

ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2563

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

LIVED EXPERIENCES OF PATIENT WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER WHO ACHIEVED  
REMISSION



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

Field of Study of Nursing Science

FACULTY OF NURSING

Chulalongkorn University

Academic Year 2020

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ
โดย	น.ส.ภัทรานิษฐ์ ยิ่งธนะฐานันท์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง  
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	
.....	ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญพัฒนา)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.จอนณะจง เพ็งจาด)	

ภัทรานิษฐ์ ยิ่งธรรณันท์ : ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ. ( LIVED EXPERIENCES OF PATIENT WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER WHO ACHIEVED REMISSION) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ, อ.ที่ปรึกษาร่วม : ผศ. ดร.รัชนิกร อุปเสน

การวิจัยเชิงคุณภาพ ตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ ทั้งชายและหญิง อายุระหว่าง 20 – 59 ปี ที่เข้ารับการรักษานอกผู้ป่วยนอก ไม่มีอาการทางจิตอื่น ๆ มีคะแนนการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) อยู่ในระดับปกติคือ 0-7 คะแนน รวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีแนวทางการสัมภาษณ์ร่วมกับการบันทึกเสียง และนำข้อมูลที่ได้มาถอดข้อความแบบคำต่อคำ และวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีของ Colaizzi จนได้ข้อมูลอิมิตัว จำนวน 10 ราย

ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความพยายามในการดูแลตนเอง ซึ่งทำด้วยความตั้งใจ มุ่งมั่น ใส่ใจ และไม่ละเลยต่ออาการความเปลี่ยนแปลงใด ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งความพยายามในการดูแลตนเองนั้นมีจุดประสงค์เพื่อช่วยให้เกิดภาวะอาการสงบ เพื่อป้องกันอาการผิดปกติกี่อาจเกิดขึ้นซ้ำ เพื่อช่วยบำบัดรักษา และเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคได้อีก สำหรับประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ตระหนักรู้ เข้าใจ และยอมรับการเปลี่ยนแปลง 2) จัดการชีวิตตนเองให้ดีขึ้น 3) สร้างพลังใจที่จะก้าวเดินต่อไป

การศึกษานี้ทำให้เข้าใจประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับทีมพยาบาลและทีมบุคลากรสุขภาพ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและเหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปสู่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอาการสงบ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2563

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม .....

# # 5977195736 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: LIVED EXPERIENCES, REMISSION, MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

Pattaranit Yingthanathannan : LIVED EXPERIENCES OF PATIENT WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER WHO ACHIEVED REMISSION. Advisor: Asst. Prof. Penpaktr Uthis, Ph.D. Co-advisor: Asst. Prof. Rachaneekorn Upasen, Ph.D.

The qualitative study under Husserl's phenomenology concept aims to study lived experiences of patient with major depressive disorder who achieved remission. The patients included males and females aged 20-59 years who received OPD treatments and showed no other mental illnesses. The Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) showed the scores of 0-7 which are considered normal. In-depth interviews and audio recording were used as a data collection method. The audio was transcribed word-for-word. The data was analyzed using Colaizzi's method resulting in a data saturation of 10 interviewees.

The study findings show that the lived experiences of patient with major depressive disorder who achieved remission are the behaviors that indicated the effort of self-care with determination, commitment, care and attention to changes in symptoms. The self-care effort aimed to achieve remission in order to treat and prevent possible recurrence of symptoms and illnesses. The lived experiences of patient with major depressive disorder who achieved remission consist of 3 primary aspects which are 1) awareness, understanding and acceptance of change, 2) life management and 3) willpower to move forward.

This study provided an understanding of lived experiences of patient with major depressive disorder who achieved remission which is a fundamental data for nurses and health professions to ensure comprehensive and appropriate treatment for patients to achieve remission.

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2020

Student's Signature .....

Advisor's Signature .....

Co-advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลงไปด้วยความกรุณาอันเป็นอย่างดียิ่งของ รองศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งคอยให้ คำปรึกษาแนะนำแนวทางในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ และคอยเป็นกำลังใจ ช่วยชี้แนะ ให้ความรู้ คำแนะนำและช่วยชี้แนะแนวทางการแก้ไขปัญหา อุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการทำ วิทยานิพนธ์ จนทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลงได้ ผู้วิจัยซาบซึ้งถึงความรัก ความห่วงใย และความเอา ใจใส่ของอาจารย์อยู่เสมอมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

พร้อมทั้งขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา ประธานสอบ วิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. จอนณะจง เพ็งจาด กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาชี้แนะการ แก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น อีกทั้งผู้ทรงคุณวุฒิ ศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปินตา ผู้ช่วย ศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา นางสาวรวงกมล จำปาเงิน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ และอาจารย์ ดร. นุสรุ นามเดช ที่ให้ความกรุณาสละเวลาเพื่อตรวจสอบให้คำชี้แนะและ ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างสูงในการแก้ไขปรับปรุงพัฒนาแนวคำถามในการสัมภาษณ์ ให้คลอ มคลุมและเกิดประโยชน์มากยิ่งขึ้น และขอขอบคุณแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ที่แผนกจิตเวช ศาสตร์ ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ที่ให้ความกรุณาช่วยอำนวยความสะดวก ในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งให้คำแนะนำต่าง ๆ ที่ดีต่อผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ บิดา-มารดา ที่เป็นกำลังใจและสนับสนุนให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสทาง การศึกษามาโดย ขอขอบคุณเพื่อนๆทุกคนที่เป็นกำลังใจ ขอขอบคุณเพื่อนๆสาขาการพยาบาลจิตเวชและ สุขภาพจิต และเพื่อนนิสิตทุกท่านที่คอยเป็นกำลังใจ แนะนำ ให้คำปรึกษา กระตุ้นเตือนให้ผู้วิจัยมีความ มุ่งมั่นในการทำวิจัยเล่มนี้จนสำเร็จลงได้ และขอขอบคุณตนเองที่มีความอดทนและพยายามฝ่าฟัน อุปสรรคต่าง ๆ จนผ่านพ้นมาได้

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่สละเวลาเพื่อมาบอกเล่าประสบการณ์ชีวิต ของตนเองที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคนอื่น ๆ ทุกคนล้วนเป็นผู้ที่เข้มแข็ง มีกำลังใจดี ผู้วิจัย ขอให้ทุกท่านมีสุขภาพดีทั้งกายและใจแข็งแรงยิ่ง ๆ ขึ้น และมีความสุขต่อไป

ภัทรานิษฐ์ ยิ่งธรรณานันท์

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....ค	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....ง	ง
กิตติกรรมประกาศ.....จ	จ
สารบัญ.....ฉ	ฉ
สารบัญตาราง.....ช	ช
บทที่ 1 บทนำ.....1	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....1	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....5	5
คำถามการวิจัย.....5	5
แนวคิดเบื้องต้นที่ใช้ในการวิจัย.....5	5
ขอบเขตการวิจัย.....5	5
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....6	6
ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย.....7	7
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....8	8
1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า.....9	9
2. แนวคิดเกี่ยวกับอาการสงบจากโรคซึมเศร้า.....18	18
3. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....26	26
4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....33	33
บทที่ 3 วิธีการดำเนินงานวิจัย.....42	42
1. ผู้ให้ข้อมูล (Key informant).....42	42
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....43	43

3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	44
4. การดำเนินงานวิจัย.....	47
5. พหุศาสตร์กลุ่มตัวอย่าง.....	55
6. การวิเคราะห์ข้อมูล.....	55
7. การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล.....	56
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	59
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	75
สรุปผลการวิจัย.....	75
อภิปรายผลการวิจัย.....	78
ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้.....	87
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	88
บรรณานุกรม.....	89
ภาคผนวก.....	100
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแนวคำถาม.....	101
ภาคผนวก ข เอกสารรับรองการอบรมจริยธรรมการวิจัยในคน เอกสารรับรองโครงการวิจัย เอกสารอนุมัติเปลี่ยนแปลงวิธีการเก็บข้อมูล เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย (Participant Information Sheet) และหนังสือยินยอมเข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร.....	103
ภาคผนวก ค แบบสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Thai HRSD-17 แนวคำถามการสัมภาษณ์ แบบบันทึกภาคสนาม แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัส เบื้องต้น และแบบบันทึกเชิงปฏิบัติการ.....	112
ประวัติผู้เขียน.....	144



## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล .....	60
ตารางที่ 2 การรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ .....	131
ตารางที่ 3 การให้รหัสเบื้องต้นในการสัมภาษณ์ .....	132
ตารางที่ 4 ประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ได้จากการสัมภาษณ์ .....	137
ตารางที่ 5 การตรวจยืนยันความถูกต้องตามกระบวนการวิจัยโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ...	142



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) เป็นโรคที่มีความสำคัญทางด้านสุขภาพ เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีอาการซึมเศร้าและเด่นชัดที่สุด ร่วมกับอาการอื่นๆ ได้แก่ ขาดชีวิตชีวา ท้อแท้ หดหู่ อ่างว้าง สิ้นหวัง สิ้นความสามารถ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมอ่อนเพลีย ไม่มีแรง รู้สึกไร้ค่าและมีความคิดถึงขั้นอยากตาย (สายฝน เอกวารงกูร 2553; สมภพ เรืองตระกูล 2556) เป็นโรคที่พบได้มากกว่าโรคจิตเภทถึง 10 เท่า และผู้ป่วยมักจะมีอาการของโรคซึมเศร้าไม่หายขาด (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานจากโรคซึมเศร้าแล้วมากกว่า 322 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 4.4 ของประชากรโลก อีกทั้งเป็นโรคที่ถูกจัดให้อยู่ในลำดับที่ 2 ซึ่งก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY) (WHO, 2017)

สำหรับในประเทศไทย โรคซึมเศร้าก็เป็นปัญหาที่สำคัญของประชาชนไทยเช่นกัน ดังรายงานการระบาดวิทยาสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2556 พบว่าคนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไปมีความชุกชั่วชีวิต (Lifetime Prevalence) ของโรคซึมเศร้า จำนวน 9.9 แสนคน คิดเป็นร้อยละ 1.8 อีกทั้งพบการเกิดโรคซึมเศร้าแบบเรื้อรัง (Dysthymia) ร้อยละ 0.1 โดยทั้งสองกลุ่มพบในประชาชนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ประมาณ 2 เท่า (กรมสุขภาพจิต, 2559) และเมื่อพิจารณาการเกิดโรคกระจายตามช่วงอายุพบว่าโรคซึมเศร้าเกิดได้ทุกช่วงอายุ แต่มักเริ่มมีอาการในช่วงอายุ 19-44 ปี โดยอายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มเป็นโรคคือ 24 ปี (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ 2558; สมภพ เรืองตระกูล 2556) ซึ่งถือว่าอยู่ในช่วงของวัยผู้ใหญ่ตอนต้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักจะมีโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การติดสารเสพติด (substance dependence), โรคแพนิคหรือโรคตื่นตระหนก (panic disorder), โรควิตกกังวลทั่วไป (generalize anxiety disorder) และ ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ (personality disorder) (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

แม้ว่าโรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตที่สำคัญและพบได้บ่อยในประชาชนไทย อีกทั้งก่อให้เกิดผลกระทบในลักษณะต่าง ๆ ตามมา (กรมสุขภาพจิต, 2562) เช่น สร้างความทุกข์ทรมานและรบกวนจิตใจผู้ป่วยอย่างมาก และส่งผลต่อกิจกรรมทุกในชีวิตประจำวันทุกด้าน รวมทั้ง การกิน การนอน การทำงาน สัมพันธภาพและความรู้สึกนึกคิดต่อตนเอง นอกจากนี้ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ และใช้ยาเสพติด อีกทั้งพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการเกิน 1 เดือนและไม่ได้รับการดูแลรักษา อาจจะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายร้อยละ 15 (สรยุทธ

วาสิกนันนท์, 2547) แต่อย่างไรก็ตามพบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีข้อจำกัด ดังจะเห็นได้จากมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2562 เพียงร้อยละ 66.76 (กรมสุขภาพจิต, 2563) แสดงให้เห็นว่ายังมีประชากรชาวไทยจำนวนหนึ่งที่ใช้ชีวิตอยู่โดยไม่รู้ตัวตนเอง มีภาวะซึมเศร้าหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแม้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีอาการดีขึ้นจะมีโอกาสการกลับเป็นซ้ำ (relapse) เกิดขึ้นได้มากกว่าร้อยละ 50 (Burgusa and Lacono, 2007) แต่ก็มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนเข้าสู่ระยะอาการสงบ (remission) และไม่กลับเป็นซ้ำ โดยพบผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะอาการสงบร้อยละ 31.2 ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาคือต่อเนื่องเป็นเวลา 3 เดือน (Kim et al., 2011) และร้อยละ 53.9 ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาคือต่อเนื่องเป็นเวลา 12 เดือน (Vitriol, Cancino, Serrano, Ballesteros, and Potthoff, 2018) อีกทั้งพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่เคยกลับเป็นซ้ำหรือจำนวนครั้งของการกลับเป็นซ้ำมีจำนวนน้อยจะเข้าสู่ระยะอาการสงบได้ดีกว่า (Kim et al., 2011) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนมีอาการสงบ (remission) ถือเป็นเป้าหมายสำคัญของการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Frank et al., 1991) เนื่องจากผู้ป่วยที่อาการสงบจะเป็นผู้ที่สามารถทำหน้าที่ทางจิตสังคมได้ดี มีการจัดการตนเองที่ดี มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง และมีระดับความแปรปรวนทางด้านจิตใจต่ำ จนสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ (Yeh, Lee, and Tung, 2014)

ระยะ “อาการสงบจากโรคซึมเศร้า” หรือ Remission ถือเป็นระยะที่มีความสำคัญ เพราะผู้ป่วยจะสามารถผ่านต่อไปสู่ระยะ recovery ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ หากได้รับการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสม หรือในทางตรงข้ามอาจมีอาการเพิ่มขึ้น (Relapse) ได้หากขาดการดูแลที่เหมาะสม โดย Frank et al. (1991) ได้นิยามความหมายของอาการสงบของโรคซึมเศร้า (remission) แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ 1) Partial Remission หมายถึง ช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการสงบ แต่ยังคงมีอาการของโรคซึมเศร้าหลงเหลืออยู่เล็กน้อย ซึ่งอาการที่หลงเหลือไม่เข้าเกณฑ์อาการหลักของการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า และ 2) Full Remission หมายถึง ช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการสงบ โดยปราศจากอาการหลักของโรคซึมเศร้า และอาจพบว่ามีอาการที่หลงเหลืออยู่เล็กน้อยมาก ซึ่งต่อมา Rush et al. (2006) ได้อธิบายความหมายว่า ระยะอาการสงบ (Remission) หมายถึง ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการสงบหรือมีอาการไม่มากกว่า 3 ใน 7 อาการของ Major depressive episode โดยต้องไม่มีอาการหลัก คือ ไม่มีอารมณ์เศร้าและสูญเสียความสนใจ เป็นระยะเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 3 สัปดาห์ และ Zimmerman et al. (2006) อธิบายว่าอาการสงบตามมุมมองการรับรู้ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คือ มีภาวะสุขภาพจิตดี เช่น มองโลกในแง่ดี และการมีความมั่นใจในตนเอง เช่น การกลับไปเป็นตัวเองดังเช่นก่อนมีอาการป่วย และสามารถกลับไปทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้อย่างเป็นปกติดังเดิม ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่

ได้รับการดูแลบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ จะเกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ คือ อาการทุเลาลงและสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ รวมทั้งสามารถปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Thase, 2002; Zimmerman et al., 2006)

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่าระยะอาการสงบของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแต่ละรายอาจจะช้าหรือเร็วแตกต่างกันขึ้นอยู่กับระยะเวลาการเจ็บป่วย โดยผู้ที่เจ็บป่วยมานานจะมีโอกาสมีอาการทุเลาสงบลงได้น้อยกว่า (Borcusa and Lacono, 2007) และการได้รับการรักษาอาการซึมเศร้าที่ผ่านมา (Vitriol et al, 2018) โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการ ภายในระยะเวลา 6 เดือน มีแนวโน้มเข้าสู่ระยะอาการสงบได้มากขึ้น (Keller et al, 1992) การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และเพื่อนล้วนมีส่วนสำคัญต่ออาการและอาการสงบของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Ioannou, Kassianos, and Symeou, 2019) นอกจากนี้ Lincoln et al. (2006) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจิตและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ พบว่าความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีวิธีการจัดการอาการตนเอง (self-management strategies) ได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่องในด้านต่างๆ เช่น ด้านร่างกาย ด้านอาการซึมเศร้า ด้านสังคม ด้านการดำรงชีวิต และด้านการทำหน้าที่ จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการดีขึ้นและหายจากโรคซึมเศร้า (Villaggi et al., 2015) ซึ่งในทางกลับกันหากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการดีขึ้นหายจากโรคซึมเศร้าแล้ว ขาดการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องอาจจะมีอาการกลับเป็นซ้ำเกิดขึ้น สำหรับในประเทศไทย พบว่ายังไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการสงบของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (remission) พบเพียงการศึกษาของ สุวดี จันดีกระยอม (2546) ซึ่งได้ศึกษาการหายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหายจากภาวะซึมเศร้า ตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่า การหายจากภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าขึ้นอยู่กับ 2 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ มีความเชื่อมั่นในตนเอง การมีความหวังและกำลังใจ การมองโลกในแง่ดี การตระหนักรู้ถึงสาเหตุของปัญหา การมีเป้าหมายในชีวิต มีความสามารถในการควบคุมตนเองและจัดการกับภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง และสิ่งแวดล้อม ส่วนปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน ทั้งด้านอารมณ์ วัตถุประสงค์ของและแรงงาน รวมทั้งการได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ จะเห็นได้ว่าอาการสงบของโรคซึมเศร้าเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากหลากหลายปัจจัย

จากข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ข้างต้น จะเห็นได้ว่าการเข้าสู่ระยะ Remission หรืออาการสงบจากโรคซึมเศร้า เป็นผลลัพธ์อันพึงประสงค์ของผู้ที่เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และเป็นเป้าหมายหลักของการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Frank et al., 1991) ซึ่งเป็นประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยเอง รับรู้ด้วยตนเอง จนเกิดเป็นความรู้ มีสุขภาพจิตดี มีความมั่นใจ สามารถกลับมาทำหน้าที่

ต่างๆได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ (Zimmerman et al, 2006) โดย Speziale and Carpenter (2007, p. 77) ได้อธิบายความหมายของประสบการณ์ชีวิตว่า คือความเกี่ยวข้องของบุคคลกับสิ่งต่างๆ รอบตัวทั้งหมดทั้งสิ้นที่เข้ามากระทบชีวิตหรือการที่บุคคลมีส่วนร่วมหรือเป็นอยู่ในสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมต่าง ๆ บุคคลจะรับรู้และให้ความหมายต่อประสบการณ์นั้นๆ ตามความเข้าใจหรือการรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยทั้งภายนอกและภายในจิตใจของแต่ละบุคคล ดังที่ การศึกษาของ ภาณุมาศ จิตสงบ (2554) ที่ศึกษาประสบการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากล่าวว่า เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารับรู้การเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติของตนเอง ผู้ป่วยจะพยายามทำความเข้าใจสาเหตุของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง เกิดการยอมรับ และแสวงหาวิธีการรักษา ซึ่งการศึกษาประสบการณ์การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นการทำความเข้าใจผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างแท้จริง (Freely, Sines, and Long, 2007) เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบเป็นผู้ที่ต้องเผชิญกับอาการการเจ็บป่วยด้วยด้วยตนเอง ย่อมมีการรับรู้ เรียนรู้ และเกิดเป็นความรู้ มีแนวทางเข้าสู่ระยะอาการสงบจากการเจ็บป่วยตามประสบการณ์ชีวิตที่ได้รับ สามารถจัดการกับอาการทางจิตเบื้องต้นด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถตัดสินใจเลือกรับบริการทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม จนทำให้อาการเจ็บป่วยทางจิตทุเลาลง (Jorm, 2012)

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่ามีผู้ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบในบริบทของประเทศไทย ซึ่งอาการสงบจะมีความแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคลตามประสบการณ์ที่พบเจอมา การสามารถเข้าใจการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งรวมถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถลดภาวะซึมเศร้า มีอาการดีขึ้น (Tsai, 2007) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชซึ่งมีบทบาทสำคัญในด้านการส่งเสริม การป้องกัน การบำบัดดูแล และการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อยู่ในระยะอาการสงบ (remission) มีประสบการณ์ชีวิตการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจนมาถึงในระยษะนี้อย่างไร จากการประเมินตามการรับรู้ของผู้ป่วยเองโดยตรง ด้วยการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ซึ่งจะเป็นการศึกษาที่ช่วยอธิบายประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจริงในสภาพที่เป็นอยู่โดยธรรมชาติของผู้ป่วย ช่วยให้เห็นมองเห็นภาพรวมในทุกมิติ ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกันตามการตีความหมาย และให้ความหมายต่างกัน ซึ่งเป็นผลจากอิทธิพลความคิดความเชื่อในสังคมที่บุคคลอาศัยอยู่ (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2559) ทั้งนี้เพื่อนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนและให้บริการพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย ด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถดูแลตนเองให้ดีขึ้นจนเข้าสู่อาการสงบ และเข้าสู่ระยะที่มีอาการฟื้นฟู หรือฟื้นตัว รวมทั้งลดการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคนี้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข ซึ่งถือเป็นการบรรลุเป็นเป้าหมายสูงสุดของการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ

## คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบมีประสบการณ์ชีวิตอย่างไร

## แนวคิดเบื้องต้นที่ใช้ในการวิจัย

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกเพศทุกวัย โดยส่งผลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ การดำเนินชีวิตในประจำวันอย่างมาก และบางรายอาจจะมีพฤติกรรมคิดสั้นฆ่าตัวตาย โดยลักษณะอาการของโรคเกิดเป็นช่วงๆ (episodic) หาย/ทุเลาได้ และสามารถกลับมาเป็นซ้ำใหม่ได้ (Rush et al., 2006) ดังนั้น อาการสงบจากโรคซึมเศร้า (Remission) ตามแนวคิดของ Zimmerman et al. (2006) คือ มีภาวะสุขภาพจิตดี เช่น มองโลกในแง่ดี และการมีความมั่นใจในตนเอง เช่น การกลับไปเป็นตัวของตัวเองเช่นก่อนมีอาการป่วย และสามารถกลับไปทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้อย่างเป็นปกติดังเดิม ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า จึงถือเป็นระยะที่มีความสำคัญ เพราะผู้ป่วยจะสามารถผ่านต่อไปสู่ระยะฟื้นฟู (Recovery) ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หากได้รับการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสม หรือในทางตรงข้ามอาจมีอาการเพิ่มขึ้น (Relapse) ได้หากขาดการดูแลที่เหมาะสม ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อยู่ในอาการสงบจะมีภาวะสุขภาพจิตดี นั่นคือ คิดบวก มีพลัง มีความมั่นใจ และสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ (Zimmerman et al., 2006)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาปรากฏการณ์ชีวิตของผู้ป่วยที่มีอาการสงบจากโรคซึมเศร้าตามประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive phenomenology) ตามแนวคิดของ Husserl (1969) ซึ่งใช้ในการค้นหาแก่นแท้ของประสบการณ์ ตามคำบอกเล่าของผู้ที่อยู่ในประสบการณ์จริง เพื่อทำความเข้าใจและสำรวจว่าประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบนั้นแท้จริงแล้วเป็นอย่างไร จากผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ตรงเรื่องดังกล่าว

## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl (Husserl phenomenology) ซึ่งเป็นลักษณะการสืบค้นเพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ ถือเป็นกรับรู้อย่างมีสติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประสบการณ์ตรงในสถานการณ์นี้ โดยทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล (Informant) แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ คือ 1) ผู้ป่วยอายุ 20-59 ปี เพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD 10 และ DSM-V และมีคะแนน

การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D 17 items) อยู่ในระดับปกติคือ 0-7 คะแนน ซึ่งเป็นระดับที่ถือว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะที่มีอาการสงบจากโรคซึมเศร้า (Keller, 2003) 2) ระบุว่าตนเองเป็นโรคซึมเศร้า และเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยเป็นเวลา 4-6 เดือน (Kennedy, 2002) ในแผนกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข 3) ไม่มีอาการทางจิตอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น วิตกกังวล ความคิดแล่นเร็ว หวาดระแวง อาการหูแว่วหรืออาการหลงผิด 4) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย และ 5) ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีแนวทางการสัมภาษณ์ร่วมกับบันทึกการสัมภาษณ์ด้วยเทปบันทึกเสียง และจะหยุดเก็บข้อมูลเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (Saturation) คือ ไม่มีองค์ประกอบที่สำคัญเกิดขึ้นและข้อมูลเริ่มซ้ำ (Streubert and carpenter, 1999)

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ประสบการณ์ชีวิต** หมายถึง สิ่งที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบถ่ายทอดเรื่องราวหรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดจากการรับรู้ในช่วงเวลาที่ผ่านมา โดยผ่านการบอกกล่าวอธิบายถึงประสบการณ์นั้นภายหลังเกิดปรากฏการณ์ในชีวิตนั้น แสดงออกมาในรูปของความรู้สึก ความคิด และการกระทำ ซึ่งครอบคลุมถึงการบรรยายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบในการดำเนินชีวิตอยู่ขณะมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเรื่อยมาจนมีอาการสงบ ตามสถานการณ์จริงของผู้ป่วยแต่ละราย และแสดงออกมาตามการรับรู้ความรู้สึก ความคิด และความเชื่อของตัวเอง ทั้งด้านทางบวกและทางลบ และถ่ายทอดออกมาเป็นคำกล่าวตามความเข้าใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

**ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อาการสงบ** หมายถึง ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงวัยผู้ใหญ่ มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 และ DSM-V ว่าป่วยด้วย Major Depressive Disorder เข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยเป็นเวลา 4-6 เดือน แผนกผู้ป่วยนอกอยู่ในอาการสงบหรือมีอาการไม่มากกว่า 3 ใน 7 อาการของ Major Depressive episode ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 โดยต้องไม่มีอาการหลัก คือ ไม่มีอารมณ์เศร้าและสูญเสียความสนใจ เป็นระยะเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 3 สัปดาห์ และผู้ป่วยในระยะนี้จะสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ รวมทั้งมีค่าคะแนนการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) อยู่ในระดับปกติ คือ 0-7 คะแนนคือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า

### ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย

1. ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบในบริบทของสังคมไทย ซึ่งสามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวทางสำหรับทีมบุคลากรและทีมสุขภาพ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและเหมาะสม

2. นำผลการศึกษาที่ได้ไปสู่การศึกษาวิจัยในรูปแบบอื่น ๆ ต่อไปในอนาคต เช่น การศึกษาปัจจัย และงานวิจัยเชิงทดลองเพื่อช่วยให้พัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการสงบ





## บทที่ 2

### เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมเพื่อใช้เป็นแนวทางการศึกษา โดยนำเสนอหัวข้อตามลำดับดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า
  - 1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า
  - 1.2 สาเหตุของโรคซึมเศร้า
  - 1.3 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า
  - 1.4 การดำเนินและการพยากรณ์โรค
  - 1.5 การรักษาโรคซึมเศร้า
2. แนวคิดเกี่ยวกับอาการสงบจากโรคซึมเศร้า
  - 2.1 ความหมายของอาการสงบจากโรคซึมเศร้า
  - 2.2 ลักษณะของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะอาการสงบ
  - 2.3 การประเมินอาการสงบจากโรคซึมเศร้า
  - 2.4 ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
3. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา
  - 3.1 ความหมายของปรากฏการณ์วิทยา
  - 3.2 ประวัติความเป็นมาของปรากฏการณ์วิทยา
  - 3.3 ลำดับขั้นในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา
  - 3.4 ระเบียบวิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา
4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

### 1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า

WHO (2017) ได้ให้ความหมายของ depression ไว้ว่า โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวช ชนิดหนึ่งมีอาการที่สำคัญคือ มีอารมณ์เศร้า สิ้นหวังอย่างรุนแรง และหมดความสนใจในงานหรือกิจกรรมที่ทำประจำวันติดต่อกันเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์

กรมสุขภาพจิต (2554) ให้ความหมายของโรคซึมเศร้า คือ ภาวะที่จิตใจหม่นหมองหดหู่ เศร้า ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิดไร้ค่า ต่ำหนืดตนเอง เมื่อมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นจะเป็นอยู่นานโดยไม่มีท่าทีว่าจะดีขึ้น จนกระทั่งมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ความคิด จิตใจ อารมณ์และสังคมอย่างชัดเจน

สมภพ เรื่องตระกูล (2556) ได้ให้ความหมายของโรคซึมเศร้า คือ ลักษณะที่สำคัญของโรคนี้คือผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่นชัดร่วมกับอาการอย่างอื่น เช่น มีความรู้สึกเบื่อหน่าย และหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่าและมีความคิดอยากตาย

ดังนั้นจากที่กล่าวมาข้างต้น อาจกล่าวได้ว่า โรคซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติทางกลุ่มอารมณ์ ที่มีอาการซึมเศร้าเด่นชัด จิตใจหม่นหมอง หดหู่ ท้อแท้ เบื่อหน่ายสิ่งแวดล้อมรอบตัว มีพฤติกรรมแยกตัวอยากอยู่คนเดียวโดยไม่มีเหตุผล ขาดสมาธิ ความคิดล่าช้า ลังเล มองสิ่งต่าง ๆ ในโลกเป็นแง่ร้าย คิดว่าตนเองไม่มีความสุข ไม่มีใครสามารถช่วยได้ มีความคิดทำร้ายตนเองและอยากตาย

### 1.2 สาเหตุของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากหลายๆ สาเหตุผสมผสานรวมกัน ดังนี้ (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

#### 1) สาเหตุด้านชีวภาพ

พันธุกรรม เป็นที่ยอมรับกันว่าพันธุกรรมมีบทบาทสำคัญต่อการเกิดโรคซึมเศร้า จากการศึกษาในเด็กที่เกิดจากพ่อหรือแม่ที่ป่วยด้วยโรค major depressive disorder จะมีความเสี่ยง 2-3 เท่าที่จะเป็นโรค major depressive disorder เมื่อเทียบกับอัตราการเกิดโรคของเด็กที่มีพ่อแม่ไม่ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาแบบคู่แฝด (twin studies) พบว่าคู่แฝดชนิดไข่ใบเดียว (monozygotic twins) เมื่อแฝดป่วยเป็นโรค major depressive disorder คู่แฝดจะมีความเสี่ยงร้อยละ 50 ที่จะเป็นโรคเดียวกัน ในขณะที่คู่แฝดชนิดไข่สองใบ (dizygotic twins) เมื่อแฝดหนึ่งรายป่วยเป็นโรค major depressive disorder คู่แฝดจะมีความเสี่ยงร้อยละ 10-25 (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

การเปลี่ยนแปลงของสารนำสื่อประสาทในสมอง (neurotransmitters) ได้แก่ serotonin, norepinephrine และ dopamine โดยพบว่าผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าบางรายมีการทำงานลดลงของสารนำสื่อประสาทซึ่งมีความสัมพันธ์กับกับภาวะซึมเศร้า โดยอาจเป็นสาเหตุของภาวะโรคหรือการปรับตัวของร่างกายต่อภาวะซึมเศร้าได้ (สรยุทธ วาสิกานานนท์, 2547)

การปรับระดับของฮอร์โมนในสมอง (neuroendocrine regulation) สมองส่วนบน hypothalamus เป็นศูนย์กลางในการควบคุมระดับฮอร์โมนในสมองหลายชนิด โดยเฉพาะใน ส่วน hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis และ hypothalamic pituitary-thyroid (HPT) axis ซึ่งทำหน้าที่ปรับระดับฮอร์โมน cortisol และ thyroid stimulating hormone (TSH) พบว่า ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเมื่อให้ยา dexamethasone ไปยับยั้ง cortisol hormone แต่ระดับ cortisol กลับไม่ลดลง ซึ่งการทดสอบที่ให้ผลบวกนี้จะหายไปเมื่อผู้ป่วยหายจากภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่าประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ระดับ TSH ไม่สามารถถูกกระตุ้นได้เท่าที่ควรด้วย thyrotropin-releasing hormone (TRH) ซึ่งแสดงว่าภาวะซึมเศร้าอาจเริ่มจากความผิดปกติของฮอร์โมนในส่วนตั้งแต่ระดับ hypothalamus ขึ้นไป โดยทำให้การปรับฮอร์โมนเสียไป (สรยุทธ วาสิกานานนท์, 2547)

## 2) สาเหตุด้านจิตใจ

ทฤษฎีทางจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) นักจิตวิเคราะห์อธิบายว่า อารมณ์เศร้าเป็นอารมณ์ผสมผสานของความรู้สึกหลาย ๆ อย่าง ตั้งแต่ความรู้สึกกลัว กลียด โกรธ ละอายและส่วนความรู้สึกผิด โดยที่ความรู้สึกโกรธเป็นอารมณ์พื้นฐานที่สุด (primitive) ปรากฏให้เห็นแม้ในเด็กทารก ส่วนความรู้สึกผิดเป็นอารมณ์ระแ่ียดอ่อนและสลับซับซ้อนมากที่สุด เกิดขึ้นได้ก็เฉพาะในบุคคลที่มีมโนธรรม (Superego) ก่อร่างขึ้นแล้ว (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

Cognitive Model ทฤษฎีนี้ริเริ่มโดย Aaron Beck กล่าวว่าผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้ามี cognition triad คือ ผู้ป่วยคิดว่าตนเองหมดหนทางที่จะสู้และตนเองไม่มีประโยชน์อีกแล้ว ผู้ป่วยมักจะตีความเหตุการณ์ต่างๆ ไปในทางไม่ดีและคิดว่าอนาคตไม่มีความหวัง การบิดเบือนในความคิดนี้เกิดจากการบาดเจ็บต่อจิตใจในวัยเด็ก เช่น มีการสูญเสียบิดามารดา การขาดการเอาใจใส่ การถูกเพื่อนปฏิเสธไม่ยอมรับ การบาดเจ็บต่อจิตใจเหล่านี้วางเงื่อนไขให้ผู้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะคิดตีความ และตอบสนองในทางลบต่อเหตุการณ์ชีวิตที่เกิดขึ้นในครั้งต่อไป ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าตามมา (สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

Behavioral Model มีแนวคิด 2 แบบคือ ภาวะท้อแท้ ทอดอาลัย (learned helplessness) หมดกำลังใจ ใจไม่สู้ และหมดความกระตือรือร้น เนื่องจากประสบแต่ความล้มเหลว และผิดหวังครั้งแล้วครั้งเล่า หมดภาวะกำลังใจ (no positive reinforcement) เนื่องจากไม่ได้รับแรง

เสริมที่เหมาะสม หรือได้รับแรงเสริมน้อยเกินไป หรือได้รับรางวัลแต่ไม่ได้รับทันทีที่แสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง (ดวงใจ กษานติกุล, 2542, สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

### 3) สาเหตุด้านสังคม

ปัจจัยด้านสังคมอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีก่อนป่วย เช่น การสูญเสีย มารดาก่อนอายุ 11 ปี การมีเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปีมากกว่า 3 คนอยู่ที่บ้าน เป็นต้น หรืออาจเป็นปัจจัยที่มากระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้า (Wright et al., 2005) เช่น เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Brown and Tharris, 1978 อ้างถึงใน สรยุทธ วาสิกานนท์, 2547) รายงานว่าปัจจัยความเครียดทางสังคมมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียทางสังคม เช่น การตายของบุคคลที่รัก เป็นต้น การสนับสนุนทางสังคม (Social support) จากการศึกษาติดตามในระยะยาวสามารถยืนยันได้ว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนายการเกิดโรคซึมเศร้า และช่วยให้อาการของโรคซึมเศร้าเบาลงได้ (Durand and Barlow, 2006) นอกจากนี้การแสดงอารมณ์ของครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้า โดยครอบครัวที่แสดงอารมณ์รุนแรงจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบในอัตราสูงแม้ได้รับยาเต็มที่ (ดวงใจ กษานติกุล, 2542)

#### 1.3) การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในปัจจุบันตามระบบการจำแนกโรคทางจิตเวชที่นิยมใช้ อยู่ มีอยู่ 2 ระบบ ได้แก่ ระบบการจำแนกตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 (International Classification of Diseases and Related Health Problem 10<sup>th</sup> Revision หรือ ICD-10) และระบบการจำแนกโรคที่พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับปรับปรุงครั้งที่ 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5<sup>th</sup> หรือ DSM-V) (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) แต่อย่างไรก็ตาม การลงรหัสของแต่ละโรคยึดตามระบบ ICD-10 ขององค์การอนามัยโลก ผู้วิจัยขอกล่าวถึงเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามหลักเกณฑ์ของ ICD-10 และเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ของ DSM-V เพื่อใช้ในการคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย ซึ่งมีดังต่อไปนี้

**1) การวินิจฉัย Depressive episode หรือ F32 ตามเกณฑ์ ICD-10 ประกอบด้วยเกณฑ์ดังต่อไปนี้** ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า ได้แก่ (สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

1.1) มีอาการซึมเศร้า สูญเสียความสนใจ และความรู้สึกเพลิดเพลินสนุกสนาน พลังกำลังลดลง ทำให้รู้สึกอ่อนเพลียเมื่อยล้ามากขึ้น การทำกิจกรรมต่างๆลดลง แม้การทำงานเพียงเล็กน้อยก็รู้สึกเหนื่อยง่ายและเหนื่อยมาก และมีอาการอื่นๆเป็นร่วมขณะซึมเศร้าเป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ได้แก่

1. มีสมาธิและความใส่ใจลดลง
2. ความภาคภูมิใจและความเชื่อมั่นในตนเองลดลง

3. มีความคิดว่าตนเองผิดและคิดว่าตนเองไม่มีค่า อาการนี้เกิดขึ้นได้แม้  
อารมณ์ซึมเศร้าจะไม่รุนแรง
4. รู้สึกเหงาและมองอนาคตแง่ร้าย
5. มีความคิดหรือมีการกระทำที่เป็นการทำร้ายตนเองหรือเป็นการฆ่า  
ตัวตาย
6. มีการนอนที่ผิดปกติ
7. มีอาการไม่เจริญอาหาร

## 1.2) Depressive disorder แบ่งออกเป็น Episode ต่างๆ ดังนี้

1.) Mild depressive disorder มีอาการตามแบบฉบับของอารมณ์  
ซึมเศร้า (Typical Symptoms) อย่างน้อย 2 อาการ ดังนี้

- มีอารมณ์เศร้า
- สูญเสียความสนใจและความรู้สึกสนุกสนาน
- รู้สึกอ่อนเพลียเมื่อยล้าเพิ่มขึ้น

มีอาการตามข้อ 1.1 อย่างน้อย 2 อาการ และมีอาการตามแบบฉบับ  
ของอารมณ์ซึมเศร้า คือ มีอารมณ์เศร้า สูญเสียความสนใจและความรู้สึกสนุกสนาน ไม่รุนแรง ยัง  
สามารถทำงานหรือใช้ชีวิตได้ตามปกติ เป็นเวลาอย่างน้อย 2 อาทิตย์

2.) Moderate depressive disorder มีอาการตามแบบฉบับของอารมณ์  
ซึมเศร้า (Typical Symptoms) อย่างน้อย 2 อาการ

มีอาการตามข้อ 1.1 อย่างน้อย 3 อาการ และมีอาการตามแบบฉบับ  
ของอารมณ์ซึมเศร้า คือ มีอารมณ์เศร้า สูญเสียความสนใจและความรู้สึกสนุกสนาน เป็นเวลาอย่าง  
น้อย 2 อาทิตย์ การทำงานหรือใช้ชีวิตประจำวันมีความฝืนใจมาก

3.) Moderate depressive disorder มีอาการตามแบบฉบับของอารมณ์  
ซึมเศร้า (Typical Symptoms) อย่างน้อย 3 อาการ

มีอาการตามข้อ 1.1 อย่างน้อย 4 อาการ และมีอาการตามแบบฉบับ  
ของอารมณ์ซึมเศร้า คือ มีอารมณ์เศร้า สูญเสียความสนใจและความรู้สึกสนุกสนาน เป็นเวลานาน  
อย่างน้อย 2 อาทิตย์ ไม่สามารถทำงานหรือทำกิจวัตรประจำวันได้

อารมณ์ซึมเศร้าอาจไม่เป็นไปตามแบบฉบับโดยเฉพาะในวัยรุ่นกล่าวคือ แทนที่จะแสดง  
อารมณ์ซึมเศร้าตรง ๆ ผู้ป่วยกลับแสดงอาการดังต่อไปนี้เป็นอาการเด่นคือ วิตกกังวล ทุกข์ทรมานใจ  
กระสับกระส่าย ผุดลุกผุดนั่ง

ผู้ป่วยซึมเศร้าอาจมีอาการ somatic symptoms ดังต่อไปนี้

- ก. ไม่สนใจใยดี หรือรู้สึกไม่ยินดี ไม่ตั้งใจในกิจกรรมที่เคยทำให้ตนเองมีความสุข
- ข. ไม่มีปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่อสิ่งแวดล้อมหรือเหตุการณ์ที่เคยทำให้ตนเองมีความสุข
- ค. ตื่นเช้ากว่าปกติ 2 ชั่วโมงหรือมากกว่า
- ง. สภาพอารมณ์ซึมเศร้าทรุดลงในตอนเช้า
- จ. การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (psychomotor retardation) และการเคลื่อนไหวระส่ำระสาย (psychomotor agitation) อาการในข้อนี้จะต้องเป็นอาการเชิงวัตถุวิสัย (objective)
- ฉ. ไม่เจริญอาหารอย่างรุนแรง
- ช. น้ำหนักตัวลดลงร้อยละ 5 หรือมากกว่านี้ในรอบเดือนที่ผ่านมา
- ซ. ความต้องการทางเพศลดลงอย่างมาก
- โดยผู้ป่วยจะต้องมีอาการข้างต้นอย่างน้อยที่สุด 4 อาการ จึงจะวินิจฉัยได้ว่ามี somatic symptoms

**2) การวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ของ DSM-V** โดยในส่วนแรกจะกล่าวถึง Major Depressive Episode เพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการวินิจฉัยโรค Depressive Disorder ดังนี้ (American Psychiatric Association, 2013)

Major Depressive Episode ตามเกณฑ์ของ DSM-V มีอาการดังต่อไปนี้

- A. มีอาการดังต่อไปนี้ห้าอาการ โดยมีอาการอย่างน้อยหนึ่งข้อของ (1) อารมณ์เศร้า (2) ความสนใจหรือความเพลิดเพลินใจลดลง และมีอาการไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์
- 1) มีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน โดยได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย (เช่น รู้สึกเศร้า หรือว่างเปล่า) หรือจากการสังเกตของผู้อื่น (เช่น เห็นว่าร้องไห้)
 

หมายเหตุ: ในเด็กและวัยรุ่นอาจเป็นอารมณ์หงุดหงิดได้
  - 2) ความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งหมดหรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก โดยเป็นส่วนใหญ่ของแต่ละวันและเป็นเกือบทุกวัน (โดยได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วยหรือจากการสังเกตของผู้อื่น)
  - 3) น้ำหนักลดลงมิได้เป็นมาจากการควบคุมอาหาร หรือเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (ได้แก่ น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือมีการเบื่ออาหาร เจริญอาหารแทบทุกวัน
 

หมายเหตุ: ในเด็ก ดูว่าน้ำหนักไม่เพิ่มขึ้นตามที่ควรจะเป็น
  - 4) นอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไปแทบทุกวัน

5) จิตใจและการเคลื่อนไหว (psychomotor) ระวังระส่าย (agitation) หรือเชื่องช้า (retardation) แทบทุกวัน (จากการสังเกตของผู้อื่น มีไข้เพียงจากความรู้สึกของผู้ป่วยว่ากระวนกระวายหรือเชื่องช้า)

6) อ่อนเพลียหรือไร้เรี่ยวแรงแทบทุกวัน

7) รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินไป (อาจถึงขั้นหลงผิด) แทบทุกวัน (มีไข้เพียงแค่การโทษตนเองหรือรู้สึกผิดที่ป่วย)

8) สมาธิหรือความสามารถในการคิดอ่านลดลงหรือตัดสินใจอะไรไม่ได้แทบทุกวัน (โดยได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วยหรือจากการสังเกตของผู้อื่น)

9) คิดเรื่องการตายอยู่เรื่อย ๆ (มีไข้แค่กลัวว่าจะตาย) คิดอยาก จะตายอยู่เรื่อย ๆ โดยมีได้วางแผนแน่นอน หรือพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผนการฆ่าตัวตายไว้แน่นอน

B. อาการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ใจ หรือ ทำให้การประกอบอาชีพ

การเข้าสังคมหรือหน้าที่ด้านอื่นที่สำคัญบกพร่องลงอย่างชัดเจน

C. อาการดังกล่าวไม่ได้เป็นผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (เช่น สารเสพติด ยา) หรือจากภาวะเจ็บป่วยทางกาย (เช่น hypothyroidism)

D. อาการดังกล่าวไม่เข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยอาการแบบผสม (Mixed Episode)

E. อาการดังกล่าวไม่ได้เป็นเพราะความเศร้าโศกเสียใจอันเนื่องมาจากการสูญเสียของบุคคลที่ผู้ป่วยรัก (Bereavement) ได้แก่ มีอาการคงอยู่นานกว่า 2 เดือนหลังการสูญเสียผู้ที่ตนรัก หรือมีหน้าที่บกพร่องลงมาก หมกมุ่นกับความคิดว่าตนเองไร้ค่าอย่างผิดปกติ มีความคิดฆ่าตัวตาย มีความคิด มีอาการโรคจิต หรือ psychomotor retardation

#### 1.4 การดำเนินและการพยากรณ์โรค

ภาวะซึมเศร้ารุนแรงในผู้ป่วยแต่ละคนมีลักษณะการเริ่มป่วย (onset) ที่แตกต่างกัน ได้มาก บางคนอาการเกิดขึ้นช้า ๆ ใช้เวลาหลายวันหรือหลายสัปดาห์จึงเห็นอาการเต็มที่ บางคนเกิดขึ้นรวดเร็วจากมีเหตุการณ์หรือปัญหาชีวิตที่รุนแรงและบางคนมีอาการอื่น ๆ นำมาก่อนเป็นเวลานาน อาทิ อาการวิตกกังวล กลัว (phobia) ตื่นตระหนก (panic) หรือย่ำคิดย่ำทำเป็นต้น (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) นอกจากนี้ระยะเวลาที่ป่วยในแต่ละคนก็แตกต่างกันเช่นกัน ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษามักจะป่วยประมาณ 6 เดือน หรือนานกว่านี้ โดยทั่วไปผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นหรือหายได้สนิท แต่อาจไม่หายขาด (WHO, 1997)

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีลักษณะอาการเกิดขึ้นเป็นช่วงๆ (episodic) เป็น ๆ หาย ๆ การดำเนินของโรคซึมเศร้ามีดังนี้ (Rush et al., 2006)

- ระยะตอบสนอง (response) คือ การที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคซึมเศร้าลดลงหลังได้รับการรักษา โดยติดตามได้จากอารมณ์ของผู้ป่วย การทำหน้าที่ในแต่ละวัน และ/หรือความเจ็บปวด/ความเศร้าโศก โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 3 สัปดาห์
- ระยะอาการสงบ (remission) คือ ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการสงบหรือมีอาการไม่มากกว่า 3 ใน 7 อาการของ Major Depressive episode โดยผู้ป่วยต้องไม่มีอาการหลักคือ ไม่มีอารมณ์เศร้าและสูญเสียความสนใจเป็นระยะเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 3 สัปดาห์ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ ในการศึกษาทางคลินิกต้องใช้ระยะเวลาประมาณ 12-20 สัปดาห์ ในการประเมินอาการ เพื่อให้เกิดการยอมรับว่าผู้ป่วยได้เข้าสู่อาการสงบ (remission) จริง
- ระยะฟื้นหาย (recovery) คือ ช่วงที่ผู้ป่วยไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อยต่อเนื่องมากกว่าหรือเท่ากับ 4 เดือน เกิดขึ้นหลังระยะอาการสงบ หรือ อาจเรียกว่าระยะอาการฟื้นหาย ซึ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการบำบัดรักษาเป็นเวลา 6-9 เดือน จนครบกระบวนการจะถือว่าอยู่ในช่วง recovery
- ระยะกลับเป็นซ้ำ (relapse) คือ ช่วงที่ผู้ป่วยกลับมีอาการมากขึ้น โดยอาจเกิดขึ้นได้หลังระยะ remission หรือก่อนระยะ recovery
- ระยะอาการกำเริบอีก (recurrence) คือ ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยกลับมามีอาการของโรคซึมเศร้าอีกหลังจากที่มี complete recovery แล้ว นั่นคือมีการเกิด episode ใหม่ของโรค อาการหายขาดของโรคซึมเศร้าที่เป็นการป่วยครั้งเดียว (single) พบได้เกือบประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรง (Major depressive disorder) แต่ผู้ป่วยอัตราต่ำกว่าครึ่งมีโอกาสกำเริบได้อีก (ดวงใจ กษานติกุล, 2542)

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นมีลักษณะการเริ่มป่วย (onset) ที่แตกต่างกัน บางคนอาการเกิดขึ้นภายหลังจากเกิดเหตุการณ์ความเครียดทางจิตใจอย่างรุนแรง บางคนพบว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นนำที่แสดงออกเด่นชัดที่สุดมาก่อนสะสมเป็นเวลานานหลายเดือน เช่น อาการซึมเศร้า ร่วมกับอาการแสดงอื่นๆ เช่น สิ้นหวัง ท้อแท้ หหมดพลัง ไม่มีสมาธิ และไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไป รวมถึงความสามารถในการคิดตัดสินใจลดลงไม่ตัวอย่างเดิม อาจเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวแต่สามารถเกิดขึ้นบ่อยๆ ทำให้รบกวนการทำงาน และการดำเนินชีวิตประจำวัน (สายฝน เอกวารงกูร, 2553) อาการของโรคซึมเศร้าในแต่ละช่วงมีระยะเวลาต่างกัน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาจนมีอาการทุเลา (remission) มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ (relapse) หากได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยที่เผชิญกับอาการป่วยซึมเศร้า พบว่าใน episode หนึ่งของโรคใช้ระยะเวลา 6-12 เดือน หากไม่ได้รับการรักษา (Hasin, Goodwin, Stinson, and Grant, 2005) และหากได้รับการรักษาจะมีอาการนาน 3 เดือน โดยทั่วไปหากผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมอาการจะดีขึ้น สามารถกลับมาดำเนิน



ชีวิตประจำวันได้เป็นปกติ มีรายงานว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการครั้งแรก มีโอกาสกลับเป็นซ้ำ (recurrence) ได้ร้อยละ 60 และร้อยละ 70 ของผู้ที่มีอาการครั้งที่ 2 และเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 90 ของผู้ที่มีอาการครั้งที่ 3 มีรายงานผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าที่มีอาการดีขึ้น มีอาการหลงเศร้า หลงเหลืออยู่ถึงร้อยละ 30 (Cornwall and Scott, 1997) ซึ่งอาการซึมเศร้าที่หลงเหลือนั้นไม่ครบเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ซึ่งเรียกผู้ป่วยในระยะนี้ว่า partial remission หรือ ภาวะอาการสงบบางส่วน หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นระยะที่ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 4-6 สัปดาห์ และผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษา จากนั้นผู้ป่วยเข้าสู่ระยะอาการสงบ (full remission) (Frank et al., 1991) ซึ่งพบว่ามีร้อยละ 31.2 เมื่อเข้ารับการรักษาต่อเนื่องเป็นเวลา 3 เดือน (Kim et al., 2011) และร้อยละ 53.9 เมื่อเข้ารับการรักษาต่อเนื่องเป็นเวลา 12 เดือน (Vitriol et al., 2018) ผู้ป่วยในระยะนี้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ และเข้าสู่ระยะฟื้นหาย (recovery) ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยต้องไม่แสดงอาการของภาวะซึมเศร้านานติดต่อกัน 4-6 เดือน (สายฝน เอกวางกูร, 2553) ดังนั้นการหยุดการรักษาก่อน 3 เดือน เป็นสาเหตุให้อาการกลับเป็นซ้ำเกิดขึ้นได้

### 1.5 การรักษาโรคซึมเศร้า ดังนี้ (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

#### 1) การรับการรักษาไว้ในโรงพยาบาล

การรับการรักษาในโรงพยาบาลในรายที่มีอาการมาก เช่น มีความเสี่ยงที่จะทำอันตรายตนเองหรือผู้อื่น มีอาการรุนแรง กระวนกระวายมาก ไม่กินอาหาร ผอมลงมาก ไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบผู้ป่วยนอก

#### 2) การรักษาด้วยยา

การรักษาหลักในปัจจุบันได้แก่ การใช้ยาแก้เศร้า (antidepressants) โดยเฉพาะในช่วงแรกที่มีอาการมากอยู่ การทำจิตบำบัดบางชนิดพบว่า ได้ผลในการรักษาพอๆ กันกับการใช้ยา โดยเฉพาะในรายที่อาการไม่รุนแรง การรักษาโรคซึมเศร้าแบ่งเป็น 3 ระยะตามการดำเนินโรค (Kennard et al., 2006; มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ดังนี้

- **การรักษาระยะเฉียบพลัน (acute treatment)** เป้าหมายเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้า เป็นการรักษาเริ่มตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยมาพบขณะมีอาการไปจนถึงหายจากอาการ คือ เข้าสู่ระยะอาการสงบ (remission) ใช้ระยะเวลาประมาณ 4-6 สัปดาห์ หรือบางรายอาจใช้ระยะเวลานานกว่านี้

- **การรักษาระยะต่อเนื่อง (continuation treatment)** โดยมีเป้าหมายเพื่อลดกลุ่มอาการที่เหลือ (residual symptoms) และป้องกันการป่วยซ้ำ (relapse) เป็นการให้การรักษาต่ออีกประมาณ 4-9 เดือนภายหลังจากระยะอาการสงบ (remission) ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะฟื้นหาย (recovery)

- **การป้องกันระยะยาว (maintenance treatment)** มีเป้าหมายเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (recurrence) ของโรคซึมเศร้า ในระยะนี้การให้ยาป้องกันอย่างน้อย 2-3 ปี บางรายอาจจะต้องได้รับยาตลอดชีวิตซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำ

**3) การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT)** ด้วยความเชื่อที่ว่าไฟฟ้าในปริมาณและเวลาที่เหมาะสมจะสามารถกระตุ้นเซลล์สมองทำให้เกิดความสมดุลของระบบสื่อประสาท ซึ่งทำให้ลดภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีอารมณ์เศร้ารุนแรง และรักษาด้วยวิธีการอื่น ๆ ไม่ได้ผล จึงมีการรักษาด้วยไฟฟ้าเกิดขึ้นมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1938 และพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT) เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพสำหรับภาวะซึมเศร้า แม้ว่าพบผลข้างเคียงได้บ้างแต่นับว่าเป็นวิธีที่ปลอดภัยถ้ามีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด การรักษาด้วยไฟฟ้าใช้ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการให้ยา ทนต่ออาการข้างเคียงของยาไม่ได้ หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ได้ผลดีในผู้ป่วยที่อาการรุนแรงเป็นแบบ melancholic หรือมีอาการโรคจิต หลังจากนั้นควรให้การรักษาด้วยยาต่อหลังจากผู้ป่วยอาการดีขึ้น (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แผล จันทรสุข, และศุภกรใจ เจริญสุข, 2558, มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558)

**4) การรักษาทางจิต (Psychological treatment)** การใช้การรักษาทางจิตร่วมกับการให้ยา ให้ผลการรักษาดีกว่าวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว การรักษาทางจิตทำได้หลายวิธีดังนี้

- **การบำบัดด้านความคิด (Cognitive therapy)** หลักของการรักษาวิธีนี้ถือว่าผู้ป่วยมีความคิดที่ผิดพลาด (cognitive distortion) เช่น คิดด้านลบ มีทัศนคติในรูปแบบผิด ๆ จนเกิดเป็นโทษต่อตนเอง การรักษาคือ ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้แก้ไขระบบความคิดที่เป็นผลเสียต่อตนเอง ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกซึมเศร้า หดหนทาง มองสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตในแง่ลบ ผู้บำบัดจะร่วมกับผู้ป่วยในการค้นหารูปแบบความคิดที่เป็นปัญหา วางแนวความคิดใหม่ และนำไปทดลองปฏิบัติจริง จนผู้ป่วยสามารถปรับความคิดและพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

#### - จิตบำบัด (Psychotherapy)

**1) จิตบำบัดระยะยาว (psychoanalytically oriented psychotherapy)** มุ่งให้ผู้ผู้ป่วยเข้าใจความขัดแย้งในระดับจิตใต้สำนึก แรงผลักดันต่อจิตใจที่มีผลต่อพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในบุคลิกภาพ เข้าใจการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ของตนเอง มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นดีขึ้น สามารถปรับตัวในสถานการณ์ที่กดดันกับจิตใจได้ดีขึ้น

**2) จิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive psychotherapy)** มุ่งให้การประคับประคองจิตใจผู้ป่วย ให้มีสัมพันธภาพเชิงบวกกับผู้รักษา ระบายความรู้สึก ระบายความในใจ สร้างกำลังใจ ให้คำแนะนำ เรียนรู้ความเป็นจริง กำหนดขอบเขตการกระทำ ยอมรับการเจ็บป่วยเข้าใจการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ของตนเอง ช่วยให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจที่จะแก้ไข ปัญหาและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การทำจิตบำบัดสามารถทำได้ทั้งการบำบัดรายบุคคลหรือกลุ่ม

- พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) โดยการนำพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยมาเป็นเป้าหมายในการรักษา เช่น การมองคุณค่าตนเองต่ำกว่าความเป็นจริง ทำให้ไม่กล้าเรียกร้องสิทธิที่ตนควรจะได้ การรักษาจะช่วยฝึกความกล้าในการแสดงออก (assertive training) และเสริมแรงบวกเมื่อมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น

- การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (Milieu therapy) โดยการจัดบรรยากาศภายในหอผู้ป่วยให้รู้สึกปลอดภัย อบอุ่น เป็นมิตร ให้ผู้ป่วยเรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และพัฒนาตนเองเพื่อออกไปอยู่ในสังคมภายนอกได้

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับอาการสงบจากโรคซึมเศร้า

### 2.1 ความหมายของอาการสงบจากโรคซึมเศร้า

Frank et al. (1991) อธิบายว่า อาการสงบจากโรคซึมเศร้า แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ 1) Partial Remission ว่าหมายถึง ช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการสงบ แต่ยังคงมีอาการของโรคซึมเศร้าหลงเหลืออยู่เล็กน้อย ซึ่งอาการที่หลงเหลือไม่เข้าเกณฑ์อาการหลักของการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า และ 2) Full Remission ว่าหมายถึง ช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการสงบ โดยปราศจากอาการหลักของโรคซึมเศร้า และอาจพบว่ามีอาการที่หลงเหลืออยู่เล็กน้อยมาก

Thase (2002) กล่าวว่า เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลบำบัดรักษาแล้วมีอาการทุเลาสงบลง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระยะนี้สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ ปฏิบัติหน้าที่ต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Rush et al. (2006) อธิบายว่า ระยะอาการสงบ (Remission) คือ ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการสงบหรือมีอาการไม่มากกว่า 3 ใน 7 อาการของ Major depressive episode โดยต้องไม่มีอาการหลัก คือ ไม่มีอารมณ์เศร้าและสูญเสียความสนใจ เป็นระยะเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 3 สัปดาห์ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ

Isaael (2006) ได้ให้ความหมายอาการสงบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการของโรคซึมเศร้าน้อยลง การทำหน้าที่ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันยังไม่สมบูรณ์มากนัก

Zimmerman et al. (2006) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามองว่าการได้กลับมาใช้ชีวิตปกติดังเดิมเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนอาการดีขึ้น

Yeh et al. (2014) ผู้ที่อาการสงบจะเป็นผู้ที่มีความสามารถทำหน้าที่ทางจิตสังคมได้ดี มีการจัดการตนเองที่ดี มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง และมีระดับความแปรปรวนทางด้านจิตใจต่ำ ได้กลับมาใช้ชีวิตอย่างปกติ

สุวดี จันดีกระยอม (2546) ได้ให้ความหมายอาการสงบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คือ เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการสงบ/ปราศจากอาการมาเป็นระยะเวลาหนึ่งและผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะซึมเศร้าเลย

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมทำให้เข้าใจความหมายของอาการสงบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น อาการสงบจากโรคซึมเศร้า หมายถึง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาอย่างเหมาะสมแล้วมีอาการทุเลาสงบลง ทำให้มีอาการดีขึ้น และเป็นผู้ที่มีความสามารถทำหน้าที่ทางจิตสังคมได้ดี มีการจัดการตนเองได้เป็นอย่างดี มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง และมีระดับความแปรปรวนทางด้านจิตใจต่ำ ได้กลับมาใช้ชีวิตประจำวันอย่างปกติ

## 2.2) ลักษณะของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะอาการสงบ

เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าสู่ภาวะอาการสงบ สามารถสังเกตได้จากลักษณะอาการที่ผู้ป่วยแสดงออกมา ซึ่งพบว่าการทำงานหน้าที่ทางจิตสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระยะนี้ดีขึ้น สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่างๆได้เป็นปกติมากขึ้น ความบกพร่องในการทำงานที่ประจำวันลดลง มีความมั่นใจ สามารถจัดการกับอาการของโรคซึมเศร้า และสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า นั่นคือมีความเชื่อมั่นในการใช้ยาต้านเศร้าเพื่อการบำบัดรักษามากขึ้น และรับรู้ว่ามีอาการของโรคซึมเศร้ามลดลง (Keller, 2003; Zimmerman et al., 2006) มีความวิตกกังวลลดลง มีสมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการมีสมรรถนะแห่งตนมีความสำคัญต่อการป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าซ้ำในอนาคตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Yeh et al., 2014) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีจิตสังคมที่ดี และมีสมรรถนะแห่งตนสูงจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะอาการสงบได้ และผู้ป่วยในระยะนี้ยังเป็นผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตดีอีกด้วย (Zimmerman et al., 2006)

สุวดี จันดีกระยอม (2546) อธิบาย ลักษณะการหายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหายตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคอารมณ์ซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์ซึมเศร้าที่มาติดตามผลการรักษาที่ห้องตรวจจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 82 คน เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2545 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2546 ซึ่งลักษณะการหายจากภาวะซึมเศร้าตามการรับรู้ของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยรับรู้ถึงการหายจากภาวะซึมเศร้าโดยที่พิจารณาจากการกลับสู่ภาวะปกติก่อนป่วย ร่วมกับการสังเกตจากการนอนหลับ และการรับประทานอาหารได้ดี ซึ่งเป็นลักษณะที่สำคัญที่สุดตามการรับรู้ที่บ่งบอกถึงลักษณะการหายในผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้า ปัจจัยเกี่ยวข้องกับการหายจากภาวะซึมเศร้าตามการรับรู้ของผู้ป่วย พบว่าปัจจัยด้านแพทย์ผู้รักษาเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการหายจากโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่ผู้ป่วยมีความศรัทธาความเชื่อในแพทย์ผู้รักษา ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่พบบ่อยที่สุด ปัจจัยรองลงมา คือ ยา แรงเสริมทางบวก และการมีความหวัง ตามลำดับ ซึ่งในขณะที่ผู้ป่วยที่อยู่รักษาตัวในหอผู้ป่วยจิตเวช พบว่าปัจจัยด้านบุคลากรและปัจจัยด้านกิจกรรมบำบัด โดย

ปัจจัยด้านกิจกรรมบำบัดเป็นปัจจัยที่พบบ่อยที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการหายจากภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหายในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านครอบครัว ตัวผู้ป่วย งานอดิเรก ญาติหรือเพื่อน และกิจกรรมทางศาสนา

แม้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีอาการดีขึ้นจะมีโอกาสการกลับเป็นซ้ำ (relapse) เกิดขึ้นได้มากกว่าร้อยละ 50 (Bircusa and Lacono, 2007) แต่ก็มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนเข้าสู่ระยะอาการสงบ (remission) และไม่กลับเป็นซ้ำ โดยพบผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะอาการสงบร้อยละ 31.2 ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาต่อเนื่องเป็นเวลา 3 เดือน (Kim et al., 2011) และร้อยละ 53.9 ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาต่อเนื่องเป็นเวลา 12 เดือน (Vitriol et al., 2018) อีกทั้งพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่เคยกลับเป็นซ้ำหรือจำนวนครั้งของการกลับเป็นซ้ำมีจำนวนน้อยจะเข้าสู่ระยะอาการสงบได้ดีกว่า (Kim et al., 2011) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนมีอาการสงบ (remission) ถือเป็นเป้าหมายสำคัญของการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Frank et al., 1991)

กล่าวโดยสรุป ลักษณะอาการสงบของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะเป็นผู้ที่สามารถกลับไปทำหน้าที่ทางด้านต่างๆได้อย่างเป็นปกติ สามารถจัดการกับอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้ด้วยความมั่นใจ เมื่อความเชื่อมั่นในการใช้ยาเพื่อรักษาและเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ซึ่งการรับประทานยา เข้ารับการรักษากับแพทย์ การทำกิจกรรมต่างๆเพื่อบำบัดอาการซึมเศร้า และครอบครัว เป็นปัจจัยช่วยสนับสนุนให้อาการซึมเศร้าสงบได้ ซึ่งอาการสงบคือเป้าหมายของการรักษาของผู้ป่วย

### 2.3 การประเมินอาการสงบจากโรคซึมเศร้า

อาการสงบจากโรคซึมเศร้าอาจประเมินโดยใช้เครื่องมือมาตรฐาน ซึ่งมีแนวทางการประเมินและการแปลความหมาย ดังนี้

#### 2.3.1 แบบประเมินความรุนแรงอาการโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

แบบประเมินความรุนแรงอาการโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) เป็นแบบประเมินเพื่อค้นหาอาการที่มีในระยะเวลา 2 สัปดาห์ และความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้า ภาษาของข้อคำถามที่เลือกใช้มีความสอดคล้องกับท้องถิ่นหรือความเหมาะสมกับผู้ถูกสัมภาษณ์ ได้แก่ ภาษากลาง ภาษาอีสาน และภาษาท้องถิ่นใต้ ซึ่งจากการทำ Receiver Operating Characteristic Curve analysis เท่ากับ 0.9283 (95%CI เท่ากับ 0.8931- 0.9635) คือ 7 คะแนนขึ้นไป มีค่าความไวสูงร้อยละ 75.68 ความจำเพาะสูงถึงร้อยละ 93.37 เมื่อเทียบกับการวินิจฉัยโรค Major depressive disorder (MDD) ค่าความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า เท่ากับ 11.41 เท่า มีความแม่นยำตรงในการวัดการเปลี่ยนแปลงของโรคซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง ใช้เวลาน้อย มีจำนวน 9 ข้อ เหมาะสำหรับการประเมินอาการของโรคซึมเศร้า ซึ่งเมื่อเทียบกับแบบประเมิน Haminton Rating Scal for Depression (HRSD-17) พบว่ามีค่า Cronbach's Alpha รายข้ออยู่ระหว่าง 0.7836-0.8210 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.821

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.719 (P-value<0.001) มีค่าความไว ค่าความจำเพาะ และค่า Likelihood Ratio ร้อยละ 85, 72 และ 3.04 (95%CI เท่ากับ 2.16-4.26) ตามลำดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนของแบบประเมินความรุนแรงอาการโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) โดยให้ค่าคะแนนเป็น 0 – 3 คะแนน ดังนี้

คะแนน 0 ไม่มีเลย

คะแนน 1 เป็นบางวัน 1-7 วัน

คะแนน 2 เป็นบ่อยมากกว่า 7 วัน

คะแนน 3 เป็นทุกวัน

เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบบประเมินความรุนแรงอาการโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) มีคะแนนระหว่าง 0-27 คะแนน เมื่อรวมคะแนนและแปลผลคะแนนแล้ว ควรแจ้งผลพร้อมให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหรือการรักษาในขั้นตอนต่อไป

คะแนนรวม < 7 ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า หรือมีระดับน้อยมาก

คะแนนรวม 7-12 มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย

คะแนนรวม 13-18 มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง

คะแนนรวม > 19 มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

แนวทางการประเมินอาการสงบจากโรคซึมเศร้าสำหรับจิตแพทย์ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ระบุว่าภายหลังจากที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการตอบสนอง (response) ต่อการบำบัดรักษาด้วยยาต้านเศร้าแล้ว โดยมีคะแนนแบบประเมินความรุนแรงอาการโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 จากคะแนนแรกเริ่มการรักษา หรือคะแนนแบบประเมินความรุนแรงอาการโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) น้อยกว่า 7 แพทย์ผู้รักษาจะทำการให้ยาต้านเศร้าในขนาดเท่าเดิม และนัดติดตามอาการจนคะแนนแบบประเมินความรุนแรงอาการโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) น้อยกว่า 7 ทุก 1 เดือน เป็นเวลา 6 เดือน เมื่อครบกำหนดการรักษาโดยคะแนนแบบประเมินความรุนแรงอาการโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) น้อยกว่า 7 เป็นระยะเวลา 6 เดือนติดต่อกัน ถือว่าผู้ป่วยในช่วงนี้มี full remission ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักจะสามารถรับรู้ได้ด้วยตนเองว่ามีอาการดีขึ้นหรืออาการสงบ (remission) แล้ว แพทย์ผู้รักษาจะค่อยๆปรับลดขนาดยาลงประมาณร้อยละ 25-50 ของยาเดิมทุกๆสองสัปดาห์ จนกว่าจะหยุดยาได้ หรือสั่งจ่ายยารักษาวันเว้นวัน หลังจากนั้นติดตามเฝ้าระวังใน 1 ปี โดยทำการนัดติดตามผลการรักษาทุก 6 เดือน แพทย์ผู้รักษาจะทำการประเมินอาการของผู้ป่วย ร่วมกับประเมินด้วยแบบประเมินความรุนแรงอาการโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) หากมีคะแนนน้อยกว่า 7 จึงยุติการรักษา (กรมสุขภาพจิต, 2553)

2.3.2 แบบประเมินอาการอาการซึมเศร้า Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) ฉบับภาษาไทย

แบบประเมินอาการอาการซึมเศร้า Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะ (Lotrakul, Sukkhanit, Sukying, 1996) ซึ่งเป็นแบบวัดเพื่อใช้ในการประเมินระดับความรุนแรงของอาการในผู้ป่วย เป็นภาษาไทย จำนวน 17 ข้อ นอกจากประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าแล้ว และยังสามารถประเมิน remission ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา เครื่องมือนี้เป็นแบบให้บุคลากรประเมิน HRSD-17 ได้ทำการทดสอบความแม่นยำตรงและความน่าเชื่อถือได้ของแบบสอบถาม มีความแม่นยำและความเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในซึ่งมีอาการอยู่ในกลุ่ม depressive disorder จำนวน 50 คน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ที่แสดงถึงความสอดคล้องภายในของแบบวัดเท่ากับ 0.738 และเมื่อเปรียบเทียบกับ Global assessment scale พบว่า Spearman's correlation coefficient ซึ่งบ่งถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนที่ได้ เท่ากับ  $-.8239$  ( $P < 0.0001$ ) ซึ่งจัดว่าอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีเกณฑ์การให้ค่าคะแนนเป็น 0 – 2 คะแนน, 0 – 3 คะแนน และ 0 – 4 คะแนน เป็นจำนวน 17 ข้อ มีรายละเอียดการคิดคะแนนด้วยวิธีนำคะแนนทุกข้อมารวมกันตามตัวเลขคะแนนหน้าข้อที่เลือก โดยมีเกณฑ์เทียบความรุนแรง ดังนี้

ช่วงคะแนน 0-7 หมายถึง no depression

ช่วงคะแนน 8-12 หมายถึง mild depression

ช่วงคะแนน 13-17 หมายถึง less than major depression

ช่วงคะแนน 18-29 หมายถึง major depression

ช่วงคะแนน  $> 30$  หมายถึง severe major depression

เกณฑ์การแปลผลคะแนน Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) มีคะแนนระหว่าง 0-7 คะแนน ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อยู่ในระยะอาการสงบ (remission) คือ ไม่มีอารมณ์เศร้า และสูญเสียความสนใจหรือความเพลิดเพลินใจลดลง

#### 2.4 ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Chernomas (1997) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการมีประสบการณ์ภาวะซึมเศร้าและการรับรู้การหายจากภาวะซึมเศร้าตามการรับรู้ ซึ่งจากการศึกษาพบมีทัศนคติเกี่ยวกับการสูญเสียตัวตน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญของประสบการณ์ที่เกี่ยวกับลักษณะภาวะซึมเศร้าของสตรีกลุ่มนี้ และในทางกลับกันก็จะส่งผลกระทบต่อความพยายามในการหายและการรักษา จากการศึกษาได้พบแนวทางที่จะนำไปสู่การหายจากภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 6 รูปแบบ ซึ่งสะท้อนถึงประสบการณ์การใช้ชีวิตอยู่กับภาวะซึมเศร้า คือ 1) การเปลี่ยนแปลงในตนเอง (Transformed self) ซึ่งถูกครอบงำโดยความรู้สึกไร้กำลัง ร่างกายอ่อนล้า ขาดพลังที่จะทำอะไร ไม่สามารถที่จะมีอำนาจหรือควบคุมความรู้สึกในแต่ละวันได้ มี

ความรู้สึกผิดที่ไม่สามารถควบคุมความรู้สึกของตนเอง และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงทำให้ตัดสินใจตัดสินใจประณามตนเองในแง่ลบ ส่งผลทำให้รู้สึกกลัว คับข้องใจ โกรธตนเองและโกรธผู้แค้น และกลัวอนาคต นอกเหนือจากการที่รู้จักตนเอง กับภาวะไร้พลังที่เกิดขึ้น สิ่งสำคัญที่จะช่วยให้สามารถเผชิญสิ่งท้าทายในการดำรงชีวิตและความต้องการของชีวิตก็คือ การไม่ปล่อยให้ทุกอย่างเพียงลำพัง การหาวิธีที่จะพาตัวเองกลับมา หรือเปลี่ยนแปลงบางส่วนของตนเองหรือทั้งสองอย่าง มีความสำคัญในกระบวนการเยียวยา 2) ความต้องการและการติดตาม (Wanting and monitoring) การที่ยอมรับการสูญเสียความเป็นตัวตนนั้นเป็นพลังผลักดันที่มีผลต่อความสามารถของตนเองในการเผชิญชีวิตจริงในแต่ละวัน ทำให้มีความต้องการที่จะนำบางส่วนของตนเองที่สูญเสียไปกลับคืนมา และ/หรือต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงบางอย่างในตัวเอง และเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงจะนำไปสู่ชีวิตที่ดี ซึ่งการยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น อาจกล่าวได้ว่าผู้หญิงมีการติดตามสภาพของตนเองว่าดีขึ้นหรือแย่ลง สามารถระบุสิ่งที่ตนเองสามารถทำได้ในตอนนี้ การติดตามตนเองในความหมายของผู้ป่วยคือ การที่ลดความรู้สึกที่ไร้พลังของตนเอง สามารถที่จะควบคุมชีวิตของตนเองได้ 3) ตนเองคือผู้เยียวยา (The self as healer) ตัวผู้ป่วยเองจะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะมีความพยายามในการฟื้นคืน การควบคุมและการรักษา พวกเขาเชื่อว่าถ้าหากพวกเขาสามารถผลักดันตัวเองให้สามารถกลับไปทำอะไรได้ จะทำให้พวกเขาดีขึ้น ซึ่งอาจจะประเมินได้จากที่พวกเขาสามารถพบกับความสุขอีกครั้ง และบางอย่างที่พวกเขาเลือกทำแล้วประสบความสำเร็จ 4) การเปิดเผยกับการปกปิด (Revealing vs. concealing) การที่พวกเขาตัดสินใจจะเปิดเผยความรู้สึกของตนเองให้คนอื่นรู้ ซึ่งเป็นสิ่งที่ยากและเป็นเรื่องที่ค่อนข้างอ่อนไหว บางคนเลือกที่จะเปิดเผย บางคนเลือกที่จะเก็บความรู้สึกบางส่วนไว้บางส่วน แต่ปฏิกริยาการตอบสนองของผู้อื่นดูเหมือนจะมีบทบาทสำคัญของการฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้า 5) การยอมรับและการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Acceptance and belonging) การได้รับการยอมรับจากคนอื่นและความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งนั้น มีแนวโน้มที่จะช่วยให้รู้สึกสบายและรู้สึกผ่อนคลาย ซึ่งอาจทำให้พบทางออกของภาวะซึมเศร้า 6) การสร้างความเข้าใจภาวะซึมเศร้า ทั้งความหมายและความเข้าใจ (Making sense of depression – meaning and understanding) การพยายามทำความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้น สอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า โดยคำนึงถึงการได้รับการอธิบายโดยบุคคลากรวิชาชีพและเทียบกับความเชื่อของตนเอง การที่รับรู้ข้อมูล แง่คิด และสะสมประสบการณ์จะเป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์เพื่อที่จะทำความเข้าใจความหมายของบุคคล ในท้ายที่สุดได้เชื่อมโยงไปสู่การรักษาตัวเอง

Freely et al. (2007) ได้ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามการรับรู้ พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการรับรู้ประสบการณ์ของโรคซึมเศร้ามาก่อน ก่อนที่จะรู้ว่าโรคซึมเศร้าได้เกิดขึ้นแล้ว เป็นความรู้สึกว่ามีความทุกข์ทรมาน โดดเดี่ยว และเต็มไปด้วยความรู้สึกไม่รู้ เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกด้านลบ กล่าวโทษตัวเอง มีบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยพยายามหาหนทางที่จะจัดการ



ความรู้สึกดังกล่าวด้วยตนเอง ตั้งคำถามหาสาเหตุ เมื่อพบว่าการพยายามให้การช่วยเหลือตนเองไม่เป็นผลจึงเข้ารับการรักษากับทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

Karp (1994) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่าประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามองว่าเป็นมุมมองที่เปลี่ยนแปลงได้หรือเป็นความคิดที่ผู้ป่วยพยายามทำความเข้าใจกับสถานะที่คลุมเครือของชีวิต ซึ่งผู้ป่วยจะรับรู้ถึงความไม่สบายใจ สัมผัสได้ว่ามีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นต้องหาทางรักษา ระบุว่าตนเองอยู่ในภาวะวิกฤตและเข้ารับการรักษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ทำความเข้าใจกับสาเหตุอาการเจ็บป่วยและเผชิญหน้าจัดการกับปัญหา และทำใจยอมรับ

Woodgate (2006) ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยหนุ่มสาว พบว่าประสบการณ์โรคซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยนี้มีลักษณะที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งผู้ป่วยได้เปรียบประสบการณ์ของโรคซึมเศร้าว่าเป็นดั่งวังวนแห่งนรก ผันร้าย พายุทอนาโด และเหมือนปีศาจร้าย เหมือนนั่งรถไฟเหาะที่เหาะขึ้น-ลงตลอดเวลา ทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเจ็บปวด ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยหนุ่มสาวพบว่า ผู้ป่วยต้องทำใจยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น หาแนวทางการจัดการเพื่อให้อาการดีขึ้น ปรับความคิดให้เป็นบวก และจากภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นกับตนเอง เชื่อในคุณค่าของตนเอง เรียนรู้ที่จะจัดการกับความเปลี่ยนแปลงนั้น ซึ่งมีครอบครัวและคนรอบข้างเป็นกำลังใจในการเผชิญหน้ากับความกลัว นอกจากนั้นแล้วการตอบสนองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยความเข้าใจอย่างแท้จริงของบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ พยาบาล และผู้ให้การบำบัดรักษานั้นมีความสำคัญต่อผู้ป่วยในการเข้ารับการบำบัดรักษาอย่างมาก

พุลสิน เฉลิมวัฒน์ (2552) ได้ศึกษาประสบการณ์อยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุให้ความหมายของการมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าว่าเป็นการทำความเข้าใจตนเองและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง และเป็นวิธีการยอมรับความจริงของชีวิตแล้วตั้งหลักกลับมาสู้ใหม่ และประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ ประกอบด้วย 5 ประเด็นหลัก คือ 1) จิตใจอ่อนแอแต่อยู่อย่างมีหวังกำลังใจ 2) ครอบครัวมีความสำคัญในการมีชีวิตอยู่ 3) เรื่องของกรรมใช้ธรรมะเพื่อเป็นที่พึ่ง เพื่อเผชิญปัญหา 4) การดูแลเริ่มต้นที่ตนเองเป็นสำคัญ

ภานูมาศ จิตสงบ (2554) ได้ศึกษาประสบการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกได้ให้ความหมายของประสบการณ์การฟื้นฟู คือ การกลับมาดำเนินชีวิตเหมือนเดิม สามารถกลับมาทำบทบาทหน้าที่ต่างๆได้ ใช้ชีวิตอย่างมีความสุข และต้องเข้าใจยอมรับอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง และมีความพยายามในการดูแลตนเอง ซึ่งพบว่ากำลังใจจากคนรอบข้างเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยในระยะนี้ ประสบการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก แบ่งเป็น 4 ประเด็นหลัก

คือ 1) ยอมรับและเข้าใจว่าป่วย 2) ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม 3) กำลังใจเป็นสิ่งมีค่าและสำคัญ 4) กลับมาทำบทบาทและหน้าที่ต่างๆ

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมทำให้เห็นชัดเจนขึ้นในเรื่องประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางด้านต่างๆของตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ พยายามทำความเข้าใจกับอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เรียนรู้หาแนวทางจัดการเบื้องต้นด้วยตนเองได้ ซึ่งเป็นการทำกิจกรรม การมองโลกในแง่ดี หาแหล่งสนับสนุนทางจิตใจ และตัดสินใจเข้ารับการรักษากับทีมสหวิชาชีพได้อย่างต่อเนื่อง และมีอาการดีขึ้นจากภาวะซึมเศร้า

### ความรู้ทางด้านสุขภาพจิต

จากการทบทวนวรรณกรรมความรู้ทางด้านสุขภาพจิตตามแนวคิดของ Jorm et al. (1997) คือความรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคทางจิต ซึ่งช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาทางจิตสามารถจัดการปัญหาทางจิตนั้นได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ Guy, Sterling, Walker, & Harrison (2014) ศึกษาความรู้ทางด้านสุขภาพจิตในหญิงหลังคลอดรายได้ต่ำที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 25 ราย พบว่าหญิงหลังคลอดมีการรับรู้ถึงพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปหลังคลอด เนื่องจากเกิดภาวะเครียดทางจิต แต่ไม่ได้ขอความช่วยเหลือจากปัญหาดังกล่าวนั้น ซึ่งหมายถึงการแสดงออกถึงพฤติกรรมที่เป็นความเสี่ยงต่อสุขภาพจิต ดังนั้นหากหญิงหลังคลอดมีความรู้ทางด้านสุขภาพจิตก็จะสามารถช่วยให้ได้รับการดูแลและรักษาอาการซึมเศร้าหลังคลอดได้อย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของ Lam (2014) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางด้านสุขภาพจิตและสภาวะทางจิตเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่น พบว่าผู้ที่มีความรู้ทางด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับเหมาะสม จะเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า สามารถเลือกเข้ารับการรักษาได้อย่างเหมาะสม

### ความรู้ทางด้านสุขภาพจิต มีองค์ประกอบดังนี้

1. มีความรู้และสามารถนำความรู้ที่นำมาป้องกันการเกิดปัญหาทางจิตได้ (Knowledge of how to prevent mental disorder) การป้องกันการเกิดปัญหาทางจิต เป็นส่วนหนึ่งของความรู้ทางด้านสุขภาพจิต (Jorm, 2012) ดังที่ Schomerus, Angermeyer, Matschinger, & Riedel-Heller (2008) ศึกษาความเชื่อในการป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้า พบว่าร้อยละ 75 เชื่อว่าโรคซึมเศร้าสามารถป้องกันได้ และร้อยละ 58 ของคนกลุ่มนี้ยินดีที่จะเข้าร่วมในโปรแกรมป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าถึงแม้จะมีความคิดค่าใช้จ่ายเพื่อเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ามากกว่าร้อยละ 80 เชื่อว่าการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี การได้ใช้เวลาว่างทำสิ่งที่ชอบ มีครอบครัวที่สามารถรับฟังและให้คำปรึกษาได้ การมีความคิดด้านบวก ทำกิจกรรมที่ช่วยเสริมความมั่นใจ การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายและฟังเพลง และไม่ใช้สารเสพติด จะสามารถช่วยป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าได้

2. การรับรู้ได้เมื่อเกิดปัญหาทางจิต (Recognition of when disorder is developing) Jorm (2000, 2012) กล่าวว่า บุคคลที่รับรู้ว่าตนเองเคยประสบภาวะเครียดทางด้านจิตใจหรือมี

อาการผิดปกติเกิดขึ้น เมื่อมีอาการผิดปกติทางด้านจิตใจเกิดขึ้น บุคคลจะตระหนักได้ว่าภาวะความเครียดหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นนั้นเป็นปัญหาทางจิต ซึ่งการตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นจะทำให้บุคคลเข้าไปพบจิตแพทย์เพื่อรับการรักษาได้อย่างเหมาะสม

3. การแสวงหาความช่วยเหลือและเข้ารับการรักษาได้อย่างเหมาะสม (Knowledge of help - seeking option and treatment available) ซึ่งผู้ที่เคยประสบปัญหาทางสุขภาพจิตและผู้ที่ปัญหาทางสุขภาพจิตจะเกิดการตระหนักถึงภาวะความเครียดทางจิตใจ การแสดงออกทางพฤติกรรมที่ผิดปกติไป และรับรู้ได้ว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นนั้นเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิต นอกจากการรับรู้ว่าตนเองประสบปัญหาทางจิตแล้ว การเข้ารับการรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสมจะช่วยให้เกิดผลการรักษาที่ดียิ่งขึ้น

4. การจัดการดูแลปัญหาทางด้านสุขภาพจิตในเบื้องต้นได้ (Knowledge of effective self-help strategies for milder problems) การดูแลทางสุขภาพจิตเบื้องต้นพบว่า ผู้ป่วยสามารถเลือกใช้การดูแลสุขภาพจิตเบื้องต้นได้ ไม่ว่าจะเป็นการช่วยเหลือตนเอง (self-help strategies) หรือการเข้าพบบุคลากรวิชาชีพทางด้านสุขภาพ โดยการเลือกใช้วิธีดังกล่าวขึ้นอยู่กับระดับความกดดันทางด้านจิตใจ (psychological distress) ถึงอย่างไรก็ตามผู้ที่มีภาวะความเครียดระดับเล็กน้อย (mild stress) เลือกการผ่อนคลายความเครียดโดยใช้วิธีการออกกำลังกาย ทำกิจกรรมที่ชื่นชอบ พูดคุยกับเพื่อนและครอบครัวเพิ่มมากขึ้น และการมีทัศนคติที่ดีต่อโรคทางจิตจะช่วยส่งเสริมให้การดูแลช่วยเหลือตนเอง (self-help strategies) มีประสิทธิภาพมากขึ้น (Jorm, Blewitt, Griffiths, Kitchener, & Parslow, 2005)

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจิต เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการของโรค และสามารถเข้ารับบำบัดรักษาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งความรู้ที่นั่นเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้เรียนรู้จากเหตุการณ์การเจ็บป่วยที่ผ่านมา นำมาใช้ดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพจนมีอาการดีขึ้น จนหายจากการเจ็บป่วยของโรค

### 3. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

แนวคิดการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological research) เป็นระเบียบวิธีการวิจัยรูปแบบหนึ่งของการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (Lived experience) และศึกษาโลกของการดำเนินชีวิตอยู่ (Life-world) ซึ่งมีพื้นฐานแนวความเชื่อตามกระแสแนวคิดปรากฏการณ์นิยม อันเป็นแนวคิดทางด้านสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์โดยมีสาระสำคัญว่า สังคมมนุษย์มีลักษณะการเคลื่อนไหวตลอดเวลา การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในสังคมมีลักษณะเฉพาะแต่ละสังคมแต่ละเวลา ปรากฏการณ์ทางสังคมเกิดขึ้นเพราะมนุษย์มีการรับรู้ให้ความหมายและแสดงพฤติกรรมที่ถือว่าเหมาะสมกับบริบทที่ตนอาศัยอยู่ ณ เวลา

นั้นๆ ออกมา ดังนั้นผู้เป็นสมาชิกของสังคมนั้นๆ เท่านั้นจึงจะเป็นผู้ที่รู้ข้อเท็จจริงของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

ปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เป็นทั้งปรัชญาและวิธีการสืบค้นโดยตรงและอธิบายจากปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหมด รวมตลอดถึงประสบการณ์ของมนุษย์ตามสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นอย่างลึกซึ้ง ทั้งด้านกว้างและลึก (Omery, 1983) โดยไม่คำนึงถึงทฤษฎีหรือคำอธิบายความเป็นเหตุเป็นผลของปรากฏการณ์ที่มีอยู่ก่อน การสืบค้นและอธิบายปรากฏการณ์จะต้องมีความเป็นอิสระจากแนวคิดเดิมและการคาดการณ์ต่างๆ มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (Streubert & Carpenter, 1999) ลักษณะของผู้วิจัยทางปรากฏการณ์วิทยาจึงต้องเป็นผู้ที่มีสติและมีความตระหนักในตนเองอยู่ตลอดเวลา ทำตนเองเป็นผู้ไม่รู้เพื่อให้สามารถตั้งดวงสิ่งที่ต้องการศึกษาได้อย่างเต็มที่ตลอดจนต้องทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างลึกซึ้งจนเกิดความซึมซาบเข้าสู่จิตสำนึกของผู้วิจัย เกิดเป็นความรู้ ความเข้าใจปรากฏการณ์เหล่านั้นมากที่สุด

### 3.1 ความหมายของปรากฏการณ์วิทยา

ปรากฏการณ์วิทยา หมายถึงการศึกษาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของบุคคลตามธรรมชาติของปรากฏการณ์นั้น ตามแนวคิดของปรากฏการณ์วิทยา การวิจัยคือการตั้งคำถามเกี่ยวกับกับการเกิดประสบการณ์ชีวิต (Life world) และความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม/โลกที่เราอยู่ จะเกิดขึ้นได้ก็ด้วยการที่เราดำเนินชีวิตอยู่ (Being) ในสิ่งแวดล้อม/โลกนั้นในสถานการณ์หนึ่งๆ (Vanmaner,1990 อ้างถึงใน จอนพะจง เพ็งจาด, 2546)

Husserl กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง คือการศึกษาเพื่ออธิบายประสบการณ์ชีวิต โดยปราศจากการคิดไตร่ตรองไว้ก่อนเกี่ยวกับความจริงของสิ่งรอบตัว (Objective reality) ของประสบการณ์นั้น (Holloway and Wheeler, 1996)

Streubert and carpenter (1999) กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยา หมายถึงศาสตร์ที่มีจุดประสงค์อธิบายปรากฏการณ์ธรรมชาติที่มีความเฉพาะเจาะจงหรือลักษณะที่ปรากฏของสิ่งใด ๆ ในลักษณะประสบการณ์ชีวิต (Lived experience)

Omery (1983) ปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง การค้นหาและอธิบายปรากฏการณ์ประสบการณ์ของมนุษย์ตามที่เกิดขึ้นจริง ตามการให้ความหมายของผู้ที่มีประสบการณ์

Jasper (1994) กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาความหมายที่แท้จริงของปรากฏการณ์ได้จากการอธิบายของผู้ที่มีประสบการณ์ในบริบทนั้นเท่านั้น

กล่าวโดยสรุป การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาเพื่อให้ได้ความจริงตามการรับรู้เหตุการณ์ เรื่องราวที่ประสบจากผู้ที่มีประสบการณ์ตรงในบริบทนั้น ๆ โดยปราศจากอคติและการคิดล่วงหน้าของผู้ที่ศึกษา

### 3.2 ประวัติความเป็นมาของปรากฏการณ์วิทยา

ปรากฏการณ์วิทยา มีประวัติความเป็นมา 3 ระยะ ดังนี้ (Holloway and Wheeler, 1996; Streubert and Carpenter, 1999; อ้างถึงใน ปิยะฉัตร สะอาดเอี่ยม, 2544)

**ระยะที่ 1 Preparatory phase** เป็นระยะที่เริ่มมีการศึกษาประสบการณ์ โดย Franz Brentano (1838-1917) และ Carl Stumpf (1848-1936) โดยมีแนวคิดมุ่งศึกษาเพื่ออธิบาย การรับรู้ของผู้มีประสบการณ์ ความคิดเกี่ยวกับโลกที่ตนอยู่อย่างไร (how in consciousness the mind directs its thoughts on an object) เน้นการอธิบายให้กระจ่างและอธิบายความเป็นเหตุเป็นผล โดยถือว่าเป็นเอกภาพและเป็นจริงในบุคคลนั้น โดยแยกบุคคลเป็นร่างกายและจิตใจ (separated mind and body)

**ระยะที่ 2 German phase** ผู้นำในระยะนี้ได้แก่ Edmund Husserl (1857-1938) และ Martin Heidegger (1889-1976) Husserl อธิบายการศึกษาเชิงปรากฏการณ์ว่า เป็นการค้นหาความเป็นจริงปรากฏอยู่โดยไม่มีการคิดล่วงหน้าหรือถ้ามีผู้ศึกษาต้องเก็บความคิด ความเชื่อนั้นไว้ (bracketing) เพื่อให้สามารถรับรู้ข้อมูลหรือข้อเท็จจริงที่มีอยู่ได้และเชื่อว่าภาวะจิตใจมีความสัมพันธ์กับสิ่งรอบตัวโดยไม่แยกบุคคลออกจากสิ่งแวดล้อมต่อมา Heidegger ศิษย์เอกและผู้ร่วมงานของ Husserl ให้ความเห็นว่าเราไม่สามารถอธิบายหรือแม้แต่สังเกตว่าอะไรเป็นสิ่งสำคัญ (Ordinary or common) ในชีวิตประจำวัน หากไม่เข้าไปตรวจสอบและรู้จักประสบการณ์นั้น ไม่สามารถเข้าใจประสบการณ์ชีวิตหากปราศจากการตีความจากภูมิหลัง (history) ของบุคคลซึ่งประกอบด้วยวัฒนธรรม ประวัติชีวิต ภาษาและภูมิหลังของผู้ศึกษา

Gadamer (1976 cited in Streubert and Carpenter, 1999: 54) ให้ความเห็นเพิ่มเติมว่าความแตกต่างระหว่างภาษาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความหมายจากการอธิบายของผู้ศึกษา จึงควรใช้การอธิบายองค์ประกอบประกอบและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบด้วยถ้อยคำของเจ้าของประสบการณ์ และให้ผู้อ่านเป็นผู้ตีความจากคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

**ระยะที่ 3 French phase** ผู้นำระยะนี้ได้แก่ Gabriel Marcel (1889-1973) Jean Paul Satre (1905-1980) และ MerleauPonty (1905-1984) Sartre (cite in Holloway and Wheeler, 1996: 120) กล่าวถึงการศึกษาในระยะนี้ ว่าเป็นการศึกษาเพื่ออธิบายสิ่งที่มีอยู่จริง (Existential) ว่าสิ่งนั้นคืออะไร (Something is) เน้นการแสดงออกเป็นรูปธรรม (embodiment) และเป็นอยู่ในโลก (being in the world) โดยมีความเชื่อว่าการกระทำทุกอย่างถูกสร้างจากการรับรู้หรือการตระหนัก เราจะสามารถเข้าใจประสบการณ์ได้โดยผ่านการรับรู้ทางความรู้สึก ความคิดการสัมผัส รับรส ได้ยินและการมีสติ

### 3.3 ลำดับชั้นในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

Spiegel berg (1965, 1975 cite in Streubert & Carpenter, 1999) ได้แบ่งลำดับชั้นตอนสำคัญของปรากฏการณ์วิทยาไว้ 6 ระยะดังนี้

3.3.1 Descriptive phenomenology คือการสืบค้นปรากฏการณ์โดยตรง การวิเคราะห์และพรรณนาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างมีอิสระมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ผู้ศึกษาต้องเปิดประสาทสัมผัสทั้ง 5 พร้อมกับการยอมรับความรู้สึกไม่รู้และมุ่งที่จะแสวงหาคำตอบให้กับตน

3.3.2 Phenomenology of essences คือการสืบสวนข้อมูลเพื่อที่จะค้นหาองค์ประกอบสำคัญ (theme) หรือแก่นแท้ (essence) ของปรากฏการณ์เหล่านั้นและจัดกลุ่มหาความสัมพันธ์ตามลักษณะของปรากฏการณ์

3.3.3 Phenomenology appearance คือการเห็นความตั้งใจเฝ้าดูรูปแบบของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น จะสามารถเห็นโครงสร้างหรือแก่นความรู้ปรากฏการณ์นั้น ๆ ได้

3.3.4 Constitutive phenomenology คือการตรึงตรองหรือก่อตั้งปรากฏการณ์หรือ วิธีทางที่ปรากฏก่อตั้งขึ้น หรือปรากฏเป็นรูปร่างขึ้นอย่างมีสติ (consciousness)

3.3.5 Reductive phenomenology คือการทอนปรากฏการณ์เป็นการขจัดความเชื่อส่วนตัว ขจัดอคติหรือการคาดคะเนล่วงหน้าออกไป เพื่อที่จะอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นจริงมากที่สุด

3.3.6 Interpretive or hermeneutic คือการค้นหาเพื่อแปลความหมายที่ซ่อนอยู่ของปรากฏการณ์อย่างไม่เปิดเผยให้ชัดเจนขึ้นตามที่ได้สืบค้น วิเคราะห์และอธิบายอย่างตรงไปตรงมา ซึ่งลำดับชั้นในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาทั้ง 6 ระดับนี้ นักวิจัยไม่จำเป็นต้องใช้ทั้งหมด ส่วนใหญ่นักวิจัยปรากฏการณ์วิทยามักใช้วิธีการศึกษา 3 ระดับแรกเท่านั้น ได้แก่ Descriptive phenomenology, Phenomenology of essences and Reductive phenomenology ส่วนการศึกษาแบบการแปลความ (Hermeneutic phenomenology) สามารถแยกมาใช้โดยลำพังโดยไม่ต้องใช้ร่วมกับวิธีอื่นก็ได้

การศึกษากระบวนการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาที่ใช้ปรัชญาของ Husserl ประกอบด้วยวิธีการที่สำคัญที่นิยมใช้ 3 วิธี (Streubert and Carpenter, 1999 อ้างถึงใน จอนณะจง เฟ็งจาด, 2546) คือ

1) การพรรณนา (Descriptive phenomenology) เกี่ยวกับการสืบค้นโดยตรง (Direct exploration) การวิเคราะห์ (Analysis) และการบรรยาย (Description) โดยปราศจากการคาดเดาเพื่อให้เกิดการเข้าใจอย่างถ่องแท้ โดยเน้นที่ความสมบูรณ์ของข้อมูล (Richness) รายละเอียด (Fullness) และความลึกซึ้ง (Depth) ประกอบด้วยกระบวนการที่สำคัญ 3 ประการคือ

- การหยั่งรู้ (Intuiting) จะเกิดขึ้นโดยผู้วิจัยอ่านทบทวนข้อมูลหลาย ๆ ครั้ง เพื่อเกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษา

- การวิเคราะห์ (Analyzing) เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาเพื่อให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องที่สำคัญ หรือเป็นแก่น (Essences)

- การบรรยาย (Describing) มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการสื่อสารเพื่อการบรรยาย หรือการเปรียบเทียบ

2) การสืบแก่นความรู้ (Study of essence) เป็นการสืบค้น (Probing) ข้อมูลแบบเจาะลึก เพื่อหาประเด็นที่พบบ่อยในประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล

3) การทอนความคิด (Reduction) กระบวนการที่ผู้วิจัยลดอคติในการศึกษาโดยจัดกรอบ (Bracket) ความคิด ความเชื่อและความรู้ที่มีอยู่ก่อนในปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษาเพื่อให้ได้ประสบการณ์เดิมแยกออกจากประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล วิธีการที่นิยมใช้ คือ การหลีกเลี่ยงการทบทวนวรรณกรรมออกไปจนกว่าจะวิเคราะห์ข้อมูล

### 3.4 ระเบียบวิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

กระบวนการเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Streubert and carpenter, 1999) สรุปหลักสำคัญไว้ดังนี้

3.4.1 เลือกประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา (Descriptive phenomenology) โดยผู้วิจัยตั้งคำถามการวิจัยที่จำเป็นและเหมาะสมที่จะศึกษาด้วยวิธีนี้ ความรู้และประสบการณ์ที่ศึกษาจะทำให้เข้าใจความเป็นจริงของมนุษย์ (Omery, 1983) ตั้งเป้าหมายที่จะค้นหา วิเคราะห์ และอธิบายปรากฏการณ์โดยปราศจากการคิดล่วงหน้า เพื่อให้รับรู้สิ่งที่เป็นจริงตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล (Informant) โดยไม่วิพากษ์วิจารณ์ ประเมินหรือให้ความคิดเห็นที่คิดว่าถูกต้อง

3.4.2 การเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposeful sampling) โดยต้องกำหนดคุณสมบัติ คือ มีประสบการณ์ มีความรู้ในประสบการณ์ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา สามารถสื่อสารภาษากับผู้วิจัยได้ ผู้วิจัยสามารถให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยได้และสมัครใจให้ข้อมูล

3.4.3 ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Researcher as Instrument) ต้องมีความตระหนักในการรับรู้ข้อมูลที่เป็นจริง จึงต้องมีทักษะที่ผู้ให้ข้อมูลระลึกถึงความรู้สึกและเล่าข้อมูลที่เป็นจริง มีรายละเอียดมากที่สุด (Depth and richness of the information) เช่น การสร้างสัมพันธ์ภาพ ทักษะการสนทนาเชิงแลกเปลี่ยน ไม่วิพากษ์วิจารณ์ การสร้างความไว้วางใจและสนิทสนม การติดต่อสื่อสารและนัดหมาย เป็นผู้เคารพในสิทธิและความเป็นมนุษย์ของผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยต้องเป็นผู้ไวต่อความรู้สึก มีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ มีความรู้ในเรื่องที่ทำการศึกษาเป็นอย่างดี ความสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยนมากกว่าควบคุมปฏิสัมพันธ์ของการสนทนา

การสัมภาษณ์ควรเอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลตอบโดยไม่ขี้หน้าหรืออภิปราย โดยใช้คำถามปลายเปิดเพื่อความกระจ่าง (Clarifying Question) และสังเกตท่าทางของผู้ให้ข้อมูล ควรหยุดการสัมภาษณ์หากผู้ให้ข้อมูลเหนื่อยเกินไป ควรอธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจกระบวนการสัมภาษณ์เพราะจะทำให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องเชื่อถือได้ และผู้วิจัยควรเป็นผู้ฟังที่ตั้งใจ (Listen attentively) ไม่ถามคำถามในลักษณะซ้ำๆ แต่ควรเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปฏิบัติต่อผู้ให้ข้อมูลด้วยความเคารพ จริงใจ และสนใจอย่างแท้จริง

3.4.4 วิธีการเก็บข้อมูลมีหลายวิธี เช่น การสัมภาษณ์ การสังเกต การบันทึกภาคสนาม แต่วิธีหลักที่นิยมใช้คือ การสัมภาษณ์ เมื่อได้ข้อมูลต้องอ่านบทสนทนาซ้ำๆ หลายๆ ครั้ง เพื่อทำความเข้าใจและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้อาจต้องสัมภาษณ์หลายครั้งเพื่อช่วยขยาย ตรวจสอบ และเพิ่มเติมข้อมูลที่ขาดหายไป โดยก่อนสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยควรฟังเทปซ้ำ ทำความเข้าใจ และเตรียมแนวคำถามประเด็นที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

ผู้วิจัยเป็นผู้ที่บอกได้ว่าเมื่อใดที่ได้ข้อมูลเพียงพอ (Saturation) คือ ไม่มีองค์ประกอบที่สำคัญเกิดขึ้นและข้อมูลเริ่มซ้ำ ทั้งนี้ไม่ใช่ระยะเวลาผ่านไป เพราะข้อมูลอิ่มตัวได้จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งและช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น เนื่องมาจากเมื่อเวลาผ่านไปมีการเปลี่ยนแปลงภูมิหลัง อายุ สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

3.4.5 การจัดกระทำกับข้อมูล (Data treatment) วิธีที่มีและควรเลือกใช้ คือ เทคนิคการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด บันทึกเทปและถอดเทปคำสนทนาคำต่อคำ (Verbatim transcriptions) ร่วมกับการบันทึกภาคสนาม และบันทึกความคิด ความรู้สึกของผู้วิจัยขณะเก็บข้อมูลเพื่อนำมารวมวิเคราะห์ข้อมูล

3.4.6 การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) วิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์มีรูปแบบการวิเคราะห์เพื่อให้ได้ข้อมูลแตกต่าง Van Kaam จะกำหนดประสบการณ์กว้าง ๆ ทำการสัมภาษณ์ให้ได้ข้อมูลก่อนแล้วจึงให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ เลือกประเด็นที่สำคัญในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลนั้น ส่วน Giorgi จะให้ความหมายประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาง่าย ๆ แล้วเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาแล้วจึงสัมภาษณ์ และวิธีของ Colaizzi เน้นที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลและอาจใช้การสังเกต การบันทึกสนามร่วมด้วย วิธีของ Colaizzi อาจยืดหยุ่นได้ เช่น อาจให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบก่อนและระหว่างเก็บข้อมูลแทนที่จะรอข้อมูลทั้งหมดก่อน ให้ไปตรวจโครงสร้างองค์ประกอบเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลให้ความเห็นและความมั่นใจของข้อมูลได้ (Omery, 1983) ดังนั้นการเลือกการใช้การวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยต้องเลือกแนวทางการวิเคราะห์สอดคล้องกับปรัชญาการวิจัย โดยการวิเคราะห์อย่างมีเป้าหมายเพื่อทำให้เกิดความเข้าใจ และหยั่งถึงประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงจากการทบทวนข้อมูล เกิดการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างลึกซึ้ง และให้ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้มา (Priest, 2002) การวิเคราะห์ข้อมูลที่สอดคล้องกับปรัชญา



การวิจัยของ Husserl มีหลายวิธี เช่น Coliazzi (1978) วิธีของ Van Kaam (1969) หรือ วิธีของ Giorgi (1985) ซึ่งจะเชื่อในหลักความคิด Husserl ที่เน้นการทำใจให้ว่าง (bracketing) ของผู้วิจัย ก่อนดำเนินงานวิจัย

ผู้วิจัยต้องพักความคิดของตน ไม่คิดว่าตนรู้แล้วเข้าใจลึกซึ้ง แยกจากคำอธิบายของผู้ให้ข้อมูล จนกระทั่งการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้น กระทำโดยการอ่านบทสนทนาที่ถอดคำต่อ คำซ้ำ ๆ ทำการจำแนกและดึงข้อความหรือประโยคที่มีความสำคัญ ให้รหัส หรือบันทึกในบัตรดัชนี (Index card) แล้วจัดกลุ่มที่สัมพันธ์กับองค์ประกอบ เมื่อเก็บข้อมูลเสร็จทบทวนวรรณกรรมเพื่ออธิบายผล การศึกษาและเสนอโดยใช้ภาษาของผู้ให้ข้อมูล

3.4.7 ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness) ขึ้นอยู่กับการถามคำถามผู้ให้ข้อมูล ความถูกต้องของระเบียบวิจัย การทอนความคิดของผู้วิจัย การยืนยันความถูกต้อง ความครบถ้วนของความหมายโดยผู้ให้ข้อมูลและปรับแก้ไขเพิ่มหรือลดตามที่ผู้ให้ข้อมูลบอกมา (Streubert and Carpenter, 1999) ซึ่งได้มาจากความสัมพันธ์ของผู้ให้ข้อมูลกับผู้วิจัยและยึดถือว่าผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้รู้จริงในประสบการณ์นั้น มีการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับทีมเพื่อป้องกันการจัดกระทำข้อมูลและเกิดการแปลความที่แปลกหลาย ป้องกันการเกิดอคติของผู้วิจัยและอยู่บนข้อตกลงพื้นฐานว่าข้อมูลที่ได้มาเป็นความจริงตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลจึงเชื่อถือได้และตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Jasper, 1994)

Lincoln and Guba (1985) กล่าวถึง ความเชื่อถือได้ของข้อมูลในการควบคุมคุณภาพของการวิจัยเชิงคุณภาพประกอบด้วย

- 1) ความเชื่อถือได้ (Credibility) การที่จะได้ข้อมูลที่มีความตรงและเชื่อถือได้ ประกอบด้วย
  - การสร้างความคุ้นเคย สร้างความไว้วางใจก่อนการสัมภาษณ์ (Prolong engagement)
  - มีการทำอย่างมีขั้นตอน
  - มีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ซึ่งหมายถึงการตรวจสอบแหล่งที่มาต่าง ๆ ของข้อมูลของผู้สืบสวนของข้อมูลหลาย ๆ คนที่ต่างกันของมุมมองทางทฤษฎี หลายทฤษฎีตรวจสอบซึ่งกันและกัน
  - การให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ (Member checking) ซึ่งการตรวจสอบข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูลจะทำให้เกิดความน่าเชื่อถือ เนื่องจากผู้รู้ความหมายของประสบการณ์ที่ดีที่สุดคือผู้ให้ข้อมูล ความเชื่อถือได้ของข้อมูลบอกได้ด้วยตัวเองของข้อมูลที่ปรากฏให้เห็นได้เอง (Walters, 1995)

- การได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing)

2) การถ่ายโอนข้อมูล (Transferability) ผลการศึกษาเชิงปรากฏการณ์ไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ แต่อาจจะสามารถถ่ายโอนหรือปรับใช้ในบริบทที่ใกล้เคียงกัน ขึ้นกับความต้องการนำผลการวิจัยไปใช้ในกลุ่มอื่นๆ ของผู้อ่านผลการวิจัย (Jasper, 1994)

3) การใช้เกณฑ์พึ่งพาอื่นๆ (Dependability) คือการใช้ระเบียบวิธีวิจัยในการทำวิจัยอย่างมีขั้นตอน ประกอบด้วย การนำเสนอข้อมูลที่ละเอียดครบถ้วนครอบคลุมซึ่งจะทำให้ผู้อ่านสามารถติดตามกระบวนการในการวิเคราะห์ข้อมูลได้ โดยเฉพาะขั้นตอนการถอดรหัสและการตรวจซ้ำที่ทำให้ได้มาซึ่งประเด็นหลักและมีการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ

4) การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) เป็นการจัดการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ สามารถตรวจสอบได้ (Audit trail) ทั้งการบันทึกเทป การถอดเทปแบบคำต่อคำ (Verbatim) มีการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนโดยการฟังเทปซ้ำและมีการอ้างคำพูด (Direct quotes) ผู้ให้ข้อมูลนำเสนอข้อมูล

ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ตามแนวคิดการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา ของ Husserl เพื่อค้นหาแก่นแท้ของประสบการณ์ ตามคำบอกเล่าของผู้ที่อยู่ในประสบการณ์จริง เพื่อทำความเข้าใจและสำรวจว่าประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบนั้นแท้จริงแล้วเป็นอย่างไร จากผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ตรงเรื่องดังกล่าว

#### 4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

##### 4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

Chernomas (1997) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการมีประสบการณ์ภาวะซึมเศร้าและการรับรู้การหายจากภาวะซึมเศร้าตามการรับรู้ โดยศึกษาในสตรีจำนวน 10 คน อายุ 25-52 ปี ซึ่งจากการศึกษาพบมโนทัศน์เกี่ยวกับการสูญเสียตัวตน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญของประสบการณ์ที่เกี่ยวกับลักษณะภาวะซึมเศร้าของสตรีกลุ่มนี้ และในทางกลับกันก็จะส่งผลกระทบต่อความพยายามในการหายและการรักษา จากการศึกษาได้พบแนวทางที่จะนำไปสู่การหายจากภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 6 รูปแบบ ซึ่งสะท้อนถึงประสบการณ์การใช้ชีวิตอยู่กับภาวะซึมเศร้า คือ

1) การเปลี่ยนแปลงในตนเอง (Transformed self) ซึ่งถูกครอบงำโดยความรู้สึกไร้กำลัง ร่างกายอ่อนล้า ขาดพลังที่จะทำอะไร ไม่สามารถที่จะมีอำนาจหรือควบคุมความรู้สึกในแต่ละวันได้ มีความรู้สึกผิดที่ไม่สามารถควบคุมความรู้สึกของตนเอง และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงทำให้ตัดสินใจตนเองประเมินตนเองในแง่ลบ ส่งผลทำให้รู้สึกกลัว คับข้องใจ โกรธตนเองและโกรธผู้แค้น และกลัวอนาคต นอกเหนือจากการที่รู้จักตนเอง กับภาวะไร้พลังที่เกิดขึ้น สิ่งสำคัญที่จะช่วยให้สามารถเผชิญสิ่งท้าทายในการดำรงชีวิตและความต้องการของชีวิตก็คือ การไม่ปล่อยให้ทุกอย่างเพียง

ลำพัง การหาวิธีที่จะพาตัวเองกลับมา หรือเปลี่ยนแปลงบางส่วนของตนเองหรือทั้งสองอย่าง มีความสำคัญในกระบวนการเยียวยา

2) ความต้องการและการติดตาม (Wanting and monitoring) การที่ยอมรับการสูญเสียความเป็นตัวตนนั้นเป็นพลังผลักดันที่มีผลต่อความสามารถของตนเองในการเผชิญชีวิตจริงในแต่ละวัน ทำให้มีความต้องการที่จะนำบางส่วนของตนเองที่สูญเสียไปกลับคืนมา และ/หรือต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงบางอย่างในตัวเอง และเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงจะนำไปสู่ชีวิตที่ดี ซึ่งการยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น อาจกล่าวได้ว่าผู้หญิงมีการติดตามสภาพของตนเองว่าดีขึ้นหรือแย่ลง สามารถระบุสิ่งที่ตนเองสามารถทำได้ในตอนนี้ การติดตามตนเองในความหมายของผู้ป่วยคือ การที่ลดความรู้สึกที่ไร้พลังของตนเอง สามารถที่จะควบคุมชีวิตของตนเองได้

3) ตนเองคือผู้เยียวยา (The self as healer) ตัวผู้ป่วยเองจะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะมีความพยายามในการฟื้นคืน การควบคุมและการรักษา พวกเขาเชื่อว่าถ้าหากพวกเขาสามารถผลักดันตัวเองให้สามารถกลับไปทำอะไรได้ จะทำให้พวกเขาดีขึ้น ซึ่งอาจจะประเมินได้จากที่พวกเขาสามารถพบกับความสุขอีกครั้ง และบางอย่างที่พวกเขาเลือกทำแล้วประสบผลสำเร็จ

4) การเปิดเผยกับการปกปิด (Revealing vs. concealing) การที่พวกเขาตัดสินใจจะเปิดเผยความรู้สึกของตนเองให้คนอื่นรู้ ซึ่งเป็นสิ่งที่ยากและเป็นเรื่องที่ค่อนข้างอ่อนไหว บางคนเลือกที่จะเปิดเผย บางคนเลือกที่จะเก็บความรู้สึกบางส่วนไว้บางส่วน แต่ปฏิบัติการตอบสนองของผู้อื่นดูเหมือนจะมีบทบาทสำคัญของการฟื้นฟูจากภาวะซึมเศร้า

5) การยอมรับและการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Acceptance and belonging) การได้รับการยอมรับจากคนอื่นและความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งนั้น มีแนวโน้มที่จะช่วยให้รู้สึกสบายและรู้สึกผ่อนคลาย ซึ่งอาจทำให้พบทางออกของภาวะซึมเศร้า

6) การสร้างความเข้าใจภาวะซึมเศร้า ทั้งความหมายและความเข้าใจ (Making sense of depression – meaning and understanding) การพยายามทำความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้น สอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า โดยคำนึงถึงการได้รับการอธิบายโดยบุคลากรวิชาชีพ และเทียบกับความเชื่อของตนเอง การที่รับรู้ข้อมูล แรงคิด และสะสมประสบการณ์จะเป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์เพื่อที่จะทำความเข้าใจความหมายของบุคคล ในท้ายที่สุดได้เชื่อมโยงไปสู่การรักษาตัวเอง

Karp (1994) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้า โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 20 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม 1991 ถึงพฤษภาคม 1992 ด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามองว่าเป็นมุมมองที่เปลี่ยนแปลงได้หรือเป็นความคิดที่ผู้ป่วยพยายามทำความเข้าใจกับสถานะที่คลุมเครือของชีวิต ซึ่งผู้ป่วยจะรับรู้ถึงความรู้สึกถึงความไม่สบายใจ สัมผัสได้

ว่ามีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นต้องหาทางรักษา ระบุว่าตนเองอยู่ในภาวะวิกฤตและเข้ารับการรักษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ทำความเข้าใจกับสาเหตุอาการเจ็บป่วยและเผชิญหน้าจัดการกับปัญหา และทำใจยอมรับ ดังนี้

1) มีความรู้สึกไม่สบายใจ (having inchoate feeling of distress) ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่ามีความรู้สึกที่แปลกไปซึ่งเกิดขึ้นมาเป็นเวลานาน เป็นความรู้สึกอึดอัด ร่อแร่ ไม่สบายความรู้สึกกลัว และเจ็บปวด ผู้ป่วยหลายรายบอกว่าเป็นความรู้สึกแยะ

2) สัมผัสได้ว่ามีบางอย่างผิดปกติ (coming to feel that something is “rely wrong”) ผู้ให้ข้อมูลหลายรายอธิบายเหตุการณ์ความผิดปกติที่เกิดขึ้นนี้ว่า “มีบางสิ่งบางอย่างผิดปกติเกิดขึ้นกับฉัน” “ฉันรู้สึกว่าคุณนอนอยู่แบบนี้อีกต่อไปไม่ไหวแล้ว” ซึ่งผู้ป่วยหลายรายได้กล่าวคำนี้ออกมาซ้ำๆ ซึ่งอธิบายความคิดที่ว่าพอแล้วต้องหาทางรักษา

3) ภาวะวิกฤต (having a crisis) ผู้ป่วยหลายรายระบุว่าสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทำให้ผู้ป่วยตระหนักได้ว่าตนเองป่วยเป็นผู้ป่วยทางจิต ซึ่งในภาวะวิกฤตนี้ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เข้าพบกับจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และรับการรักษาด้วยยา

4) ค้นหาสาเหตุของอาการป่วย (coming to grip with an illness identity) การเข้ารับการรักษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ การรับประทานยา เป็นจุดเปลี่ยนช่วยให้ผู้ป่วยพยายามหาสาเหตุของอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยทำความเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีตซึ่งได้ส่งผลถึงปัจจุบัน ค้นหาสาเหตุของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และค้นหาสาเหตุทฤษฎีการเกิดโรคซึมเศร้า และฝึกการเผชิญหน้ากับปัญหา

5) โรคซึมเศร้าต้องสามารถผ่านไปให้ได้ (defining depression as a condition one can get past) กลุ่มตัวอย่างมีความหวังว่าตนจะสามารถผ่านโรคซึมเศร้านี้ไปได้ และผู้ป่วยบางรายทำใจยอมรับว่าโรคซึมเศราก็คือโรคๆหนึ่งที่เรายังไม่สามารถเอาชนะโรคนี้ นอกจากนี้แล้วผู้ป่วยบางรายคิดว่าตนได้หายจากโรคซึมเศร้าแล้ว

Lam et al. (2012) ศึกษาการรับรู้อาการของโรคซึมเศร้าและอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงาน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 164 ราย โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามระดับอาการของโรคซึมเศร้าด้วยตนเอง (Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS-SR) และแบบประเมินภาวะบกพร่องในการทำงาน (Sheehan Disability Scale) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการและอาการข้างเคียงจากยาซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงาน คือ อ่อนเพลีย ไร้เรี่ยวแรง นอนไม่หลับ เกิดปัญหาด้านการจดจำและความจำ มีความวิตกกังวล และรู้สึกอึดอัดไม่เป็นสุข

Zimmerman et al. (2006) ศึกษาลักษณะภาวะอาการสงบจากโรคซึมเศร้าตามมุมมองการรับรู้ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มาติดตามการ

รักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่แผนกจิตเวช จำนวน 535 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคม 2003 ถึงเดือนกรกฎาคม 2004 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่มีต่อแนวคิดอาการสงบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารับรู้ถึงภาวะอาการสงบ โดยพิจารณาจากปัจจัยที่สำคัญดังต่อไปนี้ คือ มีภาวะสุขภาพจิตดี เช่น มองโลกในแง่ดี และการมีความมั่นใจในตนเอง เช่น การกลับไปเป็นตัวเองดังเช่นก่อนมีอาการป่วย และสามารถกลับไปทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้อย่างเป็นปกติดังเดิม ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า

Yeh et al. (2014) ศึกษาปัจจัยทางคลินิกที่เกี่ยวข้องต่ออาการสงบของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในไต้หวัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นที่มาติดตามการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่แผนกจิตเวชในโรงพยาบาลทางตอนใต้ของไต้หวัน จำนวน 78 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์โดยใช้ Haminton Depression Ration Scale (HAM-D) เก็บรวบรวมข้อมูลจนครบเป็นเวลา 8 อาทิตย์ พบว่ามีผู้ป่วยที่มีอาการสงบ (Remission) จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.9, 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.9 ผู้ป่วยยังมีอาการหลงเหลืออยู่, และอีก 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.2 ที่ยังป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะอาการสงบพบว่าเป็นผู้สูงอายุมีการแสดงออกทางจิตสังคมที่ดี ( $p = 0.001$ ), มีความเชื่อในการใช้ยาต้านเศร้าที่ดีขึ้น ( $p = 0.03$ ), มีสมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น ( $p = 0.001$ ) และควมมีวิตกกังวลลดลง ( $p = 0.003$ ) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีจิตสังคมที่ดีและมีสมรรถนะแห่งตนสูงจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่อาการสงบได้

Kim et al. (2011) ศึกษาปัจจัยทำนายการเข้าสู่ภาวะอาการสงบในช่วงระยะเวลา 12 อาทิตย์ในเกาหลี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 18 โรงพยาบาลทั่วประเทศ ซึ่งแบ่งเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจำนวน 16 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 2 แห่ง ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 723 ราย เข้ารับการรักษาติดตามอาการตั้งแต่ 1, 2, 4, 8, และ 12 อาทิตย์ โดยใช้เครื่องมือ Haminton Rating Scale for Depression (HRSD) เพื่อประเมินภาวะอาการสงบ (remission) ทุกครั้งที่กลุ่มตัวอย่างมาติดตามอาการ ผลการศึกษาพบว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าติดตามอาการจนครบระยะเวลา เป็นเวลา 12 อาทิตย์ ผู้ป่วยที่มีภาวะอาการสงบทั้งสิ้น 31.4% ซึ่งจากการศึกษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าสู่ภาวะอาการสงบพบว่ามีความโน้มเป็นเป็นเพศหญิงมากกว่า ไม่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย และเป็นผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลในระดับต่ำ

Vitriol et al. (2018) ศึกษาภาวะอาการสงบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะอาการสงบของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิในประเทศชิลี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการทางสุขภาพในระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิจำนวน 8 แห่ง จำนวน 297 ราย โดยใช้แบบประเมินอาการโรคทางจิต (International Mini-Neuropsychiatric Interview หรือ MINI) แบบประเมินบาดแผลทางจิตใจในวัยเด็ก (Childhood

Trauma Events หรือ CTEs) แบบประเมินประสบการณ์ชีวิต (the Life Experiences Survey) และเครื่องมือคัดกรองความรุนแรงของคู่ครอง (A partner violence scale) และ Hamilton Depression Scale (HDRS) เพื่อประเมินติดตามผู้ป่วยระหว่างการศึกษาวิจัย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีภาวะอาการสงบร้อยละ 36.7 และร้อยละ 53.9 เมื่อเข้ารับการรักษานครบเป็นระยะเวลา 3 เดือน และ 12 เดือนตามลำดับ และพบว่าเกือบร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่สามารถเข้าสู่ภาวะอาการสงบได้เมื่อเข้ารับการรักษารครบ 12 เดือน นอกจากนั้นแล้วพบว่าปัจจัยประสบการณ์เกิดบาดแผลทางใจในวัยเด็ก การมีโรคร่วมทางจิตเวช การมีแนวโน้มของการฆ่าตัวตาย และการได้รับการรักษาอาการซึมเศร้าที่ผ่านมา เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะอาการสงบได้ยาก

Zisook et al. (2019) อธิบายถึงปัจจัยทั่วไปของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีแนวโน้มที่จะเข้าสู่ภาวะอาการสงบ ซึ่งจะช่วยให้แพทย์สามารถวางแผนการรักษาต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นทหารผ่านศึกซึ่งป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ที่เข้ารับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าชนิดใดชนิดหนึ่ง และพบว่าไม่มีการตอบสนองต่อการรักษา จำนวน 1,522 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะถูกสุ่มให้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ได้แก่ เปลี่ยนยาต้านเศร้าจากยากกลุ่มเดิมเปลี่ยนเป็นยาต้านเศร้าอีกกลุ่ม (sustained-released bupropion) การนำยาต้านเศร้าที่ได้รับในปัจจุบันรวมกับยาต้านเศร้าอีกชนิดหนึ่ง (sustained-released bupropion) หรือการเพิ่มยาต้านอาการทางจิต (antipsychotic; aripiprazole) ร่วมกับยาที่ใช้รักษาในปัจจุบัน โดยมีการปรับเพิ่มปริมาณยา bupropion เริ่มจากปริมาณมาตรฐาน คือ 150 มิลลิกรัม/วัน ไปจนถึง 300 หรือ 400 มิลลิกรัม/วัน และ aripiprazole เริ่มที่ 2 มิลลิกรัม/วัน และปรับเพิ่มปริมาณเป็น 5, 10 และ 15 มิลลิกรัม/วัน จนกลุ่มตัวอย่างมีภาวะอาการสงบหรือไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงของยาได้ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีแนวโน้มเข้าสู่ภาวะอาการสงบ เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติดังนี้ คือ มีระดับความรุนแรงและเป็นนานของโรคซึมเศร้าไม่มาก มีความวิตกกังวลน้อย ไม่เคยเผชิญเหตุการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ไม่เคยประสบความยากลำบากในชีวิตวัยเด็ก และเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดี

Parker et al. (2000) ทำการศึกษาเปรียบเทียบวิธีการที่แตกต่างกันสำหรับการประเมินการฟื้นหาย (recovery) จากภาวะซึมเศร้าในช่วงเวลามากกว่า 1 ปี และเพื่อประเมินสภาวะการฟื้นหาย (recovery state) จากการติดตาม 1 ปี และเพื่อดูตัวแปรทำนายที่ได้จากผลการศึกษาและการฟื้นหาย (recovery) จากภาวะซึมเศร้าซึ่งทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV ว่าเป็นโรคซึมเศร้าหรือมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 182 คน ติดตามประเมินผลเป็นเวลา 12 เดือน โดยใช้แบบประเมินตนเองของเบค (self-rate ตาม Beck Depression Inventory (BID)) และใช้ Clinical Global Improvement (CGI) rating ผลการศึกษาพบว่า มีร้อยละ 61 ที่มีอาการสงบของโรคอย่างเต็มที่ (full remission) หรือมีการฟื้นหาย (recovery) จากภาวะซึมเศร้า ซึ่งใช้เวลาในการฟื้นหาย (recovery) จากภาวะซึมเศร้าอย่างเต็มที่นี้เกิด 12 เดือน

Paykel et al. (1995) ศึกษาอาการหลงเหลือภายหลังที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีภาวะอาการสงบบางส่วน (partial remission) ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 64 ราย อายุระหว่าง 18-65 ปี ซึ่งเป็นการศึกษาระยะยาว (longitudinally) ติดตามอาการทุกๆ 3 เดือน ต่อเนื่องเป็นเวลา 12-15 เดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าติดตามอาการอย่างต่อเนื่องมีภาวะอาการสงบ 23 ราย ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง 19 รายหรือคิดเป็นร้อยละ 32 พบว่าอาการของโรคซึมเศร้าหลงเหลือ โดยประเมินจากแบบประเมิน Haminton Depression Scale 17-items ซึ่งมีค่าคะแนนประเมินสูงถึง 8 คะแนน ภายในช่วงเวลา 15 นอกจากนั้นแล้วอาการหลงเหลือเป็นปัจจัยทำนายที่บ่งบอกอาการกลับเป็นซ้ำ (relapse) อีกด้วย

Zimmerman, Postemak, and Chelminski (2004) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะอาการสงบ (remission) และความบกพร่องทางด้านจิตสังคม (psychosocial impairment) โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV จำนวน 303 คน ซึ่งเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก เป็นเพศชาย 114 ราย (ร้อยละ 37.6) และเป็นเพศหญิง 189 ราย (ร้อยละ 62.4) มีอายุระหว่าง 18-79 ปี โดยใช้เกณฑ์แบบประเมินอาการซึมเศร้า Haminton Rating Scale for Depression (HRSD) 17-item, Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS), and the Standardized Clinical Outcome Rating Scale for Depression (SCOR-D) และ DSM-IV เพื่อประเมินภาวะอาการสงบ ผลการศึกษาพบว่าระดับความรุนแรงของคะแนน ระดับคะแนนจุดตัด (cutoff score) มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการประเมินภาวะอาการสงบ และระดับคะแนนจุดตัด (cutoff score) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความบกพร่องทางด้านจิตสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Kutcher, Bagnell and Wei (2015) กล่าวว่า Mental health literacy เกิดจากผสมผสานขององค์ประกอบของความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ที่ซึ่งได้รับความสนใจเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก ในการจัดการดูแลสุขภาพจิต ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจิตหมายถึง การมีความเข้าใจ ในการรับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์และสามารถนำมาใช้ในการดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดรักษาโรคทางจิต ลดความรู้สึกราบาบ (stigma) อันเนื่องมาจากโรคทางจิต รวมถึงส่งเสริมการแสวงหาความช่วยเหลือด้วยตนเอง (help-seeking efficacy) และสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

Jorm et al. (1997) ศึกษาความรู้ความเข้าใจปัญหาด้านสุขภาพจิต พบว่าบุคคลทั่วไปขาดความรู้ ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยโรคทางจิตที่เกิดจากภาวะความกดดันความเครียดภายในใจ รวมไปถึงเข้ารับการรักษากับผู้ที่ไม่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ และมีมุมมองทัศนคติในแง่ลบ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม

นอกจากนั้นแล้วยังทำให้การให้ข้อมูลปัญหาทางสุขภาพไม่ถูกต้อง จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า บุคคลทั่วไปยังขาดความรู้และความเข้าใจโรคทางสุขภาพจิต และอาจส่งผลให้ผู้ที่ประสบปัญหาสุขภาพจิตและไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม

#### 4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย

พุลสิน เฉลิมวัฒน์ (2552) ได้ศึกษาประสบการณ์อยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ จำนวน 10 ราย ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุให้ความหมายของการมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าว่าเป็นการทำความเข้าใจตนเองและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง และเป็นวิธีการยอมรับความจริงของชีวิตแล้วตั้งหลักกลับมาสู้ใหม่ และประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ ประกอบด้วย 5 ประเด็นหลัก คือ 1) จิตใจอ่อนแอแต่อยู่อย่างมีหวังกำลังใจ 2) ครอบครัวยังมีความสำคัญในการมีชีวิตอยู่ 3) เรื่องของกรรมใช้กรรมเพื่อเป็นที่พึ่งเพื่อเผชิญปัญหา 4) การดูแลเริ่มต้นที่ตนเองเป็นสำคัญ

ภาณุมาศ จิตสงบ (2554) ได้ศึกษาประสบการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก จำนวน 13 ราย พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกได้ให้ความหมายของประสบการณ์การฟื้นฟู คือ การกลับมาดำเนินชีวิตเหมือนเดิม สามารถกลับมาทำบทบาทหน้าที่ต่างๆได้ ใช้ชีวิตอย่างมีความสุข และต้องเข้าใจยอมรับอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง และมีความพยายามในการดูแลตนเอง ซึ่งพบว่ามีกำลังใจจากคนรอบข้างเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยในระยะนี้ ประสบการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก แบ่งเป็น 4 ประเด็นหลัก คือ 1) ยอมรับและเข้าใจว่าป่วย 2) ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม 3) กำลังใจเป็นสิ่งมีค่าและสำคัญ 4) กลับมาทำบทบาทและหน้าที่ต่างๆ

ธัญชนก พรหมภักดี และพิเชฐ อุดมรัตน์ (2551) ศึกษาการดำเนินโรคในระยะยาวและปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยติดตามผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 10 ปี เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเชิงพรรณนา (retrospective descriptive study) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 51 ราย แบ่งเป็นเพศชาย 6 ราย เพศหญิง 45 ราย พบว่ามีจำนวนครั้ง (episode) ของการกลับเป็นซ้ำ (recurrent) ทั้งหมด 192 ครั้ง (episode) จำนวนครั้งของการกลับเป็นซ้ำ (episode) เฉลี่ยต่อรายเท่ากับ 3.8 อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรกในเพศหญิง 40.8 ปี ในเพศชาย 37.5 ปี เมื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการระดับรุนแรง มีความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal idea) ร้อยละ 77.4 ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการปานกลางพบเพียงร้อยละ 12.9 เมื่อวิเคราะห์ตัวแปร (multivariate) โดยใช้โมเดล Cox Proportion hazard พบว่าเพศ การขาดยา ระดับความรุนแรงของโรคในการป่วยครั้งแรก เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพศหญิงมีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากกว่าเพศชาย 6.5 เท่า (95% CI = 1.9-22.1) ผู้ที่มีประวัติขาดยามีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากกว่าผู้ที่ไม่ขาด



ยาประมาณ 4 เท่า (95% CI =1.6-10.1) และผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงระดับปานกลาง (moderate) มีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากกว่า ผู้ป่วยกลุ่มเล็กน้อย (mild) 3.4 เท่า (95% CI =0.7-15.6) เมื่อดูสถานการณ์การทำงานของผู้ป่วยในครั้งสุดท้ายที่ผู้ป่วยมาติดตามการรักษา พบว่าผู้ป่วยอยู่ในสถานะไม่มีอาการของโรคหลงเหลือ ทำงานได้เหมือนเดิม (full recovery), มีอาการของโรคเหลือเล็กน้อย และ/หรือทำงานได้แต่ต้องเป็นงานที่ง่าย ๆ และต้องไม่ต้องมีคนช่วยดูแลเป็นพิเศษ (nearly full recovery), มีอาการของโรคเหลือปานกลาง และ/หรือทำงานได้แต่ต้องเป็นงานที่ง่าย ๆ และต้องมีคนช่วยดูแลเป็นพิเศษ (partial recovery, และ มีอาการของโรคเหลือมาก และ/หรือทำงานได้เฉพาะงานง่าย ๆ เท่านั้น (partial disability) ร้อยละ 11.8, 43.1, 33.3 และ 11.8 ตามลำดับ

สุวดี จันดีกระยอม (2546) ศึกษาลักษณะการหายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหายตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคอารมณ์ซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์ซึมเศร้าที่มาติดตามผลการรักษาที่ห้องตรวจจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 82 คน เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2545 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2546 ซึ่งลักษณะการหายจากภาวะซึมเศร้าตามการรับรู้ของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยรับรู้ถึงการหายจากภาวะซึมเศร้าโดยที่พิจารณาจากการกลับสู่ภาวะปกติก่อนป่วย ร่วมกับการสังเกตจากการนอนหลับ และการรับประทานอาหารได้ดี ซึ่งเป็นลักษณะที่สำคัญที่สุดตามการรับรู้ที่บ่งบอกถึงลักษณะการหายในผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหายจากภาวะซึมเศร้าตามการรับรู้ของผู้ป่วย พบว่าปัจจัยด้านแพทย์ผู้รักษาเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการหายจากโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่ผู้ป่วยมีความศรัทธาความเชื่อในแพทย์ผู้รักษา ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่พบบ่อยที่สุด ปัจจัยรองลงมา คือ ยา แรงเสริมทางบวก และการมีความหวัง ตามลำดับ ซึ่งในขณะที่ผู้ป่วยที่อยู่รักษาตัวในหอผู้ป่วยจิตเวช พบว่าปัจจัยด้านบุคลากรและปัจจัยด้านกิจกรรมบำบัด โดยปัจจัยด้านกิจกรรมบำบัดเป็นปัจจัยที่พบบ่อยที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการหายจากภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหายในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านครอบครัว ตัวผู้ป่วย งานอดิเรก ญาติหรือเพื่อน และกิจกรรมทางศาสนา

นุสรนา นามเดช และคณะ (2561) ศึกษาความรู้ทางด้านสุขภาพจิต ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสระบุรี กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ปีการศึกษา 2560 จำนวน 380 คน เป็นการศึกษาการวิจัยเชิงพรรณนา แบบตัดขวาง (Descriptive cross sectional study) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54.20) มีความรอบรู้ในระดับสูง (Mean = 34.09 S.D. = 5.29) เมื่อจำแนกรายองค์ประกอบพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างสามารถรับรู้สามารถจำแนกความวิตกกังวลและซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 87.90 และ 65.00 2) การจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดปัญหา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบว่า ปรับทัศนคติเป็นแง่บวกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 93.70 รองลงมาคือเล่าระบายความรู้สึก ปลอดภัยตนเอง ไปเที่ยวกับเพื่อนเพื่อผ่อนคลาย และ

รับประทานอาหารเมนูโปรด คิดเป็นร้อยละ 92.10, 90.00, 88.70, และ 86.10 ตามลำดับ 3) ทักษะคิดต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีและถูกต้อง ต่อผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต อยากรู้เห็นบุคคล ที่มีปัญหาสุขภาพจิตมีคุณภาพชีวิตที่ดี และผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตควรได้รับการช่วยเหลือจากคนรอบข้าง และเข้าใจว่าบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตไม่ได้เป็นคน บ้า/โรคจิต โดยคิดเป็นร้อยละ 96.10, 90.50 และ 90.30 ตามลำดับ 4) การรู้จักแหล่งที่ให้การช่วยเหลือ เมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้เหมาะสม กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่รู้จักแหล่งช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต คือ การปรึกษาจิตแพทย์ ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้าน สุขภาพจิต ติดต่อสายด่วนกรมสุขภาพจิต ศึกษาแหล่งข้อมูลปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นทางอินเทอร์เน็ต และปรึกษาเพื่อนคนสนิท โดยคิดเป็นร้อยละ 98.40, 97.40, 92.60, 91.30 และ 80.80 ตามลำดับ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายเพศหญิง มีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตสูงกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ส่วนชั้นปีที่เรียนและสายการเรียนที่แตกต่างกัน พบว่ามีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงควรพัฒนาความรู้ทางสุขภาพจิตให้กับนักเรียนเพศชาย เพื่อให้ตระหนักถึงโอกาสในการที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตและหาแนวทางในการดูแลตนเองต่อไป

สรุป ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นประสบการณ์ดำเนินชีวิตตั้งแต่ขณะเจ็บป่วยจนถึงมีอาการสงบ ซึ่งมีการรับรู้อาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เข้ารับการรักษาอย่างได้เหมาะสม และมีอาการดีขึ้นเข้าสู่ภาวะอาการสงบ ซึ่งผู้ป่วยสามารถกลับไปทำหน้าที่ทางด้านต่างๆได้ สามารถจัดการกับอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้ด้วย ความมั่นใจ เมื่อความเชื่อมั่นในการใช้ยาเพื่อรักษาและเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ซึ่งการรับประทานยา เข้ารับการรักษากับแพทย์ การทำกิจกรรมต่างๆเพื่อบำบัดอาการซึมเศร้า และครอบครัว เป็นปัจจัยช่วยสนับสนุนให้อาการซึมเศร้าสงบได้ ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีการจัดการและดูแลตนเองที่ดีเสมอมา ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์นั้นจนเกิดเป็นความรอบรู้ และใช้ความรู้ที่ดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีอาการสงบซึ่งอาการสงบคือเป้าหมายของการรักษาของผู้ป่วย

### บทที่ 3

## วิธีการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวคิดในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) แบบมีแนวทางการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกและครอบคลุมเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### 1. ผู้ให้ข้อมูล (Key informant)

ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เพื่อให้ได้ผู้ที่มีประสบการณ์ตรงครบถ้วนตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในเรื่องที่ดำเนินการศึกษา จำนวน 10 ราย ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

1. ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ อายุ 20–59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับที่ 10 (ICD-10) รหัสโรค F 32.0 หรือตามการวินิจฉัยของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 5 (DSM-V) และมีคะแนนการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) อยู่ในระดับปกติคือ 0-7 คะแนน (Keller, 2003) คือไม่มีภาวะซึมเศร้า อยู่ในระยะอาการสงบ

2. ระบุว่าตนเองป่วยเป็นโรคซึมเศร้า เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยเป็นเวลา 4–6 เดือน (Kennedy, 2002) ณ แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

3. ไม่มีอาการทางจิตอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น วิตกกังวล ความคิดแล่นเร็ว หวาดระแวง อาการหูแว่วหรืออาการหลงผิด เป็นต้น

4. ให้ความร่วมมือและยินดีในการให้ข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก

5. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้และเข้าใจดี

สถานที่ทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ ตึกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเป็นผู้ที่มาเข้ารับการรักษาตามแพทย์นัดที่ตึกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยใช้วิธีเข้าสู่สนามแบบเปิดเผย (Overt) ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตหน่วยงานเพื่อเข้าเก็บข้อมูลอย่างถูกต้อง และได้ประสานงานกับรองหัวหน้าพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อสอบถามความ

สมัครใจและยินยอมให้ผู้วิจัยดำเนินการเข้าสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยทำการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายเกี่ยวกับงานวิจัย เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจ พร้อมทั้งจะเปิดเผยข้อมูล และเปิดเผยความรู้สึก ซึ่งต้องใช้เวลาความตั้งใจและความอดทน

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

### 2.1) เครื่องมือหลักที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัย ถือว่าเป็นเครื่องมือสำคัญในการศึกษา เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างถูกต้องตามกระบวนการวิจัย ตรงตามจุดประสงค์การวิจัย และได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือมากที่สุด โดยผู้วิจัยเป็นผู้เข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลตลอดจนจดบันทึกข้อมูล การสังเกต ด้วยตนเอง เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ครอบคลุมและมีความเชื่อถือได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินงานวิจัย โดยได้เตรียมตนเองทั้งระยะก่อนและระหว่างการทำงานวิจัย ดังนี้

1.1.1 การเตรียมความพร้อมก่อนการวิจัย ผู้วิจัยได้มีการเตรียมความพร้อมก่อนการวิจัยโดยเตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาด้วยตนเองจากการอ่านเอกสาร ตำราผลงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ลงทะเบียนเรียนในวิชาวิจัยเชิงคุณภาพ ในระดับปริญญาโททางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 3 หน่วยกิต และได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษาในแง่มุมประเด็นต่างๆ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้วิจัยหลงทางเมื่อเข้าสู่สนามวิจัย โดยผู้วิจัยทำร่วมกับการขอคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษา และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์ซึ่งเป็นผู้ที่มีความชำนาญในการวิจัยเชิงคุณภาพ การเตรียมตนเองเกี่ยวกับความรู้ ความรู้สึก ความคิด ที่ต้องจัดกรอบแยกไว้ก่อนการรับฟังและการบรรยายการให้ความหมายของผู้ให้ข้อมูลเพื่อระมัดระวังความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นในการเก็บข้อมูล

1.1.2 การเตรียมความพร้อมระหว่างการทำงานวิจัย ผู้วิจัยได้เตรียมเครื่องมือช่วยในการดำเนินงานวิจัย คือ เครื่องบันทึกเสียง แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ แบบมีแนวทางการสัมภาษณ์ เกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ โดยเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะทำการจดบันทึก ความคิด ความรู้สึก อารมณ์ของผู้วิจัยที่เกิดขึ้นขณะสัมภาษณ์ลงในสมุดบันทึกการลงสนามวิจัย เพื่อเป็นการตรวจสอบความคิดและความเชื่อของตัวเองที่อาจส่งผลต่อการวิเคราะห์ข้อมูลได้ เป็นการขจัดความคิดความเห็นของตนเองออกจากสิ่งที่ต้องการศึกษา

## 2.2 เครื่องมือช่วยผู้วิจัย

- 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ ศาสนา อาชีพ โรคประจำตัว/โรคร่วม
- 2) แบบบันทึกภาคสนาม เพื่อผู้วิจัยทำการจดบันทึกภาคสนามในประเด็นที่สำคัญไว้ทำการบันทึกย่อหัวข้อหรือประเด็นที่สำคัญ ประเด็นที่ต้องการเพิ่มเติม พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล และบันทึกเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นขณะทำการศึกษา ความคิดเห็น ความรู้สึกของผู้วิจัยที่มีต่อปัญหา การแก้ไข และผลที่เกิดขึ้นจากการแก้ไข เพื่อประกอบการวิเคราะห์ข้อมูล
- 3) เทปบันทึกเสียง เพื่อใช้สำหรับบันทึกการสัมภาษณ์
- 4) แนวคำถามในการสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์แบบมีแนวทางการสัมภาษณ์ (Semi-structure interview)

## 3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่ต้องการศึกษาปรากฏการณ์ชีวิตที่เกิดขึ้นจริงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อยู่ในระยะอาการสงบ มีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) แบบมีแนวทางการสัมภาษณ์เป็นหลัก รายละเอียดและขั้นตอนการเก็บข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้

3.1) ผู้วิจัยทำหนังสือขอดำเนินการเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และนำเสนอต่อผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ร่วมกับคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุญาตเก็บข้อมูล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการทำวิจัยในครั้งนี้ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

3.2) เมื่อผู้วิจัยได้รับการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากทางสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2563 (ดังหนังสือเอกสารรับรองโครงการวิจัย โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในภาคผนวก ข) ผู้วิจัยขอเข้าพบรองหัวหน้าแผนกผู้ป่วย ฝ่ายการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา อธิบายวัตถุประสงค์ และขออนุญาตศึกษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนเพื่อคัดกรองผู้เข้าร่วมในการวิจัยพร้อมกับขอความร่วมมือในการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย โดยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอกเพื่อขอความร่วมมือในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

3.3) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลครั้งแรกเมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2563 จนถึงวันที่ 18 มีนาคม 2563 ซึ่งสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคลได้ จำนวน 5 ราย โดยได้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยนอกและสอบถามจาก

เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ซึ่งคุณสมบัติดังกล่าว ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า แพทย์ระบุว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะอาการสงบ มีอาการของโรคซึมเศร้าไม่มากไปกว่า 3 ใน 7 ของโรคซึมเศร้า ไม่มีอารมณ์เศร้าและสูญเสียความสนใจ เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 4-6 เดือน เมื่อได้รายชื่อของผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เบื้องต้นดังกล่าวแล้ว ผู้วิจัยได้เลือกใช้เครื่องมือ Haminton Rating Scal for Depression (HRSD 17) เพื่อการคัดกรองผู้ที่มีคุณสมบัติเบื้องต้นให้ตรงตามประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา ซึ่งเครื่องมือคัดกรองเบื้องต้นนี้ไม่ได้มีอิทธิพลหรือส่งผลต่อการสัมภาษณ์เชิงลึกในครั้งนี้แต่ประการใด จากนั้นผู้วิจัยจึงเข้าพบผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายโดยใช้เวลาหลังผู้ให้ข้อมูลพบแพทย์เสร็จเรียบร้อยแล้ว โดยผู้วิจัยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว ความลับของผู้ป่วยและจริยธรรมการวิจัย โดยจะไม่เข้าถึงผู้ให้ข้อมูลก่อนพยาบาลจิตเวชจะสอบถามความสมัครใจและอนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าพบ เมื่อผู้ให้ข้อมูลมีความสมัครใจและอนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าพบ ผู้วิจัยจึงเข้าไปแนะนำตัวกับผู้ให้ข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย วิธีการดำเนินการวิจัย และแจกเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ให้ข้อมูลได้อ่านและทำความเข้าใจแล้วจึงแสดงความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยทั้งสิ้น 5 ราย

3.3) ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยให้ผู้ให้ข้อมูลทำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลก่อน จากนั้นผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเทประหว่างการสัมภาษณ์ และเริ่มทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่ห้องว่าง ภายในแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งมีความเป็นส่วนตัวซึ่งเหมาะสำหรับการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแบบเผชิญหน้า (face to face interview) จำนวน 5 ราย รายละ 1 ครั้ง และทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลซ้ำ ครั้งที่ 2 ผ่านทางโทรศัพท์ และเฉลี่ยเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ครั้งละ 30-90 นาที โดยผู้ให้ข้อมูลจะได้รับการสัมภาษณ์เหมือนกันทุกราย แต่จากผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด 19 ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งเป็นสถานที่ในการวิจัย มีมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 โดยงดคนผู้ป่วยมาติดตามอาการหรือรับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก นับตั้งแต่วันที่ 20 มีนาคม 2563 และยังไม่มีการกำหนดเวลาสิ้นสุด เป็นเหตุให้ผู้วิจัยไม่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยต่อด้วยการสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า (face to face interview) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมเกี่ยวกับปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้น และผู้วิจัยได้ยื่นหนังสือขออนุมัติจากผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในวันที่ 16 เมษายน 2563 เพื่อขอปรับเปลี่ยนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์หรือวิดีโอคอลตามที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกและเต็มใจ ทั้งนี้เครื่องมือที่ช่วยผู้วิจัยในการสัมภาษณ์และแนวคำถามในการสัมภาษณ์ยังคง

เดิม ซึ่งคณะกรรมการได้พิจารณาอนุมัติเปลี่ยนแปลงวิธีการเก็บข้อมูล ในวันที่ 14 พฤษภาคม 2563 (ดังภาคผนวก ข)

3.4) เมื่อผู้วิจัยได้เอกสารอนุมัติเปลี่ยนแปลงวิธีการเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยจึงนำเอกสารการอนุมัติเปลี่ยนแปลงวิธีการเก็บข้อมูลเสนอต่อรองหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้งในวันที่ 18 พฤษภาคม 2563 เมื่อสนามวิจัยได้อนุญาตให้กลับเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทางโทรศัพท์จำนวน 5 ราย โดยผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยนอก และสอบถามจากเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน เมื่อได้รายชื่อของผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เบื้องต้นดังกล่าวแล้ว ผู้วิจัยได้เลือกใช้เครื่องมือ Haminton Rating Scal for Depression (HRSD 17) เพื่อการคัดกรองผู้ที่มีคุณสมบัติเบื้องต้นให้ตรงตามประสบการณ์ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา ซึ่งเครื่องมือคัดกรองเบื้องต้นนี้ไม่มีอิทธิพลหรือส่งผลต่อการสัมภาษณ์เชิงลึกในครั้งนี้แต่ประการใด จากนั้นผู้วิจัยโทรแนะนำตัวกับผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละราย พร้อมกับขออนุญาตชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย วิธีการดำเนินการวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลฟัง เมื่อผู้ให้ข้อมูลมีความเข้าใจผู้วิจัยจึงขออนุญาตจัดส่งเอกสารทางไปรษณีย์ให้กับผู้ให้ข้อมูล เพื่ออ่านทำความเข้าใจเพิ่มเติมก่อนที่จะลงลายมือชื่อแสดงความยินยอมเป็นผู้ให้ข้อมูล ซึ่งประกอบด้วยเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แบบสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5) เมื่อผู้วิจัยได้รับเอกสารการตอบกลับทางไปรษณีย์จากผู้ให้ข้อมูลที่มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยแล้ว ผู้วิจัยจึงโทรศัพท์ติดต่อผู้ให้ข้อมูลเพื่อสอบถามความต้องการของผู้ให้ข้อมูลเรื่องต้องการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์หรือวิดีโอคอล และอธิบายให้ทราบถึงรายละเอียดของการวิจัยให้ทราบอีกครั้ง ซึ่งได้แก่ วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย รวมถึงขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด หัวข้อที่ต้องการสัมภาษณ์ การขออนุญาตบันทึกเสียงระหว่างการสนทนา การจดบันทึกภาคสนามขณะทำการสัมภาษณ์ จำนวนการนัดหมาย ระยะเวลา โดยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เลือกวัน เวลาในการให้สัมภาษณ์ โดยคำนึงถึงความสงบเป็นส่วนตัว ความพอใจของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลผ่านทางโทรศัพท์จำนวน 5 ราย รายละ 1 ครั้ง ครั้งละ 20-90 นาที ซึ่งผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลผ่านทางโทรศัพท์ในห้องว่าง มีประตูปิดมิดชิด ที่บ้านของผู้วิจัย โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลรายสุดท้าย ในวันที่ 29 มิถุนายน 2563 ซึ่งเป็นวันสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลเนื่องจากได้วิเคราะห์ข้อมูลแล้วพบว่าข้อมูลอ้อมตัว รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 10 ราย ซึ่งผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลประมาณ 6 เดือน คือ ตั้งแต่วันที่ 10 มีนาคม 2563 – 2 ตุลาคม 2563 โดยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล 5 ราย จำนวน 2 ครั้ง (ID1 ID2 ID3 ID4 ID5) และผู้ให้ข้อมูลอีก 5 ราย จำนวน 1 ครั้ง (ID6 ID7 ID8 ID9 ID10)

#### 4. การดำเนินงานวิจัย

ในการวิจัยนี้มีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) แบบมีแนวทางการสัมภาษณ์เป็นหลัก โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ซึ่งการดำเนินงานวิจัยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ซึ่งประกอบไปด้วย 1) ขั้นตอนเตรียมการวิจัย 2) ขั้นตอนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล 3) และขั้นสรุปการวิจัย

##### 4.1 ขั้นตอนเตรียมการวิจัย

1) ผู้วิจัยเตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาด้วยตนเองจากการอ่านเอกสาร ตำรา ผลงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ลงทะเบียนเรียนในวิชาวิจัยเชิงคุณภาพ ในระดับปริญญาโททางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 3 หน่วยกิต ร่วมกับการขอคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาซึ่งเป็นผู้ที่มีความชำนาญในการวิจัยเชิงคุณภาพ การเตรียมตนเองเกี่ยวกับความรู้ ความรู้สึก ความคิด ที่ต้องจัดกรอบแยกไว้ก่อนการรับฟังและการบรรยายการให้ความหมายของผู้ให้ข้อมูลเพื่อระมัดระวังความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นในการเก็บข้อมูล

2) การเตรียมความรู้ด้านเนื้อหาและแนวคิดต่างๆเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าสู่ภาวะอาการสงบ เกิดความพร้อมในการตรวจสอบและการวิเคราะห์ข้อมูล

3) การวางแผนการวิจัย ผู้วิจัยทำการวางแผนการวิจัยอย่างเป็นขั้นตอนตั้งแต่ก่อนเข้าสนามวิจัย ระหว่างการเก็บข้อมูล และหลังออกจากสนามวิจัย

4) ผู้วิจัยเข้าสนามเพื่อรับข้อมูลที่เป็นจริงจากผู้ให้สัมภาษณ์ โดยคำนึงถึงการป้องกันและลดอคติจากการคาดเดาหรือมีแนวคิดล่วงหน้า มีความพร้อมด้านเทคนิคการสัมภาษณ์โดยเตรียมขั้นตอนการสัมภาษณ์แต่ละช่วงคือ เตรียมความพร้อมผู้ให้ข้อมูล การให้ผู้ให้ข้อมูลระลึกถึงเหตุการณ์ขณะนั้น และการปล่อยให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าเรื่องราวด้วยตนเอง (Drew, 1993) และฝึกฝนเป็นผู้กระตือรือร้นในการฟัง (Active listening) การใช้คำถามเพื่อค้นหาข้อมูล (Exploring questions) ทักษะการบันทึกข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลให้ความหมายโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ให้ข้อมูลและจริยธรรมของผู้วิจัยตลอดการดำเนินการวิจัยวิจัย (Streubert and Carpenter, 1999) ผู้วิจัยให้ความสำคัญและพยายามให้ผู้ให้ข้อมูลมีส่วนร่วมในการศึกษา เคารพในความเป็นผู้มีประสบการณ์ ให้เกียรติ และยอมรับข้อมูลทุกอย่างที่ได้มาเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบายประสบการณ์อย่างเต็มที่

5) ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตลอดการดำเนินการวิจัยได้แก่ การสัมภาษณ์การให้ความหมาย การจัดกลุ่มประเด็นความหมาย และการเขียนอธิบายประเด็นอย่างละเอียด การให้ความคุ้มครองสิทธิผู้ให้ข้อมูล

6) การเตรียมการสัมภาษณ์แบบมีแนวทางการสัมภาษณ์ (Semi-



structure interview) แบ่งแนวทางการสัมภาษณ์ออกเป็น 2 ส่วนคือ

1) ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามตามแนวคิดการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับอาการสงบจากโรคซึมเศร้า และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกำหนดวัตถุประสงค์ของคำถามตามปัญหาการวิจัย แล้วเขียนแนวคำถามเป็นลักษณะคำถามปลายเปิด เป็นประเด็นกว้างๆ และมีความยืดหยุ่นตามการสนทนา ไม่ได้กำหนดจำนวนคำถามและลำดับคำถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงลึกและ ครบคลุม ตรงประเด็นที่ต้องการศึกษา หลังจากนั้นได้นำแนวคำถามที่สร้างไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความเหมาะสมของแนวคำถาม เพื่อที่จะให้ได้ข้อมูลตรงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา

2) ผู้วิจัยนำแนวคำถามที่สร้างขึ้นโดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อาการสงบจำนวน 2 ราย ที่มีลักษณะคุณสมบัติใกล้เคียงกับผู้วิจัยต้องการศึกษาเพื่อทดสอบความชัดเจนในการสื่อสารของคำถาม และมีการปรับคำถามบางคำถามที่ไม่สามารถสื่อไปยังสิ่งที่ต้องการศึกษาได้ให้เหมาะสมและนำไปใช้สัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลที่ต้องการศึกษาจริง ทำการวิเคราะห์เบื้องต้นในแต่ละรายจนได้ข้อมูลที่มีการอิมตัว

3) แนวคำถามที่ได้รับการปรับและนำไปใช้สัมภาษณ์จริงเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ ดังนี้

(1) แนวคำถามหลักที่ใช้ในการสัมภาษณ์

1) คุณรู้ได้อย่างไรว่าคุณป่วยเป็นโรคซึมเศร้า

2) เมื่อคุณพบว่าคุณมีอาการซึมเศร้าแล้วคุณรู้สึกอย่างไร และอาการซึมเศร้านั้นส่งผลต่อชีวิตอย่างไรบ้าง

3) เมื่อคุณมีอาการซึมเศร้าเกิดขึ้น คุณรู้ได้อย่างไร และมีวิธีจัดการกับอาการเหล่านั้นอย่างไร

4) คุณดูแลตนเองอย่างไรบ้าง เพื่อให้มีอาการซึมเศร้ามึน ทั้งทางด้านร่างกาย, ด้านจิตใจอารมณ์, ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ

5) คุณคิดว่าสิ่งสำคัญที่ทำให้คุณหายหรือดีขึ้นจากโรคซึมเศร้า

6) คุณรู้สึกอย่างไรเมื่ออาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นหายไปหรือลดน้อยลง

7) จากการที่คุณหายจากโรคซึมเศร้า ชีวิตของคุณเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง

8) สำหรับคุณคิดว่าอะไรเป็นอุปสรรคที่ทำให้หายจากโรคนี้ และอะไรที่ช่วย สนับสนุนให้คุณผ่านพ้นอุปสรรคนั้นได้ อย่างไร

9) คุณมีความคิดเห็นว่าคุณสามารถด้านสุขภาพ, สมาชิกในครอบครัว, เพื่อน ๆ และคนรอบข้าง จะให้การช่วยเหลือคุณให้หายจากโรคซึมเศร้าอย่างไร

10) เมื่อคุณพบว่ามีคนใกล้ชิดมีอาการโรคซึมเศร้า คุณจะให้คำแนะนำอย่างไร

11) ขณะนี้คุณมีความสุข/ความพึงพอใจในชีวิตหรือไม่ เพราะเหตุใด

12) คุณมีการวางแผนเป้าหมายในชีวิตไว้อย่างไรบ้าง

13) จากอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นลดน้อยลงหรือดีขึ้น คุณมีความคาดหวังต่อตนเอง ครอบครัว และบุคคลรอบข้างอย่างไรบ้าง

(2) แนวคำถามรองที่ใช้ในการสัมภาษณ์ เช่น

- คุณช่วยเล่าเพิ่มเติมเกี่ยวกับ...(ประเด็นที่ไม่ชัดเจน)

- คุณช่วยอธิบายเพิ่มเติมในเรื่อง...(ประเด็นที่สนใจ)...

มีหมายความว่าอย่างไรคะ

- ช่วยยกตัวอย่างเหตุการณ์.....ให้ฟังหน่อยสิคะ

- ช่วยอธิบายคำว่า.....ตามความรู้สึกของคุณแล้ว

มีหมายความว่าอย่างไรคะ

## 4.2 ขั้นตอนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.2.1 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

1) ภายหลังจากที่มีมติอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์จากคณะกรรมการบริหารหลักสูตรเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเสนอผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาธรรมกับการเสนอโครงการวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคนของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาธรรมเจ้าพระยา เพื่อเป็นการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุญาตเก็บข้อมูล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการทำวิจัยในครั้งนี้ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล จากนั้นเข้าพบเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยงาน อธิบายวัตถุประสงค์และขออนุญาตศึกษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนเพื่อคัดกรองผู้เข้าร่วมในการวิจัยพร้อมกับขอความร่วมมือในการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย

2) เมื่อได้รับอนุมัติให้ดำเนินการเก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยจึงประสานงานกับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเพื่อขอความช่วยเหลือในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล โดยตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้น

ให้ตรงตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและสอบถามจากเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติ ซึ่งคุณสมบัติดังกล่าว ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญว่าผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า แพทย์ระบุว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะ remission มีอาการของโรคซึมเศร้าไม่มากไปกว่า 3 ใน 7 ของโรคซึมเศร้า ไม่มีอารมณ์เศร้าและสูญเสียความสนใจ เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง 4- 6 เดือน

เมื่อได้รายชื่อของผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เบื้องต้นดังกล่าวแล้ว ผู้วิจัยได้เลือกใช้เครื่องมือเพื่อการคัดกรองผู้ที่มีคุณสมบัติเบื้องต้นให้ตรงตามประสบการณ์ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา คือ เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ ซึ่งเครื่องมือคัดกรองเบื้องต้นนี้ไม่มีอิทธิพลหรือส่งผลต่อการสัมภาษณ์เชิงลึกในครั้งนี้แต่ประการใด เป็นจำนวน 1 เครื่องมือ คือ แบบประเมินอาการซึมเศร้า ใช้แบบประเมินอาการอาการซึมเศร้า (Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะ (Lotrakul, Sukkhanit, Sukying, 1996) ซึ่งเป็นแบบวัดเพื่อใช้ในการประเมินระดับความรุนแรงของอาการในผู้ป่วย เป็นภาษาไทย จำนวน 17 ข้อ นอกจากประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าแล้ว และยังสามารถประเมิน remission ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา เครื่องมือนี้เป็นแบบให้บุคลากรประเมิน HRSD-17 ได้ทำการทดสอบความแม่นยำและความน่าเชื่อถือได้ของแบบสอบถาม มีความแม่นยำและความเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในซึ่งมีอาการอยู่ในกลุ่ม depressive disorder จำนวน 50 คน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ที่แสดงถึงความสอดคล้องภายในของแบบวัดเท่ากับ 0.738 และเมื่อเปรียบเทียบกับ Global assessment scale พบว่า Spearman's correlation coefficient ซึ่งบ่งถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนที่ได้ เท่ากับ  $-.8239$  ( $P < 0.0001$ ) ซึ่งจัดว่าอยู่ในเกณฑ์ดี แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสามารถจำแนกกลุ่มอาการในแบบวัด HRSD-17 ฉบับภาษาไทย ออกเป็น 4 กลุ่มคือ 1) กลุ่มอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล 2) กลุ่มอาการนอนหลับ 3) กลุ่มอาการแสดงออกทางกายภาพ และ 4) กลุ่มอาการทางความคิด ซึ่งแบบประเมินนี้ใช้เวลาในการทดสอบ 5-10 นาที

แบบประเมินอาการซึมเศร้า (Hamilton Rating Scale for Depression - HRSD, HAMD-17) มีรายละเอียดดังนี้ การคิดคะแนน นำคะแนนทุกข้อมารวมกันตามตัวเลขคะแนนหน้าข้อที่เลือก เทียบความรุนแรงดังนี้

- ช่วงคะแนน 0-7 หมายถึง no depression
- ช่วงคะแนน 8-12 หมายถึง mild depression
- ช่วงคะแนน 13-17 หมายถึง less than major depression
- ช่วงคะแนน 18-29 หมายถึง major depression
- ช่วงคะแนน  $> 30$  หมายถึง severe major depression

สรุปงานวิจัยเรื่องนี้ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาผู้ป่วยที่มีคะแนนอาการซึมเศร้าระหว่าง 0-7 คะแนน ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อยู่ในระยะอาการสงบ (remission) (Keller, 2003)

3) หลังจากได้คัดเลือกผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การเป็นผู้ให้ข้อมูลครบทุกข้อแล้ว ผู้วิจัยจึงขอเข้าไปพบผู้ป่วยด้วยตนเองสำหรับการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแบบต่อหน้า และใช้โทรศัพท์โทรแนะนำตัวกับผู้ให้ข้อมูลที่ใช้การสัมภาษณ์ผ่านทางโทรศัพท์ เพื่อให้ข้อมูลและขอความร่วมมือในการเป็นผู้เข้าร่วมวิจัยจากผู้ป่วยแต่ละราย โดยได้แนะนำตัวและประวัติของผู้วิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยวิธีการดำเนินการวิจัย รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิที่ได้รับทราบเมื่อผู้ให้ข้อมูลมีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยอธิบายให้ทราบถึงรายละเอียดของการวิจัยให้ทราบอีกครั้ง ซึ่งได้แก่ วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย รวมถึงขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด หัวข้อที่ต้องการสัมภาษณ์ การขออนุญาตบันทึกเสียงระหว่างการสนทนา การจดบันทึกภาคสนามขณะทำการสัมภาษณ์ จำนวนการนัดหมาย ระยะเวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เลือกวัน เวลา และสถานที่ในการให้สัมภาษณ์ โดยคำนึงถึงความสงบเป็นส่วนตัว ความพอใจของผู้ให้สัมภาษณ์ ความสะดวกในการเดินทางและความปลอดภัยของผู้วิจัย การรักษาความลับโดยการทำลายเทปบันทึกเสียงเมื่อสิ้นสุดการวิจัย จากนั้นจึงให้เซ็นเป็นผู้เข้าร่วมวิจัยและเริ่มดำเนินการขั้นตอนต่อไป

4) ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้ให้ข้อมูลทำแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลก่อน จากนั้นจึงขออนุญาตบันทึกเทปการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ตามแนวทางในการสัมภาษณ์ (interview guideline) โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณครั้งละ 30 นาทีถึง 90 นาที ขณะสัมภาษณ์ผู้วิจัยปฏิบัติดังนี้

1) ทำการเก็บข้อมูลส่วนที่ 1 คือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

2) ทำการเก็บข้อมูลในส่วนที่ 2 คือ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ แบบมีแนวทางในการสัมภาษณ์ พร้อมกับบันทึกการสัมภาษณ์ด้วยเทปบันทึกเสียง ซึ่งขณะทำการสัมภาษณ์ผู้วิจัยใช้ทักษะของการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยคำนึงถึงสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ให้ข้อมูล การปรับคำถามในขณะสัมภาษณ์เพื่อความชัดเจนของข้อมูลตามบริบท และสิ่งที่สังเกตได้จากการสัมภาษณ์ เช่น สีหน้า แววตา ท่าทาง อารมณ์ น้ำเสียง และการแสดง

3) สังเกตท่าทาง น้ำเสียงของผู้ให้ข้อมูลเมื่อผู้ให้ข้อมูลแสดงอารมณ์ขณะตอบคำถาม หรือบอกเล่าประสบการณ์

4) ผู้วิจัยทำการจดบันทึกภาคสนามในประเด็นที่สำคัญไว้ โดยทำการบันทึกย่อหัวข้อหรือประเด็นที่สำคัญ ประเด็นที่ต้องการเพิ่มเติม พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ให้

ข้อมูล และบันทึกเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นขณะทำการศึกษา ความคิดเห็น ความรู้สึกของผู้วิจัยที่มีต่อปัญหา การแก้ไข และผลที่เกิดขึ้นจากการแก้ไขเพื่อประกอบการวิเคราะห์ข้อมูล

5) การสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยพิจารณาระยะเวลาในการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งตามความเหมาะสม และความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลหรือเมื่อสังเกตเห็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความไม่พร้อมในการให้สัมภาษณ์ต่อไปของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งการได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่เพียงพอ ก่อนจบการสัมภาษณ์ผู้วิจัยกล่าวสรุปถึงสิ่งที่ได้จากการสนทนาให้ผู้ให้ข้อมูลได้รับทราบอย่างคร่าว ๆ และทำการนัดหมายสำหรับการสัมภาษณ์ครั้งต่อไปในกรณีที่ยังได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

4.2.2 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง เมื่อเกิดการแพร่ระบาดของสถานการณ์โควิด 19 ตามลำดับขั้นตอน

1) จากผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด 19 ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งเป็นสถานที่ในการวิจัย มีมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด19 โดยงดนัดผู้ป่วยมาติดตามอาการหรือรับยาที่แผนกผู้ป่วยนอกนับตั้งแต่วันที่ 20 มีนาคม 2563 และยังไม่มีการกำหนดเวลาสิ้นสุด เป็นเหตุให้ผู้วิจัยไม่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยต่อด้วยการสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า (face to face interview) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมเกี่ยวกับปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้น และผู้วิจัยได้ยื่นหนังสือขออนุมัติจากผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อขอปรับเปลี่ยนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์หรือวิดีโอคอลตามที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกและเต็มใจ ทั้งนี้เครื่องมือที่ช่วยผู้วิจัยในการสัมภาษณ์และแนวคำถามในการสัมภาษณ์ยังคงเดิม

2) เมื่อผู้วิจัยได้เอกสารอนุมัติเปลี่ยนแปลงวิธีการเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยจึงนำเอกสารการอนุมัติเปลี่ยนแปลงวิธีการเก็บข้อมูลเสนอต่อรองหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อขออนุญาตกลับเข้าไปเก็บข้อมูลอีกครั้ง โดยผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยนอกและสอบถามจากเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ซึ่งคุณสมบัติดังกล่าว ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า แพทย์ระบุว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะ remission มีอาการของโรคซึมเศร้าไม่มากไปกว่า 3 ใน 7 ของโรคซึมเศร้า ไม่มีอารมณ์เศร้าและสูญเสียความสนใจ เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง 4- 6 เดือน

เมื่อได้รายชื่อของผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เบื้องต้นดังกล่าวแล้ว ผู้วิจัยได้เลือกใช้เครื่องมือ Haminton Rating Scal for Depression (HRSD 17) เพื่อการคัดกรองผู้ที่มีคุณสมบัติเบื้องต้นให้ตรงตามประสบการณ์ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา ซึ่งเครื่องมือคัดกรองเบื้องต้นนี้ไม่มีอิทธิพลหรือส่งผลต่อการสัมภาษณ์เชิงลึกในครั้งนี้อย่างไรก็ตามแต่ประการใด

3) หลังจากผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การเป็นผู้ให้ข้อมูลครบทุกข้อแล้ว ผู้วิจัยโทรแนะนำตัวกับผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละราย พร้อมกับขออนุญาตชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย วิธีการดำเนินการวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลฟัง เมื่อผู้ให้ข้อมูลมีความเข้าใจผู้วิจัยจึงขออนุญาตจัดส่งเอกสารทางไปรษณีย์ให้กับผู้ให้ข้อมูล เพื่ออ่านทำความเข้าใจเพิ่มเติมก่อนที่จะลงลายมือชื่อแสดงความยินยอมเป็นผู้ให้ข้อมูล ซึ่งประกอบด้วยเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แบบสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4) เมื่อผู้วิจัยได้รับเอกสารการตอบกลับทางไปรษณีย์จากผู้ให้ข้อมูลที่มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมการศึกษารายแล้ว โดยผู้วิจัยได้เช็คความเรียบร้อยของเอกสารว่าผู้ให้ข้อมูลได้กรอกข้อมูลบันทึกส่วนบุคคลและลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเป็นที่เรียบร้อยแล้ว จากนั้นผู้วิจัยจึงโทรศัพท์ติดต่อผู้ให้ข้อมูลเพื่อสอบถามความต้องการของผู้ให้ข้อมูลเรื่องต้องการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์หรือวิดีโอคอล และอธิบายให้ทราบถึงรายละเอียดของการวิจัยให้ทราบอีกครั้ง ซึ่งได้แก่ วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย รวมถึงขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด หัวข้อที่ต้องการสัมภาษณ์ การขออนุญาตบันทึกเสียงระหว่างการสนทนา การจดบันทึกภาคสนามขณะทำการสัมภาษณ์ จำนวนการนัดหมายระยะเวลา โดยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เลือกวัน เวลาในการให้สัมภาษณ์ โดยคำนึงถึงความสงบเป็นส่วนตัว ความพอใจของผู้ให้ข้อมูล

5) ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยโทรศัพท์ติดต่อกลับไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลตามวัน เวลา ที่ผู้ให้ข้อมูลได้ทำการนัดหมายไว้ และและอธิบายให้ทราบถึงรายละเอียดของการวิจัยให้ทราบอีกครั้ง ซึ่งได้แก่ วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย รวมถึงขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด หัวข้อที่ต้องการสัมภาษณ์ การขออนุญาตบันทึกเสียงระหว่างการสนทนา การจดบันทึกภาคสนามขณะทำการสัมภาษณ์ จำนวนการนัดหมาย ระยะเวลา รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลสอบถามหากมีข้อสงสัย จากนั้นจึงขออนุญาตบันทึกเทปการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth inteinterview) ตามแนวทางในการสัมภาษณ์ (interview guideline) โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณครั้งละ 20 นาทีถึง 90 นาที ขณะสัมภาษณ์ผู้วิจัยปฏิบัติดังนี้

5.1) ทำการเก็บข้อมูลในส่วนที่ 2 คือ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ แบบมีแนวทางในการสัมภาษณ์ พร้อมกับบันทึกการสัมภาษณ์ด้วยเทปบันทึกเสียง ซึ่งขณะทำการสัมภาษณ์ผู้วิจัยใช้ทักษะของการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยคำนึงถึงสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ให้ข้อมูล การปรับคำถามในขณะสัมภาษณ์เพื่อความชัดเจนของข้อมูลตามบริบท และสิ่งที่สังเกตได้จากการสัมภาษณ์ เช่น สี น้ำเสียง อารมณ์ในขณะเล่าประสบการณ์

6) ผู้วิจัยทำการจดบันทึกภาคสนามในประเด็นที่สำคัญไว้ โดยทำการบันทึกย่อหัวข้อหรือประเด็นที่สำคัญ ประเด็นที่ต้องการเพิ่มเติม นำเสียง อารมณ์แสดงออกของผู้ให้ข้อมูลขณะให้สัมภาษณ์ และบันทึกเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นขณะทำการศึกษา ความคิดเห็น ความรู้สึกของผู้วิจัยที่มีต่อปัญหา การแก้ไข และผลที่เกิดขึ้นจากการแก้ไขเพื่อประกอบการวิเคราะห์ข้อมูล

7) การสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยพิจารณาระยะเวลาในการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งตามความเหมาะสม และความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลหรือเมื่อสังเกตเห็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความไม่พร้อมในการให้สัมภาษณ์ต่อไปของผู้ให้ข้อมูลที่แสดงออกผ่านน้ำเสียง รวมทั้งการได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่เพียงพอ ก่อนจบการสัมภาษณ์ผู้วิจัยกล่าวสรุปถึงสิ่งที่ได้จากการสนทนาให้ผู้ให้ข้อมูลได้รับทราบอย่างคร่าว ๆ และทำการนัดหมายสำหรับการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป ในกรณีที่ยังได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

#### 4.3 ชั้นสรุปการวิจัย

ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแบบเผชิญหน้า (face to face interview) จำนวน 5 ราย รายละ 1 ครั้ง และทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 5 รายซ้ำผ่านทางโทรศัพท์อีกรายละ 1 ครั้ง และจากสถานการณ์โควิด19 ที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลผ่านทางโทรศัพท์อีกจำนวน 5 ราย รายละ 1 ครั้ง รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 10 ราย ภายหลังจากสิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในแต่ละราย ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นด้วยตนเอง โดยการถอดข้อความ (Transcribe) จากเทปบันทึกเสียงที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแบบคำต่อคำ (Verbatim) ออกเป็นบทสนทนา (Transcript) ระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล แล้วมีการอ่านบทสนทนาฟังเทปบันทึกเสียงซ้ำ และตรวจสอบความถูกต้อง ชัดเจน ครบถ้วนของข้อมูล สรุปประเด็นปัญหาที่เจอหรือที่ต้องค้นหาเพิ่มเติม และผู้วิจัยดำเนินปรับแนวคำถามให้เหมาะสมและกลับไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลซ้ำในข้อมูลหรือประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน ครอบคลุมและเป็นไปตามประสบการณ์ตรงของผู้ให้ข้อมูลและครอบคลุมสำหรับการทำการวิเคราะห์และสรุปประเด็นตามระเบียบแบบแผนการวิจัยจนได้ข้อมูลอิ่มตัว (Saturated data) คือ ไม่มีข้อมูลหรือประเด็นใหม่เกิดขึ้นแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้เสนออาจารย์ที่ปรึกษาและยุติการเก็บข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลซ้ำจำนวน 5 ราย รายละ 1 ครั้งเพื่อขอให้ผู้ให้ข้อมูลช่วยอธิบายในประโยคหรือประเด็นที่ไม่ชัดเจน เช่น จากครั้งที่แล้วที่เราคุยกันเรื่องการรับประทานยา ที่คุณบอกว่า “กินยาถูก” หมายความว่าอย่างไรคะ ช่วยอธิบายเพิ่มเติมได้ไหมคะ

## 5. พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยให้การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- 1) ผู้วิจัยดำเนินการเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา และได้รับความเห็นชอบตามเอกสารรับรองโครงการที่ ๐๒๑/๒๕๖๓ ลงวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2563 (ภาคผนวก ข) และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
- 2) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสมัครใจ และยินดีให้ข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก หลังจากนั้นผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดหัวเรื่องที่จะสัมภาษณ์ กระบวนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การขออนุญาตบันทึกเสียงสนทนา จำนวนครั้งที่ขอสัมภาษณ์ การรักษาความลับด้วยการลบหรือทำลายเทปบันทึกเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยไม่สามารถเชื่อมโยงไปสู่ผู้ให้ข้อมูล และชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ไม่มีผลกระทบใดๆต่อผู้ให้ข้อมูลคำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และเฉพาะการนำเสนอทางวิชาการเท่านั้น
- 3) ในระหว่างทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลไม่สะดวกหรือรู้สึกว่าคุณกรบกวน ผู้ให้ข้อมูลสามารถแจ้งยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนต่างๆของการวิจัย หรือขอข้อมูลกลับได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรืออธิบายใดๆและไม่มีผลกระทบใดๆต่อผู้ให้ข้อมูล
- 4) ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และคิดทบทวนก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ แล้วจึงเซ็นลงนามในใบยินยอมด้วยความสมัครใจ และผู้วิจัยเก็บใบยินยอมและข้อมูลต่างๆไว้ในที่ปลอดภัย

## 6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เพียงพอ มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และเพื่อเป็นการสรุปประเด็นหรือแนวเรื่องตามระเบียบวิธีวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยา โดยผู้วิจัยได้เลือกใช้การวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบของ Colaizzi (1978 cite in Streubert and Capenter, 1999) ที่เชื่อในหลักแนวคิดของ Husserl (1969) ซึ่งมีแนวคิดโครงสร้างตามความเป็นจริง โดยผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ไปพร้อม ๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูลและภายหลังเก็บข้อมูล โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูล 7 ขั้นตอน ดังนี้



1) ผู้วิจัยถอดข้อความจากเทปบันทึกการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim) ออกมาเป็นบทสนทนา (Transcribe) และอ่านบทสัมภาษณ์ที่ถอดความแล้วร่วมกับการฟังเทปซ้ำๆ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และเพื่อให้เข้าใจความรู้สึกที่มีต่อประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบได้ดียิ่งขึ้น

2) ผู้วิจัยอ่านบทวนข้อมูลทุกคำพูดในบทสัมภาษณ์ เพื่อทำความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับความคิดและความรู้สึกที่มีต่อประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล จากนั้นแยกข้อความสำคัญที่สะท้อนถึงปรากฏการณ์และกล่าวซ้ำๆออกมา

3) ผู้วิจัยพยายามเข้าใจในความหมายที่เป็นไปได้ของของประโยคนั้น และกำหนดความหมายของข้อความเหล่านั้น ซึ่งต้องแสดงถึงความหมายที่ผู้ให้ข้อมูลได้ทำการบอกเล่าเกี่ยวกับปรากฏการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ

4) ผู้วิจัยจัดกลุ่มความหมายแยกเป็นกลุ่มประเด็น (formulated means into clusters of themes) นำข้อมูลที่ทำให้ความหมายคล้ายกันไว้ด้วยกัน จัดประเด็นที่สอดคล้องกับความหมายที่ได้และตัดข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องออกไป

5) ผู้วิจัยแยกประเด็นออกเป็นประเด็นหลัก ประเด็นย่อย และเขียนบรรยายให้ความหมายแต่ละประเด็นเพื่อให้เห็นถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ จากข้อมูลที่ค้นพบซึ่งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้จากประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล โดยใช้ภาษาที่มีความเข้าใจง่ายและตรงกับบริบทของผู้ให้ข้อมูลมากที่สุด พร้อมทั้งยกตัวอย่างคำพูด

6) ผู้วิจัยนำข้อค้นพบที่ได้กลับไปหาผู้ให้ข้อมูลจำนวน 5 ราย (ID1 ID2 ID3 ID4 ID5) ผ่านทางโทรศัพท์ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และการบรรยายตามความหมายของผู้วิจัยเพื่อเปรียบเทียบกับประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลว่าเหมือนหรือต่างกันอย่างไร หรือข้อค้นพบนั้นมีความเป็นไปได้หรือไม่ เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ยังคิดว่าไม่ครบถ้วน

7) ปรับเปลี่ยนข้อค้นพบหรือแก่นแท้ตามที่ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่าหรือข้อคิดเห็น

## 7. การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness) ดังนี้

### 1. ความน่าเชื่อถือ (Credibility)

1.1) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งผู้ให้ข้อมูลต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิตในขณะที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในระยะเวลาอาการสงบ ผู้วิจัยสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจกับผู้ให้ข้อมูลโดยการแนะนำตัวและอธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจ รวมทั้งผู้ให้ข้อมูลทุกรายมีความยินยอมเป็นผู้ให้ข้อมูลพร้อมที่จะแบ่งปันประสบการณ์จริงด้วยความสมัครใจ

1.2) วางแผนและการดำเนินงานตามแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างระมัดระวังอย่างมีขั้นตอนตามระเบียบวิธีวิจัยปรากฏการณ์วิทยา

1.3) เก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเอง ขอให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าเหตุการณ์ตามประสบการณ์ที่ประสบ ได้พบเจอมา สอบถามเพิ่มเติม โดยผู้วิจัยไม่แสดงความคิดเห็นปล่อยให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าเพิ่มเติมโดยไม่ตีความ ไม่คิดเอาเอง และผู้วิจัยมีการทำแบบบันทึกภาคสนามซึ่งผู้วิจัยใช้จดบันทึกความคิด ความรู้สึก และเหตุการณ์ในขณะที่สัมภาษณ์ รวมทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะที่เก็บรวบรวมข้อมูลและวิธีการแก้ไข เพื่อนำมาช่วยเตือนความทรงจำในขณะที่เก็บข้อมูลถึงอารมณ์ ความรู้สึกของผู้วิจัยในขณะที่ทำการสัมภาษณ์ ตลอดจนการตีความและวิเคราะห์ข้อมูลตามความเป็นจริงที่ได้จากการสัมภาษณ์

1.4) เมื่อเสร็จจากการสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยถอดเทปแบบคำต่อคำ (Verbatim) และมีการตรวจสอบความถูกต้องของบทสัมภาษณ์อีกครั้งว่าตรงกันหรือไม่ ทั้งสีหน้า แววตา และน้ำเสียง โดยการฟังเทปซ้ำ และผู้วิจัยเขียนกลุ่มประเด็นสำคัญจากการวิเคราะห์ข้อมูลยกตัวอย่างประโยคที่สื่อความ เข้าใจประเด็นนั้น การตัดทอนคำบางคำของผู้ให้ข้อมูลจะทำให้สามารถสื่อความหมายได้กระชับ ชัดเจน โดยไม่ทำให้ความหมายเดิมเปลี่ยนแปลงไป แล้วนำข้อมูลประเด็นสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 กลับไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูล (Member checks) ภายหลังจากการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อมูลและประเด็นดังกล่าวกลับไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ จำนวน 5 ราย (ID1 ID2 ID3 ID4 ID5) เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ว่าเหมือนหรือแตกต่างจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลอย่างไร และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบายในประเด็นหรือข้อสงสัยที่ยังไม่ชัดเจนในมุมมองของผู้ให้ข้อมูล (clarification) และเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่ครบ

1.5) ผู้วิจัยตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านงานวิจัยเชิงคุณภาพโดยเริ่มตั้งแต่การนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และถอดคำต่อคำเสร็จสิ้นแล้ว รวมไปถึงการให้รหัสเบื้องต้นไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบการสัมภาษณ์และการให้รหัส แล้วนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนที่จะเก็บข้อมูลในรายต่อไป ซึ่งในระหว่างที่เก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกับให้อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมตรวจสอบเป็นระยะ หลังจากที่มีข้อมูลอิมตัวผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดรวมทั้งผลการวิเคราะห์ไปให้อาจารย์ตรวจสอบและแก้ไขตามคำแนะนำ

## 2. ความสามารถในการฟังหา

ผู้วิจัยดำเนินการโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยและอธิบายกระบวนการการทำงานวิจัยอย่างมีขั้นตอน ใช้วิธีการหลากหลายในการเก็บรวบรวมข้อมูล (Multiple method of data collection)

โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเชิงลึกแบบมีแนวคำถามร่วมกับการใช้เทปบันทึกเสียงขณะทำการสัมภาษณ์ และนำข้อมูลที่ได้นับบันทึกไว้มาถอดเทป (Field note) และใช้การสังเกตอย่างมีส่วนร่วมพร้อมกับการบันทึกภาคสนาม เมื่อได้ข้อมูลมาจึงนำข้อมูลนั้นมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลและปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นนำข้อมูลที่ไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบอีกครั้ง (Member checks) เพื่อเป็นการยืนยันว่าข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์นั้นตรงกับสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลให้สัมภาษณ์ นำเสนอข้อมูลที่ระเอียดครบถ้วน ครอบคลุม ซึ่งจะทำให้ผู้อ่านสามารถติดตามกระบวนการในการทำวิจัยได้ และวิเคราะห์ข้อมูลได้โดยการให้รหัสการสร้างประเด็นซึ่งได้รับการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา

### 3. ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability)

3.1) ผู้วิจัยได้ทำการเก็บบันทึกข้อมูลไว้อย่างเป็นระบบ ซึ่งสามารถตรวจสอบได้ (Audit trail) การบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ด้วยเทปบันทึกเสียง การถอดเทปแบบคำต่อคำ ข้อมูลการสัมภาษณ์ที่ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลโดยการอ่านบันทึกการถอดเทปแบบคำต่อคำพร้อมกับฟังเทปบันทึกเสียงซ้ำ

3.2) การจดบันทึกภาคสนามเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึก ปัญหาและการแก้ไขปัญหา การรับรู้เหตุการณ์ในขณะนั้น เพื่อนำมาตีความให้ความหมายในการวิเคราะห์ข้อมูลตามความเป็นจริงที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล

3.3) ผู้วิจัยใช้วิธีอ้างคำพูด (Direct quotes) ของผู้ให้ข้อมูลเพื่อใช้ในการนำเสนอข้อมูล โดยการใช้ถ้อยคำของผู้ให้ข้อมูล ตัดคำพูดบางคำของผู้ให้ข้อมูลไปหากมีความจำเป็น เพื่อให้มีการสื่อความหมายที่กระชับและชัดเจน โดยความหมายยังคงเดิม

3.4) การสรุปขั้นตอนต่างๆ ได้แก่ การให้รหัสข้อมูล (Coding) การจัดกลุ่มประเด็น (Category) การสรุปประเด็น (Theme) ที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลตรวจสอบกับอาจารย์ที่ปรึกษา

3.5) การตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อนำข้อมูลมาสนับสนุนข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร

3.6) การตรวจสอบกระบวนการวิจัย ซึ่งการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive phenomenology) ตามแนวคิดของ Edmund Husserl (1969)

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Edmund Husserl (1969) เพื่อบรรยายประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ป่วยทั้งชายและหญิงวัยผู้ใหญ่ อายุ 20-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับที่ 10 (ICD-10) รหัสโรค F 32.0 หรือตามการวินิจฉัยของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 5 (DSM-V) และมีคะแนนการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) อยู่ในระดับปกติคือ 0-7 คะแนน (Keller, 2003) ระบุว่าตนเองเป็นโรคซึมเศร้า เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยเป็นเวลา 4-6 เดือน (Kennedy, 2002) ณ แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ไม่มีอาการทางจิตอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น วิตกกังวล ความคิดแล่นเร็ว หวาดระแวง อาการ หูแว่วหรืออาการหลงผิด เป็นต้น สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และให้ความร่วมมือและยินดีในการให้ข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) แบบมีแนวทางการสัมภาษณ์ ร่วมกับการบันทึกเทป การจดบันทึก และการสังเกต จนได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว (Saturation) จากผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดจำนวน 10 ราย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาถอดความแบบคำต่อคำ และวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีของ Colaizzi (1978 cite in Streubert and Capenter, 1999) จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถบรรยายประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ เป็นประเด็นหลักและประเด็นรอง โดยนำเสนอผลการวิจัยเป็น 3 ส่วน ตามลำดับ ดังนี้

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

**ส่วนที่ 2** ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ

สำหรับเนื้อหาผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่บรรยายไว้ในบทนี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน ผู้วิจัยมีการใช้สัญลักษณ์ในตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

(ข้อความ)	หมายถึง	คำอธิบายเพิ่มเติมของผู้วิจัย
...	หมายถึง	การนำข้อความเนื้อหาประเด็นเดียวกันจากหน้าอื่นมาต่อกัน
(ID)	หมายถึง	คำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลที่
xxx	หมายถึง	ชื่อบุคคล หรือชื่อสถานที่

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (ราย)
อายุ	
20-30 ปี	4
31-40 ปี	4
41 ปีขึ้นไป	2
เพศ	
ชาย	2
หญิง	8
ศาสนา	
พุทธ	10
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	2
มัธยมศึกษาตอนต้น	1
ปริญญาตรี	5
ปริญญาโท	2
อาชีพ	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3
นักศึกษา	2
ข้าราชการครู	1
พนักงานบริษัทเอกชน	1
นักวิจัย	1
ค้าขาย	1
รับจ้าง	1
สถานภาพสมรส	
โสด	5
สมรสแล้ว	5

**ตารางที่ 1** ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (ราย)
ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ	
พ่อแม่/ลูก	35
สามี/ภรรยา	1
แฟน	1
คนเดียว	
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	1
น้อยกว่า 1 ปี	7
1-10 ปี	1
11-20 ปี	1
20 ปีขึ้นไป	
จำนวนครั้งที่รักษาตัวแบบผู้ป่วยใน	9
ไม่เคย	1
1 ครั้ง	
ระยะอาการสงบ (remission)	9
1-4 เดือน	1
4 เดือนขึ้นไป	

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อยู่ในระยะอาการสงบ จำนวน 10 ราย อายุระหว่าง 20-59 ปี เป็นเพศชาย 2 ราย และเพศหญิง 8 ราย มีสถานภาพโสด 5 ราย สมรส 5 ราย นับถือศาสนาพุทธ 10 ราย ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี จำนวน 5 ราย รองลงมาคือ ปริญญาโท 2 ราย ประถมศึกษา 2 ราย มัธยมศึกษาตอนต้น 1 ราย โดยปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้านจำนวน 3 ราย นักศึกษา 2 ราย ข้าราชการครู 1 ราย พนักงานบริษัทเอกชน 1 ราย ค้าขาย 1 ราย นักวิจัย 1 ราย และอาชีพรับจ้าง 1 ราย ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 1-10 ปี จำนวน 7 ราย รองลงมาคือ 11-20 ปี จำนวน 1 ราย มากกว่า 20 ปี จำนวน 1 ราย และน้อยที่สุดคือ 6 เดือน จำนวน 1 ราย ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทั้ง 10 รายเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ มีเพียง 1 ราย เคยมีประวัติเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในระยะอาการสงบ 1-4 เดือน จำนวน 9 ราย และมากกว่า 4 เดือนจำนวน 1 ราย

## ส่วนที่ 2 ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ

จากการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ ผู้วิจัยพบประเด็นหลัก 3 ประเด็น ประกอบด้วย 1) ตระหนักรู้ เข้าใจ และยอมรับอาการเปลี่ยนแปลง 2) จัดการชีวิตตนเอง ให้ดีขึ้น 3) สร้างพลังใจที่จะก้าวเดินต่อไป โดยมีประเด็นย่อยที่อธิบายประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ 10 ประเด็นย่อย ซึ่งมีรายละเอียดในแต่ละประเด็นหลัก และประเด็นย่อย ดังต่อไปนี้

### 1) ตระหนักรู้ เข้าใจ และยอมรับอาการเปลี่ยนแปลง

ภายหลังจากที่ผู้ให้ข้อมูลได้เผชิญกับเหตุการณ์การเจ็บป่วยและได้ผ่านพ้นวิกฤตจนกระทั่งเข้าสู่ระยะอาการสงบ ผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์ในชีวิตต่าง ๆ มากมาย ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีการตระหนักรู้ในอาการผิดปกติของตนเอง ซึ่งอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นมีลักษณะแตกต่างกันไป ไม่สามารถคาดเดา และไม่สามารถควบคุมได้เลย ผู้ให้ข้อมูลจะรู้สึกดีขึ้นจากอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้น และรับรู้ได้เมื่อตนเองมีวิธีการจัดการที่เหมาะสม ด้วยวิธีการสวดมนต์ภาวนา ทำสติให้สงบ หรือด้วยวิธีการกินยาเพื่อบรรเทาอาการให้ดีขึ้น ซึ่งอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูลเมื่อเกิดบ่อยครั้ง ซ้ำ ๆ ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจ ยอมรับสาเหตุของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น โดยมีรายละเอียดของแต่ละประเด็นย่อย ดังนี้

#### 1.1 รับรู้อาการผิดปกติของตนเอง

ผู้ให้ข้อมูลรับรู้อาการผิดปกติของโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตน เช่น หดหู่ เศร้า เสียใจง่าย ร้องไห้ เกรียด นอนไม่หลับ ภาวะวอกแวก หงุดหงิด อยากทำร้ายผู้อื่น ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงเลือกใช้วิธีการจัดการที่เหมาะสมกับตนเอง ผู้ให้ข้อมูลบางรายเลือกใช้วิธีหลับตาสวดมนต์ ขอสติ บางรายเลือกใช้การกินยา ทำให้ระงับจิตใจได้ และรู้สึกดีขึ้น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“...ช่วงที่อาการกำเริบจะอารมณ์หดหู่ เศร้า ก็จะหลับตาแล้วก็สวดมนต์ นึกถึงขอสติให้เราตอนนี้ แล้วก็พยายามนอนให้โอเค ไม่ฟุ้งซ่าน ซึ่งก็ดีขึ้น” (ID3)

“มันจะเสียใจง่ายลูก คือบางทีเรา (หยุดคิด) บางทีเรานั่งอยู่ดี ๆ เราก็ร้องไห้... บางทีเราก็คิดว่า ถ้าเราไม่คิดเราก็ไม่เสียใจนะ เราก็จะคิดอย่างนี้คะ แต่บางทีมันก็ระงับได้ บางช่วง มันก็ระงับไม่ได้คะ” (ID4)

“...ช่วงไหนที่มีอะไรมาทำให้เราเครียดหรือว่าอะไรที่เราไม่พอใจอย่างนี้คะเราก็จะเป็นหนักเลย นอนไม่หลับ จะเป็นช่วงที่ก่อนมีรอบเดือน...มันจะรู้สึกว่าจะไม่อยากทำอะไร ไม่อยากขยับตัว...” (ID6)

“อย่างที่ป้าบอกคะว่ามันไม่อยากทำอะไร อยากอยู่เฉย ๆ มันอยากนอน มันอยากอะไรไม่รู้ บางทีมันก็กระวนกระวาย อะไรที่ไม่ได้ตั้งใจเราก็จะโมโห พิ๊ดพิ๊ด ๆ มันหงุดหงิดไปหมด มันอยากจะทำร้ายคนทำนองนี้คะ พอได้กินยาแล้วมันก็สามารถที่จะระงับจิตใจตัวเองได้...” (ID8)

## 1.2 เข้าใจ ยอมรับสาเหตุของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น

เมื่อผู้ให้ข้อมูลเกิดการรับรู้การผิดปกติของตนเองที่เกิดขึ้นแล้ว ผู้ให้ข้อมูลหลายรายได้พยายามทำความเข้าใจถึงสาเหตุของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง เช่น เกิดจากภาวะความเครียด ความกดดัน ที่เกิดขึ้นและสะสมเรื่อยมา ที่เป็นผลมาจากทั้งเรื่องงาน เรื่องครอบครัว และเรื่องของสารเคมีในสมองที่ไม่สมดุล อีกทั้งผู้ให้ข้อมูลบางรายกล่าวว่าสาเหตุอาการผิดปกติมาจากปัจจัยพื้นเพความเป็นอยู่สมัยเด็กที่ไม่ดี มีครอบครัวแตกแยก มีการใช้กำลังในครอบครัว จึงทำให้สารเคมีในสมองเปลี่ยนแปลงไป อีกทั้งเป็นโรคที่ต้องได้รับความช่วยเหลือและต้องใช้เวลาเพื่อรักษาดังที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายกล่าวว่า

“...การเป็นเซลล์มันเจอหลายอย่างมันเจอภาวะกดดันหลายๆ อย่าง คือเราเลี้ยงลูกเล็กด้วย มันเลยทำให้รู้สึกว่าเรารับภาระทั้งกายทั้งใจคนเดียว ลูกเรามีอาการป่วยออทิสติกอ่อนๆด้วย ช่วงนั้นก็พาลูกหาหมอออทิสติกทุกวันเสาร์ มีเข้า treatment คือเหมือนไปไฟท์ดูแลลูก จนตัวเอง ไม่ได้ดูแลใจตัวเอง ว่าเหมือนจริงๆแล้วที่เราารู้สึกเครียดและเป็นกังวลกับอาการป่วยของเค้า พอออกจากงานมา มันก็จะไม่มีภาระการงานแล้ว ไฟท์เรื่องลูกละ ก็เลยดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ก็เลยเหมือนตัดภาระออกจากสมองกับร่างกายไป...เราคิดว่ามันเกิดจากเคมีในสมองเนี่ยแหละ เหมือนสารบางอย่างมันหายไปหรือป่าว มันทำให้เหมือนไม่ใช่เรา...” (ID3)

“ในความคิดผม ผมนิยามให้ว่า มันเป็นโรคที่เราไม่สามารถควบคุมอะไรได้เลย มันไม่ได้เหมือนเศร้าทั่วไป ที่เราเศร้าแล้วเราก็ตาย แต่อารมณ์โกรธ อารมณ์เศร้าอยู่ๆ มันจะมามันก็มาแล้วเราก็ดูแลตัวเองออกมาจากตรงนั้นได้ ต้องหา



คนช่วย...ผมคิดโรคซึมเศร้าว่าเกิดจากแรงกระตุ้นหลาย ๆ อย่างรวมกัน ที่มันมาพร้อม ๆ กัน แล้วถ้าเกิดว่าเป็นคนที่เก็บกดด้วย แล้วถ้าทุกอย่างโถมเข้ามาทีเดียวพร้อม ๆ กันมันก็จะทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้...พ่อแม่ผมเค้าชอบบังคับให้ผมทำนั่นทำนี่ หว่าผมไม่สนใจทำอะไร ทั้งเรื่องเรียน เรื่องงานบ้านก็ยังไม่ทำ” (ID7)

“โรคซึมเศร้าหรือ มันคือขาด motivation หดหู่ หดหู่แบบเกินความจำเป็น เกินเรื่องที่มีนมมืออยู่ ที่พี่คิดว่ามันน่าจะมาจาก background ความเป็นอยู่ตอนเด็กของครอบครัวที่ไม่โอเคเลย เหมือนต้องแบบต้องดิ้นรนมาเอง หาเงินเอง สอบเข้าเอง ทำโน่นนี่นั่น ต้องช่วยเหลือตัวเองทั้งหมดมาตั้งแต่เด็ก ๆ มันน่าจะเป็นผลมาจาก background แล้วอาการเหมือนกับว่ามันสะสมมา มันมีการใช้กำลังในครอบครัว คุณพ่อคุณแม่ตีกัน เราก็เห็นแล้วเราก็น่าจะเป็นสิ่งที่เราสะสมมาเรื่อย ๆ...เราอยากได้รับการยอมรับจากครอบครัว อยากให้ครอบครัวเขาภูมิใจเราอย่างนี้ ของพี่มันก็ประมาณเท่านี้แหละที่ทำให้พี่เครียดจนเกิดอาการไม่ balance ของสมอง...” (ID9)

“ก็คือโรคๆหนึ่งแหละเนอะ ที่มันเหมือนอุบัติเหตุ ด้วยสารเคมีในสมองหรือว่าสภาพแวดล้อม surrounding ทำให้มันรวมกันแล้วเกิดขึ้นมาเกิดเป็นโรคๆนี้ ซึ่งปัจจัยทางสังคมภาวะเศรษฐกิจในช่วงนี้เกี่ยวกับ ไข่คะ แล้วก็อาจจะสะสมหรือว่าอาจจะเป็นสารเคมีที่มันก็ยังไม่ชัดเจน เราว่ามันค่อนข้างอันตราย... เราคิดว่ามันก็คือโรคหนึ่งที่มีมันจะต้องใช้ยา วิทยาศาสตร์แล้วก็เทคโนโลยีทางการแพทย์ในการรักษาแค่นั้นเอง มันก็เป็นแค่โรคหนึ่งแค่ว่าต้องกินยารักษา” (ID10)

## 2) จัดการชีวิตตนเองให้ดีขึ้น

ภายหลังจากที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้อาการผิดปกติของตนเอง และมีความเข้าใจ สาเหตุของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น (อาการซึมเศร้า) แล้ว ผู้ให้ข้อมูลได้มีการจัดการชีวิตตนเองให้ดีขึ้นโดย 2.1) การกินยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ หลังจากนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงต้อง 2.2) ฝึติดิตตามอาการและผลข้างเคียงของยา และ 2.3) เข้าพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินอาการ นอกจากนั้นแล้วผู้ให้ข้อมูลมีวิธีการดูแลตนเองด้วยวิธีต่าง ๆ เพื่อให้ตนเองมีอาการดีขึ้น สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ เช่น 2.4) การทำกิจกรรมที่ชื่นชอบเพื่อช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย 2.5) ฝึกเรียนรู้ที่จะปล่อยวาง ไม่คาดหวัง มองโลกในแง่ดี และ 2.6) แสวงหาความรู้เพื่อการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ โดยมีรายละเอียดของแต่ละประเด็นย่อย ดังต่อไปนี้

## 2.1 กินยาตามแพทย์สั่ง

ผู้ให้ข้อมูลที่อาการสงบลงยังคงต้องเผชิญกับอาการต่าง ๆ ของโรคซึมเศร้าอยู่ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในการรับประทานยา พยายามทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ ทานยาให้ตรงเวลา และเชื่อว่าการรับประทานยาทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีสุขภาพดีขึ้น มีอาการดีขึ้น นอนหลับได้หายจากโรคซึมเศร้า ดังที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายกล่าวว่า

“...มันก็พัฒนาไปเรื่อย ๆ ดีขึ้นเรื่อย ๆ ทานยาด้วย ยาก็เป็นตัวช่วยหนึ่งที่ทำให้อาการดีขึ้น...ถ้ามีปัญหานิดๆหน่อยๆกับคนรอบข้างกับแฟน กลางคืนปัญหาเล็ก ๆ น้อย ๆ ทานยาหลับไปเข้ามาเหตุการณ์จะปกติ” (ID2)

“สิ่งสำคัญก็จะเป็นยาอะ ก็ตอนนั้นที่บอกว่าหายใจไม่ออกใจไม่ออกใจไหมคะ พอเราไปหาหมอโรคกระเพาะ หรือว่าไปเช็คสภาพร่างกายก็ไม่มีอะไรผิดปกติ แล้วช่วงนั้นรู้สึกว่าได้กินยาคลายเครียด เพราะว่าเรารู้สึกว่าเราไม่ได้เครียด ทีนี้ก็กลับมากินยาเพราะว่าทางหมอที่เราไปหาเรื่องกระเพาะคะ เราก็บอกเขาด้วยว่าเรารักษาเรื่องโรคนี้อยู่ คิดว่าอาจจะเป็นเพราะสาเหตุโรคนี้นี้เหมือนกันที่ทำให้หายใจไม่ออกคะ เราก็กินยาตัวนี้ไปเรื่อย ๆ แล้วอาการพวกนี้มันก็หายไปเลย เราต้องกินยาอะ กินตามที่หมอสั่ง เชื่อยาจะช่วยให้เราหายได้ ดีขึ้นได้...แล้วก็ยังกินยานอนหลับอยู่คะช่วงไหนที่นอนไม่หลับจริง ๆ” (ID6)

“การทานยาก็ช่วยได้มากนะ เห็นชัดเจนอยู่ช่วงหนึ่งที่ผมไม่ได้ทานยาแล้วอาการมันก็แย่ (หัวเราะ) ก็คือความคิดมันมา มาไม่หยุดเลย (หัวเราะ) อะอะนี่ก็มาแล้ว คือเห็นได้ชัดเจนมากอยู่เฉยๆก็นั่งร้องไห้ ก็เลยคิดปกติเราไม่เป็นแบบนี้เนี่ย เพราะว่าตอนเนี่ยหลังๆ ก็เริ่มดีขึ้น พยายามกินยาตามที่หมอสั่ง” (ID7)

“...ก็หลับดีขึ้นนะอาจจะเป็นเพราะหมอบริบายด้วย แต่ว่าก็ต้องนอนให้พอด้วยคะ ถ้านอนไม่พอเนี่ยวันรุ่งขึ้นก็จะไม่ค่อยโอเค” (ID9)

## 2.2 เผื่อติดตามอาการและผลข้างเคียงของยา

ภายหลังจากที่ผู้ให้ข้อมูลรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเล่าตรงกันว่าหลังจากรับประทานยาแล้วรับรู้ได้ว่ามีอาการข้างเคียงจากยาเกิดขึ้นผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ทานยาแล้วรู้สึกง่วง นอนเยอะ ทำให้ไปทำงานไม่ได้ บางครั้งก็ทำให้นอนไม่หลับ แต่อาการข้างเคียงเหล่านี้ก็หายไปเมื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาปรับยาให้เหมาะสมกับผู้ให้ข้อมูล ดังที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายกล่าวว่า

“คุณหมอไม่ได้ตรวจแต่ฟังจากที่เราพูดแล้วก็จัดยาให้ พอรู้สึกว่ามีขึ้นก็มาครั้งใหม่ มันก็มีหลายช่วงที่เปลี่ยนยาเรื่อย ๆ เพราะว่ามันบางทีมันกินแล้วนอนไม่หลับ บางทีกินแล้วนอนเยอะไป บางทีกินแล้วก็นอนเยอะมากไป” (ID1)

“กินยาแล้วเรารู้สึกได้เลยว่านอน นอนเยอะ ง่วง” (ID2)

“เค้าบอกว่ายาที่กินตัวเก่าที่xxxไม่มีที่นี้นะ แต่จะให้ยาตัวใหม่ไปเป็นคนคล้ายๆ เค้า เรียกว่าเป็นยาสีใหม่แต่ว่าเนื้อยาเป็นแบบเก่าที่ แล้วก็รู้สึกว่าหมอก็มีการเปลี่ยนยาไปมา เพิ่มอันนั้น ลดอันนี้ อยู่แบบนี้คะ แรกๆมันไม่ค่อยโอเค นอนเยอะ ทำอะไรไม่ได้เลยบ้างเลยขอเปลี่ยนยาและหมอก็เปลี่ยนยาปรับยาให้ ช่วงหลังๆก็เริ่มรู้สึกดีขึ้น จนเกิดการเข้าลอคจนถึงทุกวันนี้...เข้าลอคหมายถึงว่ายามันถูกเหมือนคำโบราณที่ว่า ลางเนื้อคู่กลางยา พอกินเข้าไปแล้วรู้สึกเหมือนมันเข้าไปทุก รุณอุษุมชนจากตัวยาของมัน มันจะรู้สึกที่ตัวเราโล่งปลอดโปร่ง สบายใจมากขึ้น ไม่มีเรื่องอะไรที่คิดเป็นกังวล จะมีจะจนก็ไม่ได้รู้สึกท้อหรือรู้สึกถอยเลยคะ ริงหน้าอย่างเดียวคือฉันจะต้องสู้ ฉันจะต้องผ่านมันไปให้ได้คะ” (ID8)

นอกจากอาการดังกล่าวแล้ว ผู้ให้ข้อมูลบางรายกล่าวว่า อาการข้างเคียงจากยา ส่งผลทำให้อยากรับประทานอาหารมากขึ้น และมีน้ำหนักมากขึ้น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“เราว่าเรากินเยอะขึ้นนะ เหมือนหมอเค้าบอกว่ายามันทำให้ enjoy eating มากขึ้น แล้วน้ำหนักเราก็ขึ้น” (ID10)

### 2.3 พบแพทย์ตามนัดเสมอ

นอกจากการรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง ผู้ติดตามอาการและผลข้างเคียงจากยาแล้ว ผู้ให้ข้อมูลยังให้ความสำคัญต่อการเข้าพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมออีกด้วย ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เล่าว่าการไปพบแพทย์ตามนัดอย่างต่อเนื่อง มีจุดประสงค์เพื่อเป็นการประเมินสภาวะอาการที่อาจผิดปกติซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อไรก็ได้ และรับยากลับบ้าน ดังที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายกล่าวว่า

“คุณหมอเนี่ย เค้าก็จะนัดติดตามอาการเรื่อย ๆ ภูเก็ตคะ ก็มาตามทีไคร้นัด แล้วหมอก็จะเป็นตัวนำเลยเพราะเค้าจะดูอาการ ถามอาการต่างๆ ไปแล้วจัดยาให้ เป็นครั้งๆไป” (ID6)

“ปากก็ไม่ได้จัดการอะไร ถ้ายาใกล้หมดปากก็ต้องรีบเตรียมตัวแล้วเตรียมตัวไปหมอ โดยรวมแล้วถ้าทานยาไม่ขาดเลยมันก็ปกติดี ไม่มีอะไร เค้านัดให้ไปเมื่อไรปากก็ไป” (ID8)

นอกจากนั้นแล้วผู้ให้ข้อมูลบางรายให้ข้อมูลว่า นอกจากการการเข้าพบแพทย์ตามนัด อย่างสม่ำเสมอแล้ว ถ้ามีอาการไม่ดีขึ้นจะโทรเข้าไปเพื่อขอเปลี่ยนวันนัดให้เร็วขึ้น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า

“...แล้วก็มาหาหมอตตามนัดที่หมอนัด แต่ถ้าอาการไม่ดีก็มาก่อน ไม่รอ ถ้าเวลา รู้สึกแปลก ๆ ก็จะโทรมาหาโทรมาถาม มาขอเปลี่ยนวันมา บางวันก็โทรไม่ทันก็มาก่อน (หัวเราะ) เดือนนี้เริ่มนัดเป็น 4 เดือน แต่ก่อน 6 เดือนนะ พอมีปัญหา เรื่องแฟนหมอก็นัดเร็วขึ้น จากเดิม 6 เดือน ลดลงมาเหลือ 2 เดือน แล้วช่วงนี้ เพิ่งมาเริ่มนัดเป็นทุก 4 เดือน” (ID1)

ผู้ให้ข้อมูลบางรายกล่าวว่า นอกจากจิตแพทย์ มีนักจิตวิทยา และอาจารย์ที่มหาวิทยาลัย คอยให้คำปรึกษาเมื่อผู้ให้ข้อมูลต้องการอีกด้วยเช่นกัน คอยให้คำปรึกษา ช่วยเหลือเมื่อผู้ให้ข้อมูลมีปัญหา ดังที่ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า

“โดยส่วนตัวผมมองว่านักจิตแพทย์เค้าก็ช่วยให้คำปรึกษาผม รับฟังผมเป็น อย่างดี แบบว่าคอยเอาใจช่วยผม ให้กำลังใจผม ผมก็รู้สึกดี แล้วก็รู้สึกดีที่ว่าเค้า เข้าใจว่าความคิดของเรา mild set ของเราเป็นอย่างเนี่ยเราควรทำยังไง... เวลาผมมีเรื่องอะไรให้คำปรึกษาผมเป็นอย่างดีเลย แล้วก็นักจิตวิทยาที่ มหาวิทยาลัยที่คอยให้คำปรึกษาอยู่ ถ้าเครียดถ้ามีอะไรก็สามารถเข้ามาคุยเข้ามา แชรได้ เค้าก็มีให้การบ้านผมมาหาวิธีที่ช่วยให้ผมดีขึ้น ให้ผมไม่ต้องไปจดจ่อ กับความคิดลบๆ ช่วยให้ผมมีกิจกรรมทำได้จากในช่วงแรกๆ ที่ผมไม่มีกิจกรรม อะไรทำเลย...แล้วก็การจากคณะอาจารย์ด้วย เค้าก็จะดูแลใส่ใจผมเหมือนกัน เป็นอย่างดีเลย” (ID7)

## 2.4 ทำกิจกรรมที่ชื่นชอบเพื่อผ่อนคลาย

ผู้ให้ข้อมูลหลายรายมีวิธีการจัดการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่แตกต่างกัน ออกไป ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเลือกทำกิจกรรมที่ตนเองชื่นชอบ เมื่อทำแล้วรู้สึกดี มีความสุข หายเครียด ดีต่อทั้งสุขภาพกายและใจ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลเชื่อว่าการทำกิจกรรมที่ทำให้ตนเองมีความสุขจะช่วย ส่งเสริมให้มีอาการดีขึ้น และส่งเสริมให้หายจากโรคซึมเศร้าได้ เช่น ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า ถ้ารู้สึก เบื่อจะพามาออกไปเดินเล่น หรือเปิดเพลงฟัง จะช่วยให้อาการค่อย ๆ ดีขึ้น ผู้ให้ข้อมูลสองรายกล่าว ตรงกันว่า มีความเชื่อว่าการออกกำลังกายจะช่วยให้หายจากโรคได้ และผู้ให้ข้อมูลอีกราย กล่าวว่ พยายามทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยทำก่อนป่วย ออกไปกินข้าวดูหนังกับเพื่อนก็นับได้ว่าเป็นการทำ กิจกรรมที่ตัวอย่างหนึ่ง ดังที่ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายกล่าวไว้ ดังนี้

“เราพยายาม เวลาเรารู้สึกเบื่อเราก็เอาเพลงมาเปิดฟัง พามาไปวิ่งเล่นอะไร แบบนี้ มันก็ค่อยๆ ดีขึ้นเรื่อยๆ...เดินเล่น...แล้วก็เปิดข้าวดู ชอบดูข่าว ก็รู้สึกดีขึ้น นะ ถ้าทีวีหนึ่งช่องไหนฉันชอบมากยิ่งดูรู้สึกดีมาก...แล้วก็ทำบุญ ทำเรื่อย ขอให้หายจากโรค” (ID1)

“ถ้ามีอะไรมากระทบกระเทือนจิตใจแบบรุนแรง หาทางออกไม่ได้ คือ...ต้องนอน วิธีสุดท้ายที่จะทำเนี่ยคือหลับไป ตื่นมากก็จะลืม...ความเชื่อที่ว่าหายแน่ ๆ ก็คือ การออกกำลังกายแบบที่คุณหมอบอก มันดีต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตด้วย... กับร้องเพลงจะเยอะ หายเครียด ชอบมาก มากกว่า” (ID2)

“...พยายามจะไม่อยู่หรือเอาตัวเองไปอยู่กับความเครียด...พยายามที่จะออก กำลังกาย ก็จะตั้งเป้าหมายเอาไว้เลยว่าอะอาทิตย์ละกี่วัน แล้วก็พยายามอย่างที บอกไปพยายามที่จะหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เรารู้สึกเครียดแล้วก็สิ่งทำให้เกิด อาการเศร้าหรือว่าอาการหายใจไม่ออก ก็หลังจากที่รู้ว่าเป็นโรคนี้ก็รู้แล้วว่า ทำงานไม่ได้ ก็หันมาขายของออนไลน์ ทำงานที่ ที่ไม่ต้อง (เงิบหยุดคิด) เป็น งานที่ไม่ต้องไปประจำค่ะ ต้องตื่นเช้า 8 โมงไป ปกติต้องตื่น 6 โมงเข้าไปทำงาน ก็ พยายามที่จะทำให้ตัวเองพริ้มมากขึ้น คือไม่ต้องมีเรื่องอะไรเครียดเลย

เพราะว่าตอนที่ทำงานอยู่มันเครียด ถ้ารู้สึกว่ามันต้องตื่นไปทำงานตอนเช้า เราก็จะรู้สึกนอนไม่หลับเลย (ID6)

“...นั่น เราก็เลยลอง maintain activity ของเราให้เหมือนเมื่อก่อน เหมือน ก่อนที่เราจะเป็นโรคซึมเศร้าคะ แต่แค่รู้สึกว่าเออเรารู้สึกแบบนี้ เรารู้สึกไม่ดีหรือ อะไรมัน เป็นเพราะโรคเราต้องเข้าใจตรงนี้ก่อน ไม่งั้นมันก็จะแย่กว่าเดิม แต่เราก็ ออกกำลังกายปกติ ก็นัดเจอเพื่อนบ้างไปกินข้าว ไปคาเฟ่ ไปดูหนัง ก็ทำทุกอย่าง ให้เป็นปกติ ไม่ได้แบบ เหมือนพอเราไป add activity เข้าไปจากเดิม เราก็จะ รู้สึก pressure เฮ้ยเราต้องไปทำอันนี้อีกแล้ว ๆ ซึ่งมันก็เป็นกิจกรรมที่ดีนะแต่ว่า เราไม่แฮปปี้ เราก็เลยกลับมาแบบเดิมดีกว่า” (ID10)

## 2.5 เรียนรู้ที่จะปล่อยวาง ไม่คาดหวัง มองโลกในแง่ดี

นอกจากวิธีการทำกิจกรรมที่ขึ้นชอบช่วยให้ผ่อนคลายแล้ว ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้พยายาม และเรียนรู้การทำจิตใจให้สบาย การมองโลกในแง่ดี เพื่อช่วยให้จิตใจเข้มแข็ง และรู้จักการปล่อยวาง โดยเริ่มปรับที่ตัวของผู้ให้ข้อมูลเอง คาดหวังให้น้อยลง พยายามมองโลกในแง่ดี พยายามฝึกการมอง ทุกอย่างให้เป็นไปอย่างธรรมชาติ และปล่อยวาง โดยมีจุดประสงค์เพื่อต้องการให้อาการดีขึ้น ผู้ให้ ข้อมูลบางรายให้ข้อมูลว่า ตอนนี้รู้สึกปล่อยวางได้อย่างมาก ไม่มีความคาดหวัง แม้กระทั่งกับตัวเอง ผู้ให้ข้อมูลอีกรายกล่าวว่าตนไม่รู้สึกน้อยใจที่ป่วย แต่กลับรู้สึกดีที่รู้ว่าไม่สบายและเข้ารับการรักษา อย่างถูกต้อง ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ก็พยายามทำจิตใจให้สบาย พยายามมองโลกในแง่ดี ใครไม่ดีก็ปล่อยเค้าไป อย่าไปยุ่งกับเค้า ใครชอบจู้จี้หน่อยเราก็อ่าไปยุ่งกับเค้า...จิตใจ จิตใจต้อง เข้มแข็ง รู้จักปล่อยวาง ตลอดหลายอย่างที่มีมันเกิดขึ้น ใครทำไม่ดีกับเราก็ปล่อย เค้าไป อโหสิกรรมให้เค้าไปมันก็จบ”(ID1)

“...ตัดเรื่องที่คุณคิดให้มันน้อยที่สุดเพื่อที่จะต้องยังไม่มาคิดอะไร ใช้สมองให้น้อย ที่สุดเพื่อจะเหมือนกับบารุงสมองตัวเอง...ปรับเราเอง ที่เมื่อก่อนว่ารู้สึกว่าคุณเซ็ด โตะไม่สะอาด ก็ด่ามัน โมโหมัน พอตานี้เซ็ดโตะไม่สะอาด ก็ปล่อยมันออกไป ก่อน พอมันออกไปเสร็จเราก็มาเซ็ดเอง แล้วเราก็ซัก แล้วเราก็เอาผ้าไปตาก เรา

ก็สบายใจละ เปลี่ยนแนวคิดกับเปลี่ยนวิถีตัวเองไปเลย ให้หวังให้น้อยลง แล้วก็ลดทุกอย่าง ไม่ต้องถึงกับสิ้นหวังแต่คือ ให้มองทุกอย่างเป็นธรรมชาติว่า ...”

(ID3)

“ตอนนี้เรารู้สึกว่ามันปล่อยวางมาก ๆ จนเรารู้สึกที่จะคาดหวัง แม้แต่กับตัวเอง ด้วยนะคะ จริง ๆ ก็มีหวังนิดนึง มันไม่ได้แบบว่าฉันต้องทำแบบนี้ ฉันต้องทำแบบนี้ ทำเรารู้สึกแย่มากกลายเป็นไม่ใช่แบบนี้แล้ว แม้แต่คนรอบข้างที่อยู่ด้วย พอเค้าไม่อะไรแล้วเรารู้สึกว่าไม่เห็นจะเป็นอะไร มันเหมือนกับการปล่อยวางมั้งคะ ไม่ค่อยมีความคาดหวังเท่าไร (หัวเราะ)” (ID6)

“อืม ก็ไม่ได้คิดน้อยใจหรือว่าหงุดหงิดที่ตัวเองเป็นนะคะ แค่คิดว่าเออเนอะมันเกิดขึ้นกับคนหลายล้านคนบนโลกใบนี้ แล้วก็ไม่ได้คิดว่าตัวเองโชคร้ายหรืออะไร คิดแค่ว่ามันเป็นช่วงชีวิตช่วงหนึ่งที่มีผลมาของพีชิ่งพีชิ่งทำใจได้ ดีใจ ดีใจที่ว่าอย่างน้อยเราก็ไม่ได้อาการหนักหรือว่าไม่ได้ไม่รู้ตัวหรือว่าปฏิเสธการรักษาอะ ยังขอบคุณตัวเองที่เรายังรู้ตัวแล้วเรายังไปรับการรักษาอย่างถูกต้อง” (ID9)

## 2.6 แสวงหาความรู้เพื่อการดูแลตนเองอยู่เสมอ

ผู้ให้ข้อมูลที่มีอาการสงบให้ความสำคัญต่อการแสวงหาความรู้เพื่อดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ผู้ให้ข้อมูลมีความเชื่อมั่นในแพทย์ผู้ให้การรักษา เมื่อเกิดข้อคำถาม ข้อสงสัยใด ๆ ก็ตามมักจะนึกถึงแพทย์ผู้ให้การรักษาอยู่เสมอ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องยา อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการกินยา และข้อมูลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง อาการ อาการของโรค โดยมีจุดประสงค์เพื่อไขข้อข้องใจจากข้อคำถามที่เกิดขึ้น และผู้ให้ข้อมูลจะสามารถนำมาปฏิบัติดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องให้มีสุขภาพดีต่อไปได้ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ก็ต้องทำอย่างไรก็ได้ให้มันดีขึ้น ถ้าเราไม่รู้อะไรก็ต้องถามหมอ สงสัยก็ถามหมอก็จะบอกเรา มาหาหมอเลย เราต้องอยู่เพื่อลูก...ลูกก็ยังเล็ก ๆ อยู่เลย ดูแลตัวเองไม่ได้...อย่างเรากินยาแล้วมัน มันกินยาไม่ถูก (หมายความว่า กินยาอาการไม่ดีขึ้น) ต้องทำอย่างไร ต้องเปลี่ยนยาใหม่” (ID1)

“อย่างถ้าสมมุติผมมีอาการแล้วผมไม่เข้าใจอะไรบางอย่างแล้วมัน (หยุดคิด) เหมือนช่วงสับสน พอคุยกับหมอก็จะได้คำตอบ พอเข้าใจขึ้น” (ID5)

“...แล้วก็คุณหมอที่พี่ไปหา สงสัยเรื่องอะไรก็ถามหมอ เขาก็ให้คำปรึกษาและคำแนะนำที่ดี...” (ID9)

นอกจากนั้นแล้วผู้ให้ข้อมูลบางรายกล่าวว่า หมอให้ใบความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าให้อ่าน ซึ่งข้อมูลประกอบไปด้วยอาการ การรักษา แต่ถ้ามียาคำถามก็จะถามหมดตลอดในวันที่หมอนัดไปติดตามอาการ และใช้อินเตอร์เน็ตเป็นอีกทางเลือกถ้าลืมถามหมอ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายกล่าวว่า

“...เพราะเราเชื่อว่าเรามาถึงมือหมอแล้วคุณหมอมองแลเรา ก็ไม่ได้กังวลอะไรแล้วเค้าก็ให้แผ่นพับโบว์ชัวร์ว่าโรคนี้เป็นอย่างไรเค้าก็ให้ข้อมูลว่า โรคนี้เป็นอย่างไรนะ ไม่ได้น่ากลัว มันหายได้ เค้าก็ให้ความรู้กับเรา...แล้วก็ถ้าอันไหนเราลืมถามหมอ ไม่ได้ถามหมอเราก็เสิร์สจากอินเทอร์เน็ต google หาข้อมูลเอง” (ID2)

### 3) สร้างพลังใจที่จะก้าวเดินต่อไป

การเผชิญหน้าต่อสู้กับของโรคซึมเศร้านั้นเป็นสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ต้องลุกขึ้นต่อสู้ด้วยความยากลำบาก ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ต้อง 3.1) เติมเต็มกำลังใจของตัวเองเสมอ เพื่อที่จะได้มีแรง มีพลัง มีกำลังใจต่อสู้อย่างต่อเนื่อง อีกทั้ง 3.2) กำลังใจจากคนรอบข้าง เป็นแรงผลักดันช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลผ่านพ้นอุปสรรคและช่วยให้อาการดีขึ้นได้

#### 3.1 เติมเต็มกำลังใจตัวเองเสมอ

ผู้ให้ข้อมูลหลายรายมีความพยายามที่จะต่อสู้กับโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้น โดยให้กำลังใจตัวเอง ให้ความรักกับตัวเองให้มากขึ้น และยอมทำทุกอย่างเพื่อให้ได้อยู่กับลูก เพื่อให้ได้อยู่กับคนที่รัก ถึงแม้ว่าจะมีผู้อื่นที่ไม่เข้าใจแต่ก็ไม่ใช่อุปสรรคเลย โดยจุดมุ่งหมายของการเติมกำลังใจให้ตัวเองของผู้ให้ข้อมูลคือการมีอาการดีขึ้น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลหลายรายกล่าวว่า พยายามให้กำลังใจตัวเอง รักตัวเองให้มากขึ้น ต้องอยู่เพื่อลูก ต้องมีชีวิตอยู่เพื่อใครสักคน ใครไม่เข้าใจก็ตัดออกไป ต้องหาย ต้องดีขึ้น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า คนข้างๆสำคัญมาก ๆ จะคอยให้การปลอบโยนเมื่อมีปัญหา อยู่ข้างๆเสมอคอย support ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“...แล้วก็พยายามให้กำลังใจตัวเอง รักตัวเองมากขึ้น เซพตัวเองมากขึ้น ไม่ปะทะแบบ...ไม่เข้าใจฉันก็ไม่ใช่ไร ฉันตัดๆออกไป (ยิ้มและหัวเราะ) ไซ่ ก็มีแม่ มีลูก...



เรามีลูกเราก็ต้องแอกทีฟตัวเองว่าเออ ฉันเป็นแม่นะ ความที่เราเป็นแม่เราตายไม่ได้นะ เราต้องอยู่เพื่อลูก เราต้องทำทุกอย่างเพื่อลูก อันนี้ก็เป็นอีกกำลังใจหนึ่ง... ตัวเราเองสำคัญที่สุด สิ่งแวดล้อมสำคัญมาก สิ่งแวดล้อมดีเราก็เลยพยายามทำดี คิดดี คิดบวก ให้กำลังใจตัวเอง ทุกอย่างมันก็จะดีขึ้นเรื่อยๆ” (ID2)

“จริง ๆ แล้วฉันยังไม่อยากตาย ฉันยังมีลูกที่น่ารัก มีหนี้สินเยอะแยะเลยอะไรอย่างนี้ มันแค่เป็นอีกคน ๆ หนึ่ง เราชอบคิดอย่างนั้นนะ มีอีกคน ๆ หนึ่งที่พยายามบอกเราไปตาย และเราก็สู้กับมันอยู่...” (ID3)

“ผมเชื่อว่าผมต้องมีชีวิตเพื่อใครครับ ผมอยากดูแลใคร ผมอยากทำอะไรให้ใคร แบบนี้ครับ ผมก็เลยต้องอยู่ต่อ ต้องหายใจ ต้องดิ้น เราแค่ต้องอยู่กับมันได้ เราก็มีความสุขกับมันก็พอ” (ID5)

“...สิ่งที่ทำให้เราหายใจได้มากที่สุดคือ หนึ่ง mind set ของตัวเราเอง คือเราต้องเปลี่ยน mind set ของเรากลับเป็นอย่างไร...เปลี่ยน mild set ให้เรารู้จักรักตัวเองบ้าง เห็นแก่ตัวบ้าง ซึ่งเห็นแก่ตัวในที่นี้ไม่ใช่แบบที่เค้าน่าๆ กัน เห็นแก่ตัวในที่นี้คือรักตัวเองบ้าง แล้วก็ปรับความคิดให้มันบวกคิด... เราต้องดิ้นเพื่อคนที่เรารัก” (ID7)

### 3.2 ได้รับกำลังใจจากครอบครัว

ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเห็นตรงกันว่า กำลังใจจากครอบครัวและครอบครัวเป็นสิ่งที่มีค่าและสำคัญ เนื่องจากบุคคลกลุ่มนี้คอยเป็นกำลังใจ ด้วยความเป็นห่วงจากใจจริง คอยให้การช่วยเหลือดูแลเมื่อมีอาการ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลมีอาการที่ดีขึ้นได้ ผู้ให้ข้อมูลหลายรายกล่าวว่า พ่อ-แม่ และลูกคอยเป็นกำลังใจที่ดี คอยบอกให้ทานยาหาหมอย่างเคร่งครัด ผู้ให้ข้อมูลอีกรายกล่าวว่า คนที่อยู่ข้างๆ เรา สำคัญมาก เมื่อมีปัญหาหรืออาการจะคอยช่วยจัดการและปลอบให้รู้สึกดีขึ้น ผู้ให้ข้อมูลอีกรายกล่าวว่า รู้สึกดีใจเมื่อมีลูกสาวคอยเป็นกำลังใจ ปลอบใจไม่ให้เกิดมาก ดังที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายกล่าวว่า

“...ก็มีแต่เพื่อนข้างห้องคุยกันได้ ก็ไม่ถึงกับสนิทมากแต่ก็คุยกันได้ เวลามีปัญหาที่คุยกันได้ปรึกษาได้ เป็นกำลังใจพอ แบบคล้าย ๆ ว่า พอแบ่งเบาอารมณ์ให้เราได้...ส่วนมากก็มีพ่อกับแม่ แม่ก็ให้กำลังใจดี ก็บอกไปหาหมอกินยาตามที่หมอสั่ง

พยายามอย่าลืมกินยา เค้าบอกอย่างนี้ ลูกก็ช่วยทำให้แม่ดีขึ้น ช่วยให้แม่ไม่คิดมาก เป็นกำลังใจให้แม่” (ID1)

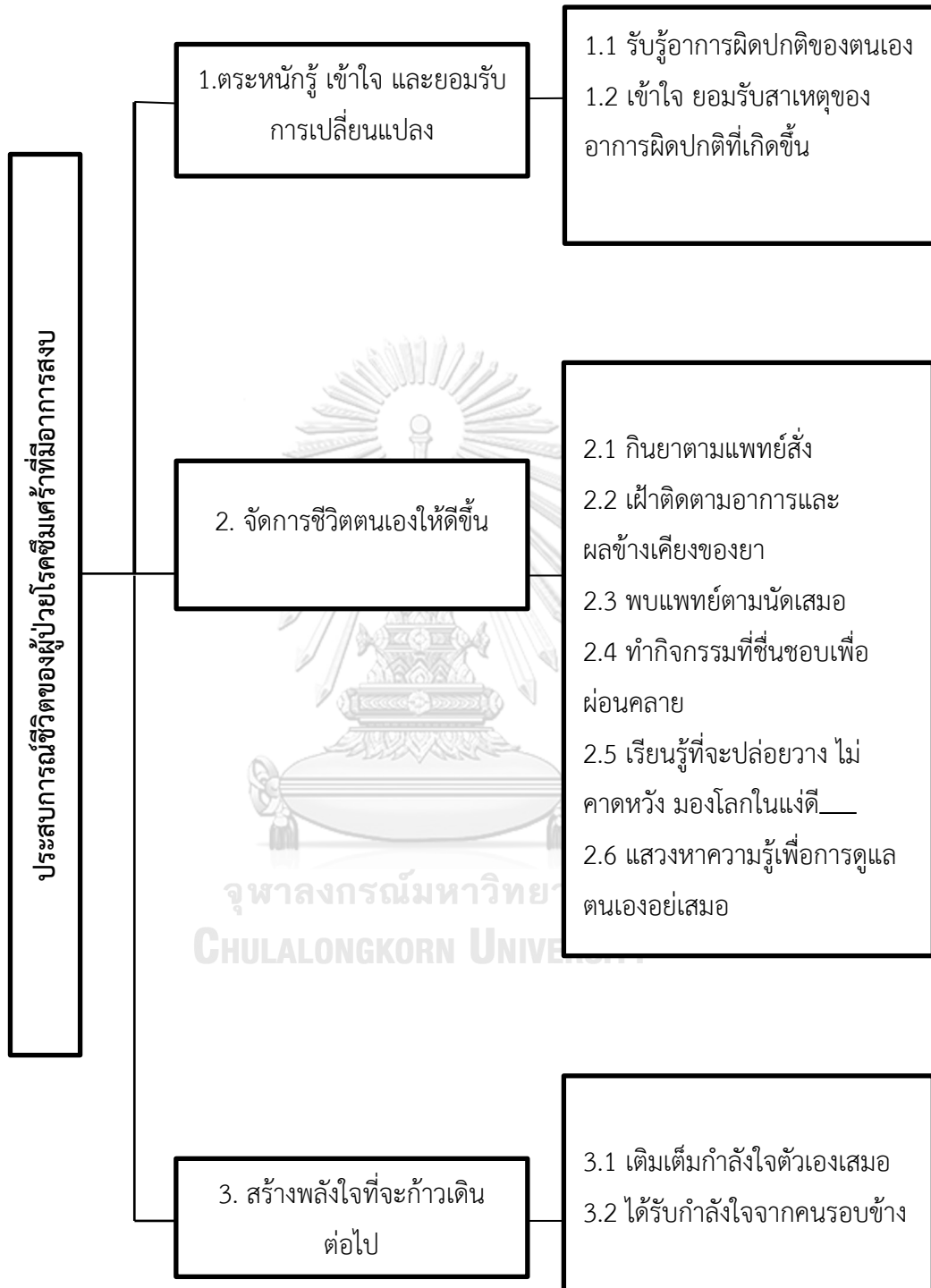
“มีลูก ลูกสาวคะ แฟนก็จะให้กำลังใจว่าเอออย่าไปคิดมาก ถ้าเค้ารู้ว่าเราเป็นเค้า จะไม่นี่เลย สมมติไม่ลงไปกินข้าว เราเครียด เค้าก็จะบอกว่ากินข้าวนะ อ่าอย่าไปคิดมาก เค้าก็จะเอาข้าวขึ้นมาให้เราบนห้องหรือว่าเราอยากกินอะไรเค้าก็จะทำให้เรา เค้าจะไม่ให้เราคิดมาก ลูกสาวก็จะปลอบใจ ว่าเออแม่อย่าคิดมาก แต่เวลาลูกถามเราก็มีความรู้สึกที่เออเราดีใจ” (ID4)

“... คืออย่างสมมุติว่าช่วงไหนที่เรา ที่เราจะมีอาการอะไรแบบนี้คะ ถ้าเกิดเค้าเข้าใจ เค้าก็จะพยายามคุยกับเรา แล้วก็ช่วยเราจัดการในเรื่องๆ นั้นด้วยคะ พยายามคุยพยายามปลอบแล้วก็ อันนี้ดีมาก ของเราก็จะเป็นแพนค้ำที่อยู่ข้างๆ เราตลอด คนข้างๆ นี่คือสำคัญมากจริงๆ...แล้วโชคดีที่คนรอบข้างเข้าใจก็พยายาม Support เรา” (ID6)

นอกจากนั้นแล้ว ผู้ให้ข้อมูลบางรายกล่าวว่า นอกจากบุคคลใกล้ชิดอย่างแม่แล้วที่คอยเป็นกำลังใจที่สำคัญเพื่อที่จะต่อสู้กับโรคซึมเศร้า เป็นผู้ที่คอยให้การสนับสนุนอีกคนคือ สามีซึ่งคอยให้การสนับสนุน อย่างดีเสมอมา พาหาหมอรับยาที่สิงคโปร์ และการกลับคืนมาดีของครอบครัวเป็นเหมือนแรงเสริมช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลมีกำลังใจมากขึ้น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“...มีเพื่อนสนิทอยู่สองคนที่คอยให้กำลังใจแล้วที่รู้สึกที่เค้าเป็นห่วงเราจริงๆ อีกคนนึงถึงขั้นแบบขับรถไปเอายาให้ในช่วง covid ที่พี่บินกลับมาไม่ได้เพราะไม่มีสายการบิน ขับรถไปรอไปเอายาที่xxxคะแล้วก็ส่งยาไปให้ ก็เลยรู้สึกที่เห็นจริงๆ แล้วเราก็เป็นคนดีนะ มีคนรักเรานะ อีกอย่างหนึ่งก็คือพี่มีหลานแฝดอยู่สองคน ชายคน หญิงคน แล้วเราก็รู้สึกเรามีเป้าหมายนะเราต้องแข็งแรง เราต้องแบบ เพราะพี่ไม่มีลูกไง ก็มีแม่ แม่แก่แล้วไงพี่จะไม่ฆ่าตัวตายเด็ดขาด (หัวเราะเบาๆ) แล้วก็รู้สึกว่าเดี๋ยวเราต้องดูแลแม่นะ แม่เค้าเป็นกำลังใจที่สำคัญ แล้วสามีก็ค่อนข้างจะ supportive มาก เค้าเป็นคนสิงคโปร์ มีช่วงที่อยู่สิงคโปร์แล้วอาจจะหมดเค้าก็พาไปหาหมอรับยา ...พอครอบครัวมันกลับมาดี พี่เลยคิดว่าพี่เลยดีขึ้น ค่ะ มันเหมือนเป็นการมีแรงเสริมมีกำลังใจมากขึ้นว่า เหยย เดี่ยวเราจะ fight กับโรคนี้นะเดี๋ยวมันจะต้องหายแหละ” (ID9)

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ ตามแนวคิดของปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนาของ Edmund Husserl (Husserlian phenomenology) เพื่อค้นหาความจริงที่เกิดขึ้นจากปรากฏการณ์การเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบตามมุมมองการรับรู้ของผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์นั้น และประสบการณ์ตรง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ ตัวผู้วิจัย โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 10 ราย ใช้วิธีการเก็บข้อมูลโดยด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ด้วยการสัมภาษณ์แบบต่อหน้า (face to face interview) จำนวน 5 ราย และสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลระหว่าง 30-90 นาที เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลผ่านทางโทรศัพท์ จำนวน 5 ราย และสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลระหว่าง 20-90 นาที แบบมีแนวทางการสัมภาษณ์ ร่วมกับการบันทึกเทป การจดบันทึก และการสังเกตในระหว่างทำการสัมภาษณ์ ร่วมด้วย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาถอดเทปคำต่อคำ (verbatim) เพื่อที่จะนำมาวิเคราะห์เนื้อหา เมื่อข้อมูลมีการอิ่มตัว ไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล และทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบของ Colaizzi (1978)

#### สรุปผลการวิจัย

ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก และ 10 ประเด็นย่อย ดังนี้

##### ประเด็นที่ 1 รับรู้ เข้าใจ และยอมรับอาการเปลี่ยนแปลง

ภายหลังจากที่ผู้ให้ข้อมูลได้เผชิญกับเหตุการณ์การเจ็บป่วย ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ 1.1) รับรู้ อาการผิดปกติของตนเอง อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นมีลักษณะแตกต่างกันไป ไม่สามารถคาดเดา และไม่สามารถควบคุมได้เลย ผู้ให้ข้อมูลจะรู้สึกดีขึ้นจากอาการผิดปกติได้เมื่อมีวิธีการจัดการที่เหมาะสม ด้วยวิธีการสวดมนต์ภาวนา ทำสติให้สงบ หรือด้วยวิธีการกินยาเพื่อบรรเทาอาการให้ดีขึ้น ซึ่งอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูลเมื่อเกิดบ่อยครั้ง ซ้ำ ๆ จึงส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูล 1.2) เข้าใจ ยอมรับสาเหตุของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น

##### 1.1 รับรู้อาการผิดปกติของตนเอง

ผู้ให้ข้อมูลรับรู้อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตน เช่น หดหู่ เศร้า เสียใจง่าย ร้องไห้ เครียดนอนไม่หลับ กระวนกระวาย หงุดหงิด อยากร้ายผู้อื่น ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงเลือกใช้วิธีการจัดการที่

เหมาะสมกับตนเอง ผู้ให้ข้อมูลบางรายเลือกใช้วิธีหลับตาสวดมนต์ ขอสติ บางรายเลือกใช้การกินยา ทำให้ระงับจิตใจได้ และรู้สึกดีขึ้น

## 1.2 เข้าใจ ยอมรับสาเหตุของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น

เมื่อผู้ให้ข้อมูลเกิดการรับรู้อาการผิดปกติของตนเองที่เกิดขึ้นแล้ว ผู้ให้ข้อมูลหลายรายได้พยายามทำความเข้าใจถึงสาเหตุของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง เช่น เกิดจากภาวะความเครียด ความกดดัน ที่เกิดขึ้นและสะสมเรื่อยมา ที่เป็นผลมาจากทั้งเรื่องงาน เรื่องครอบครัว และเรื่องของสารเคมีในสมองที่ไม่สมดุล อีกทั้งผู้ให้ข้อมูลบางรายกล่าวว่าสาเหตุอาการผิดปกติมาจากปัจจัยพื้นเพ ความเป็นอยู่สมัยเด็กที่ไม่ดี มีครอบครัวแตกแยก มีการใช้กำลังในครอบครัว จึงทำให้สารเคมีในสมองเปลี่ยนแปลงไป อีกทั้งเป็นโรคที่ต้องได้รับความช่วยเหลือและต้องใช้เวลาเพื่อรักษา

## ประเด็นที่ 2 จัดการชีวิตตนเองให้ดีขึ้น

ภายหลังจากที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้อาการผิดปกติของตนเอง และมีเข้าใจ สาเหตุของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ผู้ให้ข้อมูลจึงต้องมีการจัดการชีวิตตนเองให้ดีขึ้นโดย 2.1) การกินยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ หลังจากนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงต้อง 2.2) ฝ้าติดตามอาการและผลข้างเคียงของยา และ 2.3) ต้องเข้าพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินอาการ นอกจากนั้นแล้วผู้ให้ข้อมูลมีวิธีการดูแลตนเองด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น 2.4) การทำกิจกรรมที่ชื่นชอบเพื่อช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย และ 2.5) ฝึกเรียนรู้ที่จะปล่อยวาง ไม่คาดหวัง มองโลกในแง่ดี และ 2.6) แสวงหาความรู้เพื่อการดูแลตนเองอยู่เสมอ

### 2.1 กินยาตามแพทย์สั่ง

ผู้ให้ข้อมูลที่อาการสงบยังคงต้องเผชิญกับอาการต่าง ๆ ของโรคซึมเศร้าอยู่ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในการรับประทานยา พยายามทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ ทานยาให้ตรงเวลา และเชื่อว่าการรับประทานยาทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีสุขภาพดีขึ้น มีอาการดีขึ้น นอนหลับได้ หลีกเลี่ยงโรคซึมเศร้า

### 2.2 ฝ้าติดตามอาการและผลข้างเคียงของยา

ภายหลังจากที่ผู้ให้ข้อมูลรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเล่าตรงกันว่าหลังจากรับประทานยาแล้วรับรู้ได้ว่ามีอาการข้างเคียงจากยาเกิดขึ้นผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ทานยาแล้วรู้สึกง่วง นอนเยอะ ทำให้ไปทำงานไม่ได้ บางครั้งก็ทำให้นอนไม่หลับ เนื่องมาจากว่าต้องมีการปรับเปลี่ยนยาไปเรื่อย ๆ แต่อาการข้างเคียงเหล่านี้ก็หายไปเมื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาปรับยาให้เหมาะสมกับผู้ให้ข้อมูล

### 2.3 พบแพทย์ตามนัดเสมอ

นอกจากการรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง และฝ้าติดตามอาการผลข้างเคียงจากยาแล้ว

ผู้ให้ข้อมูลยังให้ความสำคัญต่อการเข้าพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมออีกด้วย ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เล่าว่าการเข้ามาพบแพทย์ตามนัด มีจุดประสงค์เพื่อเป็นการเข้าประเมินภาวะอาการกับแพทย์อย่างต่อเนื่อง และรับยากลับบ้าน และผู้ให้ข้อมูลที่มีอาการไม่ค่อยดีจะโทรเข้ามาเพื่อขอเลื่อนนัดพบแพทย์ให้เร็วขึ้น หรือเข้ามาพบแพทย์เลยในวันนั้น จะไม่รอ

## 2.4 ทำกิจกรรมที่ชื่นชอบเพื่อผ่อนคลาย

ผู้ให้ข้อมูลหลายรายมีวิธีการจัดการดูแลตนเองที่แตกต่างกันออกไป ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเลือกทำกิจกรรมที่ตนเองชื่นชอบ ทำแล้วรู้สึกดี มีความสุข หายเครียด ดื่มน้ำสะอาด ดื่มน้ำสมุนไพร เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลเชื่อว่าการทำกิจกรรมที่ทำให้มีความสุขจะช่วยส่งเสริมให้มีอาการดีขึ้น และส่งเสริมให้หายจากโรคได้ เช่น ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า ถ้ารู้สึกเบื่อจะพาหมาออกไปเดินเล่น หรือเปิดเพลงฟัง จะช่วยให้อาการค่อยๆ ดีขึ้น ผู้ให้ข้อมูลสองรายกล่าวตรงกันว่า มีความเชื่อว่าการออกกำลังกายจะช่วยให้หายจากโรคได้ ผู้ให้ข้อมูลอีกราย กล่าวว่าพยายามทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยทำก่อนป่วย ออกไปกินข้าวดูหนังกับเพื่อนก็นับได้ว่าเป็นการทำกิจกรรมที่ดีอย่างหนึ่ง

## 2.5 เรียนรู้ที่จะปล่อยวาง ไม่คาดหวัง มองโลกในแง่ดี

นอกจากวิธีการทำกิจกรรมที่ชื่นชอบช่วยให้ผ่อนคลายแล้ว ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้พยายามเรียนรู้การทำจิตใจให้สบาย การมองโลกในแง่ดี เพื่อช่วยให้จิตใจเข้มแข็ง และรู้จักการปล่อยวาง โดยเริ่มปรับที่ตัวของผู้ให้ข้อมูลเอง คาดหวังให้น้อยลง พยายามฝึกการมองทุกอย่างให้เป็นไปอย่างธรรมชาติ ผู้ให้ข้อมูลบางรายให้ข้อมูลว่า ตอนนี้รู้สึกปล่อยวางได้อย่างมาก ไม่มีความคาดหวัง แม้กระทั่งกับตัวเอง ผู้ให้ข้อมูลอีกรายกล่าวว่าตนไม่รู้สึกน้อยใจที่ป่วย แต่กลับรู้สึกดีที่รู้ว่าไม่สบายและเข้ารับการรักษาอย่างถูกต้อง

## 2.6 แสวงหาความรู้เพื่อการดูแลตนเองอยู่เสมอ

ผู้ให้ข้อมูลที่มีอาการสงบให้ความสำคัญต่อการแสวงหาความรู้เพื่อดูแลตนเองอยู่อย่างสม่ำเสมอ ผู้ให้ข้อมูลมีความเชื่อมั่นในแพทย์ผู้ให้การรักษา เมื่อเกิดข้อคำถาม ข้อสงสัยใด ๆ ก็ตามมักจะนึกถึงแพทย์ผู้ให้การรักษาอยู่เสมอ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องยา อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการกินยา และข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวกับ อาการ อาการของโรค โดยมีจุดประสงค์เพื่อไขข้อข้องใจจากข้อคำถามที่เกิดขึ้น และผู้ให้ข้อมูลจะสามารถนำมาปฏิบัติดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องให้มีสุขภาพดีต่อไปได้

## ประเด็นที่ 3 สร้างพลังใจที่จะก้าวเดินต่อไป

การเผชิญหน้าต่อสู้กับของโรคร้ายนั้นเป็นสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ต้องลุกขึ้นต่อสู้ด้วยความยากลำบาก ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ต้อง 3.1) เต็มเต็มกำลังใจของตัวเองเสมอ เพื่อที่จะได้มีแรง มีพลัง มีกำลังใจต่อสู้อย่างต่อเนื่อง อีกทั้ง 3.2) กำลังใจจากคนรอบข้าง เป็นแรงผลักดันช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลผ่านพ้นอุปสรรคและช่วยให้อาการดีขึ้นได้

### 3.1 เติมเต็มกำลังใจตัวเองเสมอ

ผู้ให้ข้อมูลหลายรายมีความพยายามที่จะต่อสู้กับโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้น โดยให้กำลังใจตัวเอง ให้ความรักกับตัวเองให้มากขึ้น และยอมทำทุกอย่างเพื่อให้ได้อยู่กับลูก เพื่อให้ได้อยู่กับคนที่รัก ถึงแม้ว่าจะมีผู้อื่นที่ไม่เข้าใจแต่ก็ไม่ใช่อุปสรรคเลย โดยจุดมุ่งหมายของการเติมกำลังใจให้ตัวเองของผู้ให้ข้อมูลคือการมีอาการดีขึ้น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลหลายรายกล่าวว่า พยายามให้กำลังใจตัวเอง รักตัวเองให้มากขึ้น ต้องอยู่เพื่อลูก ต้องมีชีวิตอยู่เพื่อใครสักคน ใครไม่เข้าใจก็ตัดออกไป ต้องหาย ต้องดีขึ้น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า คนข้างๆสำคัญมาก ๆ จะคอยให้การปลอบโยนเมื่อมีปัญหา อยู่ข้างๆเสมอ คอยซัพพอร์ต

### 3.2 ได้รับกำลังใจจากครอบครัว

ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเห็นตรงกันว่า กำลังใจจากครอบครัวและครอบครัวเป็นสิ่งที่มีค่าและสำคัญ เนื่องจากบุคคลกลุ่มนี้คอยเป็นกำลังใจ ด้วยความเป็นห่วงจากใจจริง คอยให้การช่วยเหลือดูแล เมื่อมีอาการ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลมีอาการที่ดีขึ้นได้ ผู้ให้ข้อมูลหลายรายกล่าวว่า พ่อ-แม่ และลูกคอยเป็นกำลังใจที่ดี คอยบอกให้ทานยาหาหมอย่างเคร่งครัด ผู้ให้ข้อมูลอีกรายกล่าวว่า คนที่อยู่ข้างๆ เรา สำคัญมาก เมื่อมีปัญหาหรืออาการจะคอยช่วยจัดการและปลอบให้รู้สึกดีขึ้น ผู้ให้ข้อมูลอีกรายกล่าวว่า รู้สึกดีใจเมื่อมีลูกสาวคอยเป็นกำลังใจ ปลอบใจไม่ให้คิดมาก

### อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ ผู้วิจัยจะอภิปรายผลการวิจัยตามประเด็นที่ได้จากการศึกษา ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

**1. ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ** แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ตระหนักรู้ เข้าใจ และยอมรับการเปลี่ยนแปลง 2) จัดการชีวิตตนเองให้ดีขึ้น และ 3) สร้างพลังใจที่จะก้าวเดินต่อไป

ผู้วิจัยจะขออภิปรายผลการวิจัยในแต่ละประเด็น ดังนี้

#### ประเด็นที่ 1 รับรู้ เข้าใจ และยอมรับอาการเปลี่ยนแปลง

**รับรู้อาการผิดปกติของตนเอง** ผู้ป่วยสามารถรับรู้อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตน ซึ่งอาการผิดปกติของแต่ละบุคคลมีการแสดงออกที่แตกต่างกันไป เช่น หดหู่ เศร้า เสียใจง่าย ร้องไห้ เกรียदनอนไม่หลับ กระวนกระวาย หงุดหงิด อยากทำร้ายผู้อื่น ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงอาการผิดปกติดังกล่าวแล้วผู้ป่วยจึงเลือกใช้วิธีการจัดการที่เหมาะสมกับตนเอง ผู้ป่วยบางรายเลือกใช้วิธีหลับตาสวดมนต์ ขอสติ บางรายเลือกใช้การกินยา ทำให้ระงับจิตใจได้ และรู้สึกดีขึ้น สอดคล้องกับ Karp (1994) อธิบายว่า ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นมุมมองที่เปลี่ยนแปลงได้หรือเป็นความคิดที่

ผู้ป่วยพยายามทำความเข้าใจกับสภาวะคลุมเครือของชีวิต ซึ่งผู้ป่วยสามารถรับรู้ถึงความไม่สบายใจสัมผัสได้ว่ามีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นต้องหาทางรักษา รับรู้ว่าคุณเองอยู่ในภาวะวิกฤตและเข้ารับการรักษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ทำความเข้าใจกับสาเหตุอาการเจ็บป่วยและเผชิญหน้าจัดการกับปัญหา และทำใจยอมรับ นอกจากนี้ Unworth (1999) อธิบายว่าระยะแรกเมื่อหายจากโรคซึมเศร้านี้ คือ วัฏวนแห่งความทุกข์ (spiraling down) จะถูกกระตุ้นจากสถานการณ์ต่างๆ เช่น การไม่สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การเจ็บป่วย เป็นต้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายกายทุกซี้ใจ เป็นช่วงที่ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียการควบคุม และไม่สามารถที่จะทำให้ดีขึ้นได้ ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยเริ่มเกิดการตระหนักรู้ถึงสิ่งที่ผิดปกติบางอย่าง สอดคล้องกับ Chernomas (1997) ที่กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงในตนเอง (Transformed self) ซึ่งถูกครอบงำโดยความรู้สึกไร้กำลัง ร่างกายอ่อนล้าขาดพลังที่จะทำอะไร ไม่สามารถที่จะมีอำนาจหรือควบคุมความรู้สึกในแต่ละวันได้ มีความรู้สึกผิดที่ไม่สามารถควบคุมความรู้สึกของตนเอง และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงทำให้ตัดสินใจตัดสินใจตนเองในแง่ลบ ส่งผลทำให้รู้สึกกลัว คับข้องใจ โกรธตนเองและโกรธผู้แค้น และกลัวอนาคต นอกเหนือจากการที่รู้จักตนเอง กับภาวะไร้พลังที่เกิดขึ้น สิ่งสำคัญที่จะช่วยให้สามารถเผชิญสิ่งท้าทายในการดำรงชีวิตและความต้องการของชีวิตก็คือ การไม่ปล่อยให้ทุกอย่างเพียงลำพัง การหาวิธีที่จะพาตัวเองกลับมา หรือเปลี่ยนแปลงบางส่วนของตนเองหรือทั้งสองอย่าง มีความสำคัญในกระบวนการเยียวยา สอดคล้องกับ Trivedi and Daly (2008) กล่าวว่า ผู้ป่วยในระยะอาการสงบพบว่ายังมีความไม่สบายใจ นอนไม่หลับในช่วงแรก น้ำหนักลด ไม่อยากอาหาร รู้สึกอ่อนล้า ไม่มีสมาธิ และความรู้สึกไร้ซึ่งความหวัง และ ดวงใจ กสานติกุล (2542) ได้อธิบายภาวะซึมเศร้าว่าหมายถึง ภาวะจิตใจหม่นหมอง มีอารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุกเพลิดเพลินหรือหมดอาลัยตายอยาก นอนไม่หลับ น้ำหนักลด เชื่องช้า มองทุกอย่างด้านลบ

**เข้าใจ ยอมรับสาเหตุของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น** เมื่อผู้ป่วยเกิดการรับรู้อาการผิดปกติของตนเองที่เกิดขึ้นแล้ว ผู้ป่วยพยายามทำความเข้าใจถึงสาเหตุของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง เช่น เกิดจากภาวะความเครียด ความกดดัน ที่เกิดขึ้นและสะสมเรื่อยมา ที่เป็นผลมาจากทั้งเรื่องงาน เรื่องครอบครัว และเรื่องของสารเคมีในสมองที่ไม่สมดุล อีกทั้งผู้ป่วยบางรายพบว่าสาเหตุอาการผิดปกติมาจากปัจจัยพื้นเพความเป็นอยู่สมัยเด็กที่ไม่ดี มีครอบครัวแตกแยก มีการใช้กำลังในครอบครัว จึงทำให้สารเคมีในสมองเปลี่ยนแปลงไป อีกทั้งเป็นโรคที่ต้องได้รับความช่วยเหลือและต้องเข้ายาเพื่อรักษา ดังที่ Parsons (1951) อธิบายว่า พฤติกรรมบทบาทการเจ็บป่วย (sick-role behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำภายหลังจากที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว เพื่อให้หายจากอาการเจ็บป่วยนั้น เช่น รับประทานยาตามที่หมอสั่ง มาพบหมอดตามนัด การออกกำลังกาย การควบคุมอาหารและน้ำหนัก หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัด การสั่งงดสุรางดบุหรี่ ซึ่งเป็นพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดีขึ้น (getting well) ซึ่ง Horesh, Klomek, and Apter (2008) ได้อธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าของบุคคล



ตามทฤษฎีด้านสังคม (social theory) ว่าลักษณะสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของบุคคล โดยลักษณะทางสังคมสิ่งแวดล้อม และสถานการณ์ปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อความแปรปรวนด้านสมดุลของบุคคลที่พบได้ทั่วไป เช่น ปัญหาความรัก การปรับตัวกับเพื่อน/ครอบครัว/ผู้ร่วมงาน ลักษณะปัญหาในการทำงาน การเรียน การเงิน ความเจ็บป่วย การประสบความล้มเหลวในชีวิต ผิดหวัง ภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงวัยของชีวิต หรือหลายสถานการณ์รวมกันถือเป็นสิ่งเร้า (stimuli) ที่เข้ามาคุกคามภาวะสมดุลของบุคคล สอดคล้องกับ มาลินี อยู่ใจเย็น และคณะ (2561) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า คือ การมีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด การผ่อนคลายความเครียด และการไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม สอดคล้องกับ Auerbach et al., (2010) กล่าวว่า การรับมือกับภาวะความเครียดทางจิตใจที่ไม่เหมาะสมจะส่งผลกระทบต่อระดับความซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ Chernomas (1997) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงในตนเอง (Transformed self) ซึ่งถูกครอบงำโดยความรู้สึกไร้กำลัง ร่างกายอ่อนล้า ขาดพลังที่จะทำอะไร ไม่สามารถที่จะมีอำนาจหรือควบคุมความรู้สึกในแต่ละวันได้ มีความรู้สึกผิดที่ไม่สามารถควบคุมความรู้สึกของตนเอง และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงทำให้ตัดสินตนเองประเมิณตนเองในแง่ลบ ส่งผลทำให้รู้สึกกลัว คับข้องใจ โกรธตนเองและโกรธผู้แค้น และกลัวอนาคต นอกเหนือจากการที่รู้จักตนเอง กับภาวะไร้พลังที่เกิดขึ้น สิ่งสำคัญที่จะช่วยให้สามารถเผชิญสิ่งท้าทายในการดำรงชีวิตและความต้องการของชีวิตก็คือ การไม่ปล่อยให้อยู่อย่างเพียงลำพัง การหาวิธีที่จะพาตัวเองกลับมา หรือเปลี่ยนแปลงบางส่วนของตนเองหรือทั้งสองอย่าง มีความสำคัญในกระบวนการเยียวยา

## ประเด็นที่ 2 จัดการชีวิตตนเองให้ดีขึ้น

**กินยาตามแพทย์สั่ง** ขณะที่ผู้ป่วยที่อาการสงบยังคงต้องเผชิญกับอาการต่าง ๆ ของโรคซึมเศร้าอยู่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในการรับประทานยา พยายามทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ ทานยาให้ตรงเวลา และเชื่อว่าการรับประทานยาทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น มีอาการดีขึ้น นอนหลับได้ หายจากโรคซึมเศร้า สอดคล้องกับ Parsons (1951) อธิบายว่าพฤติกรรมที่เป็นบทบาทของการเจ็บป่วย เป็นการปฏิบัติตัวตามคำสั่งของผู้ที่ให้การรักษาลงหลังจากได้รับการวินิจฉัยแล้ว เพื่อให้หายจากอาการเจ็บป่วยนั้น เช่น รับประทานยาตามที่หมอสั่ง มาพบหมอตามนัด การออกกำลังกาย การควบคุมอาหารและน้ำหนัก หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัด การสั่งงดสุราบุหรี่ ซึ่งเป็นพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดีขึ้น และ Andersen (2008) อธิบายว่า พฤติกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพเป็นรูปแบบพฤติกรรมที่เกิดจากแรงจูงใจเพื่อแสวงหาความช่วยเหลือด้านสุขภาพ ซึ่งบุคคลที่มีสุขภาพดีจะมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่นำมาปฏิบัติเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยจากโรค (Kasl and Cobb, 1966) สอดคล้องกับ Vergouwent et al. (2003) อธิบายว่าการรับประทานยาของผู้ป่วยมีความสำคัญต่อการประสบความสำเร็จในการรักษาโรคซึมเศร้า และ Koivumaa et al. (2000) พบว่า

ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหายจากโรคซึมเศร้าหลังจากเริ่มได้ยาต้านเศร้า และการกลับเป็นซ้ำไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในชีวิตหรือการเจ็บป่วยทางกาย และสวดี จันดีกระยอม (2546) อธิบายว่าปัจจัยเกี่ยวข้องกับการหายจากภาวะซึมเศร้าตามการรับรู้ของผู้ป่วย พบว่าปัจจัยด้านแพทย์ผู้รักษาเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการหายจากโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่ผู้ป่วยมีความศรัทธาความเชื่อในแพทย์ผู้รักษา ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่พบบ่อยที่สุด ปัจจัยรองลงมา คือ ยา แรงเสริมทางบวก สอดคล้องกับ นุสรานา นามเดช และคณะ (2561) กล่าวว่า นอกจากการเข้าปรึกษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ พบว่าบุคคลส่วนใหญ่เลือกการปรับทัศนคติให้ดีขึ้นไปในทิศทางบวกมากขึ้น พูดเล่าระบายความรู้สึก ปล่อยใจตนเอง ออกไปเที่ยวทำกิจกรรมให้รู้สึกผ่อนคลาย และกินอาหารเมนูโปรด เพื่อจัดการกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้นเบื้องต้น โดยที่ Yeh et al. (2014) อธิบายว่าผู้ป่วยที่มีอาการสงบ (Remission) เป็นผู้ที่มีความเชื่อในการใช้ยาต้านเศร้า มีการแสดงออกทางจิตสังคมที่ดี และเป็นผู้ที่มีสมรรถนะแห่งตนสูง การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีจิตสังคมที่ดีและมีสมรรถนะแห่งตนสูงจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่อาการสงบได้

**เฝ้าติดตามอาการและผลข้างเคียงของยา** ภายหลังจากที่ผู้ป่วยอาการสงบรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง ผู้ป่วยหลายรายเล่าตรงกันว่าหลังจากรับประทานยาแล้วรับรู้ได้ว่ามีอาการข้างเคียงจากยาเกิดขึ้นผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ทานยาแล้วรู้สึกง่วง นอนเยอะ ทำให้ไปทำงานไม่ได้ บางครั้งก็ทำให้นอนไม่หลับ เนื่องมาจากว่าต้องมีการปรับเปลี่ยนยาไปเรื่อยๆ แต่อาการข้างเคียงเหล่านี้ก็หายไปเมื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาปรับยาให้เหมาะสมกับผู้ให้ข้อมูล ดังที่ Parsons (1951) อธิบายว่าพฤติกรรมที่เป็นบทบาทของการเจ็บป่วย เป็นการปฏิบัติตัวตามคำสั่งของผู้ที่ให้การรักษหลังจากได้รับการวินิจฉัยแล้ว เพื่อให้หายจากอาการเจ็บป่วยนั้น เช่น รับประทานยาตามที่หมอสั่ง มาพบหมอดตามนัด การออกกำลังกาย การควบคุมอาหารและน้ำหนัก หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัด การสังสรรค์งดบุหรี ซึ่ง เป็นพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดีขึ้น สอดคล้องกับ Unsworth (1999) พบว่าเมื่อผู้ป่วยรับรู้และตระหนักถึงอาการผิดปกติบางอย่างเกิดขึ้น และไม่สามารถทนกับภาวะความทุกข์ทนที่กำลังเผชิญอยู่ได้อีกต่อไปแล้ว จึงต้องทำใจยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วเริ่มหาทางแก้ไข สอดคล้องกับ Kasl and Cobb (1966) อธิบายว่าบุคคลที่มีสุขภาพดีจะมีพฤติกรรมด้านสุขภาพ (Health behavior) ที่นำมาปฏิบัติเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยจากโรค (preventing disease) หรือช่วยในการค้นหาการเจ็บป่วยที่อาจจะเกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับ Chernomas (1997) อธิบายว่าความต้องการและการติดตาม (Wanting and monitoring) การที่ยอมรับการสูญเสียความเป็นตัวตนนั้นเป็นพลังผลักดันที่มีผลต่อความสามารถของตนเองในการเผชิญชีวิตจริงในแต่ละวัน ทำให้มีความต้องการที่จะนำบางส่วนของตนเองที่สูญเสียไปกลับคืนมา และ/หรือต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงบางอย่างในตัวเอง และเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงจะนำไปสู่ชีวิตที่ดี ซึ่งการยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น อาจกล่าวได้ว่าผู้หญิงมีการติดตามสภาพ

ของตนเองว่าดีขึ้นหรือแย่ลง สามารถระบุสิ่งที่ตนเองสามารถทำได้ในตอนนี้ การติดตามตนเองใน ความหมายของผู้ป่วยคือ การที่ลดความรู้สึกที่ไร้พลังของตนเอง สามารถที่จะควบคุมชีวิตของตนเอง ได้ สอดคล้องกับ Vergouwent et al. (2003) อธิบายว่าการรับประทานยาที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อ การประสบความสำเร็จในการรักษาโรคซึมเศร้า และ Koivumaa et al. (2000) พบว่าผู้ป่วยมีอาการ ดีขึ้นหายจากโรคซึมเศร้าหลังจากเริ่มได้ยาต้านเศร้า และการกลับเป็นซ้ำไม่มีความสัมพันธ์กับ ความเครียดในชีวิตหรือการเจ็บป่วยทางกาย นอกจากนี้ Lam et al. (2012) ศึกษาการรับรู้อาการ ของโรคซึมเศร้าและอาการข้างเคียงจากการใช้ยาซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงาน พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการทานยา คือ อ่อนเพลีย ไร้เรี่ยวแรง นอนไม่หลับ เกิดปัญหาด้านการ จดจ่อและความจำ มีความวิตกกังวล และรู้สึกอยู่ไม่เป็นสุข สอดคล้องกับ สุวดี จันดีกระยอม (2546) ที่พบว่า แพทย์ผู้รักษาเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นและหายจากโรคซึมเศร้า และ Yeh et al. (2014) อธิบายว่าผู้ป่วยที่มีอาการสงบ (Remission) เป็นผู้ที่มีความเชื่อในการใช้ยา ต้านเศร้า มีการแสดงออกทางจิตสังคมที่ดี และเป็นผู้ที่มีสมรรถนะแห่งตนสูง การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีจิต สังคมที่ดีและมีสมรรถนะแห่งตนสูงจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่อาการสงบได้

**พบแพทย์ตามนัดเสมอ** นอกจากการรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง และเฝ้าติดตามอาการ ผลข้างเคียงจากยาแล้ว ผู้ป่วยยังให้ความสำคัญต่อการเข้าพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมออีกด้วย ซึ่ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เล่าว่าการเข้ามาพบแพทย์ตามนัด มีจุดประสงค์เพื่อเป็นการเข้าประเมินภาวะอาการ กับแพทย์อย่างต่อเนื่อง และรับยากลับบ้าน และผู้ป่วยที่มีอาการไม่ค่อยดีจะโทรเข้ามาเพื่อขอเลื่อนนัด พบแพทย์ให้เร็วขึ้น หรือเข้ามาแพทย์เลยในวันนั้น จะไม่รอ ดังที่ Andersen (2008) อธิบาย พฤติกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพว่าเป็นรูปแบบพฤติกรรมที่เกิดจากแรงจูงใจเพื่อแสวงหาความ ช่วยเหลือด้านสุขภาพ และเป็นปัจจัยที่ทำให้การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพเกิดขึ้น โดยสิ่งที่เป็นตัว กำหนดการแสวงหาความช่วยเหลือการบริการทางสุขภาพ (help-seeking) คือ ทศนคติความเชื่อที่มี ต่อบริการด้านสุขภาพ (a person's beliefs) ซึ่งพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือจะช่วยให้เกิด การรับรู้ปัญหาทางสุขภาพจิตได้ (Magaard et al., 2017) สอดคล้องกับ Parsons (1951) อธิบายว่า พฤติกรรมที่เป็นบทบาทของการเจ็บป่วย เป็นการปฏิบัติตัวตามคำสั่งของผู้ที่ให้การรักษาหลังจาก ได้รับการวินิจฉัยแล้ว เพื่อให้หายจากอาการเจ็บป่วยนั้น เช่น รับประทานยาตามที่หมอสั่ง มาพบหมอ ตามนัด การออกกำลังกาย การควบคุมอาหารและน้ำหนัก หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัด การสั่งงดสูรางด บุหรี่ ซึ่งเป็นพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดีขึ้น สอดคล้องกับ Unsworth (1999) พบว่าเมื่อ ผู้ป่วยรับรู้และตระหนักถึงอาการผิดปกติบางอย่างเกิดขึ้น และไม่สามารถทนกับภาวะความทุกข์ทรมานที่ กำลังเผชิญอยู่ได้อีกต่อไปแล้ว จึงต้องทำใจยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วเริ่มหาทางแก้ไข สอดคล้องกับ Kasl and Cobb (1966) อธิบายว่าบุคคลที่มีสุขภาพดีจะมีพฤติกรรมด้านสุขภาพ (Health behavior) ที่นำมาปฏิบัติเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยจากโรค (preventing disease) หรือช่วยในการ

ค้นหาการเจ็บป่วยที่อาจจะเกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับ Chernomas (1997) อธิบายว่าความต้องการและการติดตาม (Wanting and monitoring) การที่ยอมรับการสูญเสียความเป็นตัวตนนั้นเป็นพลังผลักดันที่มีผลต่อความสามารถของตนเองในการเผชิญชีวิตจริงในแต่ละวัน ทำให้มีความต้องการที่จะนำบางส่วนของตนเองที่สูญเสียไปกลับคืนมา และ/หรือต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงบางอย่างในตัวเอง และเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงจะนำไปสู่ชีวิตที่ดี ซึ่งการยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น อาจกล่าวได้ว่าผู้หญิงมีการติดตามสภาพของตนเองว่าดีขึ้นหรือแย่ลง สามารถระบุสิ่งที่ตนเองสามารถทำได้ในตอนนี้ การติดตามตนเองในความหมายของผู้ป่วยคือ การที่ลดความรู้สึกที่ไร้พลังของตนเอง สามารถที่จะควบคุมชีวิตของตนเองได้ นอกจากนี้ Kim et al. (2011) ศึกษาปัจจัยทำนายการเข้าสู่ภาวะอาการสงบในช่วงระยะเวลา 12 อาทิตย์ในเกาหลี พบว่าผู้ป่วยที่เข้าติดตามอาการจนครบระยะเวลา เป็นเวลา 12 อาทิตย์ จะเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะอาการสงบ และสุติ จันดีกระยอม (2546) กล่าวว่า ปัจจัยเกี่ยวข้องกับ การหายจากภาวะซึมเศร้าตามการรับรู้ของผู้ป่วย พบว่าปัจจัยด้านแพทย์ผู้รักษาเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการหายจากโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่ผู้ป่วยมีความศรัทธาความเชื่อในแพทย์ผู้รักษา ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่พบบ่อยที่สุด ปัจจัยรองลงมา คือ ยา แรงเสริมทางบวก และการมีความหวัง

**ทำกิจกรรมที่ชื่นชอบเพื่อผ่อนคลาย** ผู้ป่วยหลายรายมีวิธีการจัดการดูแลตนเองที่แตกต่างกันออกไป ผู้ป่วยหลายรายเลือกทำกิจกรรมที่ตนเองชื่นชอบ ทำแล้วรู้สึกดี มีความสุข หายเครียด ดีต่อทั้งสุขภาพกาย เนื่องจากผู้ป่วยเชื่อว่าการทำกิจกรรมที่ทำให้มีความสุขจะช่วยส่งเสริมให้มีอาการดีขึ้น และส่งเสริมให้หายจากโรคได้ เช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งเล่าว่า ถ้ารู้สึกเบื่อจะพาหมาออกไปเดินเล่น หรือเปิดเพลงฟัง จะช่วยให้อาการค่อย ๆ ดีขึ้น และผู้ป่วยสองรายมีความเชื่อว่าการออกกำลังกายจะช่วยให้หายจากโรคได้ โดยผู้ป่วยอีกรายกล่าวว่าพยายามทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยทำก่อนป่วย ออกไปกินข้าวดูหนังกับเพื่อนก็นับได้ว่าเป็นการทำกิจกรรมที่ดีอย่างหนึ่ง สอดคล้องกับ Parsons (1951) อธิบายว่าพฤติกรรมที่เป็นบทบาทของการเจ็บป่วย เป็นการปฏิบัติตัวตามคำสั่งของผู้ที่ให้การรักษาลงมาได้รับการวินิจฉัยแล้ว เพื่อให้หายจากอาการเจ็บป่วยนั้น เช่น รับประทานยาตามที่หมอสั่ง มาพบหมอตตามนัด การออกกำลังกาย การควบคุมอาหารและน้ำหนัก หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัด การสั่งงดสุรา ดิบหรือ ซึ่งเป็นพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดีขึ้น สอดคล้องกับ Unsworth (1999) พบว่าเมื่อผู้ป่วยรับรู้และตระหนักถึงอาการผิดปกติบางอย่างเกิดขึ้น และไม่สามารถทนกับภาวะความทุกข์ทรมานที่กำลังเผชิญอยู่ได้อีกต่อไปแล้ว จึงต้องทำใจยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วเริ่มหาทางแก้ไข สอดคล้องกับ Kasl and Cobb (1966) อธิบายว่าบุคคลที่มีสุขภาพดีจะมีพฤติกรรมด้านสุขภาพ (Health behavior) ที่นำมาปฏิบัติเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยจากโรค (preventing disease) หรือช่วยในการค้นหาการเจ็บป่วยที่อาจจะเกิดขึ้นได้ โดย Chernomas (1997) ที่กล่าวว่าตนเองคือผู้เยียวยา (The self as healer) ตัวผู้ป่วยเองจะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะมีความพยายามในการฟื้นคืน การควบคุมและ

การรักษา พวกเขาเชื่อว่าถ้าหากพวกเขาสามารถผลักดันตัวเองให้สามารถกลับไปทำอะไรได้ จะทำให้พวกเขาดีขึ้น ซึ่งอาจจะประเมินได้จากที่พวกเขาสามารถพบกับความสุขอีกครั้ง และบางอย่างที่พวกเขาเลือกทำแล้วประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับ สุวดี จันดีกระยอม (2546) ศึกษาพบว่ากิจกรรมบำบัดเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการหายจากภาวะซึมเศร้าได้ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหายในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านครอบครัว ตัวผู้ป่วย งานอดิเรก ญาติหรือเพื่อน และกิจกรรมทางศาสนา สอดคล้องกับ Villaggi et al.(2015) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีวิธีการจัดการอาการตนเอง (self-management strategies) ได้อย่างถูกต้อง และต่อเนื่องในด้านต่างๆ เช่น ด้านร่างกาย ด้านอาการซึมเศร้า ด้านสังคม ด้านการดำรงชีวิต และด้านการทำหน้าที่ จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการดีขึ้นจนหายจากโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ Yeh et al. (2014) อธิบายว่าผู้ป่วยที่มีอาการสงบ (Remission) เป็นผู้ที่มีการแสดงออกทางจิตสังคมที่ดี มีความเชื่อในการใช้ยาต้านเศร้า และเป็นผู้ที่มีสมรรถนะแห่งตนสูง การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีจิตสังคมที่ดีและมีสมรรถนะแห่งตนสูงจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่อาการสงบได้ ซึ่งผู้ที่มีอาการสงบนี้จะเป็นผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตดี เช่น มองโลกในแง่ดี และการมีความมั่นใจในตนเอง เช่น การกลับไปเป็นตัวเองดังเช่นก่อนมีอาการป่วย และสามารถกลับไปทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้อย่างเป็นปกติดังเดิม ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า (Zimmerman et al., 2006)

**เรียนรู้ที่จะปล่อยวาง ไม่คาดหวัง มองโลกในแง่ดี** ดังที่ นอกจากวิธีการทำกิจกรรมที่ชื่นชอบช่วยให้ผ่อนคลายแล้ว ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้พยายามเรียนรู้การทำจิตใจให้สบาย การมองโลกในแง่ดีเพื่อช่วยให้จิตใจเข้มแข็ง และรู้จักการปล่อยวาง โดยเริ่มปรับที่ตนเอง คาดหวังให้น้อยลง พยายามฝึกการมองทุกอย่างให้เป็นไปอย่างธรรมชาติ ผู้ป่วยบางรายให้ข้อมูลว่า ตอนนี้อู้สึกปล่อยวางได้อย่างมาก ไม่มีความคาดหวัง แม้กระทั่งกับตัวเอง และผู้ป่วยอีกรายกล่าวว่าตนไม่รู้สึกลittleใจที่ป่วย แต่กลับรู้สึกดีที่รู้ว่าไม่สบายและเข้ารับการรักษาอย่างถูกต้อง สอดคล้องกับ Chernomas (1997) กล่าวว่าตนเองคือผู้เยียวยา (The self as healer) ตัวผู้ป่วยเองจะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะมีความพยายามในการฟื้นคืน การควบคุมและการรักษา พวกเขาเชื่อว่าถ้าหากพวกเขาสามารถผลักดันตัวเองให้สามารถกลับไปทำอะไรได้ จะทำให้พวกเขาดีขึ้น ซึ่งอาจจะประเมินได้จากที่พวกเขาสามารถพบกับความสุขอีกครั้ง และบางอย่างที่พวกเขาเลือกทำแล้วประสบความสำเร็จ ดังที่ Woodgate (2006) อธิบายว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการทำใจยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น หลีกเลียงความคิดด้านลบและปรับความคิดให้คิดบวก สอดคล้องกับ สุวดี จันดีกระยอม (2546) ที่พบว่าปัจจัยที่มีส่วนสำคัญช่วยในการฟื้นฟูหาย ได้แก่ ตัวผู้ป่วย งานอดิเรก ญาติหรือเพื่อน ครอบครัว และกิจกรรมทางศาสนา และ Schomerus et al., (2008) ได้อธิบายว่าผู้คนส่วนใหญ่เชื่อว่า การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี การได้ใช้เวลาว่างทำสิ่งที่ชอบ มีครอบครัวที่สามารถรับฟังและให้คำปรึกษาได้ การมีความคิดด้านบวก ทำกิจกรรมที่ช่วยเสริมความ

มั่นใจ การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายและฟังเพลง และไม่ใช้สารเสพติดจะสามารถช่วยป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าได้ ซึ่งผู้ที่มีอาการสงบนี้จะเป็นผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตดี เช่น มองโลกในแง่ดี และการมีความมั่นใจในตนเอง เช่น การกลับไปเป็นตัวเองดังเช่นก่อนมีอาการป่วย และสามารถกลับไปทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้อย่างเป็นปกติดังเดิม ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า (Zimmerman et al., 2006)

**แสวงหาความรู้เพื่อการดูแลตนเองอยู่เสมอ** ผู้ป่วยที่มีอาการสงบเป็นผู้ที่ให้ความสำคัญต่อการแสวงหาความรู้เพื่อดูแลตนเองอยู่อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในแพทย์ผู้ให้การรักษา โดยเมื่อผู้ป่วยเกิดข้อคำถาม ข้อสงสัยใด ๆ ก็ตามมักจะนึกถึงแพทย์ผู้ให้การรักษาอยู่เสมอ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องยา อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการกินยา และข้อมูลอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับ อาการ อาการของโรค โดยมีจุดประสงค์เพื่อไขข้อข้องใจจากข้อคำถามที่เกิดขึ้น และผู้ให้ข้อมูลจะสามารถนำมาปฏิบัติดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องให้มีสุขภาพดี สอดคล้องกับ Chernomas (1997) กล่าวว่า ตนเองคือผู้เชี่ยวชาญ (The self as healer) ตัวผู้ป่วยเองจะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะมีความพยายามในการฟื้นคืน การควบคุม และการรักษา พวกเขาเชื่อว่าถ้าหากพวกเขาสามารถปลุกคืนตัวเองให้สามารถกลับไปทำอะไรได้ จะทำให้พวกเขาดีขึ้น ซึ่งอาจจะประเมินได้จากที่พวกเขาสามารถพบกับความสุขอีกครั้ง และบางอย่างที่พวกเขาเลือกทำแล้วประสบผลสำเร็จ และ การสร้างความเข้าใจภาวะซึมเศร้า ทั้งความหมายและความเข้าใจ (Making sense of depression – meaning and understanding) การพยายามทำความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้น สอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า โดยคำนึงถึงการได้รับการอธิบาย โดยบุคคลากรวิชาชีพและเทียบกับความเชื่อของตนเอง การที่รับรู้ข้อมูล แง่คิด และสะสมประสบการณ์จะเป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์เพื่อที่จะทำความเข้าใจความหมายของบุคคล ในท้ายที่สุดได้เชื่อมโยงไปสู่การรักษาตัวเอง และสุวดี จันดีกระยอม (2546) กล่าวว่า ปัจจัยเกี่ยวข้องกับ การหายจากภาวะซึมเศร้าตามการรับรู้ของผู้ป่วย พบว่าปัจจัยด้านแพทย์ผู้รักษาเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการหายจากโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ Guy (2014) กล่าวว่า หญิงหลังคลอดมีการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไปหลังคลอด เนื่องจากภาวะเครียดทางจิต แต่ไม่ได้ขอความช่วยเหลือจากปัญหาดังกล่าวนั้น ซึ่งหมายถึงการแสดงออกถึงพฤติกรรมที่เป็นความเสี่ยงต่อสุขภาพจิต ดังนั้นหากหญิงหลังคลอดมีความรู้ทางด้านสุขภาพจิตก็จะสามารถช่วยให้ได้รับการดูแล และรักษาอาการซึมเศร้าหลังคลอดได้อย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของ Lam (2014) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจิตและสภาวะทางจิตเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่น พบว่าผู้ที่มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับเหมาะสม จะเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า สามารถเลือกเข้ารับการรักษาได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับ Parsons (1951) อธิบายว่าพฤติกรรมที่เป็นบทบาทของการเจ็บป่วย เป็นการปฏิบัติตัวตามคำสั่งของผู้ให้การรักษา หลังจากได้รับการวินิจฉัยแล้ว เพื่อให้หายจากอาการเจ็บป่วยนั้น เช่น รับประทานยาตามที่หมอสั่ง มา

พบหมอตตามนัด การออกกำลังกาย การควบคุมอาหารและน้ำหนัก หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัด การสังเคราะห์ดื่มน้ำ ซึ่งเป็นการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดีขึ้น และ Unsworth (1999) พบว่าเมื่อผู้ป่วยรับรู้และตระหนักถึงอาการผิดปกติบางอย่างเกิดขึ้น และไม่สามารถทนกับภาวะความทุกข์ทรมานที่กำลังเผชิญอยู่ได้อีกต่อไปแล้ว จึงต้องทำใจยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วเริ่มหาทางแก้ไข สอดคล้องกับ

### ประเด็นที่ 3 สร้างพลังใจที่จะก้าวเดินต่อไป

**เติมเต็มกำลังใจตัวเองเสมอ** ผู้ป่วยหลายรายมีความพยายามที่จะต่อสู้กับโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้น โดยให้กำลังใจตัวเอง ให้ความรักกับตัวเองให้มากขึ้น และยอมทำทุกอย่างเพื่อให้ได้อยู่กับลูก เพื่อให้ได้อยู่กับคนที่รัก ถึงแม้ว่าจะมีผู้อื่นที่ไม่เข้าใจแต่ก็ไม่ใช่อุปสรรคเลย โดยจุดมุ่งหมายของการเติมกำลังใจให้ตัวเองของผู้ป่วยคือการมีอาการดีขึ้น ดังที่ผู้ป่วยหลายรายกล่าวว่า พยายามให้กำลังใจตัวเอง รักตัวเองให้มากขึ้น ต้องอยู่เพื่อลูก ต้องมีชีวิตอยู่เพื่อใครสักคน ใครไม่เข้าใจก็ตัดออกไป ต้องหาย ต้องดีขึ้น สอดคล้องกับ Chernomas (1997) กล่าวว่า ตนเองคือผู้เยียวยา (The self as healer) ตัวผู้ป่วยเองจะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะมีความพยายามในการฟื้นคืน การควบคุมและการรักษา พวกเขาเชื่อว่าถ้าหากพวกเขาสามารถผลักดันตัวเองให้สามารถกลับไปทำอะไรได้ จะทำให้พวกเขาดีขึ้น ซึ่งอาจจะประเมินได้จากที่พวกเขาสามารถพบกับความสุขอีกครั้ง และบางอย่างที่พวกเขาเลือกทำแล้วประสบผลสำเร็จ อีกทั้ง การยอมรับและการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Acceptance and belonging) การได้รับการยอมรับจากคนอื่นและความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งนั้น มีแนวโน้มที่จะช่วยให้รู้สึกสบายและรู้สึกผ่อนคลาย ซึ่งอาจทำให้พบทางออกของภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับ Parsons (1951) ที่อธิบายว่าพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดีขึ้น (getting well) หมายถึง การเข้ารับการรักษาและทำตามคำสั่งของผู้ที่ให้การรักษาหลังจากได้รับการวินิจฉัยแล้ว เพื่อให้หายจากอาการเจ็บป่วยนั้น เช่น รับประทานยาตามที่หมอสั่ง มาพบหมอตตามนัด การออกกำลังกาย การควบคุมอาหารและน้ำหนัก หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัด การสังเคราะห์ดื่มน้ำ และ Andersen (2008) อธิบายว่า พฤติกรรมเข้ารับบริการด้านสุขภาพเป็นรูปแบบพฤติกรรมที่เกิดจากแรงจูงใจเพื่อแสวงหาความช่วยเหลือด้านสุขภาพ ซึ่งบุคคลที่มีสุขภาพดีจะมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่นำมาปฏิบัติเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยจากโรค (Kasl and Cobb, 1966) ดังที่ Woodgate (2006) อธิบายว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความเชื่อในตัวเอง เรียนรู้ที่จะให้คุณค่าให้ความสำคัญต่อตัวเองเพื่อที่จะต่อสู้กับความกลัวและผ่านไปได้

**ได้รับกำลังใจจากครอบครัว** ผู้ป่วยหลายรายเห็นตรงกันว่า กำลังใจจากครอบครัวและคนรอบข้างเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เนื่องจากบุคคลกลุ่มนี้คอยเป็นกำลังใจ ด้วยความเป็นห่วงจากใจจริง คอยให้การช่วยเหลือดูแลเมื่อมีอาการ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลมีอาการที่ดีขึ้นได้ ผู้ป่วยหลายรายกล่าวว่า พ่อ-แม่ และลูกคอยเป็นกำลังใจที่ดี คอยบอกให้ทานยาหาหมอย่างเคร่งครัด ผู้ป่วยอีกรายกล่าว

ว่า คนที่อยู่ข้างๆ เรา สำคัญมาก เมื่อมีปัญหาหรืออาการจะคอยช่วยจัดการและปลอบใจให้รู้สึกดีขึ้น ผู้ป่วยอีกรายกล่าวว่า รู้สึกดีใจเมื่อมีลูกสาวคอยเป็นกำลังใจ ปลอบใจไม่ให้คิดมาก สอดคล้องกับ Griffiths et al. (2011) อธิบายว่า ครอบครัวและเพื่อน คือแหล่งที่ให้การสนับสนุนที่ดีที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับ Lin and dean (1984) อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคม (social support) คือการส่งเสริมและแรงเสริมด้วยวิธีที่ถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับ Chernomas (1997) กล่าวว่า การยอมรับและการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Acceptance and belonging) การได้รับการยอมรับจากคนอื่นและความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งนั้น มีแนวโน้มที่จะช่วยให้รู้สึกสบายและรู้สึกผ่อนคลาย ซึ่งอาจทำให้พบทางออกของภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับ Woodgate (2006) ได้อธิบายว่า ครอบครัวและคนรอบข้างเป็นกำลังใจในการเผชิญหน้ากับความกลัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สอดคล้องกับ สุวดี จันดีกระยอม (2546) กล่าวว่าปัจจัยเกี่ยวข้องกับการหายจากภาวะซึมเศร้าตามการรับรู้ของผู้ป่วย พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหายในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านครอบครัว ตัวผู้ป่วย งานอดิเรก ญาติหรือเพื่อน และกิจกรรมทางศาสนา และ Schomerus et al., (2008) ได้กล่าวว่า การมีครอบครัวที่สามารถรับฟังและให้คำปรึกษาได้ การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี การได้ใช้เวลาว่างทำสิ่งที่ชอบ การมีความคิดด้านบวก ทำกิจกรรมที่ช่วยเสริมความมั่นใจ การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายและฟังเพลง และไม่ใช้สารเสพติดจะสามารถช่วยป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าได้ ซึ่งการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และเพื่อนล้วนมีส่วนสำคัญต่ออาการและอาการสงบของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Ioannou, Kassianos, and Symeou, 2019)

### ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ จากผลการศึกษาที่ได้ดำเนินงานไปเป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้ในการพัฒนาองค์ความรู้ และการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระยะอาการสงบที่มีบริบทใกล้เคียงกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถผ่านเข้าสู่ระยะการฟื้นหายได้ต่อไป และไม่กลับเป็นซ้ำ ดังนี้

1. จากการศึกษาพบว่า ภายหลังที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบได้เผชิญกับอาการผิดปกติต่างๆมาเป็นระยะเวลาหนึ่งแล้ว ผู้ป่วยสามารถรับรู้และแยกแยะได้ว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากโรคซึมเศร้าหรือไม่ และผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีการจัดการที่เหมาะสมกับตนเองได้ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมการพยาบาล โดยให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยการเสริมสร้างให้มีความรู้เรื่องโรค การทานยา การติดตามอาการ และการดูแลตนเองทั้งทางด้านกายและจิตใจ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการดีขึ้นและเข้าสู่ภาวะสงบ

2. จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบได้ให้กำลังใจตัวเอง ให้ความรักกับตัวเองให้มากขึ้น เติมเต็มกำลังใจตนเองเพื่อให้มีอาการดีขึ้น อีกทั้งกำลังใจจากครอบครัวและคนรอบ



ข้างเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ คอยเป็นกำลังใจ ด้วยความเป็นห่วงจากใจจริง คอยให้การช่วยเหลือดูแล เมื่อมีอาการ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้นได้ ดังนั้นจึงควรเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจจากคนรอบข้างของผู้ป่วยให้มากขึ้น เพื่อคนรอบข้างผู้ป่วยจะเกิดความเข้าใจต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยมากขึ้นซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอาการสงบ และกลับมาใช้ชีวิตดังเดิม

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาเชิงวิจัยคุณภาพครั้งนี้ เป็นการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเพิ่มเติมดังต่อไปนี้

1. ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับอาการสงบของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน และเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการสงบ

2. ผลการวิจัยครั้งนี้ควรนำไปศึกษาวิจัยในรูปแบบอื่น ๆ ต่อไปในอนาคต เช่น การศึกษาปัจจัยการแสวงหาความรู้/ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพที่ส่งผลต่ออาการสงบของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการทางสุขภาพจิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ รวมถึงเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบของโปรแกรมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการสงบซึ่งเป็นเป้าหมายของการรักษา

## บรรณานุกรม

### ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2559). ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย : การสำรวจ ระบาดวิทยาสุขภาพจิตระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556. นนทบุรี: ปิยอนด์พับลิชชิง.
- กรมสุขภาพจิต. (2559). แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) และนโยบายกรมสุขภาพจิต ประจำปี 2560-2561. นนทบุรี: สำนักยุทธศาสตร์แห่งชาติ.
- กรมสุขภาพจิต. (2562). โรคซึมเศร้า...เรากำลังเป็นหรือเปล่า. Retrieved from <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=29704>. <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=29704>
- กรมสุขภาพจิต. (2562). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2562. Retrieved from <https://dmh.go.th/ebook/files/%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%88%E0%B8%B3%E0%B8%9B%E0%B8%B5%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%A1%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%82%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%9E%E0%B8%88%E0%B8%B4%E0%B8%95%20%E0%B8%9B%E0%B8%B5%E0%B8%87%E0%B8%9A%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%A1%E0%B8%B2%E0%B8%93%202562.PDF>
- กรมสุขภาพจิต. (2563). ร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต. Retrieved from [https://www.thaidepression.com/www/doc63/depress\\_63\\_ks.pdf](https://www.thaidepression.com/www/doc63/depress_63_ks.pdf)
- กรมสุขภาพจิต. (2563). แนวทางยกระดับมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย ปี พ.ศ. 2563-2564. Retrieved from <https://www.dmh.go.th/covid19/pnews/files/su2563.pdf>
- จอนณะจง เฟ็งจาด. (2546). ระเบียบวิธีวิจัย : การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 15(2), 1-10.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). โรคซึมเศร้า รักษาหายได้. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์
- ธัญชนก พรหมภักดี และ พิเชฐ อุดมรัตน์. (2551). การดำเนินโรคและผลการรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ : ศึกษาติดตามการรักษาไม่น้อยกว่า 10 ปี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 53(1), 81-97.
- นันทศักดิ์ ชนะพันธ์. (2556). การฟื้นหายจากโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารพยาบาล

สภากาชาดไทย, 6(1), 19 – 33.

นุสราน นามเดช พเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ และอรทัย สงวนพรรค. (2561). ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสระบุรี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 11(3), 125-138.

พุลสิน เถลิมวัฒน์ (2552). *ประสบการณ์มีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภานุมาศ จิตสงบ (2554). *ประสบการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก*. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาศิพดี*. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์.

มาลินี อยู่ใจเย็น สุทธานันท์ กัลป์กะ ศศิวิมล บุรณะเรข และศศิวิมล แก้วจันทร์. (2561). การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าในชุมชนแออัดแห่งหนึ่ง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ*, 34(3), 100-107.

ศูนย์ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าไทย. (2563). *คู่มือคำอธิบายตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563*. Retrieved from [https://www.thaidepression.com/2020/web/doc\\_63/template\\_fullremit\\_kj\\_63.pdf](https://www.thaidepression.com/2020/web/doc_63/template_fullremit_kj_63.pdf)

f

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2557). *รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556*. นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด

สมภพ เรื่องตระกูล. (2556). *ตำราจิตเวชศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 10)*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

สรยุทธ วาสิกันานนท์. (2547). *การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การทหารผ่านศึก.

วิภาวี เผ่ากันทรากกร. (2548). *ภาวะซึมเศร้า: ประสบการณ์การจมทุกข์-พันทุกข์ของผู้หญิงอีสาน*.

(วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต ). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช.

สายฝน เอกวารงกูร. (2553). *รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: ส.เอเซียเพรส.

สุกัญญา รักษ์ชิจกุล. (2556). *ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ในนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร*.

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 58(4), 359-370.

สุชาติ พหลภาคย์. (2542). ความผิดปกติทางอารมณ์. ขอนแก่น: ศิริภรณ์ออฟเซ็ท.

สุวดี จันดีกระยอม. (2546). การหายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหายจากภาวะซึมเศร้าตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2556). รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แนวปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. กรุงเทพฯ: วี.เจ. พรินติ้ง.

อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2559). การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

#### ภาษาอังกฤษ

Andersen, R. M. (2008). National Health Surveys and the Behavioral Model of Health Services Use. *Medical Care*, 46(7). Retrieved from [https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Fulltext/2008/07000/National\\_Health\\_Surveys\\_and\\_the\\_Behavioral\\_Model.2.aspx](https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Fulltext/2008/07000/National_Health_Surveys_and_the_Behavioral_Model.2.aspx)

Auerbach, R. P., Abela, J. R. Z., Zhu, X., & Yao, S. (2010). Understanding the role of coping in the development of depressive symptoms: Symptom specificity, gender differences, and cross-cultural applicability. *British Journal of Clinical Psychology*, 49(4), 547-561. doi:10.1348/014466509X479681

Bosworth, H. B., McQuoid, D. R., George, L. K., & Steffens, D. C. (2002). Time-to-Remission From Geriatric Depression: Psychosocial and Clinical Factors. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(5), 551-559. doi:<https://doi.org/10.1097/00019442-200209000-00008>

Burcusa, S. L., & Iacono, W. G. (2007). Risk for recurrence in depression. *Clinical Psychology Review*, 27(8), 959-985. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.02.005>

Burns, J. R., & Rapee, R. M. (2006). Adolescent mental health literacy: Young people's knowledge of depression and help seeking. *Journal of Adolescence*, 29(2), 225-

239. doi:<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2005.05.004>

Chernomas, W. M. (1997). Experiencing depression: women's perspectives in recovery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 4(6), 393-400.  
doi:<https://doi.org/10.1111/jpm.1997.4.6.393>

Cornwall, P. L., & Scott, J. (1997). Partial remission in depressive disorders. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 95(4), 265–271. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1997.tb09630.x>

Culpepper, L., Muskin, P. R., & Stahl, S. M. (2015). Major Depressive Disorder: Understanding the Significance of Residual Symptoms and Balancing Efficacy with Tolerability. *The American Journal of Medicine*, 128(9, Supplement), S1-S15. doi:<https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.07.001>

Feely, M., Sines, D., & Long, A. (2007). Early life experiences and their impact on our understanding of depression. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 14(4), 393-402.  
doi:[10.1111/j.1365-2850.2007.01097.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01097.x)

Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Patten, S. B., Freedman, G., Murray, C. J. L., . . . Whiteford, H. A. (2013). Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS medicine*, 10(11), e1001547-e1001547. doi:[10.1371/journal.pmed.1001547](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001547)

Frank, E., Prien, R. F., Jarrett, R. B., Keller, M. B., Kupfer, D. J., Lavori, P. W., . . . Weissman, M. M. (1991). Conceptualization and Rationale for Consensus Definitions of Terms in Major Depressive Disorder: Remission, Recovery, Relapse, and Recurrence. *Archives of General Psychiatry*, 48(9), 851-855.  
doi:[10.1001/archpsyc.1991.01810330075011](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810330075011)

Greer, T. L., Kurian, B. T., & Trivedi, M. H. (2010). Defining and Measuring Functional Recovery From Depression. *CNS Drugs*, 24(4), 267-284. doi:[10.2165/11530230-000000000-00000](https://doi.org/10.2165/11530230-000000000-00000)

Griffiths, K. M., Crisp, D. A., Barney, L., & Reid, R. (2011). Seeking help for depression from

family and friends: a qualitative analysis of perceived advantages and disadvantages. *BMC Psychiatry*, 11, 196-196. doi:10.1186/1471-244X-11-196

Guy, S., Sterling, B. S., Walker, L. O., & Harrison, T. C. (2014). Mental health literacy and postpartum depression: a qualitative description of views of lower income women. *Archives of psychiatric nursing*, 28(4), 256–262.  
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2014.04.001>

Hasin, D. S., Goodwin, R. D., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Archives of general psychiatry*, 62(10), 1097–1106. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.10.1097>

Horesh, N., Klomek, A. B., & Apter, A. (2008). Stressful life events and major depressive disorders. *Psychiatry research*, 160(2), 192–199.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.06.008>

Husserl, E. (1969). *Ideas; general introduction to pure phenomenology* (W. R. B. Gibson, Trans. 5th ed.). London: George allen & Unwin LTD.

Ioannou, M., Kassianos, A. P., & Symeou, M. (2019). Coping With Depressive Symptoms in Young Adults: Perceived Social Support Protects Against Depressive Symptoms Only Under Moderate Levels of Stress. *Frontiers in psychology*, 9, 2780-2780. doi:10.3389/fpsyg.2018.02780

Jorm, A. F., Korten, A.E., Jacomb, P.A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. . (1997). Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166(4), 182-186. Retrieved from <https://www.mja.com.au/journal/1997/166/4/mental-health-literacy-survey-publics-ability-recognise-mental-disorders-and#abstrfirst0>

Jorm, A. F., Blewitt, K. A., Griffiths, K. M., Kitchener, B. A., & Parslow, R. A. (2005). Mental health first aid responses of the public: results from an Australian national

survey. *BMC Psychiatry*, 5(1), 9. doi:10.1186/1471-244X-5-9

Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231-243.  
doi:10.1037/a0025957

Kasl, S. V., & Cobb, S. (1966). Health Behavior, Illness Behavior, and Sick-Role Behavior. *Archives of Environmental Health: An International Journal*, 12(4), 531-541.  
doi:10.1080/00039896.1966.10664421

Karp, D. A. (1994). Living with Depression: Illness and Identity Turning Points. *Qualitative Health Research*, 4(1), 6–30. <https://doi.org/10.1177/104973239400400102>  
Kasl, S. V., & Cobb, S. (1966). Health Behavior, Illness Behavior, and Sick-Role Behavior. *Archives of Environmental Health: An International Journal*, 12(4), 531-541. doi:10.1080/00039896.1966.10664421

Keitner, G. I., Ryan, C. E., Miller, I. W., Kohn, R., Bishop, D. S., & Epstein, N. B. (1995). Role of the family in recovery and major depression. *Am J Psychiatry*, 152(7), 1002-1008. doi:10.1176/ajp.152.7.1002

Kennedy S. (2002). Full remission: a return to normal functioning. *Journal of psychiatry & neuroscience : JPN*, 27(4), 233–234.

Keller, M. B., Lavori, P. W., Mueller, T. I., Endicott, J., Coryell, W., Hirschfeld, R. M., & Shea, T. (1992). Time to recovery, chronicity, and levels of psychopathology in major depression. A 5-year prospective follow-up of 431 subjects. *Arch Gen Psychiatry*, 49(10), 809-816. doi:10.1001/archpsyc.1992.01820100053010

Keller, M. B. (2003). Past, Present, and Future Directions for Defining Optimal Treatment Outcome in Depression Remission and Beyond. *JAMA*, 289(23), 3152-3160.  
doi:10.1001/jama.289.23.3152

Kelly, K. M., & Mezuk, B. (2017). Predictors of remission from generalized anxiety disorder and major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 208, 467-

474. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.042>

- Kim, J. M., Kim, S. W., Stewart, R., Kim, S. Y., Yoon, J. S., Jung, S. W., Lee, M. S., Yim, H. W., & Jun, T. Y. (2011). Predictors of 12-week remission in a nationwide cohort of people with depressive disorders: the CRESCEND study. *Human psychopharmacology*, *26*(1), 41–50. <https://doi.org/10.1002/hup.1168>
- Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Antikainen, R., Hintikka, J., Laukkanen, E., Honkalampi, K., & Viinamäki, H. (2001). Self-reported life satisfaction and recovery from depression in a 1-year prospective study. *Acta psychiatrica Scandinavica*, *103*(1), 38–44. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.00046.x>
- Kutcher, S., Bagnell, A., & Wei, Y. (2015). Mental Health Literacy in Secondary Schools. A Canadian Approach. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, *24*, 233-244. doi:10.1016/j.chc.2014.11.007
- Lam, R. W., Michalak, E. E., Bond, D. J., Tam, E. M., Axler, A., & Yatham, L. N. (2012). Which Depressive Symptoms and Medication Side Effects Are Perceived by Patients as Interfering Most with Occupational Functioning? *Depression research and treatment*, 2012, 630206. doi:10.1155/2012/630206
- Lam, L. T. (2014). Mental health literacy and mental health status in adolescents: a population-based survey. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *8*(1), 26. doi:10.1186/1753-2000-8-26
- Lincoln, A., Paasche-Orlow, M. K., Cheng, D. M., Lloyd-Travaglini, C., Caruso, C., Saitz, R., & Samet, J. H. (2006). Impact of health literacy on depressive symptoms and mental health-related quality of life among adults with addiction. *Journal of General Internal Medicine*, *21*(8), 818-822. doi:10.1111/j.1525-1497.2006.00533.x
- Lotrakul, M., Sukkhanit, P., Sukying, C. (1996). The development of Hamilton Rating Scale for Depression – Thai version. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand*, *41*, 235-246. Retrieved from <http://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/v4143.html>



- Magaard, J. L., Seeralan, T., Schulz, H., & Brütt, A. L. (2017). Factors associated with help-seeking behaviour among individuals with major depression: A systematic review. *PLOS ONE*, *12*(5), e0176730. doi:10.1371/journal.pone.0176730
- Mulder, R. T., Joyce, P. R., Frampton, C. M. A., Luty, S. E., & Sullivan, P. F. (2006). Six Months of Treatment for Depression: Outcome and Predictors of the Course of Illness. *American Journal of Psychiatry*, *163*(1), 95-100. doi:10.1176/appi.ajp.163.1.95
- Novick, D., Hong, J., Montgomery, W., Dueñas, H., Gado, M., & Haro, J. M. (2015). Predictors of remission in the treatment of major depressive disorder: real-world evidence from a 6-month prospective observational study. *Neuropsychiatric disease and treatment*, *11*, 197-205. doi:10.2147/NDT.S75498
- Patton, G. (1996). An Epidemiological Case for a Separate Adolescent Psychiatry? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *30*(5), 563-566. doi:10.3109/00048679609062650
- Parsons, T. (1951) Illness and the role of the physician: A sociological perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, *21*(3), 452-460
- Paykel, E. S., Ramana, R., Cooper, Z., Hayhurst, H., Kerr, J., & Barocka, A. (1995). Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression. *Psychological Medicine*, *25*(6), 1171-1180. doi:10.1017/S0033291700033146
- Lam, R. W., Michalak, E. E., Bond, D. J., Tam, E. M., Axler, A., Yatham, L. N. (2012). Which Depressive Symptoms and Medication Side Effects Are Perceived by Patients as Interfering Most with Occupational Functioning? *Depression Research and Treatment*. (2012) [doi.org/10.1155/2012/630206](https://doi.org/10.1155/2012/630206)
- Rush, A. J., Kraemer, H. C., Sackeim, H. A., Fava, M., Trivedi, M. H., Frank, E., . . . Schatzberg, A. F. (2006). Report by the ACNP Task Force on Response and Remission in Major Depressive Disorder. *Neuropsychopharmacology*, *31*(9), 1841-1853. doi:10.1038/sj.npp.1301131

- Salvo, L., Saldivia, S., Parra, C., Cifuentes, M., Bustos, C., Acevedo, P.,...Castro, A. (2017). Predictores de remisión del trastorno depresivo mayor en tratamiento en el nivel secundario de atención [Predictors of remission from major depressive disorder in secondary care]. *Revista medica de Chile*, 145(12), 1514–1524. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872017001201514>
- Schomerus, G., Angermeyer, M., Matschinger, H., & Riedel-Heller, S. (2008). Public attitudes towards prevention of depression. *Journal of Affective Disorders*, 106, 257-263. doi:10.1016/j.jad.2007.06.013
- Streubert, H., & Carpenter, D. (1999). *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Perspective (2nd ed.)*. Philadelphia: PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Speziale, H. S., & Carpenter, D. R. (2007). *Qualitative Research in Nursing*. Philadelphia PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Tasman, A., Kay, J., Lieberman, J. A., First, M. B., & Riba, M. B. (2015). *Psychiatry*(Vol. 1). Retrieved from <https://books.google.co.th/books?id=6Rp0BgAAOBAJ&lpg=PP1&hl=th&pg=PP1#v=onepage&q&f=false>
- Thase M. E. (2002). Comparing the methods used to compare antidepressants. *Psychopharmacology bulletin*, 36 Suppl 1, 1–19.
- Trivedi, M. H., & Daly, E. J. (2008). Treatment strategies to improve and sustain remission in major depressive disorder. *Dialogues in clinical neuroscience*, 10(4), 377-384. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19170395>  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181893/>
- Tsai, Yun-Fang. (2007). Self-care Management and Risk Factors for Depression symptoms Among Taiwanese Institutionalized Older Person. *Nursing Research*. 56(2): 124-131
- Unsworth, E. (1999). *Perspectives on the process of recovery from depression by older adult clients : a grounded theory study*. (Master's thesis). University of British Columbia,

- Vergouwen, A. C., Bakker, A., Katon, W. J., Verheij, T. J., & Koerselman, F. (2003). Improving adherence to antidepressants: a systematic review of interventions. *The Journal of clinical psychiatry*, *64*(12), 1415–1420. <https://doi.org/10.4088/jcp.v64n1203>
- Villaggi, B., Provencher, H., Coulombe, S., Meunier, S., Radziszewski, S., Hudon, C., . . . Houle, J. (2015). Self-Management Strategies in Recovery From Mood and Anxiety Disorders. *Global qualitative nursing research*, *2*, 2333393615606092-2333393615606092. doi:10.1177/2333393615606092
- Vitriol, V., Cancino, A., Serrano, C., Ballesteros, S., & Potthoff, S. (2018). Remission in Depression and Associated Factors at Different Assessment Times in Primary Care in Chile. *Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH*, *14*, 78-88. doi:10.2174/1745017901814010078
- Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., & Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: a scoping review. *BMC Psychiatry*, *15*(1), 291. doi:10.1186/s12888-015-0681-9
- Wolff, G., Pathare, S., Craig, J., & Leff, J. (1996). Community Knowledge of Mental Illness and Reaction to Mentally Ill People. *British Journal of Psychiatry*, *168*(2), 191-198. doi:10.1192/bjp.168.2.191
- Woodgate, R. L. (2006). Life is never the same: childhood cancer narratives. *European Journal of Cancer Care*, *15*(1), 8-18. doi:https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2005.00614.x
- World Health Organization. (2008). The global burden of disease : 2004 update. In. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders : Global Health Estimates*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>
- Yeh, M.-Y., Lee, Y., Sung, S.-C., & Tung, T.-H. (2014). Clinical predictors associated with

full remission versus episode of major depressive disorder outpatients: the experience at a teaching hospital in Taiwan. *BMC Psychiatry*, 14, 273-273.

doi:10.1186/s12888-014-0273-0

Zimmerman, M., Posternak, M. A., & Chelminski, I. (2004). Implications of using different cut-offs on symptom severity scales to define remission from depression. *Int Clin Psychopharmacol*, 19(4), 215-220. doi:10.1097/01.yic.0000130232.57629.46

Zimmerman, M., McGlinchey, J. B., Posternak, M. A., Friedman, M., Attiullah, N., & Boerescu, D. (2006). How Should Remission From Depression Be Defined? The Depressed Patient's Perspective. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 148-150. doi:10.1176/appi.ajp.163.1.148

Zisook, S., Johnson, G. R., Tal, I., Hicks, P., Chen, P., Davis, L., . . . Mohamed, S. (2019). General Predictors and Moderators of Depression Remission: A VAST-D Report. *American Journal of Psychiatry*, 176(5), 348-357. doi:10.1176/appi.ajp.2018.18091079



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**



### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- |   |  |
|---|--|
| 1. ศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา          | อาจารย์แขนงวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต<br>และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยเชียงใหม่               |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา | อาจารย์แขนงวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต<br>และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์              |
| 3. นางสาวรวงคณา จำปาเงิน                      | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (APN) สาขา<br>การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช<br>โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์  | อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาล<br>สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์<br>จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย       |
| 5. อาจารย์ ดร. นุสรานา นามเดช                 | อาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต<br>และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัย<br>พยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี |








คณะอนุกรรมการจริยธรรมการทําวิจัยในคน มร.ชุดที่ 1 และ หน่วยงานวิจัยทางคลินิก คณะแพทยศาสตร์  
ขอขอประกาศนียบัตรเพื่อแสดงว่า

**ภัทรานิษฐ์ ยิ่งธนะฐานันท์**

ได้ผ่านการอบรมหลักสูตร GCP online training (Computer-based)  
“**แนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH-GCP)**”  
ประกาศนียบัตรฉบับนี้มีผลตั้งแต่วันที่ 08 กรกฎาคม 2562 ถึงวันที่ 08 กรกฎาคม 2564

  
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไชยงค์ อึ้งทวีผลสิง)  
ประธานคณะอนุกรรมการจริยธรรมการทําวิจัยในคน มร. ชุดที่ 1

  
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สมนติ นุ่งทวีงษา)  
รองคณบดีฝ่ายวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการวิจัยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

โครงการวิจัยเรื่อง : ประสบการณ์ความรู้ทางทันตสุขภาพจิตของผู้ที่มีอาการสงบ  
จากโรคซึมเศร้า

ผู้ดำเนินการวิจัยโดย : นางสาวกัทธรมิษฐ์ อึ้งธนฐานันท์


สถานที่ดำเนินการวิจัย : สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา


ระยะเวลาดำเนินการ : กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ - กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔

เอกสารที่อนุมัติ

๓. โครงการวิจัย
๒. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย
๓. หนังสือแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
๔. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คณะกรรมการวิจัยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้พิจารณาอนุมัติ  
ในแจ้งวิจัยธรรมการวิจัยแล้วนั้น จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นได้

  
(นายแพทย์วิรัช อุ่มทวีคัม)  
ประธานคณะกรรมการวิจัยธรรมการวิจัย  
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

  
(นายแพทย์ธเรศนิทร์ กองสุข)  
ผู้อำนวยการ  
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

เอกสารรับรองโครงการที่ ๐๒๑/๒๕๖๓ วันที่อนุมัติ 20 กพ. 2563

ที่ สธ ๐๘๒๑.๓๗/๕๕๓



สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา  
๑๑๒ ถนนสมเด็จพระเจ้าพระยา คลองสาน  
กรุงเทพฯ ๑๐๖๐๐

๗๕ พฤษภาคม ๒๕๖๓

เรื่อง อนุมัติเปลี่ยนแปลงวิธีการเก็บข้อมูล

เรียน นางสาวภัทรานิษฐ์ ยิ่งธนะฐานันท์

อ้างถึง หนังสือคณะกรรมการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๔๓๙ ลงวันที่ ๑๓ เมษายน ๒๕๖๓

ตามที่ นางสาวภัทรานิษฐ์ ยิ่งธนะฐานันท์ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ขออนุมัติการเปลี่ยนแปลงวิธีการเก็บข้อมูล โครงการวิจัย เรื่อง ประสบการณ์ความรู้ทางด้านสุขภาพจิตของ  
ผู้ที่มีอาการสงบจากโรคซึมเศร้า เอกสารรับรองโครงการที่ ๐๒๑/ ๒๕๖๓ วันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ นั้น

ในการนี้ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา อนุมัติให้เปลี่ยนแปลงวิธีการเก็บข้อมูลการ  
วิจัยดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายธนินทร์ กองสุข)

ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

กลุ่มงานวิจัยและพัฒนา

โทร. ๐ ๒๔๔๒ ๒๕๐๐ ต่อ ๕๙๒๘๖, ๕๙๒๗๗

โทรสาร ๐ ๒๔๓๗ ๗๐๙๒

## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

**โครงการวิจัยเรื่อง**                      ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ

**ชื่อผู้วิจัย**                                      นางสาวภัทรานิษฐ์ ยิ่งธรรณานันท์

**สถานที่วิจัย**                                  ตึกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

**ผู้ให้ทุน**    -

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย** โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ ซึ่งจะมีประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับคือได้ความรู้ ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ และเป็นแนวทางสำหรับทีมบุคลากรและทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและเหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วย และนำผลการศึกษาที่ได้ไปสู่การศึกษารูปแบบอื่นๆ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะ ท่านได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญว่าเป็นโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ และเข้ารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาอย่างต่อเนื่อง

จะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้นประมาณ 15 – 20 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลจะหยุดเมื่อข้อมูลอิ่มตัว (Saturation) คือ ข้อมูลที่ได้เป็นประเด็นซ้ำๆ และไม่เกิดประเด็นใหม่เกิดขึ้น

### ขั้นตอนการปฏิบัติตัวหากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ท่านจะได้รับการติดต่อเป็นผู้ร่วมวิจัย และเป็นผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้วิจัย ซึ่งมีรายละเอียดต่อไปนี้

- 1) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ ซึ่งจะได้รับการติดต่อจากทางผู้วิจัยที่ตึกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อขอให้เป็นผู้ให้ข้อมูลโดยสมัครใจ
- 2) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบจะเป็นผู้กำหนดหมายวัน เวลา และสถานที่กับผู้วิจัยเพื่อสัมภาษณ์
- 3) จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้แนวคำถามเชิงลึก ซึ่งใช้เวลาในการสัมภาษณ์และพูดคุย ประมาณ 45 นาที ถึง 90 นาที
- 4) ผู้วิจัยติดต่อขอสัมภาษณ์เพิ่มเติมในครั้งต่อไป หากข้อมูลที่ได้ไม่ครบถ้วนหรือเพื่อตรวจสอบความตรงและความน่าเชื่อถือของข้อมูล

### **ความเสี่ยงและ/หรือความไม่สบายที่อาจเกิดขึ้น**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ที่ผู้วิจัยคาดว่าไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งหากระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบและเหตุการณ์นั้นกระทบจิตใจหรือทำให้เกิดบาดแผลในใจ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจะยุติการสัมภาษณ์ และให้การบำบัดช่วยเหลือจิตใจแก่ผู้ป่วยทันทีโดยการให้คำปรึกษา การสนับสนุนด้านจิตใจและการให้กำลังใจ หรือ ถ้าหากการกระทบกระเทือนจิตใจยังไม่ดีขึ้น ผู้วิจัยจะแจ้งไปยังพยาบาลจิตเวชประจำแผนกและส่งต่อให้จิตแพทย์เจ้าของไข้เพื่อการดูแลช่วยเหลือต่อไป และในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเทปเพื่อความถูกต้องของข้อมูลที่ได้ ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกถอดออกเป็นรหัสใช้เป็นนามสมมุติ และทั้งในผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีข้อมูลใด ๆ ที่สามารถเชื่อมโยงไปสู่ผู้ร่วมวิจัยได้ เทปการสัมภาษณ์จะถูกเก็บไว้ในที่ที่ไม่มีใครสามารถเข้าถึงได้นอกจากผู้วิจัย และจะถูกลบทิ้งหรือทำลายเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย

### **การเข้าร่วมโครงการวิจัยของท่านต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ**

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการเข้ารับการรักษาพยาบาลในหน่วยบริการในโรงพยาบาล ทั้งในปัจจุบันและอนาคตท่านก็จะได้รับก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน

**ระบุชื่อผู้วิจัยที่จะสามารถติดต่อได้** หากมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับการวิจัย หรือเมื่อบาดเจ็บ/เจ็บป่วยจากการวิจัยท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยคือ นางสาวภัทรานิชฐ์ ยิ่งธรรณานันท์ ที่อยู่ 2/121 ซ.สุขุมวิท 54 ถนนสุขุมวิท แขวงพระโขนงใต้ เขตพระโขนง จังหวัด กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10260 โทรศัพท์มือถือได้ตลอดเวลาที่เบอร์ 088-097-3562 (ตลอด 24 ชั่วโมง)

**ค่าตอบแทนที่จะได้รับ** ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ป่วยหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เข้าร่วมวิจัย

**ค่าใช้จ่ายที่เข้าร่วมการวิจัยจะต้องรับผิดชอบเองมีอะไรบ้าง** ไม่มีการเก็บค่าใช้จ่ายกับผู้ป่วยหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เข้าร่วมวิจัย

**หากมีข้อมูลเพิ่มเติม**ทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

**การรักษาความลับ** ข้อมูลส่วนบุคคลจะถูกแยกออกจากข้อมูลที่เป็นประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ เพื่อเป็นการป้องกันการระบุถึงผู้ร่วมวิจัยที่ให้สัมภาษณ์และผู้วิจัยจะเป็นผู้เก็บไว้เพียงผู้เดียว ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัย เช่น ชื่อและที่อยู่จะถูกเก็บ

รักษาไว้อยู่เสมอ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้ร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ คณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น

**ท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้** โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการและการรักษาพยาบาลที่สมควรจะได้รับในโรงพยาบาลแต่ประการใด

**หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้** ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 112 ถนนสมเด็จเจ้าพระยา เขตคลองสาน กรุงเทพฯ 10600 โทรศัพท์ 0-2442-2500 โทรสาร 0-2218-8147 หรือผู้วิจัยโดยตรง นางสาวภัทรานิษฐ์ ยิ่งธนะฐานันท์ โทรศัพท์ 08-8097-3562

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว



ลงชื่อ .....

(.....)

วันที่ .....

**หมายเหตุ :**

1. หากผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้เยาว์ (อายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์) และเอกสารชี้แจงนี้ทำให้ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรมเป็นผู้อ่าน ให้เปลี่ยนสรรพนาม “ท่าน” เป็น “เด็กในปกครองของท่าน” ตามตำแหน่งที่เหมาะสม
2. ผู้วิจัยควรมอบสำเนาแบบยินยอมอาสาสมัครพร้อมแนบคำชี้แจงอาสาสมัครอย่างละ 1 ชุด ให้อาสาสมัครหรือผู้ปกครองด้วย

## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล (ID) .....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

**ชื่อโครงการวิจัย** ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ

**ชื่อผู้วิจัย** นางสาวภัทรานิษฐ์ ยิ่งธนะฐานันท์

**ที่อยู่ติดต่อ** เลขที่ 2/121 ซ.สุขุมวิท 54 ถนนสุขุมวิท แขวงพระโขนงใต้ เขตพระโขนง กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10260 โทรศัพท์ 08-8097-3562 E-mail Address [little.oohae@gmail.com](mailto:little.oohae@gmail.com)

ข้าพเจ้า**ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิ**ถอนตัว**ออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์**โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่าผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

**หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย** ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 112 ถนนสมเด็จพระเจ้าพระยา เขตคลองสาน กรุงเทพฯ 10600 โทรศัพท์ 0-2442-2500 โทรสาร 0-2218-8147 หรือผู้วิจัยโดยตรง นางสาวภัทรานิษฐ์ ยิ่งธนะฐานันท์ โทรศัพท์ 08-8097-3562

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

อาสาสมัคร



ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ค  
แบบสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล  
แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Thai HRSD-17  
แนวคำถามการสัมภาษณ์  
แบบบันทึกภาคสนาม  
แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น  
และแบบบันทึกเชิงปฏิบัติการ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### แบบสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยเรื่อง ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ

#### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ.....นามสกุล.....หมายเลขผู้ให้ข้อมูล (ID) .....

เพศ.....อายุ.....

อาชีพ.....รายได้.....

ศาสนา.....สถานภาพ.....

ระดับการศึกษา.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์..... HN.....

#### 2. ข้อมูลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการรักษา

1) การวินิจฉัยโรค.....

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

3) ประวัติการเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาโดยย่อ (เวลา จำนวนครั้ง) :

#### 3) อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน

.....

.....

4) ประวัติการเจ็บป่วยอื่น ๆ .....

.....

5) การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน .....

.....

.....

6) อื่น ๆ .....

.....

.....

.....

### แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Thai HRSD-17

**คำชี้แจง :** แบบประเมินนี้ประกอบด้วยอาการบ่งชี้ภาวะซึมเศร้า จัดแบ่งไว้เป็นข้อ ทั้งหมด 17 ข้อ สำหรับผู้ประเมินอาการใช้วัดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า โดยเป็นการประเมินในแง่ของ อาการด้านจิตใจ อาการทางร่างกาย และประสิทธิภาพในการทำงาน โดยบุคลากรทางการแพทย์จะเป็นผู้ทำการประเมินโดยการสัมภาษณ์ ใช้เวลาในการทดสอบ 5-10 นาที โดยเลือกข้อคำตอบที่ตรงกับผู้ป่วยบอกเล่ามากที่สุด การคิดคะแนน นำคะแนนทุกข้อมารวมกัน ตามตัวเลขคะแนนหน้าข้อที่เลือก เทียบความรุนแรงดังนี้

ระดับคะแนน	ระดับความรุนแรง
0-7	No depression
8-12	Mild depression
13-17	Less than major depression
18-29	Major depression
30+	Severe major depression

#### 1. อารมณ์ซึมเศร้า (เศร้าใจ, สิ้นหวัง, หมดหนทาง, ไร้ค่า)

0. ไม่มี
1. จะบอกภาวะความรู้สึกนี้ ต่อเมื่อถามเท่านั้น
2. บอกภาวะความรู้สึกนี้ออกมาเอง
3. สื่อภาวะความรู้สึกนี้โดยภาษากาย ได้แก่ ทางกรแสดงสีหน้า, ท่าทาง, น้ำเสียง และมักร้องไห้
4. ผู้ป่วยบอกเพียงความรู้สึกนี้อย่างชัดเจน ทั้งการบอกออกมาเอง และภาษากาย

#### 2. ความรู้สึกผิด

0. ไม่มี
1. ตีตนเอง รู้สึกตนเองทำให้ผู้อื่นเสียใจ
2. รู้สึกผิด หรือครุ่นคิดถึงความผิดพลาดหรือการก่อกรรมในอดีต
3. ความเจ็บป่วยในปัจจุบันเป็นการลงโทษ, มีอาการหลงผิดว่าตนผิด
4. ได้ยินเสียงกล่าวโทษ หรือประนาม และ/หรือ เห็นภาพหลอนที่ข่มขู่คุกคาม

## 3. การฆ่าตัวตาย

0. ไม่มี
1. รู้สึกชีวิตไร้ค่า
2. คิดว่าตนเองน่าจะตาย หรือความคิดใด ๆ เกี่ยวกับการตายที่อาจเกิดขึ้นได้กับตนเอง
3. มีความคิดหรือทำที่จะฆ่าตัวตาย
4. พยายามที่จะฆ่าตัวตาย (ความพยายามใด ๆ ที่รุนแรง ให้คะแนน 4)

## 4. การนอนไม่หลับในช่วงต้น

0. ไม่มีปัญหาเข้านอนแล้วหลับยาก
1. แจ้งว่านอนหลับยากบางครั้ง ได้แก่ นานกว่า 1/2 ชั่วโมง
2. แจ้งว่านอนหลับยากทุกคืน

## 5. การนอนไม่หลับ ในช่วงกลาง

0. ไม่มีปัญหา
1. ผู้ป่วยแจ้งว่ากระสับกระส่ายและนอนหลับไม่สนิทช่วงกลางคืน
2. ตื่นกลางดึก หากมีลูกจากที่นอน ให้คะแนน 2 (ยกเว้นเพื่อปัสสาวะ)

## 6. การตื่นนอนเช้ากว่าปกติ

0. ไม่มีปัญหา
1. ตื่นแต่เช้ามีด แต่นอนหลับต่อได้
2. นอนต่อไม่หลับอีก หากลุกจากเตียงไปแล้ว

## 7. การงานและกิจกรรม

0. ไม่มีปัญหา
1. มีความคิดและความรู้สึกที่ตนเองไม่มีสมรรถภาพ, อ่อนเปลี้ย, หรือหย่อนกำลังที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ; การงาน หรืองานอดิเรก
2. หมดความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ ; งานอดิเรก หรืองานประจำ-ไม่ว่าจะทราบโดยตรงจาก การบอกเล่าของผู้ป่วย หรือทางอ้อมจากการไม่กระตือรือร้น, ลังเลใจ และเปลี่ยนใจไปมา (ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะต้องกระตุ้นให้ตนเองทำงานหรือกิจกรรม)
3. เวลาที่ใช้จริงในการทำกิจกรรมลดลง หรือผลงานลดลง หากอยู่ในโรงพยาบาล, ให้ คะแนน 3 ถ้าผู้ป่วยใช้เวลาต่ำกว่า 3 ชั่วโมงต่อวันในการทำกิจกรรม (งานของโรงพยาบาล หรืองานอดิเรก) ยกเว้นหน้าที่ประจำวันในโรงพยาบาล
4. หยุดทำงานเพราะการเจ็บป่วยในปัจจุบัน หากอยู่ในโรงพยาบาล, ให้คะแนน 4 ถ้าผู้ป่วย ไม่ทำกิจกรรมอื่นนอกจากหน้าที่ประจำวันในโรงพยาบาล หรือถ้าผู้ป่วยทำหน้าที่ประจำวัน ไม่ได้หากไม่มีคนช่วย

8. อาการเขื่องซ่า (ความซ่าของความคิดและการพูดจา: สมาธิบกพร่อง, การเคลื่อนไหวลดลง)

- 0. การพูดจาและความคิดปกติ
- 1. มีอาการเขื่องซ่าเล็กน้อยขณะสัมภาษณ์
- 2. มีอาการเขื่องซ่าชัดเจนขณะสัมภาษณ์
- 3. สัมภาษณ์ได้อย่างลำบาก
- 4. อยู่นิ่งเฉยโดยสิ้นเชิง

9. อาการกระวนกระวายทั้งกายและใจ

- 0. ไม่มี
- 1. ง่วงงวน อยู่ไม่สุข
- 2. เล่นมือ เล่นผม ฯลฯ
- 3. เดินไปมา นั่งไม่ติดที่
- 4. บีบมือ กัดเล็บ ตึงผม กัดริมฝีปาก

10. ความวิตกกังวลในจิตใจ

- 0. ไม่มีปัญหา
- 1. รู้สึกตึงเครียด และหงุดหงิด
- 2. กังวลในเรื่องเล็กน้อย
- 3. การพูดจาหรือสีหน้ามีท่าที่ห้วนกลัว
- 4. แสดงความหวาดกลัว โดยไม่ต้องถาม

11. ความวิตกกังวลซึ่งแสดงออกทางกาย

- 0. ไม่มี
- 1. เล็กน้อย
- 2. ปานกลาง
- 3. รุนแรง
- 4. เสื่อมสมรรถภาพ

อาการร่วมด้านสรีระวิทยาของความวิตกกังวล เช่น :

ระบบทางเดินอาหาร : ปากแห้ง ลมขึ้น อาหารไม่ย่อย ท้องเสีย ปวดเกร็งท้อง เรอ

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : ใจสั่น ปวดศีรษะ

ระบบหายใจ : หายใจหอบเร็ว ถอนหายใจ

ปัสสาวะบ่อย

เหงื่อออก

## 12. อาการทางกาย ระบบทางเดินอาหาร

0. ไม่มี
1. เบื่ออาหาร แต่รับประทานโดยผู้อื่นไม่ต้องคอยกระตุ้น  
- รู้สึกหิวในท้อง
2. รับประทานยากหากไม่มีคนคอยกระตุ้น  
- ขอหรือจำเป็นต้องได้ยาระบายหรือยาเกี่ยวกับลำไส้ หรือยาสำหรับอาการของระบบ ทางเดินอาหาร

## 13. อาการทางกาย อาการทั่วไป

0. ไม่มี
1. ตึงแขนขา หลังหรือศีรษะ ปวดหลัง ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ หดแรงและอ่อนเพลีย
2. มีอาการใด ๆ ที่ชัดเจน ให้คะแนน 2

## 14. อาการทางระบบสืบพันธุ์

0. ไม่มี อาการเช่น : หมดความต้องการทางเพศ, ปัญหาด้านประจำเดือน
1. เล็กน้อย
2. ปานกลาง

## 15. อาการคิดว่าตนป่วยเป็นโรคทางกาย

0. ไม่มี
1. หมกมุ่นในตนเอง (ด้านร่างกาย)
2. หมกมุ่นเรื่องสุขภาพ
3. แจ็งถึงอาการต่าง ๆ บ่อย เรียกร้องความช่วยเหลือ ฯลฯ
4. มีอาการหลงผิดว่าตนป่วยเป็นโรคทางกาย

16. น้ำหนักลด เลือกข้อ ก. หรือ ข.

ก. เมื่อให้คะแนนโดยอาศัยประวัติ

0. ไม่มีน้ำหนักลด

1. อาจมีน้ำหนักลด ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้
2. น้ำหนักลดชัดเจน (ตามที่ผู้ป่วยบอก)
3. ไม่ได้ประเมิน

ข. จากการให้คะแนนประจำสัปดาห์โดยจิตแพทย์ประจำหอผู้ป่วย เมื่อช่วงวัดน้ำหนักที่เปลี่ยนแปลงจริง

0. น้ำหนักลดน้อยกว่า 1 ปอนด์ใน 1 สัปดาห์
1. น้ำหนักลดมากกว่า 1 ปอนด์ใน 1 สัปดาห์
2. น้ำหนักลดมากกว่า 2 ปอนด์ใน 1 สัปดาห์
3. ไม่ได้ประเมิน

17. การที่ยังเห็นถึงความผิดปกติของตนเอง

0. ยอมรับว่ากำลังซึมเศร้า และเจ็บป่วย

1. ยอมรับความเจ็บป่วย แต่โยงสาเหตุกับ อาหารที่เลว ดินฟ้าอากาศ  
การทำงานหนัก ไวรัส การต้องการพักผ่อน ฯลฯ
2. ปฏิเสธการเจ็บป่วยโดยสิ้นเชิง



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## แนวคำถามการสัมภาษณ์

### การวิจัยเรื่อง “ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ”

1. **ขั้นเริ่มต้นการสนทนา** ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยมีความคุ้นเคย และรู้สึกผ่อนคลาย มีความพร้อมที่จะเล่าประสบการณ์ ในประเด็นต่อไปนี้

1.1 พุดคุยซักถามเรื่องทั่วไปเกี่ยวกับชีวิต ความเป็นอยู่ต่าง ๆ

1. วันนี้คุณเป็นอย่างไรบ้าง
2. อยู่ที่บ้านกับใครบ้าง ใครเป็นคนดูแล
3. ตอนนี้ประกอบอาชีพอะไร

1.2 พุดคุยซักถามเรื่องทั่วไปเกี่ยวกับเรื่องโรคซึมเศร้าที่ผู้ป่วยเป็น ความเป็นมาของผู้ป่วย

1. คุณไม่สบายมานานเท่าไร
2. ทราบหรือไม่ว่าไม่สบายเป็นอะไร ใครเป็นคนบอก

2. **ขั้นเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการศึกษา**

#### 2.1 แนวคำถามหลัก

2.2.1 ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ

- 1) คุณรู้ได้อย่างไรว่าคุณป่วยเป็นโรคซึมเศร้า
- 2) เมื่อคุณพบว่าคุณมีอาการซึมเศร้าแล้วคุณรู้สึกอย่างไร และอาการซึมเศร้านั้นส่งผลต่อชีวิตอย่างไรบ้าง
- 3) เมื่อคุณมีอาการซึมเศร้าเกิดขึ้น คุณรู้ได้อย่างไร และมีวิธีจัดการกับอาการเหล่านั้นอย่างไร
- 4) คุณดูแลตนเองอย่างไรบ้าง เพื่อให้มีอาการซึมเศร้าดีขึ้น ทั้งทางด้านร่างกาย, ด้านจิตใจอารมณ์, ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ
- 5) คุณคิดว่าสิ่งสำคัญที่ทำให้คุณหายหรือดีขึ้นจากโรคซึมเศร้าคืออะไร
- 6) คุณรู้สึกอย่างไรเมื่ออาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นหายไปหรือลดน้อยลง
- 7) จากการที่คุณหายจากโรคซึมเศร้า ชีวิตของคุณเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง
- 8) สำหรับคุณคิดว่าอะไรเป็นอุปสรรคที่ทำให้หายจากโรคนี้ และอะไรที่ช่วยสนับสนุนให้คุณผ่านพ้นอุปสรรคนั้นได้ อย่างไร
- 9) คุณมีความคิดเห็นว่าคุณการด้านสุขภาพ, สมาชิกในครอบครัว, เพื่อน ๆ และคนรอบข้าง จะให้การช่วยเหลือคุณให้หายจากโรคซึมเศร้าอย่างไร
- 10) เมื่อคุณพบว่ามีคนใกล้ชิดมีอาการโรคซึมเศร้า คุณจะให้คำแนะนำอย่างไร
- 11) ขณะนี้คุณมีความสุข/ความพึงพอใจในชีวิตหรือไม่ เพราะเหตุใด



- 12) คุณมีการวางแผนเป้าหมายในชีวิตไว้อย่างไรบ้าง
- 13) จากอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นลดน้อยลงหรือดีขึ้น คุณมีความคาดหวังต่อตนเอง ครอบครัว และบุคคลรอบข้างอย่างไรบ้าง

## 2.2 แนวคำถามรอง

- 1) คุณ.....ช่วยเหลือเพิ่มเติมเกี่ยวกับ.....(ประเด็นที่ต้องการ/ยังไม่ชัดเจน)
- 2) ช่วยอธิบายเพิ่มเติมในเรื่อง.....(ประเด็นที่สนใจ)
- 3) จากที่เราคุยกันครั้งที่แล้วในเรื่อง.....ช่วยเหลือต่ออีกทีสิคะ
- 4) ที่คุณบอกว่า (ประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน) หมายความว่าอย่างไรคะ
- 5) ช่วยยกตัวอย่างเหตุการณ์.....ให้ฟังหน่อยสิคะ
- 6) ช่วยอธิบายคำว่า.....ตามความรู้สึกของคุณ...แล้วหมายความว่าอย่างไรคะ
- 7) สิ่งที่คุณ.....บอกว่า.....เมื่อเป็นแบบนี้แล้วคุณรู้สึกอย่างไร

## 3. ขั้นตอนการสนทนา

- 3.1) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามหรือกล่าวในสิ่งที่ต้องการให้ข้อมูลเพิ่มเติม โดยผู้วิจัยมีแนวของข้อคำถาม ดังต่อไปนี้
  - 1) คุณต้องการเล่าเพิ่มเติมถึงประสบการณ์ของการความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจิตของผู้ที่มีอาการสงบจากโรคซึมเศร้าอีกไหม
  - 2) คุณมีข้อซักถามที่ต้องการซักถามดิฉัน (ผู้วิจัย) เพิ่มเติมหรือไม่คะ
- 3.2) ผู้วิจัยกล่าวสรุปประเด็นที่สนทนา
- 3.3) นัดหมายการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป



### แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล (ID).....

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

สถานที่.....

บรรทัดที่	ข้อความ	การให้รหัส
		

### แบบบันทึกเชิงปฏิบัติการ

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล (ID).....

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

การวางแผนการเก็บข้อมูลครั้งต่อไป

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

สถานที่ในการสัมภาษณ์.....

1. สิ่งที่ต้องการค้นหาเพิ่ม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. ประเด็นที่ต้องการคำอธิบายเพิ่ม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. อื่น ๆ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย

ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยได้เลือกใช้รหัสเพื่อเป็นตัวแทนผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละราย จำนวน 10 ราย เป็น ID1- ID10 โดยชื่อที่ใช้ในบทสนทนาเป็นเพียงนามสมมติเท่านั้น ซึ่งสรุปลักษณะผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละราย ดังนี้

ID 1 ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง อายุ 40 ปี สถานะภาพสมรส นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับ กศน.ม.3 ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ ไม่มีรายได้ ลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว มีสมาชิกในครอบครัว 4 คน ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูล ลูกชาย 1 คน ลูกสาว 1 คน ลูกชายกำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ลูกสาวกำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 และสามี ซึ่งขณะนี้ผู้ให้ข้อมูลอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ครอบครัวของผู้ให้ข้อมูลอยู่ที่จังหวัดยโสธรทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นพ่อ-แม่ และพี่สาวอีกสองคน ซึ่งครอบครัวประกอบอาชีพทำไร่-ทำนา ฐานะทางบ้านไม่ค่อยดีมากนัก ผู้ให้ข้อมูลว่างงานมาเป็นระยะเวลา 1 เดือน เนื่องจากโรงงานที่เคยทำงานอยู่ได้ปิดกิจการลงไปจากผลกระทบโควิด19 ทำให้โดนเลิกจ้างงาน และตอนนี้กำลังรอกงานใหม่ พื้นฐานเดิมของผู้ให้ข้อมูลมีลักษณะนิสัยที่เข้ากับคนได้ง่าย อารมณ์ดี มีความรักใคร่กับทุกคนในครอบครัวเป็นอย่างดี ในครอบครัวไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ในเวลาต่อมาผู้ให้ข้อมูลได้ตัดสินใจเดินทางเข้ามาที่จังหวัดกรุงเทพมหานครกับสามีเมื่อปี 2551 เนื่องจากเหตุการณ์ย้ายที่อยู่จากต่างจังหวัดเข้ามาเมืองหลวงเพื่อหางานทำ ทำให้เกิดความเครียด ประกอบกับการต้องเจอสิ่งแวดล้อมใหม่ที่ไม่น่าคุ้นเคย ประกอบกับต้องทำงานหาเงินเพื่อจุนเจือครอบครัวที่ต่างจังหวัดอีกด้วย ทำให้รู้สึกเครียดและกดดันมากขึ้น ความเครียดก็สะสมเรื่อยมา แต่ก็ไม่ได้มีอาการผิดปกติอะไร จนกระทั่งปี พ.ศ. 2554 ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าตนเริ่มมีอาการปวดท้อง รู้สึกท้องอืด ตัดสินใจไปหาหมอที่คลินิกแห่งหนึ่งได้ยากกลับมาทานที่บ้าน แต่อาการก็ไม่ดีขึ้น วันถัดมาจึงตัดสินใจไปหาหมอที่โรงพยาบาล มีอาการนอนไม่ได้ รู้สึกร้อนไปทั่วร่างกาย รู้สึกทนนไม่ไหวเหมือนใจจะขาด เป็นความรู้สึกเหมือนผีเข้า เพราะหมอตตรวจแล้วไม่พบความผิดปกติอะไร ที่บ้านก็เลยขอให้กลับไปรักษาตามความเชื่อที่บ้านต่างจังหวัด กลับไปอยู่บ้านที่ต่างจังหวัดได้ช่วงหนึ่งก็กลับเข้ามาที่กรุงเทพอีกครั้ง อาการก็ยังไม่ดีขึ้น มีครั้งหนึ่งที่เข้าห้องน้ำแล้วรู้สึกกลัว ปิดอยู่ในที่มีมดไม่ได้ รู้สึกว่ากลัวไปหมด กลางคืนก็นอนไม่ได้ กลางวันก็นอนไม่ได้ รู้สึกกระวนกระวาย เหนื่อย ไม่มีแรง เหมือนคนหมดแรง ทำงานนิดหน่อยก็รู้สึกเหนื่อยง่าย จึงกลับไปหาหมอที่โรงพยาบาลเดิมอีกครั้ง แล้วแพทย์แจ้งว่าอาการเป็นโรคซึมเศร้า ก็รับยาที่นั่นแล้วก็ปรับเปลี่ยนยาไปมาจนอาการดีขึ้น แต่หมอไม่จ่ายยาเพิ่มให้แล้ว ผู้ให้ข้อมูลตระหนักเรื่องการรักษาและการรับประทานยา จึงตัดสินใจเปลี่ยนมาทำการรักษาที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ผู้ให้ข้อมูล

มีความตระหนักถึงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และออกไปทำกิจกรรม ออกไปเดินเล่น ผู้ให้ข้อมูลป่วยเป็นโรคซึมเศร้าตั้งแต่ปี 2554 และรับรู้ว่าคุณเองมีอาการสงบตั้งแต่ปี 2559 ระยะเวลาการเจ็บป่วยจนอาการสงบทั้งสิ้น 9 ปี และมีระยะเวลาอาการสงบ 4 เดือน

ID2 ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง อายุ 28 ปี สถานะภาพโสด นั้บถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี อาชีพรับข้าราชการครู รายได้ประมาณ 17,800 บาท/เดือน ลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว มีสมาชิกในครอบครัว 4 คน ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูล แฟน อายุ 32 ปี แม่ อายุ 63 ปี และลูกสาว 1 คน อายุ 8 ขวบ ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นไปด้วยดี มีเพียงแฟนที่บางครั้งไม่เข้าใจเรื่องอาการซึมเศร้าของผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลมีลักษณะนิสัยร่าเริง เข้ากับเพื่อนร่วมงานได้ดี เกิดเรื่องอะไรขึ้นจะเครียดง่ายและเก็บมาคิด ในครอบครัวไม่เคยมีคนป่วยเป็นโรคซึมเศร้า เมื่อช่วงเดือนตุลาคม ปี 2561 มีอาการใจสั่น เหนื่อย นอนทั้งวัน มีความรู้สึกที่ไม่ต้องการลุกจากที่นอนเลย และไม่ทานข้าว จึงตัดสินใจไปหาหมอที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ตรวจทุกอย่างปกติ และต่อมามีอาการรู้สึกเหมือนภาพดับไปเลย แพทย์แจ้งว่าอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูลเข้าข้อบ่งชี้ของโรคซึมเศร้า จากนั้นผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจไปพบแพทย์เฉพาะทางที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา หลังจากนั้นผู้ให้ข้อมูลเข้ารับการรักษา และรับประทานยาตามที่หมอสั่งอย่างสม่ำเสมอ ในช่วงที่ผู้ให้ข้อมูลเริ่มเข้ารับการรักษาและรับประทานยา ผู้ให้ข้อมูลต้องเผชิญกับอาการผลข้างเคียงของยาอยู่บ่อยครั้ง เช่น ง่วง นอนทั้งวันทำให้ไปทำงานไม่ได้ ซึ่งในช่วงแรกต้องลาป่วยเพื่อเข้ามาพบแพทย์ตามนัด ทำให้ผู้บังคับบัญชาไม่เข้าใจ ตำหนักที่ตนลาป่วยซึ่งกระทบกับงานที่ทำ ทุกครั้งที่มาติดตามอาการที่โรงพยาบาลผู้ให้ข้อมูลจะนำไปรับรองแพทย์แนบเอกสารการลาป่วยด้วยทุกครั้ง ความเข้าใจและกำลังใจจากครอบครัวของผู้ให้ข้อมูลช่วยให้อาการดีขึ้น เมื่อต้องไปติดตามอาการก็พาแฟนไปด้วยทำให้แฟนเกิดความเข้าใจมากขึ้น ร่วมกับการรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด จนอาการดีขึ้นเรื่อยมา ผู้ให้ข้อมูลป่วยเป็นโรคซึมเศร้าตั้งแต่ปี 2561 และรับรู้ว่าคุณเองมีอาการสงบตั้งแต่ปี 2563 ระยะเวลาการเจ็บป่วยจนอาการสงบทั้งสิ้น 1 ปี 5 เดือน และมีระยะเวลาอาการสงบ 2 เดือน

ID3 ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง อายุ 35 ปี สถานะภาพสมรส นั้บถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี อาชีพแม่บ้าน รายได้ประมาณ 10,000 บาท/เดือน ลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว มีสมาชิกในครอบครัว 4 คน ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูล สามี อายุ 36 ปี ลูกสาว อายุ 13 ปี และลูกชายอายุ 4 ขวบ ซึ่งป่วยเป็นโรคออทิสติก ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นไปด้วยดี ผู้ให้ข้อมูลมีลักษณะนิสัยเครียดง่าย เจ้าระเบียบ ปัจจุบันลาออกจากงาน ซึ่งเมื่อ 2 ปีที่แล้วผู้ให้ข้อมูลทำงานตำแหน่งผู้จัดการฝ่ายขาย ซึ่งต้องเจอภาวะกดดันหลายอย่าง อีกทั้งยังต้องดูแลลูกชายที่มีอาการป่วยออทิสติก ทั้งเรื่องในบ้าน

เรื่องพาลูกชายไปพบหมอทุกวันเสาร์เพื่อทำการรักษา ทำให้เกิดความเครียดและกังวลกับอาการลูกชายเป็นอย่างมาก เมื่อปีพ.ศ. 2562 ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเครียดมาก นอนไม่หลับ คิดมาก หงุดหงิดง่าย โมโหฉุนเฉียว ร้องไห้เกือบทุกเย็นหยุดไม่ได้ แม้จึงตัดสินใจพาไปพบแพทย์ แจ้งว่าอาการที่ผู้ให้ข้อมูลเผชิญมานั้นเข้าข้อบ่งชี้ของโรคซึมเศร้า หลังจากนั้นสามีขอให้ผู้ให้ข้อมูลลาออกจากงาน อยู่ที่บ้านดูแลลูกและจะเป็นผู้ดูแลค่าใช้จ่ายทั้งหมดในบ้าน ประกอบกับการเข้ารับการรักษา รับประทานยาตามที่หมอสั่ง ได้พักสมองจากเรื่องงาน ออกไปทำกิจกรรมนอกบ้านทำให้รู้สึกว่่าปล่อยวางได้ และมีอาการดีขึ้นเรื่อยมา ผู้ให้ข้อมูลป่วยเป็นโรคซึมเศร้าตั้งแต่ปี 2562 และรับรู้ว่่าตนเองมีอาการสงบตั้งแต่ปี 2563 ระยะเวลาการเจ็บป่วยจนอาการสงบทั้งสิ้น 8 เดือน และมีระยะเวลาอาการสงบ 4 เดือน

ID4 ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง อายุ 55 ปี สถานะภาพสมรส นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 6 อาชีพแม่บ้าน ปัจจุบันมีรายได้จากการช่วยเหลือหลาน ประมาณ 20,000 บาท/เดือน ลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว มีสมาชิกในครอบครัว 5 คน ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูล สามี อายุ 60 ปี และลูกสาว 2 คน อายุ 30 และ 32 แต่งงานแล้ว และทั้งสองคนได้แยกออกไปอยู่บ้านกับสามี และลูกชายอายุ 25 ปี ซึ่งป่วยโรคจิตเภท ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นไปอย่างปกติ ครอบครัวไม่มีประวัติป่วยเป็นซึมเศร้า ผู้ให้ข้อมูลมีลักษณะนิสัยเครียด ขี้กังวล และเป็นคนคิดมาก เมื่อยังเป็นเด็กผู้ให้ข้อมูลเติบโตมาในสภาพสังคมแออัดและใช้ชีวิตอย่างยากลำบาก ต้องดิ้นรนหารายได้เพื่อจุนเจือช่วยเหลือครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัวกับพี่สาว ไม่ค่อยดีมากนัก ทะเลาะกันอยู่เรื่อยมา รวมไปถึงความสัมพันธ์กับสามีเมื่อในอดีตไม่ค่อยดีเช่นกัน เป็นคนขี้หึง ไม่มีเหตุผล และมักจะไว้วางใจไม่ได้ ใส่อยู่บ่อยครั้ง ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเครียดสะสมเรื่อยมา ประมาณปี พ.ศ. 2540 เริ่มทำร้ายตัวเอง เมื่อรู้สึกโมโห รู้สึกว่่าไม่มีใครเข้าใจ หาทางออกไม่ได้จะทำร้ายตัวเองโดย เอามือทุบหัวตนเอง เอาหัวข้างฝา จึงตัดสินใจไปพบแพทย์ แพทย์แจ้งว่่าอาการที่ผู้ให้ข้อมูลเผชิญมานั้นเข้าข้อบ่งชี้อาการซึมเศร้า หลังจากผู้ให้ข้อมูลเข้ารับการรักษา ติดตามอาการ และรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์เรื่อยมา จนเมื่อปี พ.ศ. 2557 ผู้ให้ข้อมูลพบว่าลูกชายป่วยเป็นจิตเภทส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลเป็นกังวล และคิดมากขึ้น ถึงอย่างไรก็ตามผู้ให้ข้อมูลก็พยายามปฏิบัติตามที่แพทย์สั่ง มีลูกสาว และมีหลานฝาแฝดคอยเป็นกำลังใจให้ อาการก็ค่อยๆดีขึ้นเรื่อยมา ผู้ให้ข้อมูลป่วยเป็นโรคซึมเศร้าตั้งแต่ปี 2540 และรับรู้ว่่าตนเองมีอาการสงบตั้งแต่ปี 2562 ระยะเวลาการเจ็บป่วยจนอาการสงบทั้งสิ้น 23 ปี และมีระยะเวลาอาการสงบ 1 เดือน

ID5 ผู้ให้ข้อมูลเพศชาย อายุ 21 ปี สถานะภาพโสด นับถือศาสนาพุทธ การศึกษาระดับปริญญาตรี อาชีพนักศึกษา รายได้ประมาณ 10,000 บาท/เดือน ลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว ลักษณะ

บ้านที่พักเป็นคอนโด มีสมาชิกในครอบครัว 2 คน ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูล และมารดา อายุ 49 ปี ลูกสาว ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นไปด้วยดี เมื่อก่อนผู้ป่วยอาศัยอยู่ที่จังหวัดเชียงรายกับยาย เมื่อเข้ามาหาวิทยาลัยผู้ให้ข้อมูลจึงย้ายเข้ามาพักอาศัยกับแม่ในกรุงเทพมหานคร ในครอบครัวไม่มีประวัติป่วยเป็นซึมเศร้า ผู้ให้ข้อมูลมีลักษณะนิสัยขี้กังวลใจ ชอบเก็บไปคิด คิดมาก ปัจจุบันขอพักการศึกษาที่มหาวิทยาลัยเอาไว้ ในปี พ.ศ. 2561 ผู้ให้ข้อมูลสอบเข้ามหาวิทยาลัยที่ต้องการไม่ได้ตามที่คาดหวังไว้ จึงเริ่มมีอาการเหนื่อย ผิดหวัง รู้สึกน้อยใจ ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล เศร้าตลอดเวลา และอยากตาย และตัดสินใจบอกแม่ว่าตนเองน่าจะเป็นซึมเศร้า เมื่ออาการแย่มากขึ้นแม่จึงตัดสินใจพาผู้ให้ข้อมูลเข้าพบแพทย์ แพทย์แจ้งว่าอาการของผู้ให้ข้อมูลเข้าข้อบ่งชี้ของโรคซึมเศร้า หลังจากนั้นผู้ป่วยจึงเข้ารับการรักษาติดตามอาการกับแพทย์ และรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด ออกไปเดินเล่น ทำกิจกรรมนอกบ้าน มีความเข้าใจและทำใจยอมรับ ปล่อยวางได้ นอกจากนั้นแล้วก็มีแม่ที่คอยดูแล คอยให้กำลังใจ เป็นกำลังใจให้ผู้ให้ข้อมูลอย่างดีเสมอมา ผู้ให้ข้อมูลป่วยเป็นโรคซึมเศร้าตั้งแต่ปี 2561 และรับรู้ว่ามีอาการสงบตั้งแต่ปี 2562 ระยะเวลาการเจ็บป่วยจนอาการสงบทั้งสิ้น 3 เดือน

ID6 ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง อายุ 33 ปี สถานะภาพโสด นั้บถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี อาชีพค้าขายออนไลน์ รายได้ประมาณ 30,000 บาท/เดือน ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลไม่ได้อาศัยอยู่กับครอบครัวแต่อาศัยอยู่กับแฟนสองคน ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นคอนโด ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูล บิดา มารดา และน้องชาย ซึ่งอยู่ที่ต่างจังหวัดความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นไปด้วยดี ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าสมัยยังเด็กบิดาค่อนข้างความคาดหวังในตนเองในเรื่องการเรียนให้ได้เกรดดีและค่อนข้างมีกฎเกณฑ์ในบ้าน ซึ่งส่งผลให้เกิดความเครียดและความกดดันสะสมเรื่อยมา ผู้ให้ข้อมูลมีลักษณะนิสัยร่าเริง เข้ากับคนได้ง่าย ไม่ชอบทำอะไรที่ต้องปฏิบัติตามกฎเกณฑ์เพราะทำให้รู้สึกเครียดและกดดัน ในปี พ.ศ. 2552 ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าตนเริ่มมีอาการนอนไม่หลับ มีความเครียด คิดมากร้องไห้ ต่อมาในปี พ.ศ. 2561 มีอาการนอนไม่หลับ มีความเครียด มีความรู้สึกว่าจะอยากตาย เมื่อตระหนักได้ถึงอาการผิดปกติแล้วผู้ให้ข้อมูลจึงเปิดค้นหาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต สอบถามขอข้อมูลจากเพื่อนที่มีอาการคล้ายๆกัน จากนั้นจึงได้ตัดสินใจเข้าพบแพทย์เพื่อรับการรักษา แพทย์แจ้งว่าอาการของผู้ให้ข้อมูลเข้าข้อบ่งชี้ของโรคซึมเศร้า หลังจากนั้นผู้ป่วยจึงเข้ารับการรักษาติดตามอาการกับแพทย์ และรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง ออกกำลังกาย ปัจจุบันลาออกจากงานประจำออกมาประกอบอาชีพค้าขายออนไลน์แทน เพื่อลดความเครียดความกดดันจากงานประจำ ผู้ให้ข้อมูลมีแฟนที่เข้าใจ คอยรับฟัง และเป็นกำลังใจให้ อาการก็ดีขึ้นเรื่อยมา



ผู้ให้ข้อมูลป่วยเป็นโรคซึมเศร้าตั้งแต่ปี 2552 และรับรู้ว่ตนเองมีอาการสงบตั้งแต่ปี 2561 และมีระยะเวลาอาการสงบ 4 เดือน

ID7 ผู้ให้ข้อมูลเพศชาย อายุ 21 ปี สถานะภาพโสด นั้บถือศาสนาพุทธ การศึกษาระดับปริญญาตรี อาชีพนักศึกษา รายได้ประมาณ 10,000 บาท/เดือนลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นคอนโด ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูล บิดา และมารดา ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ค่อยดีนัก ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลเป็นลูกชายเพียงคนเดียวในบ้าน ทำให้บิดา-มารดาจึงมีความกะเกณฑ์ และคาดหวังทั้งเรื่องเรียน เรื่องการทำงานบ้านต่อผู้ให้ข้อมูลเป็นอย่างมาก ซึ่งสร้างความอึดอัดใจ ความกดดันต่อผู้ให้ข้อมูลเป็นอย่างมาก ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลมักเก็บความรู้สึก ไม่ค่อยพูดระบายปัญหากับใคร แต่ในขณะเดียวกันก็ร่าเริง เข้ากับคนได้ง่าย ในปี พ.ศ. 2559 ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าเริ่มมีอาการคือ รู้สึกเครียดมาก น้อยใจ รู้สึกแยะ เศร้ามาก จากนั้นเลยทำแบบทดสอบโรคซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต และผลออกมาว่าป่วยเป็นซึมเศร้า ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าในตอนนั้นยังไม่เชื่อว่าตนเองเป็นซึมเศร้า และในเวลาต่อมาความรู้สึกเศร้ามากขึ้น ร้องไห้ไม่หยุด บางครั้งก็ทำร้ายตัวเอง หมดอาลัยตายอยาก คุ้ยกับเพื่อนไม่รู้เรื่อง และเพื่อนเป็นผู้ที่แนะนำให้ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลจิตเวชศาสตร์สมเด็จฯ แพทย์แจ้งว่าอาการของผู้ให้ข้อมูลเข้าข้อบ่งชี้ของโรคซึมเศร้า หลังจากนั้นผู้ป่วยจึงเข้ารับการรักษาติดตามอาการกับแพทย์ และรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง ไปทำกิจกรรมข้างนอก ฝึกเปลี่ยนวิธีคิด และมีอาการดีขึ้นเรื่อยมา ผู้ให้ข้อมูลป่วยเป็นโรคซึมเศร้าตั้งแต่ปี 2559 และรับรู้ว่ตนเองมีอาการสงบตั้งแต่ปี 2562 ระยะเวลาการเจ็บป่วยจนอาการสงบทั้งสิ้น 4 ปี และมีระยะเวลาอาการสงบ 2 เดือน

ID8 ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง อายุ 57 ปี สถานะภาพสมรส นั้บถือศาสนาพุทธ การศึกษาระดับระดับประถม 7 อาชีพรับจ้าง รายได้ประมาณ 10,000 บาท/เดือน ลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นห้องเช่าชั้นเดียว ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูล และสามี ผู้ให้ข้อมูลมีลูกชาย 1 คน ซึ่งแต่งงานแล้วและได้แยกออกไปอาศัยอยู่ข้างนอกกับภรรยา ความสัมพันธ์ในครอบครัวกับสามีไม่ค่อยดีนัก ในครอบครัวไม่มีประวัติป่วยเป็นซึมเศร้า ผู้ให้ข้อมูลมีลักษณะนิสัยชอบอยู่คนเดียว ไม่ชอบไปวุ่นวายกับใคร เมื่อมีเรื่องอะไรก็มักจะเก็บไว้คนเดียว ไม่ค่อยพูดระบายปัญหากับใคร ในปี พ.ศ. 2543 ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าเริ่มมีอาการเมื่อตอนย้ายมาอยู่กับสามีที่อำเภอลำลูกกา รู้สึกว่าการเดินทางไปไหนยากลำบาก ทำอะไรต้องคอยพึ่งสามีอยู่เรื่อยมา ประกอบกับการมีปัญหาภาระหนี้สินส่งผลให้เกิดความเครียดและความกังวลสะสมเรื่อยมา เริ่มมีอาการเวียนหัว รู้สึกเป็นตะคริว ลิ้นแข็ง มือหงิกงอ มีความรู้สึกใจหาย โหวงเหวงในใจ และทานอาหารไม่ได้ ผู้ให้ข้อมูลตระหนักถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น

จึงได้ตัดสินใจเข้าพบแพทย์เพื่อเข้ารับการรักษา หลังจากนั้นผู้ป่วยจึงเข้ารับการรักษาติดตามอาการกับแพทย์ และรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง เดินเล่น พุดคุยกับเพื่อนข้างบ้าน ทำให้มีอาการดีขึ้นเรื่อยมา ผู้ให้ข้อมูลป่วยเป็นโรคซึมเศร้าตั้งแต่ปี 2543 และรับรู้ว่าตนเองมีอาการสงบตั้งแต่ปี 2558 ระยะเวลาการเจ็บป่วยจนอาการสงบทั้งสิ้น 20 ปี และมีระยะเวลาอาการสงบ 2 เดือน

ID9 ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง อายุ 39 ปี สถานะภาพสมรส นับถือศาสนาพุทธ การศึกษาระดับปริญญาโท อาชีพนักวิจัย รายได้ประมาณ 60,000 บาท/เดือน ลักษณะเป็นครอบครัวขยาย ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นคอนโด ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูล สามิ และบิดา-มารดาของสามิ ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลอาศัยอยู่ที่ประเทศสิงคโปร์กับครอบครัวสามิเป็นหลัก กลับมาเยี่ยมครอบครัวที่ประเทศไทยเป็นครั้งคราว ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นไปด้วยดี ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่าตนมาในครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ไม่ดี เห็นภาพการใช้ความรุนแรงในครอบครัวตั้งแต่ยังเด็ก ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลมีลักษณะนิสัยเครียดง่าย ลงมือทำเร็ว ถ้าหากอะไรไม่เป็นไปตามแผนที่วางเอาไว้จะรู้สึกหงุดหงิด มีความรู้สึกไม่มั่นใจในสิ่งที่ตนทำ ในครอบครัวไม่มีประวัติป่วยเป็นซึมเศร้า ในปี พ.ศ. 2562 ผู้ให้ข้อมูลเริ่มมีอาการหงุดหงิดง่าย ฉุนเฉียว ไม่มีสมาธิ รู้สึกว่าตัวเองไม่เก่งเหมือนเมื่อก่อน ไร้คุณค่า นอนทั้งวัน ลุกขึ้นมาร้องไห้ในตอนกลางคืน และรู้สึกหดหู่มาก จากอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าตนเองสามารถรับรู้ได้ถึงความคิดผิดปกติที่เกิดขึ้นจึงทำการสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต และตัดสินใจกลับมาเมืองไทยเพื่อรับการรักษา แพทย์แจ้งว่าอาการของผู้ให้ข้อมูลเข้าข้อบ่งชี้ของโรคซึมเศร้า หลังจากนั้นผู้ป่วยจึงเข้ารับการรักษาติดตามอาการกับแพทย์ และรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ทานอาหารที่มีประโยชน์ ทำกิจกรรม ดูแลหลาน ผู้ให้ข้อมูลจะรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเมื่อได้ทำงานหรือทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ และมีอาการดีขึ้นเรื่อยมา อีกทั้งความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ให้ข้อมูลที่เมืองไทยมีสัมพันธภาพที่ดีขึ้นด้วย ผู้ให้ข้อมูลป่วยเป็นโรคซึมเศร้าตั้งแต่ปี 2562 และรับรู้ว่าตนเองมีอาการสงบตั้งแต่ปี 2563 ระยะเวลาการเจ็บป่วยจนอาการสงบทั้งสิ้น 6 เดือน และมีระยะเวลาอาการสงบ 2 เดือน

ID10 ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง อายุ 28 ปี สถานะภาพโสด นับถือศาสนาพุทธ การศึกษาระดับปริญญาโท อาชีพรับพนักงานบริษัทเอกชน รายได้ประมาณ 40,000 บาท/เดือน ลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลอาศัยอยู่คนเดียว ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นคอนโด ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นไปด้วยดี ในครอบครัวไม่มีประวัติป่วยเป็นซึมเศร้า ผู้ให้ข้อมูลมีลักษณะนิสัยร่าเริงและเข้ากับคนได้ง่าย แต่ในขณะที่เดียวกันก็มักที่จะอยู่คนเดียวเพราะให้ความรู้สึกสบายใจ ในปี พ.ศ. 2561 ผู้ให้ข้อมูลเริ่มมีอาการเศร้า รู้สึกว่าเศร้า รู้สึกดิ่งและโดดเดี่ยว ความรู้สึกเหล่านั้นเกิดขึ้นโดยที่ไม่มี

สาเหตุ จากอาการผดผดที่ที่เกิดขึ้นผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าตนสามารถรับรู้ได้ถึงความผดผดที่เกิดขึ้นจึงทำการสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต และปรึกษาเพื่อนที่มีปัญหาเดียวกันเพื่อขอความช่วยเหลือ จากนั้นตัดสินใจเข้าพบแพทย์เพื่อรับการรักษา แพทย์แจ้งว่าอาการของผู้ให้ข้อมูลเข้าข้อบ่งชี้ของโรคซึมเศร้า หลังจากนั้นผู้ป่วยจึงเข้ารับการรักษาติดตามอาการกับแพทย์ และรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ออกไปทำกิจกรรมต่างๆที่เคยทำ อาการดีขึ้นเรื่อยๆ ผู้ให้ข้อมูลป่วยเป็นโรคซึมเศร้าตั้งแต่ปี 2561 และรับรู้ว่าจะตนเองมีอาการสงบตั้งแต่ปี 2562 ระยะเวลาการเจ็บป่วยจนอาการสงบทั้งสิ้น 2 เดือน และมีระยะเวลาอาการสงบ 6 เดือน



## ตารางที่ 2 การรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบจากโรคซึมเศร้า จำนวน 10 ราย รายละเอียด 1-2 ครั้ง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล	ครั้งที่	วันที่สัมภาษณ์	เวลาสัมภาษณ์	รวมเวลา	สถานที่
ID 1	1	10 มีนาคม 63	10:15 - 10:45	30 นาที	ตึกผู้ป่วยนอก
	2	18 เมษายน 63	08:00 - 08:20	20 นาที	โทรศัพท์
ID 2	1	10 มีนาคม 63	11:00 - 11:30	40 นาที	ตึกผู้ป่วยนอก
	2	17 เมษายน 63	08:40 - 08:55	15 นาที	โทรศัพท์
ID 3	1	17 มีนาคม 63	09:20 - 10:10	50 นาที	ตึกผู้ป่วยนอก
	2	16 เมษายน 63	13:40 - 14:30	50 นาที	โทรศัพท์
ID 4	1	17 มีนาคม 63	09:20 - 10:10	50 นาที	ตึกผู้ป่วยนอก
	2	16 เมษายน 63	15:30 - 15:40	10 นาที	โทรศัพท์
ID 5	1	18 มีนาคม 63	09:45 - 10:20	40 นาที	ตึกผู้ป่วยนอก
	2	5 พฤษภาคม 63	15:00 - 15:30	30 นาที	โทรศัพท์
ID 6	1	25 พฤษภาคม 63	20:20 - 21:00	40 นาที	โทรศัพท์
ID 7	1	10 มิ.ย. 63	14:45 - 15:30	45 นาที	โทรศัพท์
ID 8	1	10 มิ.ย. 63	13:15 - 14:15	60 นาที	โทรศัพท์
ID 9	1	10 มิ.ย. 63	16:06 - 17:06	60 นาที	โทรศัพท์
ID 10	1	29 มิ.ย. 63	15:00 - 15:30	30 นาที	โทรศัพท์

ตารางที่ 3 การให้รหัสเบื้องต้นในการสัมภาษณ์

1.	มาตามทีหมอนัด
2.	กินยาไม่ดีขึ้น กลับมาหาหมอ
3.	รู้สึกเว้งว่าง วูบวาบ เหมือนเป็นโรคหัวใจแต่ไม่ใช่
4.	รู้สึกดีขึ้นก็กลับมาหาหมอ
5.	ต้องรู้ว่าเค้าปฏิบัติตัวอย่างไร จะได้ไม่เศร้า
6.	ถ้ารู้สึกเบื่อก็เปิดเพลงฟัง พาหมาไปเดินเล่น เปิดดูข่าว
7.	อาการไม่ดีต้องปรับตัวใหม่ อาการเลยเริ่มดีขึ้นมา
8.	ถ้ากินยาไม่ถูกต้องปรึกษาหมอ
9.	ถ้าไม่รู้อะไรก็ถามหมอ
10.	เมื่อมีปัญหาปรึกษากับเพื่อนพอได้กำลังใจ
11.	ทำจิตใจให้สบายและมองโลกในแง่ดี
12.	ทานยาตามทีหมอสั่ง
13.	ทำบุญขอให้หายจากโรค
14.	แม่ก็ให้กำลังใจดี
15.	ลูกช่วยเป็นกำลังใจให้แม่ดีขึ้น
16.	มาหาหมอตตามนัด แต่ถ้าอาการไม่ดีก็มาก่อน
17.	เราเชื่อว่าหมอจะดูแลเรา
18.	ให้กำลังใจและรักตัวเอง
19.	โชคดีที่แม่เข้าใจ
20.	แฟนเปิดใจมากขึ้นว่าเราป่วย
21.	เราต้องอยู่เพื่อลูก ตายไม่ได้
22.	เป็นคนเครียด ชอบเก็บมาคิด
23.	ยาทำให้อาการดีขึ้น
24.	ตัวเราเองสำคัญที่สุด
25.	สิ่งแวดล้อมดี เราจะคิดดี คิดบวก
26.	ถ้าหาทางออกไม่ได้ก็จะนอน ตื่นมากก็จะลืม
27.	เปิดหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต

ลำดับ	ข้อความ
28.	เริ่มด้วยหาหมอ กินยา และให้กำลังใจตัวเอง
29.	การร้องเพลงช่วยให้หายเครียด
30.	ครอบครัวเป็นทั้งอุปสรรคและแรงผลักดัน
31.	กินยาแล้วเกิดอาการข้างเคียง นอนเยอะ
32.	อาชีพเซล์ต้องเจอกับภาวะกดดัน
33.	รู้สึกเครียดและเป็นกังวลกับอาการป่วยของลูก
34.	ออกจากงานมาอาการดีขึ้น
35.	ในมุมมองพุทธศาสนาคือจิตหลุด จิตสมาธิและปัญญามันหลุดไป
36.	อ่านข้อมูลของโรคจากบอร์ดที่โรงพยาบาล
37.	ถามหมอเรื่องรายละเอียดเรื่องโรค
38.	คนในครอบครัวไม่ถือสาที่เราป่วย
39.	สามีเอาใจใส่มากขึ้น
40.	โทรพูดคุย ระบายกับเพื่อนสนิท
41.	ตัดเรื่องที่คิดให้น้อยลง
42.	ใช้สมองให้น้อยเพื่อเป็นการบำรุงสมอง
43.	ดูหนังอารมณ์ดี และพยายามรับนอน
44.	คิดถึงพระขอสติและสมาธิ
45.	เรายังไม่อยากตาย เรายังมีลูกที่นารักอยู่
46.	เมื่ออาการกำเริบจะรู้สึกหดหู่
47.	กินยาให้ตรงเวลา
48.	กินอาหารให้น้อยลง
49.	ถ้ารู้สึกเศร้าจะเอาเท้าแช่น้ำ และอาบน้ำ
50.	คาดหวังให้น้อยลง ให้มองทุกอย่างเป็นธรรมชาติ
51.	ทานยา
52.	เป็นเพราะว่ายาช่วยเรา
53.	เป็นคนคิดมาก มันก็สะสมกันมาโดยไม่รู้ตัว
54.	นั่งอยู่ดีๆก็ร้องไห้
55.	ถ้าเราไม่คิดเราก็ไม่เสียใจ เราจะคิดอย่างไร

ลำดับ	ข้อความ
56.	แฟนคอยให้กำลังใจ
57.	ลูกสาวคอยปลอบใจ
58.	ต้องกินยาและไม่คิดมาก
59.	อาการไม่ดีขึ้น กลับไปหาหมอ
60.	อยากหายต้องกินยาตามที่หมอบอก
61.	คิดว่าเป็นเพราะเจ้ากรรมนายเวรมาเอาคืน
62.	ปล่อยวางบ้าง อย่าเก็บมาหมด
63.	เราต้องลุกขึ้นมาสู้ เราต้องเข้มแข็ง
64.	อยากหายเราต้องกินยา ดูแลตัวเอง
65.	โรคซึมเศร้าเกิดจากความเครียดสะสม ปมในอดีต
66.	กินยาแล้วอาการดีขึ้น
67.	ตั้งใจ ไม่ทำร้ายตัวเอง
68.	ทั้งครอบครัวและเพื่อนให้กำลังใจดีมาก
69.	มีแม่และเพื่อนที่เข้าใจ
70.	ต้องมีชีวิตอยู่เพื่อใครสักคน
71.	เราต้องอยู่กับมันและมีความสุขกับมัน
72.	ไปพบหมอตตามนัด
73.	ถ้าไม่เข้าใจอะไรก็ถามหมอ
74.	โรคซึมเศร้าเกิดจากปัจจัยการเลี้ยงดูเมื่อยังเด็ก
75.	อาการสะอึกเริ่มหลังจากทานยาได้สองอาทิตย์
76.	หลีกเลี่ยงความเครียด
77.	นอนไม่หลับ
78.	คนที่อยู่ข้างๆนั้นสำคัญ
79.	หาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต
80.	สงสัยก็ถามหมอ
81.	ลาออกจากงานมาขายของออนไลน์แทน ไม่เครียด
82.	ยาคือสิ่งสำคัญที่ช่วยให้หาย

ลำดับ	ข้อความ
83.	กินยาตามหมอสั่ง
84.	นอนไม่หลับก็ต้องกินยา
85.	มีอาการต้องออกกำลังกาย และกินยา
86.	หมอคอยให้คำปรึกษาเรื่องยาและอาการ
87.	มาพบหมอตตามนัด
88.	โชคดีที่คนรอบข้างเข้าใจและ support
89.	รู้สึกปล่อยวางและไม่คาดหวัง
90.	โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่เราควบคุมอะไรไม่ได้เลย ต้องหาคนช่วย
91.	ถ้าเป็นคนเก็บกดก็ป่วยซึมเศร้าได้
92.	นั่งฟังเพลง วาดรูป
93.	รู้สึกสบายใจเมื่ออยู่ในพื้นที่เซฟโซน
94.	เพื่อนเข้าใจเรา วยเดียวกันพูดคุยระบายได้
95.	ปรับ mild set ให้คิดบวก ให้รักตัวเอง
96.	ถ้ารู้สึกอึดอัดก็ออกมา
97.	ออกไปเดินเล่น ออกกำลังกาย
98.	กำลังใจมาจากเพื่อนและแฟน
99.	จิตแพทย์ช่วยให้คำปรึกษา ให้กำลังใจดี
100.	นักจิตวิทยาช่วยให้ไม่ต้องจดจ่อกับความคิดลบ
101.	อาจารย์ที่มหาวิทยาลัยช่วยดูแลใส่ใจอย่างดี
102.	การทานยาช่วยได้มาก
103.	กินยาตามที่หมอสั่ง อาการเริ่มดีขึ้น
104.	คาดหวังเยอะก็เสียใจเยอะ เลยไม่คาดหวัง
105.	เราต้องดีขึ้นเพื่อคนที่เรารัก
106.	ถ้าไม่มียาทานก็จะรู้สึกผิดหวัง ท้อแท้
107.	บางทีกระวนกระวาย อะไรไม่ได้ดั่งในก็โมโห
108.	กินยาแล้วระงับจิตใจได้
109.	เอาแต่ใจตัวเอง เก็บกด ระบายกับใครไม่ได้
110.	เมื่อมีอาการต้องขอความช่วยเหลือ
111.	ปรับเปลี่ยนยาไปมาจนเริ่มรู้สึกดีขึ้น



ลำดับ	ข้อความ
112.	ความเอาใจใส่จากคนในครอบครัวช่วยให้หายได้
113.	โรคซึมเศร้าเกิดจากการมีพื้นหลังในวัยเด็กที่ไม่ดี
114.	ในช่วงที่ปิดเมือง เริ่มรู้สึกว่ามี นอนยาก
115.	ไม่คิดว่าตัวเองโศคร้าย
116.	ดีใจที่รู้ตัวและไม่ปฏิบัติเสถียรการรักษา
117.	มีเพื่อนสนิทคอยให้กำลังใจและเป็นห่วง
118.	เราต้องดูแลแม่ แม่เป็นกำลังใจทำคัญ
119.	สามี support พาไปซื้อยา ไม่ตัดสินว่าเราป่วย
120.	หมอปรับยาให้แล้วกลับดีขึ้น
121.	ครอบครัวกลับมาดี เหมือนมีแรงเสริมมีกำลังใจ
122.	นอนหลับไม่สนิทถ้าไม่มียา
123.	กินเยอะขึ้น เพราะเป็นผลข้างเคียงของยา
124.	เหมือนเศร้า แต่เรารู้ตัวว่าทำไมถึงเศร้า
125.	โรคซึมเศร้าก็เหมือนอุบัติเหตุ อาจเกิดจากสารเคมีหรือสิ่งแวดล้อมก็ได้
126.	เมื่อเป็นไปแล้วก็ต้องรักษาให้ดีขึ้น
127.	ไปออกกำลังกาย ดูหนังกับเพื่อน
128.	ถามเพื่อนหลังกินยาอาการเป็นอย่างไร
129.	โรคซึมเศร้าต้องกินยารักษา
130.	โชคดีที่เพื่อนเข้าใจ
131.	การวินิจฉัยของหมอนำไปสู่การสั่งยา
132.	ยาทำให้ดีขึ้น
133.	ไม่คาดหวังให้คนอื่นเข้าใจเพราะเป็นไปได้
134.	คาดหวังว่าเราอยากหาย

**ตารางที่ 4** ประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ได้จากการสัมภาษณ์

ครั้งที่ 1 วันที่ 3 กันยายน 2563

ประเด็นหลัก (Theme )	ประเด็นย่อย (Sub-theme)
1. ความหมายของประสบการณ์ ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจิต	1.1 ใช้ยาบำบัดช่วยให้อาการดีขึ้น ดีใจเหมือนได้ขึ้นสวรรค์ และได้กลับไปใช้ชีวิตปกติเหมือนเดิม
2. การรับรู้อาการเปลี่ยนแปลง	2.1 การรับรู้อาการผิดปกติ 2.2 มีความรู้ความเข้าใจสาเหตุการเจ็บป่วย 2.3 เปิดเผยกับคนรอบข้างว่าป่วย และการเข้ารักษากับ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
3. การจัดการและการดูแล ตนเอง	3.1 กินยา หามอสมาเสมอ 3.2 อาการไม่ดีขึ้นกลับมาหามอ 3.3 พุดคุยกับคนรอบข้างได้ระบาย 3.4 กิจกรรมที่ชื่นชอบช่วยคลายความเครียด 3.5 กำลังใจจากคนรอบข้างเป็นสิ่งสำคัญ 3.6 เห็นคุณค่าในตนเอง 3.7 อยากหาย ได้ใช้ชีวิตปกติ 3.8 อาการดี ชีวิตมีความสุข คือผลลัพธ์ 3.9 เชื่อมั่นในการบำบัดรักษา 3.10 มีเป้าหมายเป็นแรงผลักดัน
4. เรียนรู้ที่จะปล่อยวาง ไม่ คาดหวัง และมองโลกในแง่ดี	4.1 ปล่อยวางและมองโลกในแง่ดี 4.2 มีสติ
5. ให้คำแนะนำเบื้องต้น	5.1 เข้ารับการรักษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญดีที่สุด

ครั้งที่ 2 วันที่ 4 กันยายน 2563

ประเด็นหลัก (Theme )	ประเด็นย่อย (Sub-theme)
1. ความหมายของประสบการณ์ ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจิต	1.1 การเลือกเข้ารับบริการทางสุขภาพและเข้ารับการรักษาได้อย่างเหมาะสม อาการดีขึ้น ได้กลับไปใช้ชีวิตปกติ
2. การรับรู้อาการเปลี่ยนแปลง	2.1 รับรู้อาการผิดปกติของตนเอง 2.2 การเข้าใจและยอมรับสาเหตุของการเจ็บป่วย 2.3 เล่าเรื่องราวการเจ็บป่วยกับคนรอบข้างเพื่อขอความช่วยเหลือ
3. การจัดการและการดูแล ตนเอง	3.1 กินยา หามือสม่ำเสมอ 3.2 อาการไม่ดีขึ้นกลับมาหามือ 3.3 พูดคุยกับคนรอบข้างได้ระบาย 3.4 กิจกรรมที่ชื่นชอบช่วยคลายความเครียด 3.5 กำลังใจจากคนรอบข้างเป็นสิ่งสำคัญ 3.6 เห็นคุณค่าในตนเอง 3.7 อยากรวย ได้ใช้ชีวิตปกติ 3.8 อาการดี ชีวิตมีความสุข คือผลลัพธ์ 3.9 เชื่อมั่นในการบำบัดรักษา 3.10 มีเป้าหมายเป็นแรงผลักดัน
4. เรียนรู้ที่จะปล่อยวาง ไม่ คาดหวัง และมองโลกในแง่ดี	4.1 ปล่อยวางและมองโลกในแง่ดี 4.2 มีสติ

ครั้งที่ 3 วันที่ 11 พฤศจิกายน 2563

ประเด็นหลัก (Theme )	ประเด็นย่อย (Sub-theme)
1. ความหมายของประสบการณ์ ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจิต	1.1 เป็นการกลับเข้ามาพบหมอเมื่ออาการไม่ดีขึ้น มาพบ หมอตามนัด และกินยาตามที่หมอสั่ง เป็นพฤติกรรมที่ แสดงถึงความพยายามในการดูแลตนเอง
2. การรับรู้อาการเปลี่ยนแปลง	2.1 รับรู้อาการผิดปกติของตนเอง  2.2 การเข้าใจและยอมรับสาเหตุ  2.3 รับรู้ว่าอาการตัวเองดีขึ้น
3. แสวงหาความรู้เพื่อการดูแล ตนเอง	3.1 การเล่าเรื่องเพื่อระบาย  3.2 ไปถามหมอ
4. การจัดการและดูแลตนเอง	4.1 กินยา และพบหมอ  4.2 ทำกิจกรรมที่ชื่นชอบเพื่อผ่อนคลาย  4.3 เรียนรู้ที่จะปล่อยวาง ไม่คาดหวัง มองโลกในแง่ดี
5. กำลังใจช่วยให้ดีขึ้น	5.1 กำลังใจจากคนรอบข้าง

ครั้งที่ 4 วันที่ 21 พฤศจิกายน 2563

ประเด็นหลัก (Theme )	ประเด็นย่อย (Sub-theme)
1. ความหมายของประสบการณ์ ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจิต	1.1 การกินยาตามที่หมอสั่งอย่างเคร่งคัด สม่ำเสมอ และ เข้ามาพบหมอตามนัดไม่ให้ขาด
2. ตระหนักรู้ เข้าใจ และ ยอมรับการเปลี่ยนแปลง	2.1 รับรู้ว่าการผิดปกติของตนเอง 2.2 การเข้าใจและยอมรับสาเหตุ 2.3 รู้ว่าอาการตัวเองดีขึ้น
3. จัดการชีวิตตนเองให้ดีขึ้น	3.1 กินยาตามแพทย์สั่ง 3.2 ฝึติดตามอาการและผลข้างเคียงของยา 3.3 พบแพทย์ตามนัดเสมอ 3.4 ทำกิจกรรมที่ชื่นชอบเพื่อผ่อนคลาย 3.5 เรียนรู้ที่จะปล่อยวาง ไม่คาดหวัง มองโลกในแง่ดี 3.6 แสวงหาความรู้เพื่อการดูแลตนเองอยู่เสมอ
4. มีพลังใจที่จะก้าวเดินต่อ	4.1 เต็มเต็มกำลังใจตัวเองเสมอ 4.2 รับรู้กำลังใจจากคนรอบข้าง

ครั้งที่ 5 วันที่ 2 ธันวาคม 2563

ประเด็นหลัก (Theme )	ประเด็นย่อย (Sub-theme)
1. ตระหนักรู้ เข้าใจ และยอมรับการเปลี่ยนแปลง	2.1 รับรู้อาการผิดปกติของตนเอง 2.2 การเข้าใจและยอมรับสาเหตุ 2.3 รับรู้ว่าอาการตัวเองดีขึ้น
2. จัดการชีวิตตนเองให้ดีขึ้น	3.1 กินยาตามแพทย์สั่ง 3.2 ฝึติดตามอาการและผลข้างเคียงของยา 3.3 พบแพทย์ตามนัดเสมอ 3.4 ทำกิจกรรมที่ชื่นชอบเพื่อผ่อนคลาย 3.5 เรียนรู้ที่จะปล่อยวาง ไม่คาดหวัง มองโลกในแง่ดี 3.6 แสวงหาความรู้เพื่อการดูแลตนเองอยู่เสมอ
3. เป็นพลังใจที่จะก้าวเดินต่อไป	4.1 เต็มเต็มกำลังใจตัวเองเสมอ 4.2 ได้รับความกำลังใจจากคนรอบข้าง

**ตารางที่ 5** การตรวจยืนยันความถูกต้องตามกระบวนการวิจัยโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

วันที่ตรวจ	รายการตรวจยืนยันความถูกต้องตามกระบวนการวิจัย
17 มีนาคม 63	พบที่ปรึกษาและส่งเอกสารบทสนทนาผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1 และ 2 เพื่อปรับแก้ไขแนวคำถาม และแนะนำให้กระตุ้นผู้ให้ข้อมูลพูดถึงประเด็นต่างๆ ที่ยังไม่เจนเพิ่มขึ้น เพื่อเป็นการให้ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่าประสบการณ์ได้ชัดเจนตามประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วยได้เพิ่มมากขึ้น
30 มีนาคม 63	พบอาจารย์ที่ปรึกษาส่งบทสนทนาผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1 และ 2 อีกครั้ง อาจารย์เสนอแนะให้ฝึกการถอดรหัส
27 เมษายน 63	ส่งเอกสารบทสนทนาผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3 พร้อมกับถอดรหัส อาจารย์ที่ปรึกษาปรับแก้แนวคำถาม ให้เจาะลึกถึงสาเหตุ อารมณ์ เหตุผล ความรู้สึกมากขึ้น พร้อมเสนอแนะการถอดรหัส
7 พฤษภาคม 63	ส่งเอกสารบทสนทนาผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3 อีกครั้ง อาจารย์ที่ปรึกษาได้เสนอแนะการปรับแก้แนวคำถามให้เจาะลึกมากยิ่งขึ้นตามคำที่ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่า และนำไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป แนะนำการถอดรหัส
2 มิถุนายน 63	ส่งบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4-5 พร้อมกับถอดรหัส อาจารย์ที่ปรึกษาเสนอแนะการถอดรหัส และฝึกการจัดประเภทข้อมูล
5 สิงหาคม 63	ส่งบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6-10 พร้อมกับถอดรหัส อาจารย์ที่ปรึกษาเสนอแนะการถอดรหัส ฝึกการจัดประเภทข้อมูล และเสนอแนะแนวทางการตั้งประเด็น พร้อมกับเสนอแนะการฝึกวิเคราะห์ข้อมูลในบทที่ 4
3 กันยายน 63	ส่งการตั้งประเด็นหลัก และประเด็นย่อย
7 กันยายน 63	อาจารย์ที่ปรึกษาแนะนำแนวทางการตั้งประเด็นหลัก และประเด็นย่อย ให้จัดรวมกลุ่มที่มีประเด็นความหมายคล้ายคลึงกัน เข้ามาอยู่ด้วยกันเป็นกลุ่มเดียว จากนั้นตั้งเขียนชื่อประเด็นหลักและประเด็นย่อย
6 ตุลาคม 63	ส่งบทที่ 1 -3 และ บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

วันที่ตรวจ	รายการตรวจยืนยันความถูกต้องตามกระบวนการวิจัย
19 ตุลาคม 63	อาจารย์ที่ปรึกษาแนะนำแนวทางการแก้ไขบทที่1-3 และบทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พร้อมกับแนะนำการเขียนอภิปรายผลในบทที่ 5
30 ตุลาคม 63	ส่งบทที่ 1 -3, บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล และส่งบทที่ 5 อภิปรายผล
3 พฤศจิกายน 63	รับรายงานทุกบทคืน และดำเนินการแก้ไขการเขียนรายงานบทที่ 1-5 รวมถึงการตั้งประเด็นหลัก และประเด็นย่อย เพิ่มเติมตามคำแนะนำของอาจารย์
5 พฤศจิกายน 63	ส่งทุกบทให้อาจารย์ตรวจสอบอีกครั้ง
6 พฤศจิกายน 63	เข้าพบอาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์แนะนำแนวทางการแก้ไขบทที่1-3 และบทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พร้อมกับแนะนำการเขียนอภิปรายผลในบทที่ 5
11พฤศจิกายน 63	เข้าพบอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม อาจารย์แนะนำแนวทางการแก้ไขบทที่4-5 และบทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พร้อมกับแนะนำการเขียนอภิปรายผลในบทที่ 5
16 พฤศจิกายน 63	เข้าพบอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม อาจารย์แนะนำแนวทางการแก้ไขบทที่4-5 และบทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พร้อมกับแนะนำการเขียนอภิปรายผลในบทที่ 5



## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวภัทรานิษฐ์ ยิ่งธนฐานันท์
วัน เดือน ปี เกิด	27 สิงหาคม 2533
สถานที่เกิด	นครราชสีมา
วุฒิการศึกษา	มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ คณะพยาบาลศาสตร์ จบปริญญาตรีสาขา พยาบาลศาสตรบัณฑิต ปี พ.ศ. 2555



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY