในทางลบจากผู้อื่น ยิ่งทำให้ผู้ป่วยท้อแท้ ทอดอาลัย มองตนเองว่าล้มเหลว ไม่สมหวังไปในทุกสิ่งจนท่วมท้น อาการกำเริบง่ายขึ้นแม้มีเรื่องกดดันเพียงเล็กน้อย ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลให้สูญเสีย ฝันหวังมากกว่าที่ควรจะเป็น เช่นผู้ป่วยที่อารมณ์หงุดหงิด เย็นชาใส่เพื่อนๆ เพื่อนๆก็จะพากันกลัวไม่กล้าพูดคุยด้วย ผู้ป่วยก็ยังเสียใจซึมเศร้า รู้สึกว่าไม่มีใครรัก ไม่มีใครสนใจ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามียุติสัมพันธ์กับผู้อื่นแย่ง ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องเผชิญกับความลำบากใจในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ไม่ต่างจากครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท (Jenkin et al, 1999) ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดความรู้สึกเป็นตราบาปหรือเกิดความรู้สึกผิด มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอีกเป็นจำนวนมากที่ไม่กล้าที่จะเข้ารับการตรวจรักษา เนื่องจากครอบครัวหรือตัวผู้ป่วยเอง ไม่ตระหนักว่าเป็นโรคซึมเศร้าและไม่ตระหนักถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้จากการฆ่าตัวตาย การศึกษาของ McNair และคณะ (2002) ทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เรื่อง มุมมองของบุคคลผู้ที่มีชีวิตอยู่ด้วยภาวะอารมณ์จากโรคซึมเศร้า (Perspectives of people whose

lives have been affected by depression) ผลการศึกษาพบว่า ประเด็นหลักของประสบการณ์ของผู้ป่วยซึมเศร้า นั้น คือ ความรู้สึกเป็นตราบาป (Stigma) ซึ่งเกิดขึ้นทั้งในระหว่างการเข้ารับบริการทางด้านสุขภาพและการเข้าอยู่ร่วมในสังคมกับบุคคลอื่น และเกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพการงานของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วย ผู้ป่วยซึมเศร้าที่ฟื้นฟูหายจากการเป็นโรคซึมเศร้าจะเกิด “ความกลัว” โดยผู้ป่วยจะกลัวการกลับเป็นซ้ำและกลัวอาการกำเริบ (Carson and Arnold,1996) ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นความกลัวที่ถูกต้อง นั่นคือ โรคซึมเศร้ามีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูงประมาณร้อยละ 50-60 ของผู้ป่วยซึมเศร้า มักกลัวการเผชิญกับโรคซึมเศร้าอีกครั้ง (Carson and Arnold,1996) ผู้ป่วยซึมเศร้ากลัวว่าลูกของตนเองจะเป็นโรคซึมเศร้าด้วย ซึ่งเป็นจริงที่ว่าปัจจัยทางด้านพันธุกรรมได้ระบุว่า หากมีบิดาหรือมารดาป่วยเป็นโรคซึมเศร้าบุตรจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 10-13 (Stuart and Sundeen , 1995) ผู้ป่วยซึมเศร้ากลัวว่าคนอื่นจะมีปฏิกิริยาต่อตนเองในทางไม่ดีเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคซึมเศร้า ทั้งเรื่องจริงและสิ่งที่ผู้ป่วยคาดคิด ผู้ป่วยกลัวว่าจะถูกไล่ออกจากงาน, กลัวเสียสวัสดิการ และกลัวการสูญเสียสถานภาพทางสังคม หากมีผู้ใดรู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (Carson and Arnold,1996) ด้วยภาวะอาการของโรคซึมเศร้าที่มักจะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยที่หายจากการเป็นโรคซึมเศร้าแล้ว กลัวว่าคนอื่นจะมีปฏิกิริยาต่อตนเองในทางลบเนื่องจากประสบการณ์ของคนนั้นๆกับผู้ป่วยขณะเจ็บป่วยอาจจะไม่ดีนัก (Carson and Arnold,1996)ซึ่งทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้นนั้นทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกผิด และแยกตัวเองออกมาจากสังคมในที่สุด

ฆ่าตัวตาย

ความคิดหมกมุ่นอยู่กับความตายพบได้บ่อยประมาณร้อยละ 75 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งร้อยละ 15 พยายามฆ่าตัวตาย (Fontaine and Fletcher,1995; Stuart and Sundeen , 1995 ; สมภพ เรื่องตระกูล ,2543) ความคิดหมกมุ่นอยู่กับความตาย อาการอาจจะมีตั้งแต่รู้สึกกลัวตาย คิดถึงหรือฝันถึงญาติหรือเพื่อนใกล้ชิดที่เสียชีวิต ความคิดอยากตายพบได้ในผู้ป่วยซึมเศร้าระดับรุนแรงแทบทุกคน ผู้ป่วยมักคิดว่าการตายน่าจะเป็นทางออกที่ดีสำหรับตนเอง หรือกับบุคคลที่รักใคร่ห่วงใย (ดวงใจ กสานติกุล,2542) ซึ่งการพยายามฆ่าตัวตายนั้น หมายถึง การที่บุคคลมีความคิด และลงมือกระทำให้ตนเองได้รับความเจ็บป่วยหรือเป็นอัตรายซึ่งถือว่าการทำลายตนเองโดยตรง หรือหมายถึง พฤติกรรมการทำร้ายตนเองเพื่อให้ตายหรือไม่ก็ตาม หรือการพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่ตาย อันตรายจากการฆ่าตัวตายเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้เสมอในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีความรู้สึกท้อแท้ หหมดหวัง หหมดกำลังใจ หหมดความหวัง ไม่ต้องการมีชีวิตอยู่ จึงต้องการทำลายตนเอง

มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าว่าผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าชนิด Major Depressive Disorder จำนวนร้อยละ 25-50 เคยพยายามฆ่าตัวตาย และร้อยละ 15 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดที่มีอาการหลงผิดร่วมด้วย (Delusional Major Depressive Disorder) มีจำนวนผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเป็น 5.3 เท่าของผู้ที่ไม่มีอาการหลงผิดร่วมด้วย (Black et al.,1988 อ้างถึงใน ศิริพร จิรวัดนกุล,2546)

เข้ารับการรักษาจากทีมสุขภาพ/ไม่ร่วมมือในการบำบัดรักษา

เนื่องจากในปัจจุบันความก้าวหน้าทางการแพทย์ได้บ่งชี้และสนับสนุนว่า โรคซึมเศร้าเกี่ยวข้องกับความแปรปรวนของชีวภาพในร่างกาย โดยเฉพาะที่สมอง การให้ยาต้านเศร้าหรือยาคุมอารมณ์ สามารถรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าได้ผลดี ยานานใหม่ ๆ มีประสิทธิภาพ และมีผลข้างเคียงน้อย จะช่วยให้ผู้ป่วยยินยอมหรือร่วมมือรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อป้องกันอาการกำเริบ ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดความหวังที่จะหาย เนื่องจากการรักษาในปัจจุบันได้มีการให้ยาต้านเศร้าร่วมกับการแนะนำด้านการปรับตัวหรือทักษะสังคมหรือจิตบำบัด จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับคนรอบข้างและเผชิญกับปัญหาชีวิตได้ดีขึ้น (ดวงใจ กษานติกุล ,2542) โดยโรคซึมเศร้านี้สามารถรักษาให้หายขาดได้ Schreiber R. (2001) ศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในสตรี พบว่า ประเด็นที่สำคัญประเด็นหนึ่งของประสบการณ์การเจ็บป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ได้แก่ การเจ็บป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเป็นสิ่งที่ต้องรักษาและเรียนรู้ และมีความหวังที่จะหาย ทำให้เมื่อผู้ป่วยมีอาการที่บ่งชี้ให้ทราบว่าอาจเกิดอาการกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำ จะมาพบแพทย์หรือทีมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดอาการที่รุนแรงขึ้น

อย่างไรก็ตามสำหรับการเข้ารับการรักษาจากทีมสุขภาพ โดยเฉพาะกับทีมสุขภาพทางด้านจิตเวชนั้น ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดความรู้สึกอับอาย กลัวว่าคนอื่นจะมองตนไปในทางลบ บางครั้งการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยยาในผู้ป่วยบางราย อาจมีการให้ยาต้านโรคจิตร่วมด้วย ผู้ป่วยอาจเกิดอาการข้างเคียงของยาต้านโรคจิตดังกล่าว ซึ่งมักเป็นอาการที่ก่อให้เกิดความรำคาญและน่าอับอาย เช่น ปากแห้ง เดินตัวแข็ง น้ำลายไหล เป็นต้น ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้วบางรายอาจหยุดรับประทานยาเอง หรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง รวมทั้งการรักษาโรคซึมเศร้าแม้ว่าจะสามารถหายขาดได้ แต่ก็ต้องใช้ระยะเวลาอันยาวนาน อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาก็เป็นได้

การทำใจและการปลง

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีวิธีการจัดการกับอาการด้วยการทำใจ ช่มใจ ทำงานอดิเรก เข้าวัดหาความสงบใจ (ดวงใจ กสานติกุล และคณะ, 2529) หรือรับการบำบัดจากพระ หมออดู คนทรง เนื่องจากสังคมไทยยังเชื่อเรื่องไสยศาสตร์ เช่น ผีปอบ ผีเข้า ถูกของ ฯลฯ วิธีดังกล่าวได้ผลพอสมควรในรายที่ไม่เป็นรุนแรงนัก อาการอาจจะบรรเทาได้บ้าง แต่ในรายที่เป็นรุนแรงวิธีการดังกล่าวจะไม่ได้ผล

6. แนวคิดการวิจัยทางปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology)

เป็นการวิจัยที่มีรากฐานมาจากหลักปรัชญา (Philosophy) เป็นการศึกษาปรากฏการณ์การให้ความหมายจากประสบการณ์ตามสถานการณ์ที่เป็นจริง และตามการรับรู้ของผู้ที่อาศัยอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ เน้นธรรมชาติ (Nature) และความเป็นจริง (Truth) ของปรากฏการณ์ และสะท้อนให้เห็นถึงบริบทของปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้ง ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษา หรือ ธรรมชาติของมนุษย์ โดยเชื่อมโยงระหว่างความจริงและการรับรู้ ทฤษฎีและการปฏิบัติ บุคคลที่ได้รับการยกย่องให้เป็นบิดาของปรัชญาแนวปรากฏการณ์วิทยาคือ Hesserl (Streubert and Carpenter, 1995) ซึ่งมีแนวคิดหลักที่สำคัญ คือ การค้นหาความจริงที่ปรากฏอยู่ โดยไม่มีการคิดล่วงหน้า หรือถ้ามี ผู้ศึกษาจะต้องแยกออกจากสิ่งที่กำลังศึกษา และเนื่องจากฮัสเซลมีพื้นฐานเป็นนักคณิตศาสตร์ จึงใช้คำว่า “ เกือบไว้ในวงเล็บ ” (bracketing) และมีกระบวนการตัดทอน (reduction) ของข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องออกไป เพื่อให้ได้ความหมายของสิ่งที่ต้องการศึกษาอย่างแท้จริง ซึ่งต่อมาไฮเตกเจอร์ (Heidegger) ได้พัฒนาแนวคิดของการศึกษาทางปรากฏการณ์วิทยา เป็นปรากฏการณ์วิทยาเพื่อการทำความเข้าใจมนุษย์ (Hermeneutic phenomenology) โดยเน้นว่า เป็นการค้นหาเพื่อแปลความหมายของการมีชีวิตหรือการเป็นอยู่ในปรากฏการณ์นั้นๆ ของบุคคลว่ามีความหมายต่อบุคคลนั้นอย่างไร ดังนั้นความเข้าใจแนวคิดของความเป็นบุคคลจึงมีความสำคัญเพราะจะนำไปสู่แนวคิดการเลือกใช้ปรัชญานี้เป็นระเบียบวิธีวิจัย

แนวคิดการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological research) เป็นระเบียบวิธีการวิจัยรูปแบบหนึ่งของการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (lived experience) และศึกษาโลกของการดำรงชีวิตอยู่ (life - world) ซึ่งมีพื้นฐานแนวความเชื่อ ตามกระแสแนวคิดสำนักปรากฏการณ์นิยม อันเป็นแนวคิดทางด้านสังคมศาสตร์และมนุษย์ศาสตร์ โดยมีสาระสำคัญว่า สังคมมนุษย์มีลักษณะระเคื่อนไหว

ตลอดเวลา การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในสังคม มีลักษณะเฉพาะแต่ละสังคม และแต่ละกาลเวลา ปรากฏการณ์ทางสังคมเกิดขึ้นเพราะ มนุษย์มีการรับรู้ ให้ความหมาย และ แสดงพฤติกรรมที่ถือว่าเหมาะสมกับบริบทที่ตนอาศัยอยู่ ณ เวลานั้นๆ ออกมา ดังนั้น ผู้ที่เป็นสมาชิกของสังคมนั้นๆ เท่านั้นจึงจะเป็นผู้ที่รู้ข้อเท็จจริงของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น (ชาย โภธิสิตา, 2536)

ปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เป็นทั้งปรัชญา และวิธีการสืบค้น และอธิบาย โดยตรงจากปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหมด รวมตลอดถึงประสบการณ์ของมนุษย์ ตามสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นอย่างลึกซึ้ง ทั้งด้านกว้างและลึก (Omery, 1983) โดยไม่คำนึงถึงทฤษฎีหรือคำอธิบาย ความเป็นเหตุเป็นผลของปรากฏการณ์ที่มีอยู่ก่อน การสืบค้นและการอธิบายปรากฏการณ์จะต้องมีความเป็นอิสระจากแนวคิดเดิม และการคาดการณ์ต่างๆ มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (Streubert & Carpenter, 1999) ลักษณะของผู้วิจัยทางปรากฏการณ์วิทยาจึงต้องเป็นผู้มีสติและมีความตระหนักในตนเองอยู่ตลอดเวลา ทำตนเองเป็นผู้ไม่รู้ เพื่อให้สามารถตั้งคำถามที่ต้องการศึกษาได้อย่างเต็มที่ ตลอดจนต้องทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างลึกซึ้งจนเกิดความซึมซาบเข้าสู่จิตสำนึกของผู้วิจัย เกิดเป็นความรู้ ความเข้าใจปรากฏการณ์ เหล่านั้นในที่สุด

องค์ประกอบในการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

1) **ผู้วิจัย** : ในการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาผู้วิจัยมีหน้าที่ในการทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลและนำข้อมูลนั้นมานำเสนอตามความเป็นจริงของข้อมูลในโลกทัศน์ (world view) ของปรากฏการณ์ที่ศึกษา ตัวผู้วิจัยจะเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการวิจัยครั้งนี้ เพราะผู้วิจัยต้องเป็นผู้เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง

2) **ผู้ให้ข้อมูลหลัก** : ผู้ให้ข้อมูลหลักถือว่าเป็นเจ้าของประสบการณ์ ผู้วิจัยจึงต้องให้ความเคารพและพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลหลักอย่างเคร่งครัด งานวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาส่วนใหญ่จึงมักไม่นำเสนอชื่อผู้ให้ข้อมูลหลักหรือสถานที่ที่ผู้วิจัยทำการวิจัย นอกจากนั้นในการวิจัยเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์วิทยาผู้วิจัยจะไม่กระทำตัวเป็นเพียงผู้เข้าไปเก็บข้อมูลเพียงอย่างเดียว หากแต่ต้อง เป็นผู้ให้ด้วย เช่น ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลประสบการณ์ความเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ในขณะที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อเก็บข้อมูล ผู้วิจัยอาจต้องแลกเปลี่ยนและให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพแก่ผู้ให้ข้อมูลด้วย เป็นต้น

3) **การเก็บรวบรวมข้อมูล** : ในงานวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยา ผู้วิจัยต้องเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ในเรื่องที่ศึกษา เป็นคนใน (emic) ในปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างแท้จริง ซึ่งผู้วิจัยสามารถใช้กลวิธีที่หลากหลายในการคัดเลือกรวมทั้งอาจใช้วิธีการเชิงปริมาณเข้าช่วยในการให้ได้มาซึ่งผู้ให้ข้อมูลด้วยก็ได้ นอกจากนั้นผู้วิจัยยังต้องคำนึงถึงความสามารถในการสื่อสาร ความ

เข้าใจในเรื่องภาษา และที่สำคัญที่สุดคือความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลสามารถกระทำได้หลายวิธี เช่น การสังเกต การบันทึกภาคสนาม การสัมภาษณ์

4) **การจัดการข้อมูล** : การจัดการกับข้อมูลผู้วิจัยต้องรู้จักการจัดเก็บข้อมูลอย่างถูกต้อง ซึ่งงานวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยา มักใช้การบันทึกภาคสนาม และการบันทึกเทปการสัมภาษณ์ เป็นกลวิธีหลักในการจัดเก็บข้อมูล การจัดทำบันทึกภาคสนามคือการจดบันทึกทั้งฉากของเหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ โดยผู้วิจัยต้องบรรยายรายละเอียดที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่ศึกษาให้ชัดเจนและมากที่สุดรวมทั้งบันทึกปัญหา ความรู้สึกของผู้วิจัยที่เกิดขึ้นขณะเข้าสู่สนามการวิจัย สำหรับการบันทึกเทปการสัมภาษณ์ผู้วิจัยต้องเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์เครื่องบันทึกเทปและเทปบันทึกให้ดีเพื่อป้องกันปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น และภายหลังการสัมภาษณ์ผู้วิจัยต้องจัดการกับข้อมูลการสัมภาษณ์ทันทีโดยต้องฟังเทปและตรวจสอบความถูกต้องชัดเจนของเนื้อหา เพื่อการสัมภาษณ์เพิ่มเติม นอกจากนี้ผู้วิจัยยังต้องนำข้อมูลมาจัดเก็บเป็นแฟ้มข้อมูลที่เป็นระเบียบเพื่อความสะดวกในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

5) **การวิเคราะห์ข้อมูล** : การวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยาการวิเคราะห์ข้อมูลจะกระทำไปพร้อมๆกับการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยต้องกระทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยสามารถเลือกวิธีวิเคราะห์ข้อมูลที่สอดคล้องกับปัญหาและแนวคิดการวิจัย รวมทั้งอาจใช้ Program computer ช่วยในการวิเคราะห์

แนวคิดการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาทางพยาบาลศาสตร์

การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเริ่มเป็นที่แพร่หลายและใช้เป็นกลวิธีการศึกษาเพื่อตอบปัญหาการวิจัยทางการพยาบาลในราว ค.ศ.1970 (Anderson, 1989) โดยพยาบาลที่ทำวิจัยเริ่มตั้งคำถามการวิจัยที่เน้นศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วย ประกอบกับมีนักวิจัยและนักทฤษฎีการพยาบาลหลายท่านให้ความสนใจแนวคิดด้านมนุษยวิทยา การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาจึงเริ่มแพร่หลายในการวิจัยทางการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

ศาสตร์ทางการพยาบาลเป็นศาสตร์ของการปฏิบัติ การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาสามารถช่วยให้พยาบาลเข้าใจปรากฏการณ์พื้นฐานต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติการพยาบาล เช่น ความสุขสบาย (comfort) การสัมผัส (touch) รวมทั้งปฏิกิริยาของผู้ป่วยอื่นๆ ที่เกิดขึ้นทางการพยาบาล (Meleis, 1991) รวมทั้งการปฏิบัติการพยาบาลเป็นการวินิจฉัยปัญหา และให้การดูแลตอบสนองต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยซึ่งมีลักษณะเฉพาะเจาะจงแต่ละบุคคล การศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตขณะมีความเจ็บป่วย จึงช่วยให้มีการพัฒนาการปฏิบัติการ

พยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละรายอย่างเป็นองค์รวม และพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาลได้

หลักและแนวคิดของปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl (Husserlian Tradition)

Edmund Husserl (1859-1938) เป็นผู้เริ่มใช้คำว่า Phenomenology ซึ่งแนวคิดนี้มาจากคำถามที่ว่า “What is being?” โดยมีแนวคิดหลักสำคัญคือ การค้นหาความจริงที่ปรากฏอยู่ โดยไม่มีการคิดล่วงหน้า หรือต้องแยกผู้ที่ศึกษาออกจากสิ่งที่กำลังศึกษาอยู่ Husserl เน้นการศึกษาความรู้ในธรรมชาติโดยปราศจากการเข้าไปกระทำกับข้อมูลอย่างเข้มงวด (rigorous) จึงมีแนวคิดสำคัญเกี่ยวกับประสบการณ์ 3 ประการ (Koch,1995) คือ

1) องค์ประกอบสำคัญ (essence) คือความหมายที่เป็นจริง เพื่อให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษา เป็นความหมายที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล อาจเกิดขึ้นเฉพาะบุคคลหรือสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

2) การหยั่งรู้ (intuiting) คือการจินตนาการ (eidetic) หรือแปลความจากความหมายของปรากฏการณ์ที่ศึกษาเท่าที่จะเป็นไปได้จากข้อมูล จนกว่าจะเข้าใจปรากฏการณ์อย่างแท้จริง

3) การจัดกรอบแนวคิด (phenomenological reduction or bracketing) คือการที่ผู้วิจัยต้องเปิดเผยความเชื่อ และความคิดของตนเกี่ยวกับเรื่องที่จะศึกษา และจัดกรอบแนวคิด การคาดคะเนของตน เพื่อเปิดรับประสบการณ์ เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์นั้นตามที่เป็น ขจัดอคติเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา

การศึกษาวิจัยตามแนวคิดของ Husserl จึงมีลักษณะเป็นการพรรณนาปรากฏการณ์ (descriptive) โดย Husserl ได้ให้กล่าวถึงคำว่า “ประสบการณ์ (experience)” ว่าต้องเป็นสิ่งที่เกิดจากความมีสติ (consciousness) (Priest,2000)

การที่ผู้วิจัยจะสามารถพรรณนาปรากฏการณ์ได้ตรงตามแนวคิดของ Husserl นั้นผู้วิจัยต้องอาศัยวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจง เพื่อให้เกิด การแยกผู้ที่วิจัยออกจากสิ่งที่กำลังศึกษาอยู่ ทำให้ได้ความรู้ในธรรมชาติโดยปราศจากการเข้าไปกระทำกับข้อมูลอย่างเข้มงวด (rigorous) ซึ่งมีนักวิชาการหลายท่านได้ออกแบบกลวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้เกิดการพรรณนาปรากฏการณ์อย่างมีความน่าเชื่อถือ ถูกต้อง เช่น วิธีของ Colaizzi (1978) วิธีของ Van Kaam(1969) วิธีของ Hycner(1985)

ในงานวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยาทางการพยาบาลตามแนวคิดของ Husserl มักพบว่าการวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีของ Colaizzi (1978) เพราะเป็นวิธีการที่ทำให้เกิดการเข้าใจและหยั่งถึงประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงจากการทบทวนข้อมูล เกิดการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างลึกซึ้งและให้ผู้ให้

ข้อมูลเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้มา การวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวคิดการวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบของ Colaizzi (1978 cited in Streubert & Carpenter, 1999) มีขั้นตอนดังนี้

1) อ่านบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจโดย ถอดความจากเทปบันทึกการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim) ออกมาเป็นบทสนทนา อ่านบทสนทณาร่วมกับฟังเทปซ้ำ จากนั้นอ่านบทสนทนาซ้ำหลายๆครั้ง เพื่อทำความเข้าใจ (make sense) ร่วมกับบันทึกภาคสนาม เพื่อทบทวนเหตุการณ์และเติมเต็ม (supply) ข้อมูลที่ขาดหายไป และอ่านบทสนทนาบรรทัดต่อบรรทัดพร้อมทั้งให้รหัสข้อมูล

2) ดึงข้อความสำคัญที่กล่าวซ้ำๆออกมา

3) พยายามให้ความหมายที่เป็นไปได้ของแต่ละข้อความนั้น

4) จัดระบบความหมายของข้อความเป็นกลุ่มประเด็น

5) เขียนอธิบายประเด็นเป็นความเรียงอย่างละเอียด

6) กลับไปหาผู้ให้ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและการแปลความหมายของผู้วิจัย

7) กลับมาแก้ไขตามที่ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ เขียนประเด็นข้อมูลและการแปลความหมายเป็นความเรียงจนมั่นใจว่าได้ข้อมูลที่อิมตัว

การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness)

ในงานวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยา ความเชื่อถือได้ของข้อมูลจะประกอบไปด้วย ความถูกต้องของระเบียบวิจัย การทอนความคิดของผู้วิจัย การยืนยันความถูกต้อง ความครบถ้วนของ ความหมายโดยผู้ให้ข้อมูล และความรู้สึกมีอารมณ์ร่วมไปกับปรากฏการณ์ของผู้วิจัย โดย Trustworthiness จะเกิดขึ้นจากการที่ผู้วิจัยมี Bracketing and intentionally ซึ่งผู้วิจัยสามารถทำการตรวจสอบโดย (Streubert & Carpenter, 1999; Priest, 2002)

1) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล

2) วางแผนการวิจัยตามระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์

3) เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล โดยผู้วิจัยตระหนักถึงการป้องกันและลดอคติจากผู้วิจัยตลอดเวลา

4) ทำการถอดเทปจากการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ

5) การวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยเขียนกลุ่มประเด็นสำคัญจากการวิเคราะห์ข้อมูล ยกตัวอย่าง ประโยคที่สื่อความเข้าใจประเด็นนั้น โดยใช้ถ้อยคำของให้ข้อมูลมากที่สุด หากมีความจำเป็นต้องตัดคำบางคำของผู้ให้ข้อมูลจะกระทำเพื่อให้มีการสื่อความหมายที่กระชับชัดเจน โดยความหมายเดิมไม่เปลี่ยนไป

6) ให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง โดยคำนึงถึงความสามารถทางการอ่านและภาวะของผู้ให้ข้อมูล จากนั้นเปิดโอกาสให้อธิบายเพิ่มเติมในกรณีที่ข้อมูลไม่ชัดเจนและเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มในส่วนที่ไม่ครบ จากนั้นปรับตามความคิดของผู้ให้สัมภาษณ์ และรับรอง

7) ตรวจสอบการดำเนินการวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลแบบมีผู้วิเคราะห์ร่วม (Collaborative analysis) โดยวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

8) ผู้วิจัยตรวจสอบโดยคิดทบทวน ประเมินตนเอง จุดบันทึกความคิด ความรู้สึก เหตุการณ์ปัญหา ที่เกิดขึ้นในสนามเป็นรายวันและอ่านทบทวนเป็นระยะ

7. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในแง่มุมมองของการหาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า เช่น Matin ,G. Cole 2003 ศึกษาแบบ systemic review และ Meta analysis ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนในการศึกษาเชิงปริมาณ ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวได้แก่ bereavement ,sleep disturbance, disability, prior depression, and female ส่วนการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้แก่ disability, new medical illness, poor health status, prior depression, poor self-perceived health, and bereavement เป็นต้น

การศึกษาส่วนหนึ่งให้ความสำคัญต่อการลดภาวะซึมเศร้าโดยการให้ intervention ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น การศึกษาการรักษาภาวะซึมเศร้าโดยการให้ยา, การทำจิตบำบัด หรือ กิจกรรมบำบัดต่างๆ เช่น cognitive therapy, interpersonal therapy , family therapy เป็นต้น

นอกเหนือจากแง่มุมด้านการลดภาวะซึมเศร้าแล้ว ยังมีการศึกษาถึงเครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้าต่างๆ เช่น การหาความเที่ยง ความตรง ในแต่ละแบบวัด เพื่อให้เหมาะสมต่อบริบทที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า มีการนำแบบวัดภาวะซึมเศร้าไปศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ทั้งผู้ป่วยผ่ายกายและผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งบุคคลในวัยต่างๆ เช่น การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การศึกษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเด็กวัยรุ่นหรือในสตรีที่ถูกทารุณกรรม เป็นต้น มีการศึกษาทางปรากฏการณ์วิทยาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยซึมเศร้า ที่ชี้ให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้านั้นมีความหมายได้ทั้งเชิงบวกคือการปรับตัว และเชิงลบคือพยาธิสภาพทางจิต

McNair,B.G. et al (2002) ทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เรื่อง มุมมองของบุคคลผู้ซึ่งมีชีวิตอยู่ด้วยภาวะอารมณ์จากโรคซึมเศร้า (Perspectives of people whose lives have been affected by depression) ผลการศึกษาพบว่า ประเด็นหลักของประสบการณ์ของผู้ป่วย

ซึมเศร้านั้น ได้แก่ 1) ความรู้สึกเป็นตราบาป (Stigma) ซึ่งเกิดขึ้นทั้งในระหว่างการเข้ารับบริการ ทางด้านสุขภาพและการเข้าอยู่ร่วมในสังคมกับบุคคลอื่น และเกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพด้วย 2) ความไม่เพียงพอของการบริการในระดับปฐมภูมิและระบบการรักษาที่เฉพาะทาง รวมทั้งการ บำบัดรักษาโดยวิธีการที่ไม่ใช่ยา 3) มีทัศนคติที่ก่อให้เกิดความรู้สึกมีตราบาปจากบุคลากร ทางด้านสุขภาพ และ 4) ผู้ป่วยยังขาดความรู้และการดูแลตนเองหรือร่วมกับแหล่งบริการสุขภาพ ต่างๆ รวมทั้งการขาดความรู้และการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าด้วยเช่นกัน

Farmer TJ.(2002) ทำการศึกษาเชิงคุณภาพเรื่องประสบการณ์การเจ็บป่วยเป็นโรค ซึมเศร้าในวัยรุ่น พบว่า ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยจากโรคซึมเศร้านั้น ผู้ป่วยซึมเศร้า วัยรุ่นจะมีความรู้สึกโกรธ (Anger) อ่อนเพลีย (Fatigue) และความยากในการมีปฏิสัมพันธ์กับ บุคคลอื่น

Schreiber R. (2001) ศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในสตรี พบว่า ประเด็นที่สำคัญของประสบการณ์การเจ็บป่วยคือ 1) เป็นความรู้สึกถูกข่มเหง (Oppression) และ หมดพลังอำนาจ (Marginalization), 2) การเจ็บป่วยเป็นผลกระทบที่เกิดจากสตรีที่ถูกทำทารุณ กรรม, การเจ็บป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเป็นสิ่งที่ต้องรักษาและเรียนรู้ และ 4) ความหวังที่จะหาย

Kadam UT et al (2001) ได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพ เรื่อง มุมมองของผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าและโรคจิตกังวลเกี่ยวกับความต้องการการได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยต้องการการดูแลทางด้านสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยอย่างเป็นพิเศษ 2) มี ความรู้สึกสงสัย ไม่แน่ใจเกี่ยวกับการรักษาโดยการใช่ยา การศึกษาดังที่กล่าวมานั้นทำให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีประสบการณ์การเจ็บป่วยที่หลากหลายแตกต่างกันไปตามวัย เพศ หรือแม้แต่ ประสบการณ์การได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพ

สำหรับงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการตนเองในสาขาการพยาบาลมีหลายเรื่องซึ่งส่วนใหญ่ จะศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และต้องการการดูแลเพื่อควบคุมอาการ ได้มีผู้นำแนวคิด การจัดการตนเองไปใช้ในการทำโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมสภาวะของโรคในผู้ป่วย โรคต่างๆ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดังนี้

Berg, J. et al.(1997) ได้นำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้ในผู้ป่วยโรคหอบหืด จำนวน 55 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 31 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 24 ราย โดยกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ และการกำกับตนเองเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการยอมปฏิบัติตาม ในการรักษามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Sureporn Thanasilp (2001) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคอ้วนจากเขื่อนนิคมอุตสาหกรรม คาร์นิโอ ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการจัดการกับอาการที่มีพื้นฐานมาจากโมเดลการจัดการกับอาการและแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง เมื่อนัดติดตามผล 1 เดือน ผู้ป่วยมีอาการของโรคอ้วนลดลง น้อยกว่าและมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Glasgow, Toobert และ Hampson (1996 อ้างถึงในจิตติมา จรุงสุทธิ, 2545) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลของพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ใหญ่จำนวน 206 คน ทั้งชนิดพึ่งอินซูลินและไม่พึ่งอินซูลินอายุ 40 ปีขึ้นไป แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 108 คน และกลุ่มควบคุม 98 คน กลุ่มทดลองได้รับความรู้ด้านการจัดการเรื่องอาหารด้วยตนเอง มุ่งเน้นที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารของผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องร่วมตั้งเป้าหมายในการกำหนดการรับประทานอาหาร จะได้รับการแนะนำอาหารที่มีไขมันน้อย มีใยอาหารมาก ได้รับสื่อการสอนเป็นวีดีโอไปดูที่บ้าน ซึ่งจะมีเนื้อหาเกี่ยวกับการเลือกซื้ออาหาร อาหารที่ควรรับประทาน และโทรศัพท์ไปติดตามผู้ป่วยที่บ้านเมื่อครบ 1 และ 3 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการตามปกติ เมื่อนัดติดตามผล 3 เดือนพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ปริมาณแคลอรีที่ร่างกายได้รับในแต่ละวันลดลงมากกว่า 150 กิโลแคลอรี เปอร์เซ็นต์แคลอรีจากไขมันต่ำกว่าค่ามาตรฐาน 4.6 % และจากไขมันอิ่มตัวต่ำกว่าค่ามาตรฐาน 1.5 % Serum cholesterol ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วยไม่มีความแตกต่างกัน

บุญเยี่ยม จตุวิโรจน์ และวิวัฒน์ ลีลาสำราญ (2544) ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของโครงการส่งเสริมการบริหารตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 58 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 29 ราย และกลุ่มควบคุม 29 ราย โดยกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโครงการส่งเสริมการบริหารตนเอง และกลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติ โดยการให้ความรู้เรื่องโรค การควบคุมโรค การบริหารตนเองโดยการฉายวิถีทัศน์ ให้คำปรึกษา ร่วมกับผู้ป่วยตั้งเป้าหมายระดับน้ำตาลในเลือด ให้ผู้ป่วยสัญญาว่าจะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้การเสริมแรงโดยการให้กำลังใจ คำชมเชย จัดกลุ่มให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ใช้การสนับสนุนจากครอบครัว โดยให้สมาชิกในครอบครัวสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย มีการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วย คือ จัดมุมเบาหวาน จัดแบบจำลองอาหาร แจกเตือนวันนัดล่วงหน้าโดยการใช้โทรศัพท์หรือส่งไปรษณียบัตรถึงผู้ป่วยก่อนวันนัด 1 สัปดาห์ แจกคู่มือ สมุดบันทึกผลการตรวจ ให้ผู้ป่วยยืมหนังสือไปอ่านที่บ้าน นัดติดตามเมื่อครบ 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะลดลง และมีอัตราการมาตรวจตามนัดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Tschopp et al. (2002) ที่ใช้การจัดการตนเองมาใช้ในผู้ป่วยโรคหอบหืด โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยาของโรค การป้องกันการเกิดอาการหอบเหนื่อย การใช้ยา เทคนิคการหายใจ การป้องกันและจัดการเมื่อเกิดอาการหอบหืด ให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง และการดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อมีอาการ นัดติดตามผลเมื่อครบ 12 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง อัตราการหยุดงานลดลง การขอคำปรึกษากรณีฉุกเฉินลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จิตติมา จงฤษสิทธิ์ (2545) ได้นำแนวคิดการจัดการตนเองร่วมกับเทคนิคการกำกับตนเองมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ประกอบด้วย ให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน อาการ ภาวะแทรกซ้อน การรักษา การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คือ ควบคุมอาหารโดยใช้อาหารเปลี่ยน การออกกำลังกาย และสังเกตอาการแทรกซ้อนจากการใช้ยา การมาตรวจตามนัด การจัดการกับความเครียดและเผชิญปัญหา กลวิธีและขั้นตอนการกำกับตนเอง ฝึกทักษะการทดสอบน้ำตาลในปัสสาวะด้วยตนเอง และมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินผล ผลการวิจัยพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Watee Kangchai (2001) ที่นำแนวคิดการจัดการตนเองร่วมกับการกำกับตนเองไปใช้ในผู้ป่วยสูงอายุสตรีที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ แล้วติดตามผลการปฏิบัติการจัดการตนเอง หลังจากจบโปรแกรม 8 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยยังคงปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ความถี่ของภาวะกลั้นปัสสาวะไอยูลดลง และผลกระทบด้านจิตสังคมลดลง

P John Rees (2003) ได้นำแนวคิดการจัดการตนเองมาพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 191 ราย เป็นเวลา 12 เดือน พบว่า มีการลดลงของการเข้ารับการักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย

บทที่ 3

การดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยจากแนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเพื่อศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ผู้ให้ข้อมูลและการเลือกผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล (Key informant) ในการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้เข้าใจประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำเป็นต้องสัมภาษณ์จากผู้มีประสบการณ์นั้นจริง ผู้วิจัยจึงคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติผู้ให้ข้อมูลดังนี้

- 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) โดยเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ได้พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล (admission) หรือไม่เป็นผู้ป่วยซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression) โดยผู้ป่วยรับรู้และมีประสบการณ์การมีอาการของโรคซึมเศร้าและมีการจัดการกับอาการนั้นๆ
- 2) เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ไม่จำกัดเพศ อายุ 20-59 ปี
- 3) สามารถสื่อสาร พูดและเข้าใจภาษากับผู้วิจัยได้เข้าใจ และมีความยินดีที่จะเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลตามแบบการขอความร่วมมือและคุ้มครองสิทธิการเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย

การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้โดย

- 1) ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติผู้ให้ข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา โดยคำนึงถึงคุณสมบัติ ที่อยู่ และความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล หากผู้ป่วยรายใดมีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอพบและอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลตามข้อความในใบพิทักษ์สิทธิ สอบถามความสมัครใจอีกครั้ง เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลจึงให้เซ็นยินยอม และเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล
- 2) ผู้วิจัยนัดหมายวันเวลา สถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงคำพิทักษ์สิทธิอีกครั้ง สอบถามความสมัครใจ และเริ่มเก็บข้อมูล โดยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และสัมภาษณ์ประสบการณ์ตามแนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก
- 3) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลที่มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จนกระทั่งได้ข้อมูลอิ่มตัว โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ให้ข้อมูลมากที่สุด

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ มีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 ราย ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการให้สัมภาษณ์ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ลำดับที่	เพศ	อายุ	ศาสนา	สถานภาพสมรส	ระดับการศึกษา	ระยะเวลาที่ป่วย
1	ชาย	51	พุทธ	หย่า	ประกาศนียบัตรชั้นสูง	8 ปี
2	หญิง	44	พุทธ	คู่	ปริญญาตรี	4 ปี
3	หญิง	46	พุทธ	คู่	ปริญญาตรี	5 ปี
4	หญิง	58	พุทธ	หม้าย	ประถมศึกษาปีที่ 4	21 ปี
5	หญิง	42	พุทธ	คู่	ปริญญาตรี	2 ปี
6	หญิง	36	พุทธ	หย่า	ปริญญาตรี	1 ปี
7	หญิง	43	พุทธ	คู่	มัธยมศึกษาปีที่ 3	6 ปี
8	หญิง	35	พุทธ	คู่	ปริญญาตรี	1 ปี
9	ชาย	45	พุทธ	คู่	ปริญญาตรี	6 ปี
10	หญิง	37	พุทธ	โสด	ปริญญาโท	11ปี

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorders) ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (Mild to Moderate Depression) จำนวน 10 ราย เพศชาย 2 ราย เพศหญิง 8 ราย อายุระหว่าง 35-58 ปี เฉลี่ย 43 ปี มีระดับการศึกษา ประถม การศึกษาปีที่ 4 ถึงระดับบัณฑิตศึกษา สถานภาพสมรส โสด 1 ราย คู่ 6 ราย หม้าย 1 ราย และหย่าร้าง 2 ราย ประกอบอาชีพ รับราชการ 2 ราย พนักงานบริษัท 3 ราย รับจ้าง 3 ราย และเป็นแม่บ้าน 2 ราย ผู้ให้ข้อมูลมีรายได้ส่วนตัวระหว่าง ไม่มีรายได้ ถึง 25,000 บาท/เดือน ผู้ให้ข้อมูลทุกรายนับถือศาสนาพุทธ

ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าของผู้ให้ข้อมูลระหว่าง 1 ปี ถึง 21 ปี โดยป่วยตั้งแต่ 1-5 ปี จำนวน 5 ราย 6-10 ปี จำนวน 3 ราย 11-15 ปี จำนวน 1 ราย และ 15-21 ปี จำนวน 1 ราย ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเคยเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลทั้งในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลจิตเวช โดยมีผู้ให้ข้อมูลเคยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในจำนวน 2 ราย ในส่วนที่เหลือเป็นผู้ป่วยแผนก

ผู้ป่วยนอกทั้งของโรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุข โดยวิธีการบำบัดรักษาที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับ ได้แก่ การรับประทานยาทางจิตเวช (ยาต้านซึมเศร้า) ทั้ง 10 ราย การรักษาด้วยไฟฟ้า 2 ราย โดยผู้ให้ข้อมูลเข้ารับการรักษาย่างต่อเนื่อง 8 ราย ไม่ต่อเนื่อง 2 ราย

2. วิธีการเก็บข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (Indepth interview) แบบมีแนวทางการสัมภาษณ์เป็นวิธีการหลัก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ ผู้วิจัย และเครื่องมือที่ช่วยผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และการสัมภาษณ์พร้อมบันทึกการเสียง

2.1 ผู้วิจัย เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างถูกต้องตามกระบวนการวิจัยและได้ผลการวิจัยที่มีความเชื่อถือได้ ผู้วิจัยต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัย โดยได้เตรียมตนเองทั้งระยะก่อนและระหว่างดำเนินการวิจัย ดังนี้

1) ระเบียบวิธีวิจัย ผู้วิจัยได้ศึกษาหลักการเชิงทฤษฎีของการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาด้วยตนเองจากการอ่านเอกสาร ตำรา ผลงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ การเข้าถึงเหตุการณ์การสนทนาวิจัยเชิงคุณภาพ ลงทะเบียนเรียนนิสิตวิจัยเชิงคุณภาพ 3 หน่วยกิต ของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยร่วมกับการขอคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

2) ด้านเนื้อหา ผู้วิจัยศึกษาเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปฏิกริยาด้านจิตใจต่อการเจ็บป่วยและการจัดการกับอาการ แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการกับอาการเจ็บป่วยเป็นโรคซึมเศร้า เพื่อให้มีความพร้อมในการตรวจสอบตนเองเกี่ยวกับความรู้ ความรู้สึก ความคิด ที่ต้องจัดกรอบแยกไว้ ก่อนการรับฟังและการแปลความการให้ ความหมาย ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล เพื่อระมัดระวังความคลาดเคลื่อนที่อาจจะเกิดขึ้นในการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

3) การวางแผนการวิจัย ผู้วิจัยทำการวางแผนการวิจัยเป็นขั้นตอนตั้งแต่ก่อนเข้าสนาม ระหว่างการเก็บข้อมูล และหลังออกจากสนาม

4) ผู้วิจัยเข้าสนามเพื่อรับข้อมูลที่เป็นจริงจากผู้ให้สัมภาษณ์ โดยคำนึงถึงการป้องกันและลดอคติจากการคาดเดา หรือมีแนวคิดล่วงหน้า มีความพร้อมในด้านเทคนิคการสัมภาษณ์ โดยเตรียมขั้นตอนการสัมภาษณ์แต่ละช่วงคือ การเตรียมความพร้อมผู้ให้ข้อมูล การให้ข้อมูลระลึกถึงเหตุการณ์ขณะนั้น และการปล่อยให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าเรื่องด้วยตนเอง (Drew, 1993)

และฝึกฝนเป็นผู้กระตือรือร้นในการฟัง (Active listening) การใช้คำถามเพื่อค้นหาข้อมูล (Exploring questions) ทักษะการบันทึกข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและการให้ความหมาย โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ให้ข้อมูลและจริยธรรมของผู้วิจัยตลอดการดำเนินการวิจัย (Streubert and Carpenter, 1999) ผู้วิจัยให้ความสำคัญและพยายามให้ผู้ให้ข้อมูลมีส่วนร่วมในการศึกษา เคารพในความเป็นผู้มีประสบการณ์ ให้เกียรติและยอมรับข้อมูลทุกอย่างที่ได้มา เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบายประสบการณ์อย่างเต็มที่

2.2 การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure interview) แบ่งแนวทางการสัมภาษณ์ออกเป็น 2 ส่วนคือ

1) ผู้วิจัยสร้างข้อคำถามปลายเปิดไว้ล่วงหน้าโดยใช้พื้นฐานและแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กำหนดวัตถุประสงค์ของข้อคำถามตามปัญหาการวิจัย แล้วเขียนแนวคำถามเป็นลักษณะคำถามปลายเปิด เป็นประเด็นกว้างๆและมีความยืดหยุ่นตามการสนทนา ไม่กำหนดจำนวนคำถามและลำดับคำถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงลึกและครอบคลุม ตรงประเด็นที่ต้องการศึกษา ตัวอย่างคำถาม เช่นคุณให้ความหมายอย่างไรเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ,คุณมีความคิดเห็นอย่างไรต่ออาการของโรคซึมเศร้าที่คุณประสบมา , การเจ็บป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามีอาการอย่างไรบ้าง, รู้สึกอย่างไรกับการเป็นโรคซึมเศร้า ,คุณทำอย่างไรเมื่อมีอาการของโรคซึมเศร้า เป็นต้น

2) หลังจากการสัมภาษณ์ครั้งแรกหากพบว่าคำถามบางคำถามไม่สามารถสื่อไปยังสิ่งที่ต้องการศึกษาได้จึงปรับคำถามให้เหมาะสม และในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ผู้วิจัยนำข้อมูลที่วิเคราะห์เบื้องต้น และประเด็นคำถามที่ยังไม่ชัดเจน ปรับแนวคำถามเพื่อใช้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลครั้งที่ 2 ทำการวิเคราะห์เบื้องต้นในแต่ละราย และเขียนแนวคำถามกว้างๆ สำหรับสัมภาษณ์ในผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป จนได้ข้อมูลที่มีความอิมตัว สำหรับในการวิจัยนี้ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ โดยเฉลี่ยเท่ากับ 1 ชั่วโมง 45 นาที และเฉลี่ยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายละ 2 ครั้ง

3.การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยให้การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัย โดยคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจ หลังจากผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียด บอกให้ทราบเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องที่จะสัมภาษณ์ กระบวนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา จำนวนครั้งที่ขอสัมภาษณ์ ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง การขอให้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล สถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ การรักษาความลับด้วยการลบทำลายแถบบันทึกเสียง

เมื่อสิ้นสุดการวิจัย การไม่เปิดเผยข้อมูลใดๆที่จะสามารถเกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมวิจัย การนำข้อมูลเอกสารจากการสัมภาษณ์ไปอภิปราย เผยแพร่ในลักษณะข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลโดยรวม และเฉพาะการนำเสนอทางวิชาการเท่านั้น ขณะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสามารถไม่ตอบคำถามใดๆที่รู้สึกไม่สะดวกใจ หรือบอกยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนใดๆของการวิจัย และขอข้อมูลกลับได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล อีกทั้งการเป็นผู้ให้ข้อมูลหรือการปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการรับบริการสุขภาพจากหน่วยงานบริการ ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และให้เวลาในการคิดทบทวนก่อนตัดสินใจให้คำตอบด้วยความสมัครใจ มีการเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยเก็บใบยินยอมและข้อมูลต่างๆไว้ในที่ปลอดภัย

4. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งในและนอกสถานบริการสุขภาพที่ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ดังนี้

4.1 การเตรียมการเก็บข้อมูล

1) ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า แผนกจิตเวชและประสาทวิทยา และผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุขบางซื่อและบางเขน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลพบเจ้าหน้าที่ที่ประจำอยู่แผนกดังกล่าว เพื่อแนะนำผู้วิจัยและประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย และขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลยินยอมเป็นผู้เข้าร่วมวิจัย และเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล

4.2 การเตรียมความพร้อมผู้ให้ข้อมูล

1) เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเลือกวัน เวลา สถานที่ในการให้สัมภาษณ์ โดยคำนึงถึงความสงบเป็นส่วนตัว ความพอใจของผู้ให้สัมภาษณ์ ความสะดวกในการเดินทาง และความปลอดภัยของผู้วิจัย ซึ่งส่วนใหญ่แล้วผู้ให้สัมภาษณ์เลือกที่จะให้สัมภาษณ์ที่บ้าน มีเพียง 2 ราย เลือกให้สัมภาษณ์ที่โรงพยาบาล

2) ทบทวนขั้นตอนการสัมภาษณ์และสิทธิผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง

3) เก็บข้อมูลส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยซึมเศร้า ซึ่งได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคซึมเศร้า

4.3 การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

เมื่อประเมินได้ว่าผู้ให้ข้อมูลมีความไว้วางใจและพร้อมที่จะให้ข้อมูลเชิงลึก ผู้วิจัยจึงเริ่มสัมภาษณ์แบบเจาะลึกตามแนวทางการสัมภาษณ์ ส่วนที่ 2 ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 1-2 ชั่วโมง ซึ่งในขณะสัมภาษณ์ปฏิบัติดังนี้

1) ปรับคำถามในขณะสัมภาษณ์เพื่อความชัดเจนของข้อมูล ตามบริบทและสิ่งที่สังเกตได้จากลักษณะสีหน้า ท่าทาง อารมณ์ การแสดงออก ของผู้ให้ข้อมูลขณะที่ให้สัมภาษณ์ การบันทึกภาคสนาม จะกระทำให้น้อยที่สุดและกระทำเมื่อผู้ให้ข้อมูลอนุญาตให้ทำการบันทึกขณะสัมภาษณ์ โดยบันทึกย่อเฉพาะหัวข้อหรือประเด็นสำคัญที่ได้ ประเด็นที่ต้องการเพิ่มเติม พฤติกรรมและการแสดงออกที่ไม่ใช่คำพูดของผู้ให้ข้อมูล และบันทึกเกี่ยวกับความคิดเห็น ความรู้สึก ปัญหา การแก้ไข และผลการแก้ไข ที่เกิดกับผู้วิจัยขณะเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อประกอบกรวิเคราะห์ข้อมูลและหาแนวทางแก้ไข

2) สัมภาษณ์โดยใช้ทักษะการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยคำนึงถึงสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ให้ข้อมูล โดยหากผู้เข้าร่วมวิจัยมีความจำเป็นหรือต้องการที่จะยุติการสัมภาษณ์เมื่อใดผู้วิจัยพร้อมจะยุติการสัมภาษณ์ทันที และคำนึงถึงอารมณ์และความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลตลอดเวลา

4.4 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น

1) ถอดข้อความ (Transcribe) จากแถบบันทึกเสียงคำต่อคำ (Verbatim) เป็นภาษาเขียนด้วยตนเองหลังการเก็บข้อมูลแต่ละครั้ง

2) ตรวจสอบความถูกต้อง ชัดเจน ครบถ้วนของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น สรุปประเด็นปัญหาที่ข้อมูลไม่ชัดเจนหรือไม่ครอบคลุม หรือประเด็นที่ต้องค้นหาเพิ่มเช่น ประเด็นปัญหาเรื่องการให้ความหมายการจัดการอาการของผู้ให้ข้อมูล โดยกลับไปถามความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของการจัดการอาการอีกครั้ง

3) ปรับข้อความก่อนการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป เพื่อเก็บข้อมูลได้ชัดเจนเพิ่มเติมจากผู้ให้ข้อมูล เช่น คุณให้ความหมายการจัดการอาการว่าอย่างไร เปลี่ยนเป็น ถ้าพูดถึงการจัดการอาการแล้วคุณจะนึกถึงอะไร หรืออธิบายอย่างไร

4) ทำการวิเคราะห์และสรุปประเด็นผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายและปรับข้อความสำหรับผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกใช้การวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของ Colaizzi (1978) cited in Streubert and Carpenter, (1999) มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

5.1 อ่านบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจโดย ถอดข้อความจากแถบบันทึกเสียงการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim) ออกมาเป็นบทสนทนา (Transcribe) อ่านบทสนทนาย่วมกับฟังเทปซ้ำเพื่อตรวจสอบความถูกต้องอ่านบทสนทนาซ้ำหลายๆครั้ง เพื่อทำความเข้าใจ (Make sense) ร่วมกับบันทึกสนามเพื่อทบทวนเหตุการณ์ และเติมเต็ม (Supply) ข้อมูลที่อาจขาดหายไป อ่านบทสนทนาบรรทัดต่อบรรทัด (Line by line) และให้รหัสข้อมูล (Code units of data)

5.2 ดึงข้อความที่สำคัญ (Extracting significant statements) และกล่าวซ้ำๆ กันออกมา พยายามให้ความหมายที่เป็นไปได้ของแต่ละข้อความสำคัญ (Try to spell out the meaning) จัดระบบความหมายของข้อความเป็นกลุ่มประเด็น (Formulated means into clusters of themes) เขียนอธิบายประเด็นเป็นความเรียงอย่างละเอียด

5.3 กลับไปหาผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและการแปลความหมายของผู้วิจัย ในการศึกษานี้ได้กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล 3 ราย เป็นผู้ให้ข้อมูลเพศชาย 1 ราย เพศหญิง 2 ราย ผลตรวจสอบความถูกต้องตรงกับกรให้ความหมายของผู้ให้ข้อมูล มีเพียงคำถามเกี่ยวกับความหมายการจัดการอาการที่ผู้ให้ข้อมูลอธิบายความหมายเพิ่มเติม จึงกลับมาแก้ไขตามที่ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ 1 ราย เขียนประเด็นข้อมูลและการแปลความหมายของผู้วิจัยเป็นความเรียงจนมั่นใจว่าได้ข้อมูลที่อึดตัว

6. การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness)

วิธีการตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้ (Streubert and Carpenter, 1999)

- 1) ผู้วิจัยใช้เวลาใกล้ชิดและนานเพียงพอกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 2) ใช้การตรวจสอบความถูกต้องจากข้อมูลหลายแหล่ง (Triangulation of data source) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลัก กับผู้ให้ข้อมูลร่วม เช่น ครอบครัวของผู้ให้สัมภาษณ์ ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลชุมชน เป็นต้น

- 3) การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยตระหนักถึงการป้องกันและลดอคติ โดยผู้วิจัยทบทวนตรวจสอบความคิดของตนเอง อคติที่เกี่ยวกับผู้ป่วยซึมเศร้า และไม่พยายามนำความคิดเห็นนั้นมาใช้ในการตัดสินคำสัมภาษณ์ว่าเข้าใจแล้ว รู้แล้ว แต่จะถามผู้ให้ข้อมูล

ซ้ำในกรณีที่ผู้วิจัยไม่แน่ใจหรือไม่เข้าใจ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดและเป็นจริงตามประสบการณ์ของผู้ป่วยเข็มเศร้า

4) ผู้วิจัยถอดแถบบันทึกเสียงและบันทึกภาคสนามคำต่อคำ (Verbatim)

5) ผู้วิจัยเขียนกลุ่มประเด็นสำคัญจากการวิเคราะห์ข้อมูล ยกตัวอย่างประเด็นที่สื่อความเข้าใจประเด็นนั้น การตัดทอนคำบางคำของผู้ให้ข้อมูลจะทำให้สามารถสื่อความหมายได้กระชับชัดเจน โดยไม่ทำให้ความหมายเดิมเปลี่ยนแปลง

6) ให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง โดยคำนึงถึงความสามารถทางการอ่านและภาวะของผู้ให้ข้อมูล จากนั้นเปิดโอกาสให้อธิบายเพิ่มเติมในกรณีที่ข้อมูลไม่ชัดเจน และเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่เก็บไม่ครบ ในการศึกษานี้ได้กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล 3 ราย เป็นผู้ให้ข้อมูลเพศชาย 1 ราย เพศหญิง 2 ราย ผลตรวจสอบความถูกต้องตรงกับกรให้ความหมายของผู้ให้ข้อมูล มีเพียงการลำดับคำถามเกี่ยวกับความหมายการจัดการอาการจึงกลับมาแก้ไขตามที่ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ 1 ราย จากนั้นปรับตามความคิดเห็นของผู้ให้สัมภาษณ์

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Husserl (Husserlian Phenomenology) เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เก็บข้อมูลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 10 ราย โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก นำข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลของ Colaizzi (1978 cited in Streubert and Carpenter,1999) จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ความหมายการจัดการอาการโรคซึมเศร้าแตกต่างกัน และมีประสบการณ์การจัดการกับอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้น ดังประเด็นที่น่าเสนอต่อไป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการนำเสนอผลงานวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 บริบทเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2.1 ความหมายของการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2.2 การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2.2.1 การจัดการอาการโดยผู้อื่น

- ไปพบแพทย์/ไปโรงพยาบาล

2.2.2 การจัดการอาการด้วยตนเอง

- การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

- การระบายอารมณ์กับคนใกล้ชิด

- การควบคุมตนเอง

พื้นที่ในการวิจัย

พื้นที่ในการวิจัยครั้งนี้ อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 10 รายอยู่ในเขตเมือง ผู้วิจัยติดตามไปสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่บ้าน 8 ราย ที่ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก 1 ราย และที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 1 ราย

ส่วนที่ 1 บริบทเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การศึกษานี้พบว่าผู้ให้ข้อมูลทุกรายเล่าถึงประสบการณ์การมีอาการอันเนื่องมาจากโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นโรคที่อาจมีอาการไม่รุนแรงมากนักและบางอาการมีลักษณะคล้ายกับโรคทางกาย อาการและอาการแสดงบางอย่างเกิดขึ้นก่อนที่ผู้ให้ข้อมูลจะรู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ในขณะที่บางอาการและอาการแสดงบางอย่างเป็นผลกระทบมาจากการเจ็บป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งจะมีความผิดปกติได้ทั้งในด้านร่างกาย อารมณ์ และความคิด ซึ่งผู้ให้ข้อมูลบรรยายถึงอาการซึมเศร้าของตนเองไว้ดังนี้

“รู้สึกเหมือนกับว่าความคิดและการเดินเหินของเรามันสโลว์โมชั่น”

“การที่จะตื่นขึ้นมาตอนเช้าได้ต้องใช้ความพยายามมาก”

“จะรู้สึกว่าเพื่อนหรือคนในครอบครัวขว้างขวางตาไปหมด”

“มันจะยิ้มไม่ออก เหมือนกลัมน้ำเนื้อที่ปากเรามันแข็งไปหมด”

“เราจะรู้สึกว่าอาหารไม่อร่อย ฟังเพลงก็ไม่เพราะ ดอกไม้ก็ไม่หอม ความรู้สึกมันด้านชาไปหมด”

“จะนึกถึงแต่เรื่องร้ายๆแย่ๆ ความล้มเหลวในอดีต ทุกอย่างเป็นประสบการณ์ที่เลวร้าย มันติดอยู่ในความทรงจำ”

อย่างไรก็ตามอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนจะมีความเหมือนและแตกต่างกัน พอสรุปได้จากการบอกเล่าประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าว่า อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าสามารถเกิดได้ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์และความคิด ดังรายละเอียดต่อไป

อาการทางกาย

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลพบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าส่วนใหญ่รับรู้ถึงอาการทางกายหรือมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นก่อนจะรู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นจริงๆแล้วคืออาการของโรคซึมเศร้า ดังที่ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งได้กล่าวไว้ว่า

“ปวดหัวซู้ๆ ผมรู้ว่าผมป่วยเพราะว่าเดิมที่ผมเป็นคนที่มีสมาธิดีมาก หนังสือพิมพ์ฉบับหนึ่งผมจะอ่านทุกตัวอักษรเลยทั้งเล่มเลย แล้วก็จำได้เป็นตอนที่ความจำดี สมาธิดี พอตอนหลังมา ไปกินเหล้าแล้วปรากฏว่าตื่นขึ้นมา คื่นนั้นหลับไม่สนิท พอหลับไม่สนิทที่นี้ มันก็ไม่สนิทมาตลอดเลยทำให้น้ำหนักตัวลดลง กินข้าวไม่ได้ ได้น้ำลิมหลัง ก็เป็นอย่างนี้อยู่พักใหญ่ “

“ก็นอกจากอ่อนเพลียแล้ว ก็มีอาการปวดที่มันรู้สึกว่าเป็น เดิมที่ไอ้ความรู้สึกว่าปวดทางด้านขวานี้บางครั้งมันก็ชาไปถึงใจ.....ก็เลยมาทบทวนดูอาการแบบนี้เรา เคยเป็นอยู่ ประมาณ 2 ครั้งเหมือนกันที่เราขึ้นไปร้องเพลงเนี่ยอาการปวดศีรษะนี้มันปวดขึ้นมาเรื่อยๆนี้ก็ไม่ทราบว่าจะสำคัญกับภาวะซึมเศร้าอันนี้หรือเปล่า”

ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงพฤติกรรมของตนเองที่ผิดปกติไปจากเดิมเมื่อป่วยเป็นโรคซึมเศร้า โดยจะแสดงอารมณ์เศร้าออกมาในรูปของพฤติกรรมเฉื่อยชา ทำงานไม่ได้อย่างที่เคยทำ แยกตัว นอนไม่หลับ และในกรณีที่ซึมเศร้ามากก็พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งอาการดังกล่าวเป็นผลสะท้อนมาจากความรู้สึกซึมเศร้า ไร้ค่า รู้สึกผิด และโทษตัวเอง

“เมื่อก่อนเรื่องนอนหลับเนี่ยไม่ต้องพูดถึงเลยหลับไปนาน แต่เดี๋ยวนี้อยากจะนอนทั้งวัน ไม่อยากทำอะไรเลย ลูกค้าก็ไม่อยากออกไปพบ มันเลยทำให้มันแยตรงนี้”

“อาการเริ่มแรกที่พี่สังเกตได้ด้วยตัวเอง เมื่อก่อนจะนอนหลับง่าย แต่ว่าสักประมาณตี 3 จะตื่นขึ้นมาซึ่งอาการแบบนี้ก็จะเป็นอยู่บ่อย ไม่คิดว่าจะเป็นปัญหา แต่พอเป็นบ่อยๆจนบางครั้งมันทำให้เรารู้สึกเพลียและไอ้ความคิดสร้างสรรค์ที่เราคิดว่าจะทำได้ มันก็รู้สึกว่า มันจะไม่สามารถทำได้ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร”

อาการทางอารมณ์

ผู้ให้ข้อมูลทุกรายเล่าประสบการณ์การมีอาการทางด้านอารมณ์ ซึ่งอาจแสดงในรูปแบบของ ความเศร้าความสิ้นหวัง เบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ เครียด หงุดหงิด บางรายมีความรู้สึกน้อยใจดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“ไม่มีความหวังและความสุขต่ออะไรในชีวิต”

“อาการส่วนมากที่เป็นบ่อยๆก่อนการรักษา รู้สึกว่าเบื่อๆ เบื่อหน่ายนะค่ะ แต่บางครั้งก็จะเป็นบ่อยคือเรื่องความเหงา มันจะเหงาก็ไม่รู้จะบรรยายอย่างไรนะค่ะ..”

“เศร้าเนี่ยเป็นบ่อยมากเลย แบบเครียดมากๆ บางทีมันก็หงุดหงิดนะ มันท้อแท้ไม่อยากทำอะไรเลย...”

โดยทั่วไปถ้าพูดถึงเรื่องซึมเศร้านักจะนึกกันว่าเป็นเรื่องของอารมณ์ที่เกิดจากความผิดหวังหรือสูญเสียมากกว่าที่จะเป็นโรค ซึ่งจริงๆแล้วความเศร้าที่เราพบกันในชีวิตประจำวันก็อาจมีบ้างน้อยบ้าง แต่สำหรับผู้ให้ข้อมูลที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ารับรู้และมีประสบการณ์จากการมีอาการแล้ว ผู้ให้ข้อมูลจะมีความรู้สึกต่อภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น แสดงออกมาในรูปแบบของอารมณ์ที่แ่ หดหู่ และทรมาน

“ถ้าน้องถามพี่ก็อยากจะระบายตรงนี้เพราะมันมีความคิดอยู่ในใจแบบเนี่ยวนไปวนมาแบบแต่พี่อยู่ได้เหมือนกับเราอยู่แล้วมันชินแล้วนะ แต่ลึกๆเราจะรู้สึกเลยว่า เราจะอ้างอ้างว่าเหว่ โดดเดี่ยว แต่ถ้ามีโอกาสได้อยู่คนเดียวเลยเราก็จะคิดไปว่าเอ๊ะทำไมเราไม่เหมือนคนนั้นเลยนะคนนี้เลยนะ...”

“ถ้าเป็นความรู้สึกซึมเศร้านะค่ะ มันเศร้ามาก หดหู่ มันเศร้าคือ...แบบว่ามันไม่อยากทำอะไรแล้วมันก็รู้สึกท้อแท้ตามมา...”

ผู้ให้ข้อมูลบางรายมีความรู้สึกน้อยใจว่าคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดไม่เข้าใจตนเองว่าเป็นโรคซึมเศร้าต้องการกำลังใจ คำปลอบใจ และคำแนะนำ มากกว่าการที่จะมาต่อว่ากันหรือไม่สนใจดูแลกัน

“ แล้วตอนย้อนไปนิดหนึ่งวันที่พี่ดูเศร้า ก็แต่ดีแฟนพี่เขาก็เข้าใจแต่อย่างคนในครอบครัวที่ไม่เข้าใจแต่อย่างตอนนี้ก็เข้าใจก็ O.K. ยังพูดกันพอรู้เรื่อง...แต่แม่สิคะลงโทษเราอย่างเดียวกับพี่ชายอีกคนหนึ่งเหมือนแม่เลย เลยไม่ได้คุยกับเขา คือบางทีในภาวะคนซึมเศร้า...ในคนไข้ซึมเศร้านี้เขาไม่ต้องการให้คนไปกระหน่ำ คือเขาต้องการกำลังใจหรือคำแนะนำทางออกที่ มันดูดี คำที่คุณมาตอกย้ำมาดำประณามเขาเนี่ย เขาไม่ต้องการหรือ เราชัดเจนตรงนี้”

“ถ้าเราเป็นซึมเศร้าก็ให้เหลือซึมเศร้าอย่างเดียวดีกว่าปัญหาคงไม่เอาเข้ามาหาตัว เพราะว่าเขาก็ไม่มาช่วยเหลืออะไรกับเรา แล้วยิ่งมาอยู่จิตเวชเนี่ยเขาคิดว่าเราเป็นบ้า เป็นบอไปด้วยซ้ำ เขาเข้าใจอย่างนั้นด้วยเราก็น้อยใจด้วย...จริงๆแล้วถึงว่าจะใจแข็งแต่บางทีก็ต้องการกำลังใจ ผมเป็นคนใจแข็งแต่บางครั้งมันก็น้อยใจตัวเอง สักวันมันก็น่าจะมีสักวันเขามาหาเราหัวของมาเยี่ยมเราบางนะ แต่เนี่ยเขาไม่เคยมาเลย มีปัญหาที่ก็มีแต่มาบอกเราเราก็วิ่งแก้ เรามีความรู้สึก เฮ้ยอย่างนี้เราทำไปทำไมไม่ทำดีกว่า เอาปัญหาอย่างนี้ทิ้งไปดีกว่า ไม่เอาละเรารักษาซึมเศร้าเราให้ดีกว่า เพราะว่าพอเศร้าเนี่ย พออาทิตย์แรกมันไม่ไหวแล้ว เรามัวคิดถึงเขา คิดไปทำไมเขาก็ไม่มาหาเราสักที เลิกกันไปดีกว่า”

อาการทางความคิด

อาการของโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะมากหรือน้อย ล้วนแล้วแต่กระทบกระเทือนต่อการดำเนินชีวิตทั้งของผู้ป่วยเองและคนอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาการหลงๆลืมๆ ไม่มีสมาธิ เกิดความรู้สึกผิด มีความคิดหมกมุ่นกับเรื่องเดิมๆ และการมีความคิดฆ่าตัวตายเป็นอาการทางความคิดซึ่งอาจมีผลกระทบสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“ความคิดของเราจะไม่แล่น และคิดผิดๆ ”

“เมื่อก่อนผมเนี่ยสมาธิเนี่ยมากอ่านหนังสือได้ทั้งวันก็มันเพลิน พอตอนหลังเนี่ยมันหงุดหงิด หนังสืออ่านไม่ได้ อะไรก็ไม่เพลิน ปกติแล้วเราทำอะไรเพลินๆเนี่ยเราจะทำได้ทั้งวัน สบายใจ เมื่อก่อนเป็นช่างซ่อมเครื่องโรเนียว ผมก็ทำได้ทั้งวันมองดูนาฬิกาอะไร

วะห้าโมงละหมดเวลาละ แต่พอป่วยเนี่ยก็คิดเมื่อไหร่จะห้าโมงสักที เพราะมันแข็งไปหมด มันไม่รู้จะยึดจับอะไร

“บางครั้งพี่จะสู้กับงานบางงานก็จะทำให้เรารู้สึกเหน็ดเหนื่อยจนเราไม่อยากจะสู้ ก็คิดว่าจะลาออกจากงาน เช่น การทำผลงานวิชาการอย่างนี้ซึ่งพี่เองมีสิทธิที่จะทำมาตั้งประมาณ 4-5 ปีแล้ว พอจะเริ่มทำพลังใจที่จะทำมันก็ลดลง พอจะตั้งสมาธิได้มันก็ลดลง มันแบบเฉยๆลงไปจนหมด อยากจะเริ่มทำใหม่ก็ไม่สามารทำได้สำเร็จ เป็นโรคนี้แหละคะ สมาธิมันไม่เท่าคนกับปกติหรอก ในลักษณะนี้ก็เลยรู้สึกว่ามันซั๊กจะไม่ค่อยดี รู้สึกผิดนะค่ะ”

“ความคิดฆ่าตัวตายจะกลับมาบ่อย บางครั้งรู้สึกว่าการตายจะช่วยให้หมดทุกข์ได้”

สรุป อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วยการรับรู้อาการโดยผู้ให้ข้อมูลจะเรียนรู้จากประสบการณ์ของอาการที่เกิดขึ้นทั้งอาการทางกาย เช่น อาการปวดหัว อ่อนเพลีย ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว อาการทางด้านอารมณ์ เช่น เศร้า เหงา หว้าเหว่ หงุดหงิดง่าย อาการทางด้านการนึกคิด เช่น รู้สึกผิด ความคิดหมกมุ่น ความคิดฆ่าตัวตาย เป็นต้น ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายจะรับรู้ถึงอาการของโรคมากกว่าหนึ่งด้าน

ความคิดความรู้สึกที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ให้ข้อมูล แสดงออกมาทางความรู้สึก ความรู้สึกที่แย่ หดหู่ และทรมานเมื่อตกอยู่ในภาวะซึมเศร้า รวมทั้งความรู้สึกน้อยใจเมื่อคนใกล้ชิดหรือคนในครอบครัวไม่เข้าใจตนเองเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคนี้ และทั้งจากประสบการณ์การมีอาการและความรู้สึกต่อภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายจึงมีการให้ความหมาย และมีวิธีการจัดการกับภาวะอาการเหล่านั้นตามความคิด ความรู้สึก และการเรียนรู้ของตนเอง ดังที่จะนำเสนอต่อไป

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการทำความเข้าใจประสบการณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และเพื่อให้เกิดความเข้าใจในบริบทดังกล่าว ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนวคิด ความหมาย การจัดการอาการตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลครั้งนี้ ดังนี้

2.1 ความหมายของการจัดการกับอาการ

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ความหมายการจัดการอาการไว้อย่างสอดคล้องกันว่า เป็นกระบวนการคิดหาวิธีบรรเทาอาการ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจะกล่าวถึง การจัดการอาการหมายถึง การแก้ไขปัญหา การบรรเทาหรือหลีกเลี่ยงการเกิดอาการ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ดังนี้

“การที่จะต้องมึสติ แล้วก็ต้องมานั่งลำดับความคิดปัญหาดูว่า...มีวิธีการแก้ไขอย่างไร”

“พูดไม่ถูกเหมือนกันนะ พี่ว่ามันอยู่ที่ปัญหา...แต่แต่ละคนมีปัญหาไม่เหมือนกัน การจัดการเราต้องแก้ไขที่ปัญหาที่ทำให้เรามีอาการเครียด เศร้า ..เราก็ต้องแก้ไขไปตามนั้น.”

“...หลีกเลี่ยงการที่เกิดการกำเริบของโรคอย่างเช่นการดื่มเหล้า กินกาแฟ สูบบุหรี่พวกนี้ เราต้องรู้ตัวเอง เราต้องปรับเปลี่ยนวิธีการว่าทำยังไงโรคจะได้ไม่กำเริบและเราสามารถอยู่ในสังคมได้โดยไม่มีปัญหากับคนอื่นมากมาย ก็ควรมาพบแพทย์จิตแพทย์ ใครเป็นละนะ หลีกเลี่ยงทุกอย่างที่ดีที่สุดคือการหลีกเลี่ยงการกำเริบของโรค ถ้าเกิดกำเริบก็ควรมาพบแพทย์”

“การกำจัดอาการเหงาก็คือเราต้องมีกิจกรรมคือ เราคงมองเหตุก่อน เหงาเป็นช่วงจังหวะมึนๆปกติที่อยู่นิ่งๆไม่มีคนเรื่องขงเวลาก็ไม่มี ความหมายและแก้ไขโดยวิธีการอยู่กับคน อยู่กับงานคือกันไม่ให้มันเกิดแต่พอ มันเกิดก็ต้องหีบคนและหีบงานขึ้นมาช่วยตัววิธีจัดการตรงนี้”

2.2 การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้กล่าวถึงวิธีการจัดการอาการของโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นไว้ 2 ประเด็นหลักคือ 1) การจัดการอาการโดยผู้อื่น ได้แก่ การไปพบแพทย์/ไปโรงพยาบาล และ 2) การจัดการอาการด้วยตนเอง ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การระบายอารมณ์กับคนใกล้ชิด และการควบคุมตนเอง โดยผู้ให้ข้อมูลอธิบายความหมายการจัดการอาการในแต่ละประเด็นหลักสรุปได้เป็นประเด็นย่อยต่างๆ

องค์ประกอบประสบการณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แบ่งเป็นประเด็นหลัก (Theme) และประเด็นย่อย (Subtheme) ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การจัดการอาการโดยผู้อื่น ได้แก่

1. การไปพบแพทย์/ไปโรงพยาบาล

ประเด็นที่ 2 การจัดการอาการด้วยตนเอง

1. ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา
2. การระบายอารมณ์กับคนใกล้ชิด
3. การควบคุมตนเอง
 - การตั้งสติ
 - การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ประเด็นที่ 1 การจัดการอาการโดยผู้อื่น

การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่สามารถกลับมามีอาการของโรคซึมเศร้าได้ตลอดเวลา การบำบัดรักษาจากทีมสุขภาพจึงมีทั้งการรักษาเพื่อระดับประคองอาการไม่ให้เป็นมากขึ้น และการบำบัดรักษาเพื่อให้หายขาด ผู้ป่วยจึงได้พึ่งพาการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน

ประเด็นย่อยที่ 1 ไปพบแพทย์/ไปโรงพยาบาล

การไปพบแพทย์/ไปโรงพยาบาล เป็นวิธีการจัดการอาการวิธีหนึ่งของผู้ให้ข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้ การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าในปัจจุบันมีทั้งการรับประทานยาต้านเศร้า การรักษาด้วยไฟฟ้า และการทำจิตบำบัดที่เฉพาะต่อโรคซึมเศร้า ประกอบกับการที่ผู้ให้ข้อมูลทุกรายเคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาจากทีมสุขภาพ จึงได้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการอาการโดยการไปพบแพทย์/ไปโรงพยาบาลเพื่อ การรับประทานยา เพื่อป้องกันอาการกำเริบอย่างรุนแรง การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นการบำบัดอาการซึมเศร้าในกรณีที่การรับประทานยาอย่างเดียวไม่ได้ผล และการรับการรักษา ให้อาการดีขึ้น ผู้ป่วยเริ่มมีอาการซึมเศร้าและต้องการระบายให้แพทย์รับรู้ ดังตัวอย่างการให้สัมภาษณ์ดังนี้

“ทานยาเดียวถูกเดียวไม่ถูกต้องเปลี่ยนอะไรก็จะเข้าที่เข้าทางก็ตั้งแต่ปี 40 มา ก็รักษาอยู่พระมงกุฎมา 7 ปีแล้ว แต่ก็ไม่ใช่ว่ามันไม่หายซะทีเดียว มันก็ดีขึ้น ส่วนใหญ่แล้วมันจะดีขึ้น แล้วพอลงแล้วก็ลงเลย ทั้งดิ่งลงไปเลย ช่วงที่มันดิ่ง มันทรมานๆที่พูด ยังไงดีละ เป็นอาการที่แย่มาก อาการที่ทรมานตัวเอง มันทรมานจิตใจตัวเองซะมากกว่า ไม่อยากอยู่แล้วเนี่ย คิดฆ่าตัวตาย เพราะฉะนั้นต้องรีบมาพบแพทย์ ”

“เดิมที่คุณหมอบอกว่าคุณมีสติมาหาหมอแค่ห้าสิบเปอร์เซ็นต์เอง จนสุดท้ายไม่ได้เรื่องแล้ว ช็อคไฟฟ้าประมาณปี 40 ครั้งแรก สมัยก่อนในการช็อคไฟฟ้า มันก็ไม่ใช่เข้าไอชียูช็อคกันสดๆที่เตียงเลย แล้วก็ต้องมันกันอะไรกัน ก็โวยวาย รักษามาเรื่อยๆก็ไม่ได้ไปรักษาที่ไหน มาที่พระมงกุฎตลอด ช็อคไฟครั้งนี้ ครั้งที่ห้าแล้ว คอร์สที่ห้า หลังจากทำ ECT แล้วก็ดีขึ้น คือจากสติห้าสิบเปอร์เซ็นต์มันก็ดีขึ้นๆ ประมาณเจ็ดสิบเปอร์เซ็นต์ แล้วเรื่องซึมเศร้าก็ต้องกินยาช่วยด้วย ก็ทานยาที่หมอบอก รักษาไปรักษามากก็แย่ง แย่งก็ไปช็อคไฟอีก..”

“ป่ารักษามานานทั้งกินยาด้วย ช็อคไฟฟ้าด้วย หมอบอกว่าจำเป็นต้องทำเพราะว่าป่ากินยาอย่างเดียวเขาไม่อยู่”

“การมาตรวจรักษาไม่ใช่ว่าจะต้องได้ยา เสมอไป บางครั้งก็เป็นการพูดคุยการกระตุ้นให้เราหาทางป้องกันมันได้ บางอย่างมันก็เป็นการระบายออกมา ในสิ่งที่เราอยากเล่าให้ฟังก็คิดว่ายังจำเป็นอยู่ แต่ว่าช่วงหลังๆนี้เราไม่นั่นมากหรือว่ามาถีนะ ช่วงนี้ก็จะหายไปแต่คิดว่ายังจำเป็นต้องใช้การปรึกษาอยู่บ้าง”

“ที่สำคัญที่สุดคือว่าเราไม่ควรเก็บตรงนี้ไว้เพียงลำพัง เราต้องคิดว่ามันเป็นธรรมชาติที่ต้องเกิดอะไรได้ตลอด เราก็ควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญให้รับรู้สถานการณ์เจ็บป่วยของเราให้เค้าช่วยกันแก้ไขให้เราด้วย แนะนำไปในทางที่ถูกต้อง โดยเฉพาะตัวพี่เอง ยังโชคดีที่ใกล้ชิดจิตแพทย์ พอได้พูดกับจิตแพทย์ เค้าไม่ได้มองในแง่ที่ว่าเราในแง่เดียว เพราะจิตแพทย์จะมองไปในทางจิตอย่างเดียวแต่เค้าไม่ได้มองจุดนั้นเพียงจุดเดียว เค้ามองไปถึงว่าเราอยู่วัยนี้ มองไปถึงเรื่องของฮอร์โมนด้วยมันจะมีผลกระทบให้เราเหงาและซึมเศร้า ”

สรุป ผลต่อเนื่องจากการรับรู้อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า และจากประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในอดีตที่ผู้ให้ข้อมูลเคยประสบแล้วนั้น ผู้ให้ข้อมูลจะสามารถเลือกวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งวิธีหนึ่งที่ใช้ในการจัดการอาการ ได้แก่ การเข้ารับการรักษาจากทีมสุขภาพ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทุกรายจะมีประสบการณ์ในการบำบัดรักษาด้วยการรับประทานยาเพื่อควบคุมไม่ให้อาการกำเริบ และเพื่อเป็นการจัดการในภาวะอาการที่รุนแรง ประกอบกับการรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ให้ข้อมูลบางราย และการรับการปรึกษาจากทีมสุขภาพ

ประเด็นที่ 2 การจัดการอาการด้วยตนเอง

การจัดการอาการด้วยตนเอง คือ การปฏิบัติที่บุคคลยอมรับ และมีความพยายามที่จะควบคุมกระบวนการทั้งหมดด้วยตนเอง มีการกำกับตนเองซึ่งประกอบด้วยการสังเกตตนเอง และการบันทึกพฤติกรรมตนเอง มีการรับรู้และมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค และคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี ลดผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วย มีความสามารถในการวางแผนการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ เกิดจากการร่วมมือกับทีมสุขภาพ โดยพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเกิดจากความร่วมมือและสมาธิของบุคคลนั่นเอง และเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง

การศึกษาค้นคว้าพบว่าผู้ให้ข้อมูลอธิบายถึงการจัดการกับอาการของตนเองด้วยกันหลายวิธีที่มีความคล้ายคลึงและแตกต่างกันในผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย บ้างก็มีการจัดการเบื้องต้นกับตนเอง การแสวงหารักษา บ้างก็อยู่เฉยๆ โดยไม่ได้จัดการอะไรเลย หรือบางคนพยายามปรับหาความคิดเหตุผลของตนเอง ซึ่งวิธีการที่ผู้ป่วยซึมเศร้าใช้จัดการกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้นจากภาวะซึมเศร้าจากการศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วย การไปปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การระบายนามธรรมกับคนใกล้ชิด และการควบคุมตนเองโดย การตั้งสติและการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ประเด็นย่อยที่ 1 การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

นอกเหนือการจัดการอาการด้วยการบำบัดรักษาจากทีมสุขภาพแล้ว ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ายังมีการแสวงหาแหล่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจด้วยการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาด้วยการ **ไปวัด ไหว้พระ ทำบุญตักบาตร อ่านหนังสือธรรมะ** เพื่อให้สบายใจเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจให้พ้นจากอาการซึมเศร้า เนื่องด้วยผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ และพบว่าผู้ให้ข้อมูลบางส่วน

ได้ใช้แนวทางปฏิบัติตามหลักพุทธศาสนาเป็นวิธีการหนึ่งในการจัดการอาการของตน ดังข้อมูลคำบอกเล่าของผู้ป่วย ดังนี้

“พี่จัดการกับมัน ถ้าไม่จัดการอะไรกับมันเลยก็ไม่ได้นะพี่ก็เฉย แต่เฉยไม่ได้นั่งอยู่เฉยคือพยายามทำใจนะก็คิดเอาทางธรรมะมาช่วย ก็ไม่ได้นั่งสวดมนต์ภาวนาอะไร ก็คิดว่าเอาธรรมะเข้ามาช่วยแล้วมันรู้สึกว่ามันเป็นเวรกรรมเคราะห์อะไรอย่างนี้และก็ทำบุญตักบาตร”

“ป่าไปวัดบ่อยไปคุยกับแม่ชีบ้าง ไปทำบุญบ้าง มันสบายใจดีบ้านกับวัดอยู่ใกล้แค่นี้เองก็เวลาป่าคิดถึงลูกมันก็เศร้า ก็จะไปไหว้พระ มันก็สบายใจดี”

“...ที่หายจากความเศร้า ไม่ฆ่าตัวตายเพราะได้ข้อคิดและกำลังใจจากหนังสือธรรมะ...”

ประเด็นย่อยที่ 2 การระบายอารมณ์กับคนใกล้ชิด

เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองเจ็บป่วยเป็นโรคซึมเศร้าแล้วจะรับรู้อาการของโรคที่เกิดขึ้น และรับรู้ถึงสาเหตุที่อาจกระตุ้นให้เกิดอาการของโรค หรือสาเหตุที่ทำให้อาการกำเริบได้ เช่น ความเครียด ปัญหาที่ทำงานหรือปัญหาครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยจะมีประสบการณ์และการเรียนรู้วิธีการเผชิญปัญหา อาการต่างๆที่เกิดขึ้น อาทิ เศร้า เหงา หดหู่ ผู้ให้ข้อมูลจะมีแนวทางในการจัดการอาการเหล่านั้นด้วยตนเอง ซึ่งวิธีที่ผู้ให้ข้อมูลส่วนมากเลือกปฏิบัติคือการระบายอารมณ์และปรึกษากับคนใกล้ชิด ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“สมมุติว่าจะเหงา เศร้า แรกๆก็ไปเที่ยวบ้านเพื่อนบ้าง ไปคุยไประบาย แล้วก็ไปต่างจังหวัดไปหาพ่อแม่พี่น้อง อย่างนี้ก็จะช่วยให้คลายเครียดได้”

“บางครั้งการพูดคุยการกระตุ้นให้เราหาทางป้องกันมันได้ บางอย่างมันก็เป็นการระบายออกมา การได้พูดได้ระบายให้ใครฟังบ้างมันก็ช่วยได้เหมือนกันนะคะ เหมือนกับว่ามีคนเข้าใจเราบ้าง รับฟังเราบ้างนะคะ”

“...ส่วนใหญ่ถ้ามีอะไรก็จะพูดระบาย พูดให้ใครฟัง ให้พี่สาวฟัง อะไรแบบนี้ ...แล้วก็มีตัวช่วย... ช่วยให้เราได้เล่าเรื่อง ส่วนใหญ่ก็จะไม่เก็บไว้คนเดียว”

“... เคยให้คนที่เราไว้ใจได้ เพื่อนสนิท พี่หาคณคุยด้วยที่ไม่เก็บไว้คนเดียว...จะมาทำงานเนี่ย ถ้าอึดอัดมากๆ หรือแบบเศร้าซึมมากๆ ก็คิดอยู่เนี่ยเดินไม่พูดไม่จา ก็เป็นอย่างงี้เลยเนี่ย รู้สึกตัวเลยว่าอยู่ไม่ได้แล้ว ก็จะต้องหาคนคุย... เออได้คุยด้วยแป็บ เขาก็รับฟัง เขาก็แนะนำประมาณนั้น...ก็ดีขึ้นนะที่ได้พูดก็ช่วย อะไรเราไม่ได้มาก ก็รู้สึกดีขึ้นที่ได้ คุยกับคนอื่น...”

นอกเหนือจากการระบายอารมณ์ให้กับคนใกล้ชิดฟังแล้ว จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนได้มีการปรึกษาคณะครอบครัวครอบครัวที่มีส่วนช่วยในการให้กำลังใจเพื่อต่อสู้กับอาการของโรคที่เป็นอยู่

“ปรึกษาคณะครอบครัว ปรึกษาสามีนะ สามีก็บอกอย่างเช่น เรื่องการทำผลงานเขาบอกว่าคือเหมือนพูดทั่วๆไปนะว่าไหนจบปริญญาโทยังทำได้เลยแล้ว ทำไมกับแค่นี้จะทำได้ไม่ได้ แต่เราก็ไม่ทราบว่ามันเกิดอะไรขึ้นกับ ตัวที่ ที่มันจะทำให้ในลักษณะหมดแรงที่จะทำหรือเป็นคนขี้เกียจ นี่ก็ไม่ทราบนะที่ทำให้เกิดภาวะอาการนี้ขึ้นมา”

“ก็โชคดีที่ครอบครัวรับรู้ และเข้าใจ แค่ว่าจะให้กำลังใจและก็เข้าใจเวลาที่เราชวนพูดคุยหรือว่าเราจะมีกิจกรรมอะไรนะคะ แค่ว่าเต็มใจ อยากทำกิจกรรมเพราะเค้าทราบปัญหาว่า เรามีปัญหาอยู่...”

ประเด็นย่อยที่ 3 การควบคุมตนเอง

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า การจัดการกับอาการด้วยตนเอง นอกจากผู้ให้ข้อมูลจะใช้วิธีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการระบายอารมณ์กับคนใกล้ชิดแล้ว ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนยังกล่าวถึงวิธีการจัดการกับตนเองเมื่อมีความซึมเศร้าด้วยการควบคุมตนเอง ซึ่งในประเด็นนี้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง การควบคุมตนเอง 2 วิธี คือ การตั้งสติ และการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การตั้งสติ

การควบคุมตนเองด้วยการตั้งสติ ต่อเหตุการณ์หรือปัญหาที่เข้ามากระทบผู้ป่วย เป็นวิธีการจัดการอาการด้วยตนเองที่ผู้ให้ข้อมูลว่า เป็นการลำดับความคิด หาสาเหตุตัวกระตุ้นที่ทำให้ตนเองเกิดความซึมเศร้า เมื่อพบสาเหตุแล้ว ผู้ให้ข้อมูลจะแก้ไขสาเหตุของการเกิดอาการ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

“เผชิญมีแฟนมีเข้ามาแต่เค้าไม่เคยมาเยี่ยมเลย ตอนนี้นั้นก็เลยเป็นเรื่องกลุ่ม อยู่สองสามวัน ก็คิดน้อยใจกลับตัวเองนะว่าเนี่ยเราเป็นซึมเศร้าจริงๆหรือเป็นปัจจัยภายนอกที่เข้ามากระทบ เลยตั้งสติคิดว่าเป็นเพราะปัจจัยภายนอกเข้ามากระทบ มากกว่าเพราะฉะนั้นเราตัดตรงนี้ไปดีกว่า ออกไปก็เดี๋ยวเลิกหากันไปก็จบ”

“อาการอย่างอื่นมีไหม...ก็ไม่มีนะคะแต่ก็อารมณ์ก็ยังแปรปรวนอยู่ แต่เรารู้ตัวไงเราเลย เลิกอารมณ์และต้องควบคุมให้ได้ ต้องตั้งสติให้ได้ ไม่งั้นมันจะหนักกว่าเดิม”

“ต้องมีสติ แล้วก็ต้องมานั่งลำดับความคิด... โชคดีนะคะคือที่เป็นคนสู้แต่หลายๆคนที่มีภาวะซึมเศร้าอาจจะมีการฆ่าตัวตายแต่ปัญหาเขาอาจจะหนักมากกว่าเรา แต่พี่มีทางออกที่ชัดเจน”

การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการ/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เนื่องจากอาการของโรคซึมเศร้าที่ได้กล่าวไปแล้วว่าอาจจะมีอาการที่ไม่รุนแรงและมีลักษณะอาการของโรคที่ไม่เด่นชัดนัก ผู้ป่วยยังสามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนได้ ทั้งการทำงาน การทำหน้าที่ในครอบครัว แต่อย่างไรก็ตามบุคคลที่อยู่ร่วมในสังคมของผู้ป่วยอาจไม่ทราบอย่างชัดเจนว่า โรคซึมเศร้าคืออะไร และควรปฏิบัติตนอย่างไรกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ในทางกลับกันตัวผู้ป่วยเอง บางรายปรับลดความต้องการในความก้าวหน้าในที่หน้าการงาน ปรับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบโดยที่คนที่อยู่ร่วมในสังคมไม่รับรู้และอาจไม่ยอมรับผิดชอบต่อข้อจำกัดอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยจะค่อยๆ หลีกเลี้ยงตัวเองออกมาจากปัญหาดังกล่าว การควบคุมตนเองด้วยการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการ เป็นวิธีการจัดการกับอาการที่ผู้ให้ข้อมูลได้บรรยายไว้ดังนี้

“ผมมีเรื่องกับหัวหน้า ทะเลาะกันบ่อยๆคือเค้าไม่เชื่อเรื่องโรคซึมเศร้า เค้าไม่รู้ว่าเรารู้สึกอย่างไร มาพูดว่าคุณไม่อยากเปลี่ยนชีวิตหรือ มาพูดให้เครียด มึงไม่รู้หรือว่ากูจะตาย

อยู่แล้วยังจะมาพูดให้เครียดอีกแค่จะจัดการกับชีวิตตัวเองกับเรื่องโรคนี้ไม่ให้นันท้าเก็บขึ้นมาหรือให้อาการมันดีขึ้นแค่นี้ก็จะแยะอยู่แล้ว พักหลังมานี้ผมเลยไม่ค่อยได้พบปะกับเพื่อนฝูงที่ทำงาน เพราะไม่อยากพูดเรื่องที่ผมป่วย เรื่องทะเลาะกับหัวหน้า”

“...แต่แม่สิคะลงโทษเราอย่างเดียวพี่ชายอีกคนหนึ่งเหมือนแม่เลย เลยไม่ได้คุยกับเขาคือบางทีในภาวะคนซึมเศร้าในคนไข้ก็เห็นด้วยในการเศร้านี้เขาไม่ต้องการให้คนไปกระหน่ำ คือเขาต้องการกำลังใจหรือคำแนะนำทางออกที่มันดูดี คำที่คุณมาตอกย้ำมาด่าประนามเขาเนี่ย เขาไม่ต้องการหรอก เราชัดเจนตรงนี้...”

“โรคนี้ที่ส่งผลเสียกับตัวผมคือว่าปกติผมไม่ใช่คนก้าวร้าวนะ แต่โรคนี้ทำให้ผมเป็นคนก้าวร้าวในบางอย่างบางขณะบางเรื่องบางที่หัวหน้า ทำเป็นรู้มากกว่าผมไม่ได้เป็นอะไร แต่ผมก็ไม่ได้ไปแสดงออกว่าผมป่วย ต้องมาทำเป็นเดินตัวอบบนนั้นเมื่อไหร่ เราก็เลยกลายเป็นคนก้าวร้าวในบางเรื่อง บางที่เรารู้ตัวเองก็เดินหนีไปดีกว่าไม่อยากมีปัญหา”

เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้ระยะหนึ่งจะรับรู้โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่เรื้อรัง จำเป็นต้องรักษา จากประสบการณ์การจัดการกับอาการของโรคที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะมีการเรียนรู้ว่าควรจะทำปฏิบัติตัวอย่างไรต่ออาการที่เกิดขึ้นของตน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่างจึงเกิดขึ้นเพื่อจัดการอาการของตนเองและเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลว่า

“...แต่ก่อนทำใจยาก ใจหดสูบบุหรี่ กินกาแฟ แต่ยังทำใจไม่ได้ คนเราเคยกินกาแฟมาทุกวันเปลี่ยนนูปบิบเลย มันยาก แต่ตั้งใจแล้วละว่าหลังจากหาหมอครั้งนี้แล้วจะเลิกให้เด็ดขาด...”

“หลีกเลี่ยงการที่เกิดการกำเริบของโรคอย่างเช่นการดื่มเหล้า กินกาแฟ สูบบุหรี่พวกนี้เราก็ต้องรู้ตัวเอง ต้องทำใจให้ได้ เราต้องปรับเปลี่ยนวิธีการว่าทำยังไงโรคจะได้ไม่กำเริบและเราสามารถอยู่ในสังคมได้โดยไม่มีปัญหากับคนอื่นมากมาย”

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการนำเสนอการศึกษาประสบการณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยแบ่งเป็น การให้ความหมายการจัดการอาการ และประสบการณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สรุปได้ว่าผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายการจัดการอาการ หมายถึง เป็นกระบวนการคิดหาวิธีบรรเทาอาการ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจะกล่าวถึง การจัดการอาการหมายถึง การแก้ไขปัญหา การบรรเทาหรือหลีกเลี่ยงการเกิดอาการซึมเศร้า

ส่วนประสบการณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การจัดการอาการโดยผู้อื่น ด้วยการการไปพบแพทย์/ไปโรงพยาบาล และ 2) การจัดการอาการด้วยตนเอง ประกอบด้วย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การระบายอารมณ์กับคนใกล้ชิด และการควบคุมตนเองด้วยการตั้งสติ และการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการผสมผสานวิธีการจัดการอาการที่เกิดขึ้นของตนเอง ซึ่งผลต่อเนื่องจากการรับรู้อาการของโรคซึมเศร้าแล้วนั้น ผู้ให้ข้อมูลจะสามารถเลือกวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งวิธีหนึ่งที่ใช้ในการจัดการอาการได้แก่ การเข้ารับการรักษาจากแพทย์ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทุกรายจะมีประสบการณ์ในการบำบัดรักษาด้วยการรับประทานยาเพื่อควบคุมไม่ให้อาการกำเริบ และเพื่อเป็นการจัดการในภาวะอาการที่รุนแรง ประกอบกับกับการรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ให้ข้อมูลบางราย และการรับการปรึกษาจากแพทย์ และนอกจากการจัดการอาการโดยการเข้ารับการรักษาจากแพทย์แล้ว ผู้ให้ข้อมูลยังมีการแสวงหาแหล่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ซึ่งประกอบด้วยศาสนา และ ครอบครัวของผู้ให้ข้อมูลเอง โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะยึดหลักคำสอนทางพุทธศาสนา ความเชื่อเรื่องเวรกรรม มาเป็นแหล่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่จะช่วยเป็นพลังในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ รวมทั้งยังคำนึงถึงความสำคัญของครอบครัวที่จะมีส่วนช่วยในการให้กำลังใจผู้ป่วยต่อสู้กับอาการของโรคที่เกิดขึ้นมาได้ ในขณะที่ผู้ป่วยมีวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นโดยตรงแล้ว วิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ก็พบว่าเป็นวิธีการที่ผู้ให้ข้อมูลใช้เพื่อจัดการกับอาการที่อาจจะเกิดขึ้นกับตนเองได้ สืบเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลที่รับรู้และยอมรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแล้ว ยอมรับรู้หรือมีประสบการณ์ที่จะบอกได้ว่าสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดอาการคืออะไร ซึ่งอาจจะมีความเครียดจากปัญหาต่างๆที่ผ่านเข้ามาในการดำเนินชีวิต ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีวิธีการจัดการอาการของตนเองด้วยการระบายอารมณ์ให้กับคนใกล้ชิดและการตั้งสติ อย่างไรก็ตามแม้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีวิธีการจัดการกับอาการที่หลากหลาย แต่สิ่งที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นนั้น ผู้ป่วยจะมีการยอมรับการเจ็บป่วย กล่าวคือ ผู้ป่วยยอมรับอาการเจ็บป่วยที่ตนต้องเผชิญ ยอมรับที่จะต้อง

เปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิตบางอย่างเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคซึมเศร้า และทำใจยอมรับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยสามารถทำใจยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองได้แล้วนั้น ผู้ป่วยจะสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ด้วยการอยู่แบบมีความหวัง ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ล้วนเป็นประสบการณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการศึกษาครั้งนี้.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Husserl (Husserlian Phenomenology) เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เก็บข้อมูลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 10 ราย โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก นำข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลของ Colaizzi (1978 cited in Streubert and Carpenter,1999) จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ความหมายการจัดการอาการโรคซึมเศร้าแตกต่างกัน และมีประสบการณ์การจัดการกับอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้น ได้ผลดังนี้

จากการนำเสนอประสบการณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยแบ่งเป็นการให้ความหมายการจัดการอาการ และ การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สรุปได้ว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ความหมายการจัดการอาการไว้อย่างสอดคล้องกันว่าเป็น กระบวนการคิดหาวิธีบรรเทาอาการ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจะกล่าวถึง การจัดการอาการหมายถึง การแก้ไขปัญหา การบรรเทาหรือหลีกเลี่ยงการเกิดอาการซึมเศร้า ส่วนประสบการณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย 2 ประเด็นหลัก โดยมีประเด็นหลักและประเด็นย่อย ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การจัดการอาการโดยผู้อื่น โดยการไปพบแพทย์/ไปโรงพยาบาล ได้แก่ การรับประทานยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรับการรักษา

ประเด็นที่ 2 การจัดการอาการด้วยตนเอง ประเด็นย่อย ได้แก่ 1) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา 2) การระบายอารมณ์กับคนใกล้ชิด และ 3) การควบคุมตนเองด้วยการตั้งสติและการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การอภิปรายผล

การให้ความหมายการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การให้ความหมายการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้น มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล จากการศึกษาความหมายคำศัพท์ตามความเข้าใจในภาษาไทย เพราะในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 (2542) ให้ความหมายแยกกัน ระหว่าง “การจัดการ” กับ “อาการ” โดย “การจัดการ” หมายถึง การสั่งงาน, การควบคุมงาน, การดำเนินงาน และ “อาการ” มีความหมายด้วยกัน 4 ความหมาย ได้แก่ 1) ความเป็นอยู่, ความเป็นไป, สภาพ, เช่น อาการไข้ 2) กิริยาท่าทาง เช่น อาการพิรุณ 3) ทำนอง เช่น โดยอาการนั้น และ 4) ส่วนของร่างกายซึ่งนิยามว่ามี ๓๒ อย่าง เรียกว่าอาการ ๓๒ มี ผม ขน เล็บ ฟัน หนัง เป็นต้น อย่างไรก็ตามในการวิจัยครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายความหมายของการจัดการอาการตามความเข้าใจของตนเองว่าเป็นกระบวนการคิดหาวิธีบรรเทาอาการ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจะกล่าวถึง การจัดการอาการ หมายถึง การแก้ไขปัญหา การบรรเทาหรือหลีกเลี่ยงการเกิดอาการ

“วิธีการแก้ไขกับปัญหา” เป็นการแสดงให้เห็นถึงทัศนคติของผู้ให้ข้อมูลต่ออาการของโรคซึมเศร้าของตนที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดปัญหาหรือมีผลกระทบต่อตนเอง อาการของโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะมากหรือน้อย ล้วนแล้วแต่ทำให้กระทบกระเทือนต่อการดำเนินชีวิตทั้งของผู้ป่วยเองและคนอื่นที่เกี่ยวข้อง มีการเปลี่ยนแปลงต่างๆเกิดขึ้นตามมามากมายในชีวิตของผู้คนเหล่านี้ เช่น ต้องหยุดทำงานทำให้เสียรายได้ ต้องขาดเรียน เป็นต้น อาการของโรคซึมเศร้าบางอย่าง เช่น อาการหลงๆลืมๆ หงุดหงิดง่าย เกิดความรู้สึกผิด จึงมักก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความกลัว ความเครียด ความสิ้นหวัง ซึ่งสอดคล้องกับ Schreiber (2001) ศึกษาพบว่า เหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ในด้านการทำงาน ด้านสัมพันธภาพ ยิ่งถ้าอาการของโรคซึมเศร้านั้นมีความร้ายแรง คุกคามต่อชีวิต หรือมีผลทำให้การดำเนินชีวิตต้องเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างมากมาย เช่น ความคิดอยากฆ่าตัวตาย ปฏิกริยาทั้งหลายที่เกิดขึ้นก็ย่อมทวีความรุนแรงตามไปด้วย จนถึงกับทำให้เกิดการเสียภาวะสมดุลของจิตใจที่เคยมีมา ทำให้กลายเป็นภาวะวิกฤติของชีวิตได้ ภาวะวิกฤตินี้เมื่อเกิดขึ้นแล้วก็จำเป็นต้องมีการปรับตัวเพื่อให้จิตใจกลับสู่ภาวะสมดุลใหม่ ในการศึกษาครั้งนี้ได้ผลดังกล่าวอาจเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับปานกลางถึงสูง และเศรษฐฐานะระดับล่างถึงปานกลาง ทุกรายเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรง (Major Depressive Disorders) โดยอยู่ในภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง มีการดำเนินชีวิตซึ่งใกล้เคียงกับบุคคลปกติ รวมทั้ง

ส่วนใหญ่มีงานทำการต่อสู้ในการดำเนินชีวิตจึงอาจทำให้เห็นความสำคัญในการแก้ปัญหาที่เข้ามาในชีวิตมากกว่าการจัดการกับโรคซึมเศร้า ด้วยเหตุนี้การที่ผู้ให้ข้อมูล ให้ความหมายการจัดการอาการ หมายถึง เป็นวิธีการแก้ปัญหา จึงถือเป็นปฏิกิริยาของบุคคลต่อปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ Kogan & Betrus (1984) ซึ่งให้ความหมายไว้ว่า การจัดการอาการ เป็นการเรียนรู้ทางกาย ทางจิต และการเรียนรู้ทางสังคม เพื่อควบคุมร่างกายตนเอง พฤติกรรม และอารมณ์ให้อยู่ในภาวะสมดุล และยังคงสอดคล้องกับการให้ความหมายการจัดการอาการของ Martha (1993 อ้างถึงใน เพ็ญศิริ , 2542) เป็นการกระทำที่ประกอบด้วยการพิจารณาตนเอง การเฝ้าดูอาการ ทักษะความรู้ในการแก้ปัญหาและการควบคุมอาการ

การจัดการอาการของผู้ป่วยซึมเศร้า

การจัดการอาการ กระบวนการที่เป็นพลวัต ที่มี การเปลี่ยนแปลงวิธีการต่างๆ ตลอดเวลาจนเป็นที่พอใจ ผู้ป่วยยอมรับโดยมีเป้าหมายเพื่อบรรเทา ซะลดผลลบด้วยการรักษาทางการแพทย์ การพึ่งพาที่มีสุขภาพ และการดูแลตนเองโดยเริ่มต้นจากประเมินประสบการณ์ การมีอาการด้วยมุมมองของผู้ป่วย การจัดการกับอาการรวมถึงการจัดการกระทำและพัฒนาวิธีการในการจัดการกระทำ นอกจากนี้ยังต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วย ครอบครัวและที่มีสุขภาพ (Larson et al,1994)

ผลการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเกี่ยวกับประสบการณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในครั้งนี้ แสดงให้เห็นถึงปรากฏการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยซึมเศร้าจากประสบการณ์การจัดการอาการ อันประกอบด้วย การจัดการอาการโดยผู้อื่น ได้แก่ การไปพบแพทย์/ไปโรงพยาบาล การจัดการอาการด้วยตนเอง ได้แก่ การไปปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การระบายอารมณ์กับคนใกล้ชิด และการควบคุมตนเองด้วยการตั้งสติและการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ประสบการณ์การจัดการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ แสดงให้เห็นถึงการผสมผสานวิธีการจัดการอาการที่เกิดขึ้นของตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยผู้ให้ข้อมูลจะเรียนรู้จากประสบการณ์ของอาการที่เกิดขึ้นทั้งอาการทางกาย เช่น อาการปวดหัว อ่อนเพลีย ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว อาการทางด้านอารมณ์ เช่น เศร้า เหงา หว้าเหว่ หงุดหงิดง่าย อาการทางด้านการนึกคิด เช่น รู้สึกผิด ความคิดหมกมุ่น ความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งผลต่อเนื่องจากการรับรู้อาการ

ของโรคซึมเศร้าแล้วนั้น ผู้ให้ข้อมูลจะสามารถเลือกวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งวิธีหนึ่งที่ใช้ในการจัดการอาการได้แก่ การเข้ารับการบำบัดรักษาจากทีมสุขภาพ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทุกรายจะมีประสบการณ์ในการบำบัดรักษาด้วยการรับประทานยาเพื่อควบคุมไม่ให้อาการกำเริบ และเพื่อเป็นการจัดการในภาวะอาการที่รุนแรง ประกอบกับกับการรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ให้ข้อมูลบางราย และการรับการปรึกษาจากทีมสุขภาพ และนอกจากการจัดการอาการโดยการเข้ารับการบำบัดรักษาจากทีมสุขภาพแล้ว ผู้ให้ข้อมูลยังมีการแสวงหาแหล่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ซึ่งประกอบด้วยศาสนา และ ครอบครัวของผู้ให้ข้อมูลเอง โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะยึดหลักคำสอนทางพุทธศาสนา ความเชื่อเรื่องเวรกรรม มาเป็นแหล่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่จะช่วยเป็นพลังในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ รวมทั้งยังคำนึงถึงความสำคัญของครอบครัวที่จะมีส่วนช่วยในการให้กำลังใจผู้ป่วยต่อสู้กับอาการของโรคที่เกิดขึ้นมาได้ ในขณะที่ผู้ป่วยมีวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นโดยผู้อื่นแล้ว ผู้ป่วยยังมีวิธีการจัดการอาการด้วยตนเองด้วยวิธีการระบายอารมณ์ การตั้งสติ และการแยกตัวจากสังคม อย่างไรก็ตามแม้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีวิธีการจัดการกับอาการที่หลากหลาย แต่สิ่งที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นนั้น ผู้ป่วยจะมีการทำใจและยอมรับ กล่าวคือ ผู้ป่วยจะทำใจยอมรับอาการเจ็บป่วยที่ตนต้องเผชิญ ทำใจยอมที่จะต้องเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิตบางอย่างเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคซึมเศร้า และทำใจใจยอมรับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยสามารถทำใจยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองได้แล้วนั้น ผู้ป่วยจะสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ด้วยการอยู่แบบมีความหวัง ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ล้วนเป็นประสบการณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการศึกษาครั้งนี้

ประเด็นที่ 1 การจัดการอาการโดยผู้อื่น

จากที่กล่าวมาแล้วว่าเมื่อผู้ป่วยซึมเศร้ารับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้นแล้ว จากนั้นผู้ป่วยจะแสวงหาการจัดการที่เกิดขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ให้ข้อมูลทุกรายได้ “ไปพบแพทย์/ไปโรงพยาบาล” ซึ่งวิธีการจัดการอาการด้วยการเข้ารับการบำบัดรักษาจากทีมสุขภาพนั้น ประกอบด้วย การรับประทานยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรับการปรึกษาจากแพทย์ โดยผู้ให้ข้อมูลบางรายได้รับการบำบัดรักษาแตกต่างกัน ในบางรายได้รับการบำบัดรักษาทั้งสามวิธี ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายๆอย่างของตัวผู้ให้ข้อมูลเอง เช่น ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้น ประสบการณ์การจัดการอาการในอดีต

การศึกษานี้พบว่าวิธีการบำบัดที่ผู้ให้ข้อมูลใช้เป็นวิธีการจัดการกับอาการซึมเศร้า ซึ่งได้แก่ การรับประทานยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรับการปรึกษาจากทีมสุขภาพนั้น ไม่

แตกต่างกับการรักษาโรคซึมเศร้ากับการรักษาทางการแพทย์ในปัจจุบัน ทั้งนี้สามารถอภิปรายได้ว่า ผู้ให้ข้อมูลที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง (Major Depressive Disorder) ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ซึ่งทุกรายเคยได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเป็นผู้ป่วยนอกของแผนกจิตเวช เพราะฉะนั้นผู้ป่วยจึงมีประสบการณ์ได้รับการบำบัดรักษาทั้งการรับประทานยา การทำจิตบำบัด และในบางรายได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (1990) ศึกษาพบว่า สามารถรักษาผู้ป่วยโรคอารมณ์ซึมเศร้าร้อยละ 85 ได้ในระดับที่น่าพอใจ ซึ่งได้ผลดีมากในผู้ป่วยซึมเศร้าชนิดรุนแรง (ชนิดา กาญจนลาภ , 2543) จึงทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์จากการรักษาที่ดี ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบจึงเลือกใช้วิธีการเข้ารับการบำบัดรักษาจากทีมสุขภาพดังกล่าว นายแพทย์มานิชหล่อตระกูล (2544) ได้กล่าวว่า การรักษาที่สำคัญในโรคนี้คือการรักษาด้วยยาแก้ซึมเศร้า โดยเฉพาะในรายที่อาการมาก ส่วนในรายที่อาการไม่มากอาจรักษาด้วยการช่วยเหลือชี้แนะการมองปัญหาต่างๆ ในมุมมองใหม่ แนวทางในการปรับตัว หรือการหาสิ่งที่จะช่วยให้จิตใจผ่อนคลายความทุกข์ใจลงร่วมกับการให้ยาแก้ซึมเศร้าหรือยาคลายกังวลเสริมในช่วงที่เห็นว่าจำเป็น

แม้ว่าผู้ป่วยบางรายอาจรู้สึกถึงความทุกข์ใจหรือปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นเป็นเรื่องของจิตใจ แต่ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่าการที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงอาการต่างๆที่เกิดขึ้นของโรคซึมเศร้าแล้ว แสดงว่าได้มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นกับระบบสารเคมีในสมอง ทำให้การควบคุมระบบต่างๆในร่างกายแปรปรวนไป เกิดอาการต่างๆตามมา เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ เป็นต้น ไม่ใช่มีแต่เพียงอารมณ์เศร้าอย่างเดียว เหมือนเวลาที่มีเรื่องไม่สบายใจต่างๆ ซึ่งยาจะมีส่วนช่วยในการบำบัดอาการเหล่านี้ อีกทั้งยังสามารถทำให้อารมณ์ซึมเศร้า ความวิตกกังวลใจทุเลาลงได้ด้วย จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า 10 คน หากได้รับการ**รักษาด้วยยาแก้ซึมเศร้า**อาการจะดีขึ้นจนหายถึง 7-8 คน ในขณะที่หากไม่ได้รับการรักษานั้นอาการจะดีขึ้นเองเพียง 2-3 คนเท่านั้น (มานิช หล่อตระกูล, 2544) ดังนั้นผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การมีของโรคซึมเศร้าแล้วได้รับประทานยาแก้ซึมเศร้าทำให้อาการดีขึ้น จึงมีทัศนคติในแง่บวกต่อวิธีบำบัดดังกล่าว

ผู้ให้ข้อมูลบางรายเคยได้รับการบำบัดรักษาอาการซึมเศร้าด้วยการ**รักษาด้วยไฟฟ้า** และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ให้ข้อมูลจะใช้วิธีการรักษาด้วยไฟฟ้านี้เป็นวิธีหนึ่งในการจัดการอาการซึมเศร้าของตน ซึ่งสามารถอภิปรายได้ว่า แม้ว่าในระยะแรกที่ผู้ให้ข้อมูลจะมีความรู้สึกหัวงเหง และหวาดกลัวต่อวิธีการรักษานี้มาก เนื่องจากประสบการณ์ของผู้ป่วยที่รับรู้สภาพของการที่

ต้องนอนให้ผู้ป่วยเอาแผ่นอิเล็กโทรดวางไว้ที่ขมับ แล้วปล่อยกระแสไฟฟ้าผ่านเข้าสมองโดยตรง จากนั้นก็มีการเกร็งและกระตุกของร่างกาย แม้ว่าผู้ให้ข้อมูลจะจำอะไรในขณะนั้นไม่ได้ แต่ก็ยังรับรู้ ว่าตนเองจะถูก “ช็อคไฟฟ้า” ซึ่งมีความน่ากลัวเป็นอย่างยิ่ง (ศิริพร จิรวุฒน์กุล, 2546) แต่เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและรักษาโรคนี้มานาน รักษาด้วยวิธีการรับประทานยาหรือการทำจิตบำบัดแล้วไม่เห็นผล ผลจากการรักษาด้วยไฟฟ้าของผู้ให้ข้อมูลทำให้อาการของโรคซึมเศร้าดีขึ้น สถาบันจิตเวชศาสตร์นियอร์ค พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองของการรักษาด้วยวิธีอื่นรวมทั้งยาต้านอาการเศร้า ตอบสนองการรักษาด้วยไฟฟ้าถึงร้อยละ 79 และสรุปว่าการรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพที่สุดสำหรับผู้ป่วยที่มีอารมณ์ซึมเศร้าระดับรุนแรงมากๆ (ชนิดา กาญจนลาภ, 2543) และเนื่องจากปัจจุบันการรักษาด้วยไฟฟ้านั้นค่อนข้างปลอดภัย งานศึกษาวิจัยพบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้ารวมทั้งหมด 200 กว่าครั้ง เมื่อตรวจวัดความสามารถทางความคิดอ่านไม่พบว่าผิดปกติแต่อย่างใด (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) จึงเป็นเหตุผลสนับสนุนที่ผู้ให้ข้อมูลเลือกวิธีการรักษาด้วยไฟฟ้าในการจัดการซึมเศร้าของตน

สำหรับการเข้ารับการรักษาจากทีมสุขภาพของผู้ให้ข้อมูล จากการศึกษาคั้งนี้พบว่าผู้ให้ข้อมูลได้ขอรับการรักษาจากทีมสุขภาพขณะที่ไปตรวจตามนัด และในบางครั้งไปพบแพทย์เนื่องจากคิดว่าตนเองอาจมีอาการกำเริบ ผู้ให้ข้อมูลทุกรายได้รับการรักษาในโรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุข ดังนั้นจึงมีผู้ให้ข้อมูลบางรายเมื่อเริ่มมีอาการของโรคซึมเศร้าเกิดขึ้นจะไปเข้ารับการรักษาจากทีมสุขภาพ ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลให้ความเชื่อถือในความสามารถของแพทย์และทีมสุขภาพ ว่าทีมสุขภาพเป็นผู้มีความรู้ความสามารถที่จะทำให้หายจากอาการที่เกิดขึ้น ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งบอกว่า เวลาเราไปหาแพทย์ แพทย์จะช่วยเราได้มากเพราะแพทย์มีความรู้ความเข้าใจในโรคที่เขาเป็น แพทย์แนะนำอะไรก็ควรปฏิบัติตาม ซึ่ง Kahn (1999) ได้อธิบายไว้ว่า ถ้าแพทย์มีความกระตือรือร้น แนะนำให้ผู้ป่วยใช้ทักษะการปรับตัว (Coping skills) หรือบางอย่างที่ผู้ป่วยต้องแก้ไขปรับปรุง ผู้ป่วยที่เป็นมาไม่นานและมีเหตุปัจจัยที่ทำให้ป่วยชัดเจน อาจจะดีขึ้นใน 1-2 เดือน ถ้าติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อรับคำแนะนำ กำลังใจ และการปลุกปลอบให้กำลังใจในแบบใช้สามัญสำนึก โดยอาศัยความสัมพันธ์อันอบอุ่น เห็นใจเข้าใจระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ จะสามารถลดอาการและป้องกันอาการกำเริบของผู้ป่วยซึมเศร้าได้

ประเด็นที่ 2 การจัดการอาการด้วยตนเอง

การจัดการอาการที่เกิดขึ้นไม่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยซึมเศร้านั้น นอกเหนือการจัดการอาการด้วยการบำบัดรักษาจากแพทย์แล้ว ผู้ป่วยโรคซึมเศร่ายังมีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ด้วยการไปวัด ไหว้พระ ทำบุญตักบาตร ให้หลักศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ให้พ้นจากอาการซึมเศร้า การระบายอารมณ์กับคนใกล้ชิดและการควบคุมตนเอง

ประเด็นย่อยที่ 1 การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา จากความเชื่อของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า เป็นเคราะห์กรรมของตนเองถึงเป็นทำให้เจ็บป่วยเป็นโรคนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ มาโนช และคณะ (2537) พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 41 มีความรู้สึกเกี่ยวกับเรื่องบาปกรรม การไป ไหว้พระทำบุญจะช่วยให้ปัญหาต่างๆคลี่คลายลง อาการเจ็บป่วยดีขึ้น และมีความรู้สึกสบายใจขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของทองประทีป (Tongprateep,2000) ที่พบว่าคนไทยมีการใช้ความเชื่อและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในการดำเนินชีวิตเพื่อให้เกิดความผาสุก เช่นเดียวกับ การศึกษาของ พวงเพ็ญ เจริญปัญญารัตน์ และ คณะ (2542) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชใช้วิธีการ ทำบุญทำทานเพื่อให้เกิดความสบายใจ ในสังคมไทยมีช่องทางที่ทำให้ผู้ป่วยจัดการกับภาวะ ซึมเศร้าของตนเองได้ด้วยตัวเอง คือ การปรับใจ การปลง ผ่านความศรัทธา เชื่อมมั่นในศาสนา (ศิริพร จิรวินน์กุล,2546) การที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่า ไปวัด ไหว้พระ แล้วทำให้สบายใจดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยฉัตร สะอาดเอี่ยม (2545) ที่พบว่าการที่จะให้ผู้ป่วยจิตเวช สามารถดำเนินชีวิตอยู่ต่อไปได้นั้น การมีสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจเป็นอีกสิ่งหนึ่งที่จะดึงความคิดของ ผู้ป่วยไว้ได้ การให้ยึดถือความเชื่อทางศาสนา เนื่องจากทำให้เกิดความสบายใจ เป็นสิ่งยึดเหนี่ยว ทางจิตใจเมื่อคนมีความคิดได้ และการศึกษาของ จุฬารวรรณ สุระกุล (2544) พบว่า การหวังพึ่ง ผลบุญและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ทำให้บุคคลมีเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ และมีพลังในการจัดการกับปัญหา หรือเหตุการณ์ที่มาคุกคามได้

ประเด็นย่อยที่ 2 การระบายอารมณ์ให้กับคนใกล้ชิด

ความเครียดเป็นสาเหตุสำคัญสาเหตุหนึ่งที่ทำให้อาการของโรคกำเริบ ผู้ป่วยจะมี แนวทางในการลดความเครียดของตน ผู้ป่วยอาจมีปัญหาดังกล่าวที่จะส่งผลกระทบต่อความรุนแรง ของโรค ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะมีวิธีในการลดความเครียดของตน ซึ่งวิธีลดความเครียดที่ผู้ให้ ข้อมูลส่วนมากเลือกปฏิบัติคือการระบายอารมณ์ให้กับคนใกล้ชิด ซึ่งสอดคล้องกับการ ศึกษาวิจัยของกรมสุขภาพจิต (2540) ที่พบว่าเมื่อมีความเครียดประชาชนทั่วไปจะใช้วิธีการ พุด

ระบายกับผู้อื่น ถึงร้อยละ 74.1 การศึกษาของ Brown and Harris (1987) ได้ศึกษาอุบัติการณ์ของผู้ป่วยซึมเศร้าชนิดรุนแรงในผู้หญิง พบว่าผู้หญิงที่มีความเครียดสูงและมีการสนับสนุนทางสังคมน้อย จะมีอัตราของอาการซึมเศร้ามากเป็นสี่เท่า ผู้วิจัยได้สรุปว่าสัมพันธภาพที่น่าไว้วางใจและการได้มีโอกาสระบายอารมณ์และความรู้สึกจะช่วยป้องกันการเกิดอาการซึมเศร้าได้ จำลอง และ ฟรีมเพรา ดิษยวณิช (2545) ได้กล่าวถึงกลวิธีคลายเครียดด้วยวิธีการพูดออกมาว่า การระบายความไม่สบายใจให้คนอื่นได้รับฟังบ้าง ความรู้สึกหนักอกหนักใจหนักสมอง จะถูกระบายออกไปได้ นอกจากนั้นยังอาจได้รับคำแนะนำและแนวคิดใหม่ในการแก้ปัญหาอีกด้วย การจัดการอาการซึมเศร้าด้วยการระบายอารมณ์ในการศึกษาค้นคว้า สอดคล้องกับการศึกษาของ วีระ ชูรุจิพร (2542) ศึกษาพบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะวิธีการเผชิญปัญหาด้วยการระบายอารมณ์ การหลีกเลี่ยงปัญหา และการมองโลกในแง่ร้าย

การระบายอารมณ์ให้กับคนในครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งกล่าวว่า เวลาที่เริ่มจะมีอาการหรือมีปัญหา ผู้ให้ข้อมูลจะบอกครอบครัวของตนให้ทราบ เพราะครอบครัวจะสามารถช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้ได้

“ก็โชคดีที่ครอบครัวรับรู้ และเข้าใจ แค่นี้ก็จะให้กำลังใจและก็เข้าใจเวลาที่เรารวนพุดคุยหรือว่าเราจะมีกิจกรรมอะไรนะคะ แค่นี้ก็เต็มใจ อยากทำกิจกรรมเพราะเค้าทราบปัญหาว่า เรามีปัญหาอยู่ แค่นี้จะไม่ขัดขวางในสิ่งที่เรา คือเราป้องกันและแก้ไขของเรา เราก็จะใช้วิธีการหางานให้ตัวเองทำอยู่หนึ่งๆไม่ได้ ทำโน่น ทำนี่ตลอดเวลาเลย แค่นี้เข้าใจเหมือนกับคนอยู่ไม่สุข”

การใช้ครอบครัวเป็นที่ระบายอารมณ์ ระบายความในใจของผู้ป่วย ในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นนั้น สามารถอธิบายได้ว่า สังคมไทยโดยทั่วไปเป็นสังคมระบบเครือญาติ ดังนั้นเมื่อบุคคลมีปัญหาใดๆก็ตามมักจะมีบุคคลที่สามารถให้ความช่วยเหลือสนับสนุนได้ จากรายงานของกรมสุขภาพจิต (2540) พบว่าเมื่อบุคคลมีความเครียดสามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลต่างๆ โดยจะขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวมากที่สุดร้อยละ 46.3 จึงเห็นได้ว่าบุคคลในครอบครัว เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจที่สำคัญในชีวิตของผู้คนทั่วไปในสังคมไทย สอดคล้องกับดวงใจ กสานติกุล (2542) ซึ่งกล่าวว่าการประคับประคองทางสังคม ครอบครัวและญาติมิตรของผู้ป่วย เป็นกุญแจสำคัญในการวางแผนการรักษา ครอบครัวที่เอาใจใส่ดูแลให้กำลังใจผู้ป่วยในการร่วมมือรักษาจะช่วยให้การรักษาได้ผลดี ในทางกลับกันหากผู้ป่วยซึมเศร้าที่ครอบครัวไม่

เข้าใจ จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผิด หมดหวัง ไม่ตอบสนองต่อการรักษาเท่าที่ควร หรือพยายามฆ่าตัวตายได้

3. ประเด็นย่อยที่ 3 การควบคุมตนเอง

การควบคุมตนเอง เป็นการจัดการกับอาการในแง่ของการป้องกันไม่ให้อาการกำเริบ โดยผู้ให้ข้อมูลควบคุมตนเองด้วยการตั้งสติและการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการรวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่างเพื่อมิให้อาการของโรคซึมเศร้ากำเริบ

การตั้งสติ

นอกจากการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการด้วยการระบายนอารมณ์แล้ว จากการศึกษาสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลยังพบว่า การตั้งสติ เป็นวิธีการควบคุมตนเองของผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่อีกด้วย ซึ่งหากอธิบายตามความหมายของการตั้งสติของผู้ให้ข้อมูลนั้น สติ แปลว่าความระลึกได้ (Mindfulness or recollection) คือระลึกได้ก่อนทำ ก่อนพูด ก่อนคิด นอกจากนี้สติยังมีความหมายถึงความมีใจจดจ่อ (Attentiveness) ความระแวดระวัง (Vigilance) การควบคุมตัวเอง (Self control) และการเฝ้าดูเฉยๆ (Detached watching) (จำลอง และ พร็ิมเพรา ดิษยวณิช ,2545) แต่สำหรับการตั้งสติของผู้ให้ข้อมูลจะหมายถึง การลำดับความคิด โดยคิดหาสาเหตุของปัญหาและแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหา ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งว่า

“อาการอย่างอื่นมีใหม่...ก็ไม่มีนะคะแต่ก็อารมณ์ก็ยังแปรปรวนอยู่ แต่เรารู้ตัวใจเราเลย เลิกอารมณ์และต้องควบคุมให้ได้ ต้องตั้งสติให้ได้ ไม่งั้นมันจะหนักกว่าเดิม”

การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เนื่องจากอาการของโรคซึมเศร้าที่ได้กล่าวไปแล้วว่าอาจจะมีอาการที่ไม่รุนแรงและมีลักษณะอาการของโรคที่ไม่เด่นชัดนัก ผู้ป่วยยังสามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนได้ ทั้งการทำงาน การทำหน้าที่ในครอบครัว แต่อย่างไรก็ตามบุคคลที่อยู่ร่วมในสังคมของผู้ป่วยอาจไม่ทราบอย่างชัดเจนว่า โรคซึมเศร้าคืออะไร และควรปฏิบัติตนอย่างไรกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ในทางกลับกันตัวผู้ป่วยเอง บางรายปรับลดความต้องการในความก้าวหน้าในที่หน้าการงาน ปรับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบโดยที่คนที่อยู่ร่วมในสังคมไม่รู้และไม่ยอมรับผิดชอบต่ออาการเจ็บป่วยของ

ผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยจะค่อยๆ หลีกเลี้ยงตัวเองออกมาจากปัญหาดังกล่าว เป็นการหลีกเลี้ยงสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการ

สำหรับวิธีการหลีกเลี้ยงสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการด้วยการ แยกตัวออกจากสังคม ในผู้ป่วยซึมเศร้าจากการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Carson and Arnold (1996) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยซึมเศร้ากลัวว่าคนอื่นจะมีปฏิกิริยาต่อตนเองในทางไม่ดีเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคซึมเศร้า ทั้งเรื่องจริงและสิ่งที่ผู้ป่วยคาดคิด ผู้ป่วยกลัวว่าจะถูกไล่ออกจากงาน, กลัวเสียสวัสดิการ และกลัวการสูญเสียสถานภาพทางสังคม หากมีผู้ใดรู้ว่าตนเคยป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (Carson and Arnold, 1996) ด้วยภาวะอาการของโรคซึมเศร้าที่มักจะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยที่หายจากการเป็นโรคซึมเศร้าแล้ว กลัวว่าคนอื่นจะมีปฏิกิริยาต่อตนเองในทางลบเนื่องจากประสบการณ์ของคนนั้นๆ กับผู้ป่วยขณะเจ็บป่วยอาจจะไม่ดีนัก (Carson and Arnold, 1996) ซึ่งทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้นนั้นทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกผิด และแยกตัวเองออกมาจากสังคมในที่สุด ในขณะที่ผู้ป่วยซึมเศร้าเองมักจะมีความคิดในแง่ลบ การแยกตัว การขาดทักษะสัมพันธ์ อารมณ์ฉุนเฉียวและอารมณ์ซึมเศร้าอื่นๆ จะส่งผลกระทบและได้รับทำที่ตอบสนองในทางลบจากผู้อื่น ยิ่งทำให้ผู้ป่วยท้อแท้ ทอดอาลัย มองตนเองว่าล้มเหลว ไม่สมหวังไปในทุกสิ่งจนท่วมทับอาการกำเริบง่ายขึ้นแม้มีเรื่องกดดันเพียงเล็กน้อย ซึ่งอาการหลังๆ นี้ส่งผลให้สูญเสีย ผิดหวังมากกว่าที่ควรจะเป็น เช่นผู้ป่วยที่อารมณ์หงุดหงิด เย็นชาใส่เพื่อนๆ เพื่อนๆ ก็พากันกลัวไม่กล้าพูดคุยด้วย ผู้ป่วยก็ยังเสียใจซึมเศร้า รู้สึกว่าไม่มีใครรัก ไม่มีใครสนใจ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีสัมพันธภาพกับผู้อื่นแย่งลง ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องเผชิญกับความลำบากใจในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ไม่ต่างจากครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท (Jenkin et al, 1999) การแยกตัวออกจากสังคมจึงเป็นวิธีที่สามารถหลีกเลี้ยงสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการของผู้ป่วยซึมเศร้าได้ตามการรับรู้และประสบการณ์ของผู้ป่วยเอง

สำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้ระยะหนึ่งจะรับรู้ว่าเป็นโรคที่เรื้อรัง จำเป็นต้องรักษา จากประสบการณ์การจัดการกับอาการของโรคที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะมีการเรียนรู้ว่าควรจะปฏิบัติตัวอย่างไรต่ออาการที่เกิดขึ้นของตน รวมทั้งรู้ในตนเองว่าสิ่งใดที่จะสามารถก่อให้เกิดการกำเริบของโรคได้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่างเช่น งดการดื่มสุรา กาแฟ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเชื่อว่าจะช่วยป้องกันไม่ให้อาการกำเริบขึ้นมาได้ มาโนช หล่อตระกูล (2544) กล่าวว่า ปัญหาสำคัญของผู้ป่วยซึมเศร้าคือผู้ป่วยมักจะไม่ตระหนักว่าตนเองผิดปกติไปมากหรือเริ่มป่วยแล้ว บ้างก็ตำหนิตัวเองที่ไม่เข้มแข็งพอ บ้างก็หันเข้า

หาเหล่านี้หรือสิ่งเสพติดเพื่อบรรเทาความทุกข์ใจการปฏิบัติตัว มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงติดสุราถึงร้อยละ 50 (ดวงใจ กษานติกุล,2542) การที่จะดำเนินชีวิตคู่ไปกับโรคซึมเศร้าต่อไป ผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับพฤติกรรมบางอย่างของตนเอง เพื่อให้สามารถจัดการกับภาวะอาการของตนเองได้ “หลีกเลี่ยงการที่เกิดการกำเริบของโรคอย่างเช่นการดื่มเหล้า กินกาแฟ สูบบุหรี่พวกนี้เราก็ต้องรู้ตัวเอง ต้องทำใจให้ได้ เราต้องปรับเปลี่ยนวิธีการว่าทำยังไงโรคจะได้ไม่กำเริบและเราสามารถอยู่ในสังคมได้โดยไม่มีปัญหากับคนอื่นมากมาย” สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงใจ กษานติกุล และ คณะ (2529) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีวิธีการจัดการกับอาการด้วยการทำใจ ช่มใจ ทำงานอดิเรก เข้าวัดหาความสงบใจ จากที่กล่าวมาแล้วว่าผู้ให้ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ความเชื่อในพระพุทธศาสนาที่ไม่ให้ยึดมั่นใน “อัตตา” และให้ “ทำใจ” กับความไม่แน่นอนที่จะเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาในชีวิต ทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ศรัทธา และปฏิบัติธรรมะได้ปลงกับความเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ และความผันแปรต่างๆในชีวิต (พระธรรมปิฎก,2541)

สรุป ประสบการณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยซึมเศร้าในการศึกษาครั้งนี้ มีข้อค้นพบที่เกิดจากการให้ความหมาย ความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์จริงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกี่ยวกับการจัดการกับอาการ ซึ่งประกอบไปด้วยการจัดการอาการโดยผู้อื่นได้แก่การไปพบแพทย์หรือไปโรงพยาบาลเพื่อรับการบำบัดรักษาด้วยการรับประทานยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการเข้ารับการรักษา และการจัดการอาการด้วยตนเองด้วยการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การระบายนอารมณ์กับคนใกล้ชิด และการควบคุมตนเองด้วยการตั้งสติและการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจการให้ความหมายและประสบการณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้วิธีการศึกษาตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา ทำให้เกิดความเข้าใจความหมายการจัดการอาการและประสบการณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยในครั้งนี้ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจถึงประสบการณ์ ความรู้สึก และสภาวะการณ์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าขณะที่มีอาการ รวมถึงการจัดการอาการ ได้อย่างแท้จริง ดังผลสรุปที่ได้กล่าวมาแล้ว ซึ่งก่อให้เกิดแนวคิดที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพยาบาลได้ ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์การจัดการอาการซึมเศร้าในหลายลักษณะและบ่งชี้ให้เห็นถึงมุมมองในการจัดการต่ออาการที่แตกต่างจากมุมมองของทีมสุขภาพ เช่น การจัดการอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้าด้วยการไปปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การระบายอารมณ์กับคนใกล้ชิด หรือแม้แต่การควบคุมตนเองด้วยการตั้งสติและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการ ซึ่งพยาบาลจิตเวชสามารถนำข้อค้นพบดังกล่าวไปปรับเข้าร่วมกับการบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อให้การบริการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งจะต้องอาศัยความเข้าใจในความแตกต่างเฉพาะผู้ป่วยแต่ละรายในการจัดการอาการของตนเอง ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณได้
2. สามารถนำความรู้จากการวิจัยมาปรับใช้ในการบริการพยาบาลผู้ป่วยซึมเศร้าทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนได้ เช่น การจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self help group), การให้การปรึกษาเป็นกลุ่ม (Group counseling) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และมีประสบการณ์ร่วมกันเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับอาการด้วยตนเองจากกระบวนการกลุ่ม
3. ควรจัดให้มีเครือข่ายสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง ในลักษณะของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก พุดคุยปรับทุกข์ แลกเปลี่ยนข้อมูลหรือประสบการณ์ในการเผชิญปัญหา การจัดการอาการ การให้การช่วยเหลือ และการสร้างกำลังใจซึ่งกันและกัน

4. นอกจากนี้พยาบาลจิตเวชอาจพัฒนาแบบแผนที่ชัดเจนในการจัดการอาการของผู้ป่วยซึมเศร้าโดยให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการบำบัดรักษาด้วย เพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีพลังอำนาจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

5. จากการศึกษาจะพบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการอาการแบบผสมผสานโดยมีความเชื่อทางด้านจิตสังคม และมีการอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวร่วมด้วย บุคลากรทางทีมสุขภาพควรตระหนักถึงความสำคัญของครอบครัว และดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมรับรู้และวางแผนการดูแลประคับประคองด้านจิตสังคมของผู้ป่วยซึมเศร้าด้วย

ด้านการวิจัยทางการแพทย์พยาบาล

1. ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในเรื่องการจัดการอาการหรือการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆได้
2. ควรนำข้อมูลที่ได้จากผลการวิจัยครั้งนี้ไปพัฒนาในการสร้างเครื่องมือเชิงปริมาณเพื่อศึกษาถึงความรู้สึก ปัญหา การเผชิญปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการจัดการอาการต่างๆที่เกิดขึ้น โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจะมีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อเกิดการนำผลการวิจัยไปใช้ได้อย่างกว้างขวาง
3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสบการณ์การจัดการภาวะซึมเศร้าระหว่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและในคนปกติที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อทำให้เห็นถึงความแตกต่างและมุมมองที่หลากหลายมากขึ้น
4. ควรศึกษาถึงความคิด ความรู้สึกของครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงานที่มีต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รวมถึงการเผชิญปัญหาของครอบครัว และญาติพี่น้องในวิธีต่างๆ ว่าส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างไร เพื่อจะได้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป เนื่องจากการเจ็บป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามิได้มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเพียงลำพังเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อไปถึงด้วยกลุ่มบุคคลดังกล่าว

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กนกรัตน์ สุชะตุงคะ. **คู่มือจิตวิทยาคลินิก**. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราช

พยาบาล.กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์เมดิคัล มีเดีย , 2540.

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. 2543. **สุขภาพคนไทยปี พ.ศ. 2543: สถานะสุขภาพคนไทย**.

กรุงเทพมหานคร. จุฬารังการพิมพ์.

จิตติมา จรุงสุทธิ. 2545. **ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลใน**

เลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน.วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหา

บัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชนิดา กาญจนลาภ.บรรณาธิการ.**โรคอารมณ์ซึมเศร้าคำถามที่คุณมีคำตอบที่คุณต้องการ**.

กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หน้าต่างสุขภาพ,2543.

ชาย โปธิสิตา.(2536).การวิจัยเชิงคุณภาพ : ข้อพิจารณาเชิงทฤษฎี.ในเบญญา ยอดดำเนิน และ

คณะ.การศึกษาเชิงคุณภาพ : เทคนิคการวิจัยภาคสนาม.นครปฐม : มหาวิทยาลัย

มหิดล.

ดวงใจ กสานติกุล.**โรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์ผิดปกติ รักษาหายได้**.กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์นำ

อักษรการพิมพ์,2542.

ทิพากร ปัญญาใหญ่ และ คณะ.การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูง

อายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น.ที่ประชุมวิชา

การสุขภาพจิต ครั้งที่ 2 ระหว่างวันที่ 18-20 กันยายน 2539.

บุญเยี่ยม จตุวิโรจน์ และวิวัฒน์ ลีลาสำราญ. 2544. ประสิทธิภาพของโครงการส่งเสริมการบริหาร

ตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. **สงขลานครินทร์เวชสาร**

19:89-93.

ปรีศนา ทวีทอง และคณะ.**รายงานการวิจัย เรื่องการสำรวจสุขภาพจิตคนไทยในระดับ**

จังหวัดของศูนย์สุขภาพจิตเขต 12 ปี พ.ศ. 2542.กรุงเทพฯ:กรมสุขภาพจิต,2542.

ฝ่ายวิชาการสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย.สรุปการประชุมวิชาการสมาคมพยาบาลจิต

เวชแห่งประเทศไทย เรื่อง การปฏิรูประบบบริการพยาบาล : ทิศทางการพยาบาลสุขภาพ

จิต.**วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**,13 (กรกฎาคม-ธันวาคม2543) :

1-11.

มณวิภา สาครินทร์,การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า.**วารสารพยาบาลวิทยาลัยพยาบาล**

สภากาชาดไทย :20(3),2538.

มีภูสุวรรณณ ลียุทธานนท์. ผลของการสอนภาคปฏิบัติตามแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี. รายงานการวิจัย, 2542.

มานิช หล่อตระกูล, รัตนา สายพานิช และ วรลักษณ์ ธีราโมกษ์. อาการของกลุ่มโรคซึมเศร้าในผู้ป่วย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 39 : 68-77, 2537.

มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด สวิชาญการพิมพ์, 2545.

รัชนีบูล เศรษฐภูมิวิรินทร์. การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าให้ ค้นพบพลังในตนเอง. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต , 14 (1), 2544.

รัตนา สายพานิชย์, มานิช หล่อตระกูล. อาการโรคจิตในโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย : แง่มุมทางวัฒนธรรม. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 44(1) (2543): 19-29.

วีระ ชูจุฬิพร. วิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของคนไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย , 7(2) (2542): 169-175.

ศรีประภา ชัยสินธพ. เอกสารประกอบคำสอนเรื่อง ผลกระทบต่อภาวะทางจิตใจและสังคมอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย . ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี, 2544.

ศิริพร จิรวัดมนกุล. ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน มิติทางวัฒนธรรมในงานการพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2546.

สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขและสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย. มาตรฐานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช . กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536.

สมจิต หนูเจริญกุล. 2546. การประชุมวิชาการ เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังในยุคนวัตกรรมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร

สมภพ เรื่องตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์ . พิมพ์ครั้งที่ 7 . กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้ว , 2545.

สมภพ เรื่องตระกูล. โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้ว , 2543.

สมโภช เอี่ยมสุภาษิต. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.

สุดาพร ว่องไววิทย์. 2539. ความต้องการมีส่วนร่วมและการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรวรรณ ลีทองอิน.ผลการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า(รายงาน
ผู้ป่วย 1 ราย).วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ,14 (1), (2543).

อังคาร ศรีชัยรัตนกุล.การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรง
ชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง.วิทยานิพนธ์แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
2543.

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์.การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แนวการปฏิบัติตามพยาธิ
สภาพ.พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี เจ พรินต์ติ้ง,2543.

อุมาพร ตรังคสมบัติ.จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 5.กรุงเทพฯ : ชันต้า
การพิมพ์, 2544.

ภาษาอังกฤษ

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental
Disorders – IV*. Stamford: Appleton & Lange,1994.

Bartholomew, L.K. et al. Performance objectives for the self – management of
cystic fibrosis. *Patient Education and Counseling* 22(1): 15-25. (1993)

Beck, C. T. A checklist to identify women at risk for developing postpartum depression.
APNSCAN, 22(1998), 3-4,.

Bandura, A. *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, New Jersey :
Prentice-Hall,1986.

Benjamin , J. Sadock, and Virginia, A. Sadock. *Pocket handbook of Clinical
psychiatry*. 3rd ed. Lippincott . Williams & Wilkins , 2001.

Benner,P. *Interpretive phenomenology : embodiment,caring and ethics in health
and illness*.Thousand Oaks: Sage, (1994).

Berg, J., Jacob, J.D. and Sereika, S.M. An evaluation of a self-management
program for adults with asthma. *Clinical Nursing Research* 6(1997): 225-238.

Bernard, G.M ., Nicole, J. H., Ian ,B.H. and Tracey, A,D., Exploring the perspectives
of people whose lives have been affected by depression. *The Medical
Journal of Australia*,176(10) (2002) : 69 -76.

Coates, V.E. and Boore, J.R.P. Self-management of chronic illness: implication for
nursing. *Int. J. Nurs. Stud* 32(1995): 628-640.

- Colaizzi, P. E. Psychological Research as the phenomenologist Views it. In R. Vaile and M. King. (Eds.) **Existential phenomenological alternatives psychology**. New York : Oxford university Press, 1978.
- Dayringer , R. **Dealing with depression: Five pastoral interventions**. Binghamton: Haworth Pastoral Press,1995.
- Depression Guideline Panel. Quick reference guide for clinicians:Depression in primary care: Detection, diagnosis, and treatment. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, 6, (5) (1994), 224-238.
- Drew,N .Reenactment Interviewing : A Methodology for Phenomenological Research. Image : **Journal of Nursing Scholarship** 25(4) (1993):345-351.
- Farmer, T.J. The experience of major depression : adolescents' perspectives. **Issues in Mental Health Nursing**.23(6) (2002) : 567-585.
- Ferandez, M., Mutran, E., Reitzes, D., & Sudha, S. Ethnicity, gender, and depressive symptoms in older workers. **APNSCAN**, 22(1998), 4-5.
- Holroyd,K.A. & Creer,T.L. **Self-management of chronic disease**. New York: Academic Press,1986.
- Jenkins, J. H. , Schumacher, J. G. Family burden of schizophrenia and depressive illness. **British Journal of psychiatry** 174(1999):31-38.
- Kaplan, H., & Sadock, B. **Comprehensive textbook of psychiatry**. Baltimore: William and Williams, 2001.
- Kadam , U.T., Croft, P., McLeod, J., and Hutchinson, M. A Qualitative study of patients' views on anxiety and depression. **British Journal of General Practice**. 51 (466) (2001) : 375-380.
- Keltner, N., Schwecke, L., & Bostrom, C. **Psychiatric nursing**. St. Louis: Mosby, 1995.
- Kleinman, A., Eisenberg, L. and Good, B. Culture,illness and didease. **Annals of Internal Medicine**, 88(1978).
- Koch ,T . Interpretive approaches in nursing research : the influence of Husserl and Heidegger. **Journal of Advanced Nursing** 21(1995) :827-836.
- Kogan, H.N. & Bestrus, P.A. Self-management: A nursing mode of therapeutic

- influence. **Advances Nursing Science** 6(4)(1984) : 55-73.
- Larson ,P.J., et al. A Model for Symptom Management. **IMAGE : Journal of Nursing Scholaship** 26(4) (1994): 272-276,.
- Lipowski ZJ. Psychosocisl reaction to illness : current review.**Medical Association Journal** .128(1983):1069-72.
- Lopez, A.D., **The Global burden of Disease** , WHO and The Havard School of public Health,1996.
- Lorig, K., Laurin, J. & Holman, H.R. Arthritis self – management : A study of the effectiveness of patient education for the elderly. **Gerontologist** 24(5)(1984): 455-457.
- Louise Rebraca Shives & Ann Isaacs. **Basic Concepts of Psychiatric - Mental Health** .5th ed. Lippincott. Philadelphia,2002.
- McSweeney, J.C., Allan, J.D., and Mayo, K. Exploring the use of explanatory models in nursing research and practice. **IMAGE : Journal of Nursing Scholaship**, 29(3)(1997), 243-248.
- Nakagawa- Kogan, H. 1996. Using the brain to manage the obdy In A.B. McBridg (Ed.). **Psychiatric Mental Health Nursing, Intrgrating the behavioral and biological Science**. Philadephia: W.B. Saunders, 1996.
- Omery,A.Phenomenology : A method for nursing research.**Advanced in nursing science**,5:2p(1983):49-62.
- Paykel, E.S., Hart D., Priest, R.G., Changes in public attitudes to depression during the defeat depression campaign. **BrJ Psychiatr** .173(1999):519-522.
- Priest,H.An Approach to the Phenomenological Analysis fo Data.**Nursing Research**,10:2(2002),p:50-63.
- Rosenstein, D. Mood disorders in primary care. **Contemporary Nurse Practitioner**, 1, (2) 1995, 27-30.
- Schreiber, R. Wandering in the Dark : woman's experiences with depression. **Health Care Woman International**.22(1 –2)(2001) : 85 – 98.
- Salimbene, S. Cultural competence : A priority for performance improvement action. **Journal of Nursing Care Quality**, 13(3) (1999), 23-35.

- Streubert, H.J. and Carpenter, D.R. **Qualitative Research in nursing : Advancing the humanistic Imperative**. 2 nd edition.Philadelphia:Lippincott, 1999.
- Stuart, G., & Sundeen, S. **Principles and practice of psychiatric nursing**. St. Louis: Mosby,1995 .
- Sureeporn Thanasilp. Effectiveness of the symptom management program on symptom status and quality of life among persons with pneumocystic carinii pneumonia.Doctoral dissertation, Department of Nursing Science, Graduate School, Mahidol University, 2001.
- The Global burden of Disease,Change in the Rank order of disease burden of 25 leading causes, World 1990 – 2020, **Disease Burden measured in Disability Adjusted Life Years (DALY s)**, (1996):p375 .
- Thompson,J.L.Hermeneutic inquiry.In L.E. Moody. **Advancing nursing science through research**.Newbury Park : Sage.
- Tobin, D. L., et al. Self-management and social learning theory. In K.A. Holroyd and T.L. Creer. (Eds.), **Self-management of Chronic Disease: Handbook of Clinical Intervention and Research**, New York: Academic Press, Inc, 1986.
- Tschopp, J.M. et al. Bronchial asthma and self management education: implementation of guidelines by an interdisciplinary program in a health network. **Swiss Med Wkly**. 132 (2002): 92-97.
- Waree Kangchai. **Efficacy of Self-management promotion program for elderly women with urinary incontinence**. Doctoral dissertation, Department of Nursing Science, Graduate School, Mahidol University, 2002.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ.....นามสกุล.....หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

เพศ.....อายุ.....

ระดับการศึกษา.....สถานภาพสมรส.....

อาชีพ.....รายได้.....

ศาสนา.....สถานภาพสมรส.....

สมาชิกในครอบครัว จำนวน.....คนได้แก่.....

.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....HN.....

2. ข้อมูลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการรักษา

1) การวินิจฉัยโรค.....

2) เริ่มเจ็บป่วยตั้งแต่ เดือน.....พ.ศ.....นาน.....ปี

3) ประวัติการเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาโดยย่อ (เวลา และจำนวนครั้ง) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4) อาการและการเจ็บป่วยขณะนี้.....

.....

5) ประวัติการเจ็บป่วยอื่นๆ.....

.....

6) การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน.....

.....

.....

7) อื่นๆ.....

.....



ภาคผนวก ข

แนวคำถามในการสัมภาษณ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แนวคำถามในการสัมภาษณ์

แนวคำถามต่อไปนี้เป็นแนวคำถามที่สร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์และฐานแนวคิดของการวิจัยที่ต้องการทราบถึงประสบการณ์การจัดการกับอาการของผู้ให้ข้อมูล กับแนวคำถามที่สามารถยืดหยุ่นและปรับคำถามได้ตามบริบทของการสัมภาษณ์ เพื่อให้เอื้อต่อการติดตามประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล โดยมีแนวคำถามและขั้นตอนดังนี้

1. ชั้นเริ่มสนทนา

ผู้วิจัยช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจ และมุ่งประเด็นในการศึกษาครั้งนี้ โดยมีแนวคำถาม ดังนี้

- 1.1 บอกวัตถุประสงค์ในการวิจัย และสิทธิของผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้ให้ข้อมูล
- 1.2 พุดคุยซักถามถึงเรื่องทั่วไปก่อนเพื่อสร้างความคุ้นเคย
- 1.3 ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการบันทึกเทป และจดบันทึกอย่างย่อ

2. ชั้นเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการศึกษา

ผู้วิจัยเข้าสู่ประเด็นคำถามเกี่ยวกับความหมายและประสบการณ์การจัดการกับอาการ

2.1 คำถามเกริ่นนำ การรับรู้เกี่ยวกับการจัดการกับอาการ : ความหมาย ความเชื่อ

- ความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการกับอาการ
- ความคิดเห็นต่อวิธีการจัดการกับอาการต่างๆ
- ความเชื่อเกี่ยวกับการจัดการอาการของโรคซึมเศร้า

ตัวอย่างคำถาม

- คุณเคยรู้จักวิธีการจัดการอาการต่างๆของซึมเศร้ามาบ้างหรือไม่
- ตามที่คุณเคยรู้มาการจัดการกับอาการของโรคนี้เป็นอย่างไร
- คุณมีความเห็นอย่างไรต่อวิธีการจัดการกับอาการต่างๆของโรคนี้

2.2 คำถามหลัก : การจัดการกับอาการ

ตัวอย่างคำถาม

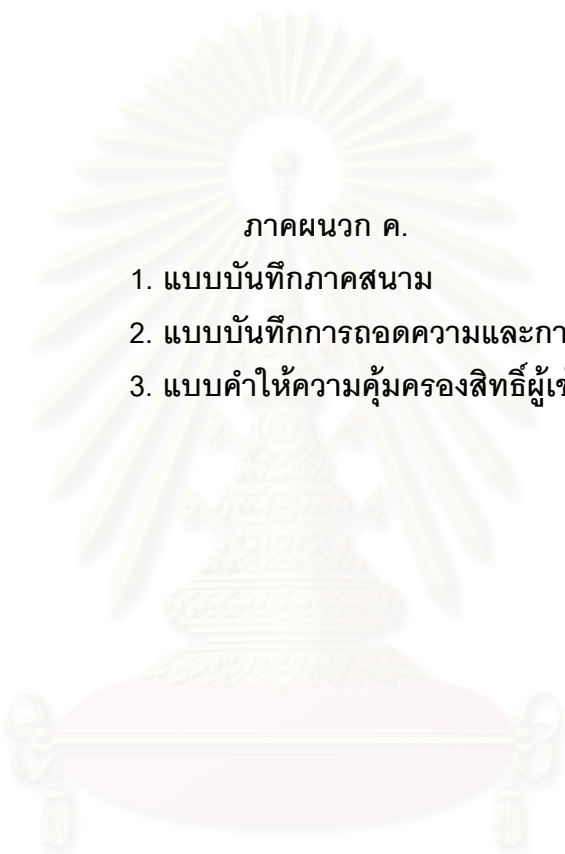
- คุณช่วยเล่าให้ฟังด้วยค่ะว่าอาการของโรคซึมเศร้าของคุณเป็นอย่างไร
- คุณมีวิธีการจัดการต่ออาการนั้นอย่างไรบ้าง

3. ชั้นปิดการสนทนา

ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถาม หรือกล่าวในสิ่งที่ต้องการพูดเพิ่มเติม โดยมีแนวคำถามดังนี้

3.1 คุณต้องการจะเล่าถึงเรื่องอื่นๆที่ผู้วิจัยไม่ได้ถามหรือต้องการซักถามผู้วิจัยหรือไม่....

ผู้วิจัยกล่าวสรุปประเด็นที่สนทนาครั้งนี้ นัดหมายการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป



ภาคผนวก ค.

1. แบบบันทึกภาคสนาม
2. แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น
3. แบบคำให้ความคุ้มครองสิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

การสัมภาษณ์ครั้งที่ วันที่/...../.....เวลา น.

สถานที่.....

บรรทัดที่	ข้อความ	การให้รหัส
	 <p>สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	

แบบคำให้ความคุ้มครองสิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

ดิฉัน ร้อยโทหญิงนุสรุา วรรณาทราทร นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ขณะนี้กำลังทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์การจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในระดับมหาบัณฑิต และคาดว่าผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ที่จะนำความรู้ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

ท่านเป็นบุคคลที่สามารถให้ความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ หากท่านยินดีที่จะเป็นผู้ถ่ายทอดประสบการณ์ ดิฉันจะขอสัมภาษณ์เกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก เกี่ยวกับการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นของท่านเอง และเพื่อให้ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องสมบูรณ์จึงขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา ข้อมูลที่ได้จากท่านจะนำมาวิเคราะห์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา นำเสนอเนื้อหาเฉพาะเชิงวิชาการ โดยไม่เปิดเผยผู้ให้ข้อมูล จะไม่ทำความเสียหายต่อท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้อง เทปการสัมภาษณ์จะเก็บไว้เป็นความลับและลบทำลายทิ้งเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ ดิฉันมีความยินดีที่จะอธิบายให้เข้าใจ ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และแม้ท่านยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้วก็สามารถยกเลิกได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆทั้งสิ้น

ด้วยความเคารพอย่างสูง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
.....
(นุสรุา วรรณาทราทร)

สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับคำชี้แจงตามรายละเอียดข้างต้น มีความยินดีและเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่...../...../.....

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ร้อยโทหญิง นุสรรา วรรณาทรร เกิดเมื่อวันศุกร์ที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2522 กรุงเทพมหานคร จบการศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก ปีการศึกษา 2543 ประสบการณ์ทำงาน พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หอผู้ป่วย สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ เมื่อปี 2543-2544 จากนั้นเข้ามารับตำแหน่ง อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ จนถึงปัจจุบัน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย