

ประสบการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2560
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RECOVERY EXPERIENCES AMONG PERSONS WITH FIRST DIAGNOSIS
OF MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

Lieutenant Junior Grade Panumas Jitsangob



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2017

Copyright of Chulalongkorn University

| | |
|---------------------------------|--|
| หัวข้อวิทยานิพนธ์ | ประสบการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการ วินิจฉัยครั้งแรก |
| โดย | เรือโทหญิงภานุมาศ จิตสงบ |
| สาขาวิชา | พยาบาลศาสตร์ |
| อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ |

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีบุญฤกษ์ชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.จอนฉะจง เพ็งจาด)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาณุมาศ จิตสงบ : ประสบการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (RECOVERY EXPERIENCES AMONG PERSONS WITH FIRST DIAGNOSIS OF MAJOR DEPRESSIVE DISORDER) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 181 หน้า.

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายประสบการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งเพศหญิงและชาย วัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกและมีการฟื้นฟูจากโรคซึมเศร้า จำนวน 13 ราย ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติ จากนั้นทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก จนได้ข้อมูลที่มีความอึดตัว ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละ 30-90 นาที และทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ตามแบบของโคไลซี

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกได้ให้ความหมายของประสบการณ์การฟื้นฟู คือ การกลับมาดำเนินชีวิตได้เหมือนเดิม ส่วนประสบการณ์การฟื้นฟูแบ่งเป็น 4 ประเด็นหลัก คือ 1) ยอมรับและเข้าใจว่าป่วย 2) ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม 3) กำลังใจเป็นสิ่งมีค่าและสำคัญ และ 4) กลับมาทำบทบาทและหน้าที่ต่างๆ ในชีวิตได้ตามปกติ

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำข้อมูลสำคัญที่ได้มาประยุกต์ใช้เป็นความรู้พื้นฐานสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพในการกำหนดแนวทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การพัฒนาการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อีกทั้งยังได้องค์ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูจากโรคซึมเศร้าในบริบทของสังคมไทยตามประสบการณ์ที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างแท้จริง อันจะเป็นข้อมูลพื้นฐานแก่ครอบครัวและชุมชนได้มีความเข้าใจถึงปัจจัยสำคัญของบทบาทของครอบครัวที่มีส่วนในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าสู่การฟื้นฟูจากโรคซึมเศร้าได้

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5877309936 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: RECOVERY / PATIENTS WITH FIRST DIAGNOSIS OF MDD

PANUMAS JITSANGOB: RECOVERY EXPERIENCES AMONG PERSONS WITH FIRST DIAGNOSIS OF MAJOR DEPRESSIVE DISORDER. ADVISOR: ASST. PROF. PENPAKTR UTHIS, Ph.D., 181 pp.

This phenomenology for qualitative research aims at explaining the recovery experiences of patients with first diagnosis of major depressive disorder. The key informants were 13 adult patients, both female and male, diagnosed with major depressive disorder at early stage and were purposively selected based on the inclusion criteria. They participated in in-depth interview which takes about 30-90 minutes for each interview until the complete information is reached. The Colaizzi's method was used for data analysis.

The research's findings reveals that the meaning of recovery experience as perceived by the patients with first diagnosis of major depressive is “to return to normal life”. Regarding the recovery experience, it is divided into 4 themes which are: 1) when the disorder occurs, one needs to accept and understand it; 2) one needs to change mindset and behavior; 3) encouragement is a precious and important thing; and 4) returning to roles and functions in normal life.

The findings form this study can be used as a basis for providing appropriate nursing care to promote recovery of patients with first diagnosis of major depressive disorder. In addition, it can be guided research to develop the body of knowledge to enhance long term recovery among these patients. Meanwhile, further studies on experiences of family caregiver of patients with first diagnosis of major depressive disorder should be conducted in order to earn a more-comprehensive body of knowledge with experience on providing care and treatment of patients with first diagnosis of major depressive disorder in the community.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2017

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความกรุณาอันดียิ่งของผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญพักตร์ อุทิศ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งคอยให้คำปรึกษาชี้แนะแนวทางในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ และคอยให้กำลังใจเมื่อมีอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการทำวิทยานิพนธ์จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งถึงความรัก ความห่วงใย และความเอาใจใส่ของอาจารย์ อยู่เสมอมา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่ช่วยพุ่มพักผู้วิจัยหน้าใหม่ผู้นี้ให้มีความรู้ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในการทำวิทยานิพนธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.จอนณะจง เพ็งจาด กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาชี้แนะการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น อีกทั้งคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาริรัตน์ ถาน้อย แพทย์หญิงนงนุช สัตกรพรพรหม และคุณวรางคณา จำปาเงิน ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบแนวคำถามในการสัมภาษณ์ พร้อมชี้แนะในการพัฒนาแนวคำถามให้ครอบคลุมและเหมาะสมยิ่งขึ้น และให้คำแนะนำต่างๆที่เป็นประโยชน์ยิ่งต่อการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ให้ในด้านการพยาบาลและศาสตร์แห่งการดำเนินชีวิตของศิษย์ผู้นี้ ที่ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจคุณค่าของเพื่อนมนุษย์โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยจิตเวช ผู้ซึ่งเป็นแรงบันดาลใจในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ บุคคลที่พึงระลึกถึงเสมอ นั่นคือท่านรองศาสตราจารย์ ดร.อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ ผู้ซึ่งถ่ายทอดความรู้อันมีประโยชน์เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อีกทั้งผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาริรัตน์ ถาน้อย ผู้ซึ่งคอยเสริมสร้างพลังใจให้ศิษย์ผู้นี้โดยตลอด เมื่อครั้งศึกษาปริญญาตรีที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พล.ต.ชนะ ลิ้มเลิศหาญรัตน์ พ.อ.ต้นต๋นย นำเบญจพล และ น.อ.หญิง ภัทรา ยุกตะนันท์ ผู้บังคับบัญชา อีกทั้งคณาจารย์สาขาวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้มอบความรู้ใหม่ๆทางจิตเวช และนำสิ่งที่ได้เรียนรู้มาพัฒนาวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีคุณภาพและเป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น

ขอขอบพระคุณ คุณพ่อสุรสิทธิ์และคุณแม่ภัชรา จิตสงบ ผู้ให้กำเนิดที่สนับสนุนและให้กำลังใจลูกเสมอมา ขอขอบพระคุณพี่น้องและผู้มีพระคุณทุกท่าน สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณผู้ป่วยในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่าเพื่อมาบอกเล่าประสบการณ์ชีวิตของตนเองที่จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งกับผู้ป่วยรายอื่น ซึ่งเป็นบุคคลที่มีกำลังใจที่เข้มแข็ง ผู้วิจัยขอให้ท่านมีความสุขกายและใจที่เข้มแข็งมากยิ่งขึ้น และมีกำลังใจที่จะมอบสิ่งดีๆให้แก่ตนเองและผู้อื่นต่อไป

สารบัญ

หน้า

| | |
|---|----|
| บทคัดย่อภาษาไทย..... | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... | จ |
| กิตติกรรมประกาศ..... | ฉ |
| สารบัญ..... | ช |
| สารบัญภาพ | ฌ |
| บทที่ 1 บทนำ | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา | 1 |
| วัตถุประสงค์การวิจัย | 5 |
| คำถามการวิจัย | 5 |
| แนวคิดเบื้องต้นที่ใช้ในการวิจัย | 5 |
| ขอบเขตการวิจัย | 5 |
| คำจำกัดความในการวิจัย | 6 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... | 7 |
| บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 8 |
| 1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า..... | 9 |
| 2. แนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟูจากโรคซึมเศร้า | 29 |
| 3. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา | 32 |
| 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 41 |
| บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย | 59 |
| 1. ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) | 59 |
| 2. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล..... | 60 |
| 3. การดำเนินการวิจัย | 61 |

| | |
|---|-----|
| 4. การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล | 66 |
| 5. การวิเคราะห์ข้อมูล..... | 67 |
| 6. การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล | 68 |
| บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย..... | 71 |
| บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ | 114 |
| สรุปผลการวิจัย..... | 114 |
| อภิปรายผลการวิจัย..... | 119 |
| ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้..... | 132 |
| ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป..... | 133 |
| รายการอ้างอิง..... | 134 |
| ภาคผนวก..... | 142 |
| ภาคผนวก ก เอกสารรับรองการอบรมจริยธรรมการวิจัยในคน เอกสารรับรองโครงการวิจัย ข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Patient/ Participant Information Sheet) และ ใบยินยอมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed Consent Form) | 143 |
| ภาคผนวก ข แบบสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบวัดการคืนความสำคัญให้ตนเอง (Self-Regaining scale) ขั้นตอนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก แบบบันทึกภาคสนาม แบบ บันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น และแบบบันทึกเชิงปฏิบัติการ..... | 149 |
| ปานกลาง | 151 |
| ภาคผนวก ค ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ตารางการรวบรวมข้อมูลจากการ สัมภาษณ์ ตารางการให้รหัสเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์ ตารางประเด็นหลักและ ประเด็นย่อยที่ได้จากการสัมภาษณ์ ตารางการตรวจยืนยันความถูกต้องตาม กระบวนการวิจัยโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และรายนามผู้ทรงคุณวุฒิ | 158 |
| ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ | 181 |

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 แสดงระยะของโรคซึมเศร้าและการรักษา 15

ภาพที่ 2 ผลการศึกษาประสบการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก. 113



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) เป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้า หดหู่ เบื่อหน่าย เป็นเกือบทั้งวัน และเป็นติดต่อกันนานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป ร่วมกับอาการอื่น ๆ เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด บางรายอาจนอนมากขึ้น หรือกินจุ๋มจู้ อ่อนเพลีย พุดน้อยลง เคลื่อนไหวช้าลงกว่าปกติ สมาธิความจำแย่ง หลงลืมง่าย มองโลกและชีวิตของตนเองในแง่ลบ รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (มานิช หล่อตระกูล และคณะ, 2559) ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญกับโรคซึมเศร้า เนื่องจากมีผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานจากโรคนี้นี้แล้วมากกว่า 300 ล้านคน อีกทั้งเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่ก่อให้เกิดภาระในการจัดการ (Burden of Disease) ที่เพิ่มขึ้น สำหรับประเทศไทยพบว่า โรคซึมเศร้ามีอัตราความชุกร้อยละ 5 ของจำนวนประชากรหรือมากกว่า 3 ล้านคนจากจำนวนประชากรทั้งหมด (WHO, 2010) จากการสำรวจประชากรผู้ป่วยซึมเศร้าในประเทศไทยปีงบประมาณ 2555-2556 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้ามากถึง 165,785 คน และพื้นที่กรุงเทพมหานคร 59,365 คน คิดเป็นอัตรา 260.78 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงเป็นอันดับ 2 ของผู้ป่วยทางจิตเวช (กรมการปกครอง และสำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556) และจากรายงานระบาดวิทยาสุขภาพจิตประจำปีงบประมาณ 2556 พบว่า คนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป มีความชุกชั่วชีวิต (Life-time Prevalence) ของโรคซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 1.8 อีกทั้งพบโรคซึมเศร้าแบบเรื้อรัง (Dysthymia) ร้อยละ 0.1 โดยมักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 2 เท่า (กรมสุขภาพจิต, 2556) โรคซึมเศร้านี้เกิดได้ทุกช่วงอายุ แต่มักเริ่มมีอาการในช่วงอายุ 19-44 ปี อายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มเป็นโรคคือ 24 ปี และพบมากในช่วงอายุ 35 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 97.05 ทั้งในเพศหญิงและชาย จะเห็นได้ว่าโรคซึมเศร้าพบได้บ่อยในประชากรวัยผู้ใหญ่ (21-60 ปี) ที่เป็นวัยแรงงาน (มานิช หล่อตระกูล และคณะ, 2558)

สาเหตุของโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่อาจเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological factor) เช่น พันธุกรรม สารสื่อประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ และความผิดปกติทางประสาทสรีรวิทยา อีกทั้งปัจจัยด้านสังคม (Psychological factor) เช่น เหตุการณ์ในชีวิต ปัจจัยสิ่งแวดล้อมบุคลิกภาพ และปัจจัยตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psycho Analytic Theory factor) ทั้งนี้ อาจเพราะในวัยผู้ใหญ่เป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงบทบาท (role transition) เริ่มต้นมีครอบครัว มีการพัฒนาบทบาทของความเป็นพ่อ แม่ บุคลิกในอาชีพการงาน มีอำนาจในการตัดสินใจ และการสร้างคนที่มีความสามารถรุ่นหลังขึ้นมา (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2559)

นอกจากนี้ยังมีการให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อนร่วมวัยลดลง และหากไม่สามารถสร้างความสนิทสนมจริงจังกับผู้อื่นได้จะมีความรู้สึกอ้างว้างเดียวดาย (isolation) หรือหลงรักเฉพาะตนเอง (narcissism) (Woolfolk, 2007) จากข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นว่าประชากรวัยผู้ใหญ่มีหน้าที่และความรับผิดชอบมากขึ้น มีการปรับเปลี่ยนและเกิดการปรับตัวกับบทบาทใหม่อย่างมาก อาจประสบกับปัญหาที่ไม่สามารถปรับเข้าสู่บทบาทใหม่ได้ (Chick et al., 1986) อีกทั้งสภาวะการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วในด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยสนับสนุนให้วัยผู้ใหญ่เหล่านี้เกิดวิกฤตทางจิตใจ ไม่สามารถปรับตัวได้ เกิดความเครียด ความคับข้องใจ ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า และก่อให้เกิดปัญหาการฆ่าตัวตายในที่สุด (สินเงิน สุขสมปอง และคณะ, 2559)

โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุหลักของการฆ่าตัวตาย (Lopresti et al., 2013) โดยอาการของโรคจะสร้างความทุกข์ทรมานและรบกวนจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ซึ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการของโรคเกิน 1 เดือน และไม่ได้รับการรักษาดูแล อาจมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 15 (สรยุทธ วาสิกานานนท์, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญนำไปสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Suicide) ที่สูงขึ้นอย่างรวดเร็วชัดเจน และต่อเนื่อง (Kessler et al., 2005) อีกทั้งยังเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียสุขภาพจากการบกพร่องทางสุขภาพของประชากรทั่วโลกอันดับ 4 และคาดว่าจะสูงเป็นอันดับ 2 ในปี ค.ศ. 2030 (WHO, 2010) สำหรับในประเทศไทยก็เช่นเดียวกัน พบว่า โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียอันดับ 1 เมื่อเปรียบเทียบกับโรคทางกลุ่มจิตเวช เนื่องจากมีอุบัติการณ์การเจ็บป่วยและการตายเพิ่มขึ้น (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2558)

แม้โรคซึมเศร้าจะเป็นโรคที่สามารถรักษาได้หรือง่ายต่อการรักษา โดยผู้ป่วยสามารถฟื้นหายได้เมื่อเข้าถึงการบำบัดรักษา โดยเฉพาะหากได้รับทั้งการรักษาด้วยยาต้านเศร้าควบคู่ไปกับการทำจิตบำบัดก็จะทำให้เกิดการฟื้นหายจากโรคซึมเศร้าได้ดีมากขึ้น (Cuijpers et al., 2014) แต่อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยมากกว่าครึ่งที่อาจมีการกลับเป็นซ้ำ เกิดขึ้นได้ภายหลังจากที่มีการฟื้นหายไประยะหนึ่งแล้ว ดังผลการศึกษาในต่างประเทศของ Burcusa and Lacono (2007) ที่พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจะมีการกลับเป็นซ้ำ อย่างน้อยหนึ่งครั้งในช่วงชีวิต ส่วนผู้ป่วยที่มีประวัติกลับเป็นซ้ำ 2 ครั้ง จะมีการกลับเป็นซ้ำได้อีกประมาณร้อยละ 80 ทั้งนี้โดยทั่วไปการกลับเป็นซ้ำจะเกิดขึ้นภายใน 5 ปี ภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก และบุคคลที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า จะมีการกลับเป็นซ้ำประมาณ 5-9 ครั้งตลอดช่วงชีวิต สำหรับในประเทศไทยแม้จะพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอัตราการเข้ารับการรักษาถึงร้อยละ 50.05 (กรมสุขภาพจิต, 2560) แต่ผู้ป่วยมักจะมีอาการไม่หายขาด (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) และเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาเหล่านี้มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ (Recurrence) ร้อยละ 48.1 (กิตติวรรณ เทียมแก้ว และคณะ, 2550)

จะเห็นว่าภายหลังจากที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้ารับการบำบัดรักษาจนประสบความสำเร็จและพ้นหายจากโรคซึมเศร้าแล้ว จะมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ยังคงอยู่ในสภาวะนี้ได้โดยไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำเลย ในช่วงชีวิตได้มากกว่าร้อยละ 50 ในขณะที่มีผู้ป่วยอีกเกือบครึ่งหนึ่งมีโอกาสกลับเป็นซ้ำ (Recurrence) อย่างน้อยหนึ่งครั้ง ซึ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจะมีการพ้นหายได้ดีกว่าผู้ป่วยที่เคยกลับเป็นซ้ำ (Ingela et al., 2005) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าหากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่พ้นหายแล้วมีวิธีการจัดการตนเอง (self-management strategies) อย่างถูกต้องและต่อเนื่องในด้านต่างๆ ได้แก่ ร่างกาย อาการซึมเศร้า สังคม การดำรงชีวิต และการทำหน้าที่ ก็จะทำให้คงอยู่ในสภาวะที่พ้นหายนี้ได้อย่างยาวนาน (Villaggi et al., 2015) ในทางตรงกันข้ามหากผู้ป่วยที่เคยพ้นหายแล้วขาดการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องก็อาจจะมีการกลับเป็นซ้ำเกิดขึ้น

“การพ้นหาย” (Recovery) ตามแนวคิดของ Anthony (1993) ซึ่งอธิบายการพ้นหายว่าเป็นการปฏิบัติทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เป็นความสามารถของบุคคลที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชในการปรับตัวใหม่ โดยยอมรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก ทักษะต่างๆ พฤติกรรม บทบาท ค่านิยม นำไปสู่การมีชีวิตอยู่ด้วยคามีสติรู้ รวมไปถึงการตั้งเป้าหมายและให้ความหมายของชีวิตใหม่หรือการมีชีวิตที่ดี ซึ่งถือเป็นระยะที่มีความสำคัญอย่างยิ่งของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เนื่องจากเป็นระยะที่ผู้ป่วยสามารถกลับมาช่วยเหลือตนเอง ปฏิบัติหน้าที่การทำงานต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ และกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข อีกทั้งยังเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีความสำคัญและมีคุณค่าส่งผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและประเทศชาติ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติตนสู่การพ้นหายแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ยังไม่ประสบความสำเร็จในการพ้นหายรายอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายใหม่ และเป็นดัชนีชี้วัดความสำเร็จของระบบการบำบัดรักษา (กรมสุขภาพจิต, 2559)

การพ้นหายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแต่ละรายอาจเร็วหรือช้าแตกต่างกันขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่เจ็บป่วย โดยผู้ที่ป่วยมานานจะมีโอกาสพ้นหายได้น้อยกว่า (Bircusa and Iacono, 2007) ครอบครัวและปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรมล้วนมีบทบาทที่สำคัญต่อการพ้นหายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Ahern and Fisher, 2001) ซึ่งการดำรงชีวิตแบบชนบทและการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนเพื่อเผชิญกับเหตุการณ์ในชีวิต มีความสัมพันธ์กับการพ้นหายจากโรคซึมเศร้า (Dowrick et al., 2011) นอกจากนี้ พรพรรณ ศรีโสภา และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2552) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายนายการกลับเป็นซ้ำ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำมีค่าคะแนนเฉลี่ย การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ และมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและความคิดอัตโนมัติด้านลบ สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ และนนท์ภาค ชนะพันธ์ (2556) ได้ทบทวนการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยการหายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ของ สุวดี จันดีกระยอม (2546) และวิภาวี

เผ่ากันทรากร (2548) สรุปว่าการหายจากภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าขึ้นอยู่กับ 2 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่มีความเชื่อมั่นในตนเอง การมีความหวังและกำลังใจ การมองโลกในแง่ดี การตระหนักรู้ถึงสาเหตุของปัญหา การมีเป้าหมายในชีวิต มีความสามารถในการควบคุมตนเอง จัดการกับภาวะความเจ็บป่วยของตนเองและสิ่งแวดล้อม ส่วนปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อ ทั้งด้านอารมณ์ วัตถุประสงค์ของและแรงงาน รวมทั้งการได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ จะเห็นได้ว่าการฟื้นหายจากโรคซึมเศร้าเกิดจากหลากหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

จากข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ข้างต้นพบว่าการฟื้นหายจากโรคซึมเศร้าเป็นผลลัพธ์อันพึงประสงค์ของผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ซึ่งเกิดขึ้นจากการรับรู้ประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยเอง จนสามารถกลับมาทำหน้าที่ ทั้งการทำงานและการดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เป็นผู้ที่เผชิญกับการเจ็บป่วยเองนั้น ย่อมต้องเกิดการเรียนรู้และมีแนวทางฟื้นหายจากการเจ็บป่วยตามประสบการณ์ที่ได้รับ ทั้งอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม การบำบัดรักษา อีกทั้งข้อมูลต่างๆที่มีการแลกเปลี่ยนตลอดการเจ็บป่วย และมีความสัมพันธ์กับปัจจัยและองค์ประกอบอื่นๆที่เกี่ยวข้อง (Chernomas, 1997) ซึ่งการฟื้นหายของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละคน และยังไม่พบการวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์การฟื้นหายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย (Seeherunwong et al., 2002) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีบทบาทสำคัญในด้านการพยาบาล การส่งเสริม การป้องกัน การบำบัดดูแล และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงความสนใจที่จะศึกษาถึงประสบการณ์การฟื้นหายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ซึ่งจะได้เห็นถึงประสบการณ์ของการฟื้นหายในภาพที่กว้างและลึกซึ้งของทั้งเพศหญิงและเพศชายในบริบทของสังคมไทยจากคำบอกเล่าของผู้ที่มีประสบการณ์ตรงเพื่อค้นหาแก่นแท้ของปรากฏการณ์นั้นและทำความเข้าใจอย่างแท้จริง นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศไทยมุ่งเน้นศึกษาอัตราการกลับเป็นซ้ำและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มบุคคลที่เสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าโดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคทางกายและโรคเรื้อรังต่างๆ ยังไม่ครอบคลุมถึงการรับรู้ การให้ความหมายของการฟื้นหาย รวมไปถึงการอธิบายประสบการณ์การฟื้นหายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกทั้งเพศชายและเพศหญิงตั้งแต่ระยะเริ่มป่วยจนกระทั่งระยะการฟื้นหาย การวิจัยเชิงคุณภาพปรากฏการณ์วิทยาเป็นรูปแบบการวิจัยที่แสวงหาความจริงในสภาพที่เป็นอยู่โดยธรรมชาติ ทำให้มองเห็นภาพรวมทุกมิติ เป็นวิธีการที่จะค้นหาความจริงจากประสบการณ์ของบุคคลที่ประสบมาด้วยตนเอง (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2559) การศึกษาประสบการณ์การฟื้นหายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกครั้งนี้จะทำให้เกิดการเรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์การฟื้นหายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่ออธิบายประสบการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

คำถามการวิจัย

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกมีประสบการณ์การฟื้นฟูอย่างไร

แนวคิดเบื้องต้นที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการวินิจฉัยการเจ็บป่วยครั้งแรกนั้นจะต้องเผชิญกับความยากลำบากอย่างมากเพื่อสามารถฟื้นฟูจากโรคซึมเศร้า ในการคืนความสามารถ ช่วยเหลือตนเอง ปฏิบัติหน้าที่การทำงานต่างๆ และกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข (กรมสุขภาพจิต, 2559) การฟื้นฟู (Recovery) ตามแนวคิดของ Anthony (1993) เป็นการปฏิบัติทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เป็นความสามารถของบุคคลที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชในการปรับตัวใหม่ โดยยอมรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก ทักษะต่างๆ พฤติกรรม บทบาท ค่านิยม นำไปสู่การมีชีวิตอยู่ด้วยการมีสติรู้ รวมไปถึงการตั้งเป้าหมายและให้ความหมายของชีวิตใหม่หรือการมีชีวิตที่ดี

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive phenomenology) ของ Husserl (1969) โดยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพรูปแบบหนึ่งนำไปใช้ในการแสวงหาความเข้าใจและค้นหาแก่นแท้ของความหมายของปรากฏการณ์ที่สนใจ ซึ่งปรากฏการณ์ที่ผู้วิจัยสนใจในครั้งนี้คือ การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก โดยผู้วิจัยจะต้องเข้าไปถึงจุดเริ่มต้นหรือแก่นของความรู้ของปรากฏการณ์นั้นๆโดยปราศจากอคติ คือความคิดหรือความรู้ที่มีอยู่เดิม (Husserl, 1969) เพื่อให้เข้าใจประสบการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกอย่างลึกซึ้งจากผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ตรงในเรื่องดังกล่าว

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาประสบการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยโรคครั้งแรก ใช้รูปแบบการศึกษาตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive phenomenology) เก็บข้อมูลจากวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกแบบมีแนวทางในการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก มารับบริการที่ตึกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 13 ราย โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตรงตาม

คุณสมบัติที่กำหนดไว้ คือ 1) ผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและชาย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 ว่าป่วยด้วย Major Depressive Disorder (F32) ครั้งแรก และมีอายุระหว่าง 20-59 ปี 2) เข้ารับการบำบัดรักษาครบเป็นเวลา 6-9 เดือน โดยไม่มีอาการของโรค มากกว่าหรือเท่ากับ 4 เดือน ซึ่งจะถือว่าเป็นช่วงของการฟื้นฟู (Kupfer, 1991) 3) ประเมินคัดกรองโดยแบบวัดการคืนความสำคัญให้กับตนเอง (Self-regaining scale) ของ Seeherunwong et al. (2007) มีค่าคะแนนมากกว่า 84 คะแนนขึ้นไป 4) มีความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย และยินยอมให้ข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก 5) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย

คำจำกัดความในการวิจัย

ประสบการณ์ชีวิต หมายถึง การถ่ายทอดเรื่องราวและเหตุการณ์ต่างๆผ่านการบอกเล่าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกภายหลังจากเกิดปรากฏการณ์ในชีวิตนั้น เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาในรูปของความรู้สึก ความคิด และการกระทำ ซึ่งครอบคลุมถึงการให้ความหมายของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นและแสดงออกตามการรับรู้ ความคิด ความรู้สึก และความเชื่อของตนเอง รวมไปถึงเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นและประสบการณ์ต่างๆที่ได้รับจากปรากฏการณ์นั้นทั้งทางบวกและทางลบ และจดจำเก็บไว้เสมือนเป็นบทเรียนของชีวิต ซึ่งในแต่ละบุคคลจะมีประสบการณ์ที่แตกต่างกัน

การฟื้นฟู หมายถึง การปรับตัวใหม่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก โดยยอมรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจนเกิดการเปลี่ยนแปลง นำไปสู่การมีชีวิตอยู่ด้วยการมีสติ มีการตั้งเป้าหมายในชีวิต และให้ความหมายชีวิตใหม่

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก คือ ผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและชาย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 ว่าป่วยด้วย Major Depressive Disorder (F32) ครั้งแรก อายุระหว่าง 20-59 ปี เข้ารับการบำบัดรักษาครบเป็นเวลา 6-9 เดือน โดยไม่มีอาการของโรค มากกว่าหรือเท่ากับ 4 เดือน ซึ่งจะถือว่าเป็นช่วงของการฟื้นฟู มีค่าคะแนนแบบวัดการคืนความสำคัญให้กับตนเอง (Self-regaining scale) มากกว่า 84 คะแนนขึ้นไป และมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. นำข้อมูลสำคัญที่ได้มาประยุกต์ใช้เป็นความรู้พื้นฐานสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพในการกำหนดแนวทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การพัฒนาการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูหายจากโรคซึมเศร้าในบริบทของสังคมไทยตามประสบการณ์ที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างแท้จริง
- 3) เป็นข้อมูลพื้นฐานแก่ครอบครัวและชุมชนได้มีความเข้าใจถึงปัจจัยสำคัญของบทบาทของครอบครัวที่มีส่วนในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าสู่การฟื้นฟูหายจากโรคซึมเศร้าได้



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก โดยผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยตามแนวคิดของ Husserl (1969) ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพรูปแบบหนึ่งที่อธิบายประสบการณ์ชีวิตโดยปราศจากการคิดไตร่ตรองไว้ก่อนเกี่ยวกับความจริงของสิ่งรอบตัวของประสบการณ์นั้น จึงหลีกเลี่ยงการทบทวนวรรณกรรมก่อนการวิจัย แต่ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องก่อนการทำการวิจัย เพื่อทราบถึงแนวคิดเบื้องต้นเกี่ยวกับการฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในภาพกว้าง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการจัดกรอบความคิด (Bracketing) ของผู้วิจัยเอง โดยนำความรู้สึกและความคิดจัดกรอบแยกไว้ ก่อนรับฟังและแปลความจากผู้ให้ข้อมูล ป้องกันการเกิดอคติในสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลได้บรรยายถึงประสบการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกของตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมโดยสรุปสาระสำคัญตามลำดับต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

- 1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า
- 1.2 สาเหตุของโรคซึมเศร้า
- 1.3 การวินิจฉัยโรค
- 1.4 การดำเนินของโรคซึมเศร้า
- 1.5 การรักษาโรคซึมเศร้า
- 1.6 การประเมินการฟื้นฟู
- 1.7 บทบาทพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2. แนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟูจากโรคซึมเศร้า

- 2.1 ความหมายของการฟื้นฟูจากโรคซึมเศร้า
- 2.2 กระบวนการฟื้นฟูจากโรคซึมเศร้า

3. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

- 3.1 ความหมายของปรากฏการณ์วิทยา
- 3.2 ความเป็นมาของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา
- 3.3 แนวคิดและปรัชญาพื้นฐานปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl
- 3.4 ระเบียบวิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา
- 3.5 ความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นโรคจิตเวชที่พบได้บ่อย เป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพ ครอบครัวยุ สัจคม และเศรษฐกิจ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อตัวผู้ป่วยเอง ทั้งจากอาการของโรค ความบกพร่องของหน้าที่ในด้านต่างๆ ของผู้ป่วย และภาวะทุพพลภาพจากการเจ็บป่วย ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของโรคซึมเศร้าไว้ดังนี้

Taylor (1994) อ้างใน นุสรรา วรภัทรพร (2547) ได้ให้ความหมายของ depression ไว้ว่าเป็นสิ่งที่เกิดร่วมกับความเสียใจ ความเศร้าโศก หรืออารมณ์หดหู่เศร้าหมอง ซึ่งแตกต่างกับ grief ซึ่งจะเป็ความรูสึกโศกเศร้ากับการสูญเสียที่เป็นจริงและพอเหมาะพอควร

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

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2558) ได้ให้ความหมายของโรคซึมเศร้าว่าเป็นการที่บุคคลมีอารมณ์เศร้าในช่วงระยะเวลาที่ยาวนาน และไม่ดีขึ้นหรือมีอาการที่รุนแรงขึ้นจน มีอาการต่างๆ เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ไร้ค่า หมดความสนใจต่อสิ่งต่างๆรอบตัว ไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป มีความคิดที่จะทำร้ายตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความรูสึกนึกคิด ร่วมกับการเปลี่ยนแปลง ทางด้านร่างกาย

มาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2559) กล่าวว่า โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) เป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้า หดหู่ เบื่อหน่าย เป็นเกือบทั้งวัน และเป็นติดต่อกันนานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป ร่วมกับอาการอื่น ๆ เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด บางรายอาจนอนมากขึ้น หรือกินจุขึ้น อ่อนเพลีย พุดน้อยลง เคลื่อนไหวช้าลงกว่าปกติ สมาธิความจำแยลง หลงลืมง่าย มองโลกและชีวิตของตน เองในแง่ลบ รูสึกตนเองไม่มีคุณค่า อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2553) กล่าวว่าโรคซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มอาการความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ซึ่งอาการสำคัญ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า และ ความรูสึกเบื่อ หน่าย หดหู่ ร่วมไปกับความรูสึกท้อแท้ หมดหวัง ลึนหวัง ทำทางการเคลื่อนไหว เชื่องช้า เชื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ จนอาจนำไปสู่การทำร้ายตัวเองหรือการฆ่าตัวตายได้ในที่สุด

ธรณินทร์ กองสุข และคณะ (2553) กล่าวว่าโรคซึมเศร้า หมายถึง อาการเศร้าที่มากเกินไป และนานเกินไป เป็นอยู่นานเกินกว่า 2 สัปดาห์ ไม่ดีขึ้นแม้ได้รับการบำบัดด้วยเหตุผล มักมีความรู้สึกด้อยค่า รู้สึกผิด อยากตาย พบบ่อยว่ามีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน กิจวัตรประจำวัน และการสังคมทั่วไป และมีอาการเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตาม ICD-10 หรือเกณฑ์วินิจฉัย DSM-IV

ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2555) กล่าวว่าโรคซึมเศร้า หมายถึง อาการที่บุคคลจะมีลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ เช่นเดียวกับภาวะซึมเศร้าร่วมกับมีอาการที่เข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของ ICD-10 หรือ DSM-IV-TR โดยโรคซึมเศร้านี้จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทางการแพทย์ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม อาการจึงจะลดลง

สรุป โรคซึมเศร้าหมายถึงปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลทางจิตใจต่อภาวะวิกฤต หรือสถานการณ์ที่มีความเครียดแสดงออกในรูปของความเปราะบางทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ โศกเศร้าเสียใจ หดหู่รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม ทั้งในปัจจุบันและอนาคต อันก่อให้เกิดความแปรปรวนทางอารมณ์ (mood disorders) เป็นภาวะที่แสดงออกโดยมีความแปรปรวนด้านความคิด อารมณ์ ด้านร่างกายและพฤติกรรม

1.2 สาเหตุของโรคซึมเศร้า

Chick et al. (1986) กล่าวว่า ประชากรวัยผู้ใหญ่มีหน้าที่และความรับผิดชอบมากขึ้น มีการปรับเปลี่ยนและเกิดการปรับตัวกับบทบาทใหม่อย่างมาก อาจประสบกับปัญหาที่ไม่สามารถปรับเข้าสู่บทบาทใหม่ได้

Woolfolk (2007) กล่าวว่า สาเหตุหนึ่งของโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ เกิดจากการให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อนร่วมวัยลดลง และหากไม่สามารถสร้างความสนิทสนมจริงจังกับผู้อื่นได้ จะมีความรู้สึกอ้างว้างเดียวดาย (isolation) หรือหลงรักเฉพาะตนเอง (narcissism)

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2559) กล่าวว่า สาเหตุของโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่อาจเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological factor) เช่น พันธุกรรม สารสื่อประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ และความผิดปกติทางประสาททสรีรวิทยา อีกทั้งปัจจัยด้านสังคม (Psychological factor) เช่น เหตุการณ์ในชีวิต ปัจจัยสิ่งแวดล้อมบุคลิกภาพ และปัจจัยตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psycho Analytic Theory factor) ทั้งนี้อาจเพราะในวัยผู้ใหญ่เป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงบทบาท (role transition) เริ่มต้นมีครอบครัว มีการพัฒนาบทบาทของความเป็นพ่อ แม่ บุคลิกภาพในอาชีพการงาน มีอำนาจในการตัดสินใจ และการสร้างคนที่มีความสามารถรุ่นหลังขึ้นมา

สินเงิน สุขสมปอง และคณะ (2559) กล่าวว่า สภาวะการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วในด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยสนับสนุนให้วัยผู้ใหญ่

เหล่านี้เกิดวิกฤตทางจิตใจ ไม่สามารถปรับตัวได้ เกิดความเครียด ความคับข้องใจ จนนำไปสู่ปัจจัยที่มีผลต่อโรคซึมเศร้า และก่อให้เกิดปัญหาการฆ่าตัวตายในที่สุด

ดวงใจ กษานติกุล (2542) อธิบายว่า โรคซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากหลายๆปัจจัยผสมผสานรวมกันคือ ปัจจัยด้านพันธุกรรม ร่างกาย จิตใจและสภาพสังคมวัฒนธรรมที่บีบคั้นและเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว รวมเรียกว่า ปัจจัยชีวจิตสังคม (Biopsychosocial factors) โดยปัจจัยแต่ละด้านมีอิทธิพลมากหรือน้อยแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคน ดังนี้

1) ปัจจัยทางชีวภาพ พันธุกรรม เป็นที่ยอมรับกันว่าพันธุกรรมมีบทบาทสำคัญต่อการเกิดโรคซึมเศร้า จากการศึกษาในลูกของพ่อหรือแม่ที่เป็นโรค major depressive disorder จะมีความเสี่ยง 2-3 เท่าที่จะเป็นโรค major depressive disorder เมื่อเทียบกับอัตราการเกิดโรคของลูกที่ไม่มีพ่อหรือแม่ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาแบบคู่แฝด (twin studies) พบว่าคู่แฝดชนิดไข่ใบเดียว (monozygotic twins) เมื่อแฝดป่วยเป็นโรค major depression คู่แฝดจะมีความเสี่ยงร้อยละ 50 ที่จะเป็นโรคเดียวกัน ในขณะที่คู่แฝดชนิดไข่สองใบ (dizygotic twins) เมื่อแฝดหนึ่งรายป่วยเป็นโรค major depression คู่แฝดจะมีความเสี่ยงร้อยละ 10-25 (สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2547)

1.1) การเปลี่ยนแปลงของสารนำสื่อประสาทในสมอง (neurotransmitters) ได้แก่ serotonin , norepinephrine และ dopamine โดยพบว่าผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าบางรายมีการทำงานลดลงของสารนำสื่อประสาทซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยอาจเป็นสาเหตุของภาวะโรคหรือการปรับตัวของร่างกายต่อสภาวะซึมเศร้าได้

1.2) การปรับระดับของฮอร์โมนในสมอง (neuroendocrine regulation) สมองส่วน hypothalamus เป็นศูนย์กลางในการควบคุมระดับฮอร์โมนในสมองหลายชนิดโดยเฉพาะใน ส่วน hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis และ hypothalamic-pituitary-thyroid (HPT) axis ซึ่งทำหน้าที่ปรับระดับฮอร์โมน cortisol และ thyroid stimulating hormone (TSH) พบว่าประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เมื่อให้ยา dexamethasone ไปยับยั้ง cortisol hormone แต่ระดับ cortisol กลับไม่ลดลง ซึ่งการทดสอบที่ให้ผลบวกนี้จะหายไปเมื่อผู้ป่วยหายจากภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่าประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ระดับ TSH ไม่สามารถถูกกระตุ้นได้เท่าที่ควรด้วย thyrotropin-releasing hormone (TSH) ซึ่งแสดงว่าภาวะซึมเศร้าอาจเริ่มจากความผิดปกติของสมองในส่วนตั้งแต่ระดับ hypothalamus โดยทำให้การปรับระดับฮอร์โมนเสีย

2) ปัจจัยทางด้านจิตใจ ทฤษฎีทางจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) นักจิตวิเคราะห์อธิบายว่า อารมณ์เศร้าเป็นอารมณ์ผสมผสานของความรู้สึกหลายๆอย่างตั้งแต่ความรู้สึกกลัว เกลียด โกรธ ละอายและความรู้สึกผิด โดยที่ความรู้สึกโกรธเป็นอารมณ์พื้นฐานที่สุด (primitive) ปรากฏให้เห็นแม้ในเด็กทารก ส่วนความรู้สึกผิดเป็นอารมณ์ละเอียดอ่อนและสลับซับซ้อนมากที่สุด จะเกิดขึ้นได้ก็เฉพาะในบุคคลที่มีมโนธรรม (Superego) ก่อร่างขึ้นแล้ว

2.1) Cognitive Model ทฤษฎีนี้ริเริ่มโดย Aaron Beck กล่าวว่าผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้ามี cognition triad คือ ผู้ป่วยคิดว่าตนเองหมดหนทางที่จะต่อสู้และตนเองไม่มีประโยชน์อีกแล้ว ผู้ป่วยมักจะตีความเหตุการณ์ต่างๆไปในทางไม่ดีและคิดว่าอนาคตไม่มีความหวัง การบิดเบือนในความคิดนี้เกิดจากการบาดเจ็บต่อจิตใจในวัยเด็กเช่น มีการสูญเสียบิดามารดา การขาดการเอาใจใส่ การถูกเพื่อนปฏิเสธไม่ยอมรับ การบาดเจ็บต่อจิตใจเหล่านี้เป็นการสร้างเงื่อนไขให้ผู้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะคิด ตีความ และตอบสนองในทางลบต่อเหตุการณ์ชีวิตที่เกิดขึ้นในครั้งต่อไป ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าตามมา (สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

2.2) Behavioral Model มีแนวคิด 2 แบบคือ ภาวะท้อแท้อดอาลัย (learned helplessness) หมัดกำลังใจ ใจไม่สู้ และหมดความกระตือรือร้น เนื่องจากประสบแต่ความล้มเหลวและผิดหวังครั้งแล้วครั้งเล่า และ ภาวะหมัดกำลังใจ (no positive reinforcement) เนื่องจากไม่ได้รับแรงเสริมที่เหมาะสม หรือได้รับแรงเสริมน้อยเกินไป หรือได้รับรางวัลแต่ไม่ได้รับ ทันทูที่ที่แสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง (สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

3) ปัจจัยด้านสังคม อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีก่อนป่วย เช่น การสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี การมีเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปีมากกว่า 3 คนอยู่ที่บ้าน เป็นต้น หรืออาจเป็นปัจจัยที่มากระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้า (Wright et al., 2005) เช่น เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตบลาว์และทาลิส (Brown and Tharris, 1978 อ้างถึงใน สรยุทธ วาสิกานนท์, 2547) รายงานว่าปัจจัยความเครียดทางสังคมมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญโดยเฉพาะเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียทางสังคมเช่น การตายของบุคคลที่รัก เป็นต้น การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาติดตามในระยะยาวสามารถยืนยันได้ว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนายการเกิดโรคซึมเศร้า และช่วยทำให้อาการของโรคซึมเศร้าบรรเทาลงได้ (Durand and Barlow, 2006) นอกจากนี้การแสดงอารมณ์ของครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งส่งผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้า โดยครอบครัวที่แสดงอารมณ์รุนแรงจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบในอัตราสูงแม้ได้รับยาเต็มที่ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

1.3 การวินิจฉัยโรค

ในปัจจุบันเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวชที่ได้รับการยอมรับและใช้อย่างแพร่หลายมีอยู่ 2 เกณฑ์ ได้แก่ เกณฑ์การจำแนกขององค์การอนามัยโลกฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 (International Classification of Diseases and Related Health Problem, 10th หรือ ICD-10) และเกณฑ์การจำแนกโรคที่พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (ธรรณิษฐ์ ทองสุข และคณะ, 2558)

เกณฑ์การจำแนกขององค์การอนามัยโลกฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 (ICD-10) เป็นรหัสของโรคอาการและอาการแสดง ความผิดปกติที่ตรวจพบ อาการนำ สภาพสังคม หรือสาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บหรือโรค ซึ่งโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ของ ICD-10 แบ่งออกเป็น Depressive disorder และ Dysthymic disorder (WHO, 2010)

1) การวินิจฉัย Depressive disorder ตามเกณฑ์ ICD-10 มีดังนี้

A. มีอาการซึมเศร้า สูญเสียความสนใจ และความรู้สึกเพลิดเพลินสนุกสนาน พลังกำลังลดลง ทำให้รู้สึกอ่อนเพลียเมื่อยล้ามากขึ้น การทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง แม้การทำงานเพียงเล็กน้อยก็รู้สึกเหนื่อยง่ายและเหนื่อยมาก และมีอาการอื่นๆที่เป็นร่วมขณะซึมเศร้าเป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ได้แก่

1.1) สมาธิและความสนใจลดลง

1.2) ความภาคภูมิใจและความเชื่อมั่นในตัวเองลดลง

1.3) มีความคิดต่อตนเองผิดและมีความคิดว่าตนเองไม่มีค่า อาการนี้เกิดขึ้นได้แม้ว่าอารมณ์ซึมเศร้าจะไม่รุนแรง

1.4) รู้สึกหงอยเหงาและมองอนาคตในแง่ร้าย

1.5) ไม่เจริญอาหาร

2) Depressive disorder แบ่งออกเป็น Episode ต่างๆ ดังนี้

2.1) Mild depressive disorder มีอาการดังนี้

2.1.1) มีอาการตามแบบฉบับของอารมณ์ซึมเศร้าอย่างน้อย 2 อาการดังนี้

(1) มีอารมณ์ซึมเศร้า

(2) สูญเสียความสนใจและความรู้สึกสนุกสนาน

(3) รู้สึกอ่อนเพลียเมื่อยล้าเพิ่มขึ้น

2.1.2) มีอาการในข้อ A. อย่างน้อย 2 อาการ

2.1.3) มีอาการในข้อ 1. และ 2. ไม่ต้องถึงขั้นรุนแรง ยังสามารถผิโนไปทำงานหรือใช้ชีวิตได้ตามปกติ เป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์

2.2) Moderate depressive disorder มีอาการดังนี้

2.2.1) มีอาการตามแบบฉบับของอารมณ์ซึมเศร้าอย่างน้อยที่สุด 2 อาการ

2.2.2) มีอาการในข้อ A. อย่างน้อย 3 อาการ

2.2.3) มีอาการในข้อ 1. และ 2. เป็นนานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ โดยที่มีความฝืนใจมากที่จะใช้ชีวิตตามปกติ

2.3) Severe depressive disorder มีอาการดังนี้

2.3.1) มีอาการตามแบบฉบับของอารมณ์ซึมเศร้าอย่างน้อยที่สุด 3 อาการ

2.3.2) มีอาการในข้อ A. อย่างน้อย 4 อาการ

2.3.3) มีอาการในข้อ 1. และ 2. เป็นนานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และไม่สามารถประกอบกิจกรรมตามปกติได้

2.4) Single episode มีอาการดังกล่าวข้างต้นเพียง 1 ครั้ง อย่างน้อย 2 สัปดาห์

2.5) Recurrent episode หมายถึง จะต้องมียาหลายอาการอย่างน้อยที่สุด 2 episode แต่ละ episode นั้นควรจะแยกจากกันนานหลายเดือน โดยระหว่างนั้นจะต้องไม่มีอาการทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญ หรือมีลักษณะ manic episode

2.6) Dysthymic disorder หมายถึง การมีอาการซึมเศร้าอย่างเรื้อรังนานอย่างน้อย 2 ปีในผู้ใหญ่ หรือ 1 ปีในเด็กและวัยรุ่น แต่อาการไม่รุนแรงมากพอ หรือถ้ารุนแรงก็ไม่นานพอที่จะเป็นเกณฑ์การวินิจฉัย Recurrent depressive disorder ไม่ว่าอาการเล็กน้อยหรือปานกลางหรือรุนแรง

1.4 การดำเนินของโรค

โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) เป็นโรคเรื้อรังเกิดขึ้นได้ทุกเพศและทุกวัย โดยมีหลักฐานยืนยันว่าเด็กทารกอายุ 3 เดือน สามารถที่จะแสดงอาการซึมเศร้าได้ ประมาณ 1 ใน 33 คนในวัยเด็ก และ 1 ใน 8 คน ในวัยรุ่นมีประสบการณ์ของการเป็นโรคซึมเศร้า (Greden, 2001) โดย การแสดงอาการซึมเศร้านั้นมีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุ (Stein, Kupfer, and Schatzberg, 2006) โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีลักษณะอาการเกิดขึ้นเป็นช่วงๆ (episodic) เป็นๆหายๆ การดำเนินของโรคซึมเศร้ามี่ดังนี้ (Rush et al. 2006) ได้อธิบายการดำเนินของโรคซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 5 ระยะ ดังนี้

1.4.1 ระยะตอบสนองต่อการรักษา (Response) คือ การที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคซึมเศร่าลดลงหลังได้รับการรักษา โดยติดตามได้จากอารมณ์ของผู้ป่วย การทำหน้าที่ในแต่ละวัน และ/หรือ ความเจ็บปวด/ความเศร้าโศก โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 3 สัปดาห์

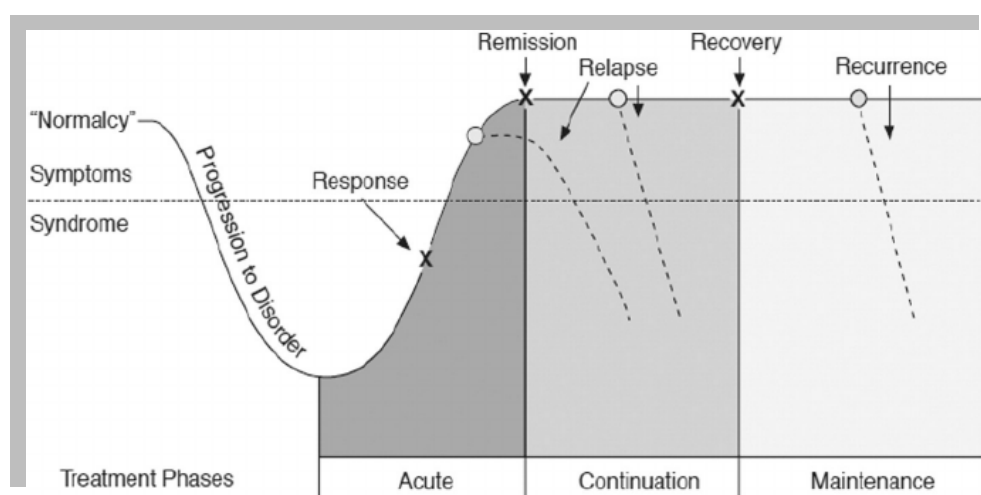
1.4.2 ระยะที่ไม่มีอาการของโรคหลงเหลือ (Remission) คือ เป็นช่วงเวลาที่ยุป่วยไม่มีอาการหรือมีอาการของโรคซึมเศร่าเพียงเล็กน้อยระหว่างการรักษา ในระยะเฉียบพลัน ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญเป็นอันดับแรกในทางคลินิก โดยผู้ป่วยจะไม่มีอาการอารมณ์เศร่าและสูญเสียความสนใจ และมีอาการไม่มากกว่า 3 ใน 7 อาการของ Major depressive episode เป็นระยะเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 3 สัปดาห์ ในการศึกษาทางคลินิกต้องใช้ระยะเวลาประมาณ 12-20 สัปดาห์ในการประเมินอาการ เพื่อให้เกิดการยอมรับว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะ remission อย่างแท้จริง

1.4.3 ระยะที่กลับเป็นซ้ำ (Relapse) คือ ผู้ป่วยกลับมามีอาการมากขึ้น โดยเกิดหลังจาก remission แต่ก่อนระยะ recovery โดยอาการที่เกิดขึ้นครบตามเกณฑ์การวินิจฉัย Major depressive episode ของ DSM-IV

1.4.4 ระยะการฟื้นหาย (Recovery) คือ เป็นช่วงเวลาที่ยุป่วยไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อยมาระยะเวลาหนึ่ง นั่นคือมากกว่าหรือเท่ากับ 4 เดือน ภายหลังจากระยะเริ่มแรกของ

remission ซึ่งการที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้ารับการบำบัดรักษาเป็นเวลา 6-9 เดือน จนครบกระบวนการ จะถือว่าอยู่ในช่วงของการฟื้นหาย (recovery) (Kupfer, 1991 อ้างถึงใน Rush et al., 2006)

1.4.5 ระยะที่กลับเป็นซ้ำภายหลังระยะการหาย (Recurrence) คือ เป็นช่วงเวลา que ผู้ป่วยกลับมามีอาการของโรคซึมเศร้าอีก ภายหลังจากที่มี complete recovery นั่นคือมีการเกิด episode ใหม่ของโรคซึมเศร้า



ภาพที่ 1 แสดงระยะของโรคซึมเศร้าและการรักษา

(Kupfer, 1991 cited in Dunner et al., 2007)

โรคซึมเศร้าในแต่ละช่วงจะมีระยะเวลายาวนานแตกต่างกัน เมื่อได้รับการรักษาอาการจะทุเลาและสามารถกลับเป็นซ้ำได้ โดยปกติแล้วระยะเวลาที่เกิดโรคซึมเศร้าอาจเป็นวันหรือสัปดาห์ ผู้ป่วยอาจมีอาการในระยะเวลาล่วงหน้าของโรคนำมาก่อน (Prodromal period) เช่น อาการวิตกกังวล อาการกลัว อาการซึมเศร้าเล็กน้อย มาเป็นระยะเวลาหลายเดือน หรือบางรายอาจมีอาการขึ้นมาเฉียบพลัน ซึ่งพวกนี้มักเกิดตามหลังการเผชิญปัญหาทางจิตสังคมอย่างรุนแรง และเมื่อเกิดโรคซึมเศร้าแล้วพบว่าใน episode หนึ่งของโรคใช้ระยะเวลา 6-12 เดือน หากไม่รักษา แต่ถ้าหากได้รับการรักษา episode หนึ่งจะเหลือประมาณ 3 เดือน ผู้ป่วยบางรายเกิด episode เดียว หรือบางรายเกิดมากกว่านั้น มีรายงานว่าร้อยละ 50-85 ของผู้ป่วยจะเกิดการ recurrent ได้ และรายงานการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแล้วประมาณร้อยละ 20-30 ที่อาจมีอาการหลงเหลืออยู่เล็กน้อยต่อไปอีกเพียงแต่มีอาการไม่ครบตามเกณฑ์การวินิจฉัย ภาวะเช่นนี้เรียกว่า “ทุเลาลง (Partial remission)” ซึ่งมักจะกระทบกระเทือนต่อหน้าที่ต่างๆของผู้ป่วย จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำอีกของโรค แต่ส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจะมีอาการทุเลาลงหลังได้รับการรักษาไป 4-6 สัปดาห์ (response) และจะมีอาการทุเลาสมบูรณ์และสามารถกลับไปทำหน้าที่ได้ตามปกติหลังรับการรักษา 12 สัปดาห์ (remission) ดังนั้นจึงพบว่าการหยุดยา ก่อน 12 สัปดาห์มักทำ

ให้ผู้ป่วยกลับมามีอาการมากขึ้นได้ (relapse) (APA, 2000) ระยะเวลาที่ทำให้ผู้ป่วยฟื้นหายจากโรคซึมเศร้านั้นเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3 เดือน (Furukawa, Kitamura and Takahashi, 2000) และจากการศึกษาของ Kupfer D.J. (1991) พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อยู่ในช่วงของการฟื้นหาย (recovery) คือผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาเป็นเวลา 24-36 สัปดาห์จนครบกระบวนการโดยไม่มีอาการกำเริบ สอดคล้องกับการศึกษาของ Koivumaa et al. (2001) พบว่าระยะเวลาที่ทำให้ผู้ป่วยฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้านั้นอยู่ในช่วงเวลา 6 เดือนขึ้นไป ซึ่งระยะเวลาที่ทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นหายอย่างสมบูรณ์ (full recovery) นั้นต้องใช้เวลามากกว่า 12 เดือนขึ้นไป

1.5 การรักษาโรคซึมเศร้า

สาเหตุที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามีหลายปัจจัยได้แก่ ปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยทางด้านจิตใจ ปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ประมาณร้อยละ 20 – 40 ของการเกิดโรคซึมเศร้ามาจากพันธุกรรม ส่วนสาเหตุที่เหลือเป็นประสบการณ์ในชีวิต (Durand and Barlow, 2006) ซึ่งแนวทางการรักษาผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบันเน้นแนวทางการรักษาแบบองค์รวมทั้งการรักษาทางด้านชีวภาพและจิตสังคมร่วมกัน (holistic, biopsychosocial approach) จิตบำบัดที่มีหลักฐานอ้างอิงถึงประสิทธิภาพของการรักษาโรคซึมเศร้าในปัจจุบันได้แก่ จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal psychotherapy, IPT) และจิตบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy, CBT) จิตบำบัดทั้ง 2 ประเภทนี้มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าของโรคซึมเศร้ารุนแรงเช่นเดียวกับการรักษาด้วยยา และยังมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymic disorder) และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาพร้อมกันทั้งการรักษาด้วยยาต้านเศร้าและจิตบำบัดจะให้ผลการรักษาที่ดีที่สุด โดยพบว่าผลการตอบสนองต่อการรักษาเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 55-85 นอกจากนั้นแล้ว การให้จิตบำบัดในระยะต่อเนื่องหลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้ว สามารถช่วยลดอัตราการป่วยซ้ำและอัตราการกลับเป็นซ้ำ (relapse and recurrent rate) ลงได้ (เฟิร์พอน์ ลือบุญธวัชชัย, 2549) การรักษาโรคซึมเศร้าแบ่งเป็น 3 ระยะ (Kennard et al., 2006 อ้างถึงใน มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) ดังนี้ 1) การรักษาระยะเฉียบพลัน (acute treatment) มีเป้าหมายเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้า เป็นการรักษาเริ่มตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยมาพบขณะมีอาการไปจนถึงหายจากอาการ คือเข้าสู่ระยะ remission ใช้ระยะเวลาประมาณ 4-6 สัปดาห์ หรือบางรายอาจใช้ระยะเวลานานกว่านี้ 2) การรักษาระยะต่อเนื่อง (continuation treatment) โดยมีเป้าหมายเพื่อลดกลุ่มอาการที่หลงเหลือ (residual symptoms) และป้องกันการป่วยซ้ำ (relapse) เป็นการให้การรักษาต่ออีก 4-9 เดือนภายหลังจากระยะ remission ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะ recovery และ 3) Maintenance treatment มีเป้าหมายเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (recurrence) ของโรคซึมเศร้า ในระยะนี้การให้ยาป้องกันอย่างน้อย 2- 3 ปี บางรายอาจจะต้องได้รับยาตลอดชีวิตซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำ

แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับจิตแพทย์ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา อ้างอิงจากแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้า กรมสุขภาพจิต (2553) ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของการนำหลักฐานทางเวชปฏิบัติที่ปรากฏมาใช้กับผู้ป่วยรายนั้นๆ และอาจจะเปลี่ยนแปลงได้ตามความรู้ทางวิทยาศาสตร์ วิทยาการและแบบแผนการวิจัยที่พัฒนาไป ดังนั้นประเด็นต่างๆต่อไปนี้ จึงเป็นเพียงแนวทางการรักษา การยึดถือไปปฏิบัติ โดยอาศัยข้อมูลที่ได้จากคำบอกเล่าของผู้ป่วยร่วมกับกระบวนการวินิจฉัยและวิธีการรักษาที่เป็นไปได้ตามกรณี ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการวินิจฉัยโรคและได้รับการรักษาที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง

1.5.1 การรักษาด้วยยา การรักษาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ตามการดำเนินโรค

1) การรักษาระยะเฉียบพลัน (Acute treatment) เป็นการรักษาเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมาหาขณะที่มีอาการไปจนถึงหายจากอาการ คือเข้าสู่ระยะ remission ยาหลักที่ใช้ในการรักษา ได้แก่ ยาต้านเศร้า ให้ขนาดเริ่มต้นตามความรุนแรงของโรคในรายที่มีอาการน้อยอาจเริ่มให้ยา Amitriptyline หรือ Imipramine ขนาด 20-50 มิลลิกรัมต่อวัน ผู้ป่วยที่มีอาการปานกลางถึงรุนแรง ให้ 50-75 มิลลิกรัมต่อวัน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการกระวนกระวายหรือวิตกกังวลมากร่วมด้วย อาจให้ Diazepam 2-5 มิลลิกรัม รับประทานเมื่อเช้าและเย็นร่วมด้วยในช่วง 2 สัปดาห์แรก ขนาดของ Amitriptyline หรือ Imipramine ที่ได้ผลในการรักษาโดยทั่วไปอยู่ระหว่าง 75-150 มิลลิกรัมต่อวัน

ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตร่วมด้วยนั้น การรักษาต้องให้ยารักษาโรคจิตควบคู่กันไป โดยทั่วไปขนาดไม่สูงเท่าที่ใช้รักษาผู้ป่วยจิตเภท เมื่ออาการของโรคทางจิตดีขึ้นแล้วจะค่อยๆลดปริมาณยาลงจนกระทั่งหยุดยา ซึ่งจะทำให้ยาต้านเศร้าได้ผลในการรักษาประมาณร้อยละ 70-80 ในผู้ป่วยที่อาการดีขึ้นไม่มากควรให้ยาจนถึงขนาดสูงสุดเป็นระยะเวลาหนึ่ง (Imipramine ขนาด 250 มิลลิกรัมต่อวัน นาน 4-6 สัปดาห์) หากไม่ตอบสนองต่อยาอาจให้ Lithium หรือ Thyroid hormone (T3) ร่วมด้วย หรืออาจเปลี่ยนยาต้านเศร้ากลุ่มใหม่ (new generation)

2) การรักษาระยะต่อเนื่อง (Continuation treatment) เป็นการรักษาต่ออีกประมาณ 6 เดือน หลังจากผู้ป่วยฟื้นหายแล้ว ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะ recovery ทั้งนี้พบว่าหากหยุดการรักษาก่อน ผู้ป่วยจะมีโอกาสเกิด relapse สูงมาก เมื่อครบระยะเวลาแล้วให้ค่อยๆลดยาลงทุก 2-3 สัปดาห์จนหยุดการรักษา ขณะลดขนาดยาหากผู้ป่วยเริ่มกลับมามีอาการอีก ให้ทำการเพิ่มขนาดยาขึ้นแล้วคงอยู่ระยะหนึ่ง เช่น 2-3 เดือน แล้วจึงทำการลดขนาดยาใหม่

3) การป้องกันระยะยาว (Prophylactic treatment) เป็นการให้ยาเพื่อป้องกันการเกิด recurrent ของโรค จะพิจารณาให้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด recurrent สูง ดังนี้

3.1) มีอาการมาแล้ว 3 ครั้ง

3.2) มีอาการมาแล้ว 2 ครั้ง ร่วมกับมีภาวะต่อไปนี้ 1 ข้อขึ้นไป

- ประวัติ recurrent major depression หรือ bipolar disorder ในญาติใกล้ชิด (first-degree relative)

- มีประวัติ recurrent ภายใน 1 ปี หลังจากหยุดการรักษา
- เริ่มมีอาการครั้งแรกขณะอายุน้อย (ต่ำกว่า 20 ปี)
- มีอาการที่เป็นเร็ว รุนแรง 2 ครั้ง ภายในช่วงเวลา 3 ปี

1.5.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า หรือ Electroconvulsive Therapy (ECT) ใช้ในผู้ป่วยรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ทนต่ออาการข้างเคียงของยาไม่ได้ หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ได้ผลดีในผู้ป่วยที่อาการรุนแรง เป็นแบบ melancholic หรือมี psychotic features แต่ทั้งนี้ ECT ไม่ได้ช่วยป้องกันการเกิด recurrent จึงควรให้การรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องหลังจากที่ผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้ว

1.5.3 การรักษาด้วยจิตบำบัด ชนิดที่ได้ผลดีใน Depressive disorder ได้แก่

1) Interpersonal therapy เป็นการรักษาที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น มุ่งให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและผู้อื่นที่ดีขึ้น ไม่เน้นถึงความขัดแย้งในจิตใจ

2) Cognitive-behavior therapy ซึ่งเชื่อว่าอาการของผู้ป่วยมีต้นเหตุมาจากการมีแนวความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง การรักษามุ่งแก้ไขแนวคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความจริงมากขึ้น รวมไปถึงการปรับพฤติกรรม โดยมีหลักการว่า เมื่อพฤติกรรมเปลี่ยนอารมณ์ และความคิดจะเปลี่ยนตามไปด้วย ซึ่งพฤติกรรมบำบัดมีเป้าหมายเพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (แรงเสริมด้านบวก) และลดความขัดแย้งซึ่งเป็นการเสริมด้านลบลง การประสบแต่เหตุการณ์ดีๆจะทำให้อารมณ์เศร้าของผู้ป่วยดีขึ้น ดังขบวนการของการบำบัดด้วยความคิด (Cognitive therapy) 4 ขั้นตอน ได้แก่

2.1) ค้นหา (Identify) ความคิดยึดมั่นของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยคิดว่า “ผู้คนคิดว่าฉันทำตัวหยิ่ง” หรือ “ผู้คนคงเห็นฉันเดินเกร็งๆ” หรือคิดว่าผู้ที่ไม่ยิ้มทักทายด้วยเพราะ “เขาคงไม่ชอบฉัน” เป็นต้น

2.2) ทดสอบความเป็นจริง (Reality test) โดยการให้ผู้ป่วยทดสอบความคิดของตนว่าถูกต้องเป็นจริงหรือไม่เพียงใด เพื่อที่จะได้ขจัดหรือหยุดความคิดนั้นเสีย เช่น ผู้ป่วยที่ชอบตำหนิตนเอง ผู้รักษาอาจซักถามทบทวนเหตุการณ์ทั้งหมดอย่างละเอียดถี่ถ้วน เพื่อหาจุดที่ช่วยสรุปความจริงที่ถูกต้อง

2.3) การสรุปความคิดไม่เหมาะสม (Maladaptive assumption) เช่น “การจะมีความสุขได้ ฉันต้องเป็นคนที่สมบูรณ์แบบ” หรือ “ถ้าไม่มีใครไม่ชอบฉันสักคนหมายความว่าฉันเป็นคนไม่ดีเลย” ความคิดเช่นนี้ทำให้ทุกข์ใจและลงเอยด้วยความซึมเศร้า

2.4) ทดสอบการสรุปความคิดที่ไม่เหมาะสมว่าถูกต้องเพียงใด ใช้วิธีเดียวกับข้อ 2 โดยการถามรายละเอียดของเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยได้สรุปความคิดดังกล่าว ผู้รักษาช่วยชี้แนะทางเลือกอื่นๆ และสนับสนุนให้มีการฝึกปฏิบัติด้านความคิดและพฤติกรรม

3) จิตบำบัดพลศาสตร์แบบสั้น (Short - term psychodynamic psychotherapy) หลักการเช่นเดียวกับ จิตบำบัดพลศาสตร์ (Psychodynamic psychotherapy) แต่ระยะเวลาโดยทั่วไปไม่นานเกิน 6 เดือน ผู้รักษาจะมีส่วนในการช่วยผู้ป่วยสืบค้นถึงความขัดแย้งในจิตใจ แก้ไขโครงสร้างบุคลิกภาพของตนบางส่วนที่เป็นปัญหา

1.5.4 การรักษาอื่นๆ เช่น การรักษาทางจิตเวชโดยการให้ผู้ป่วยงดการนอนหลับในช่วงกลางคืน (Sleep deprivation) ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นในวันรุ่งขึ้นหลังการงดการนอน แต่มักกลับมาเป็นอีกหากให้นอนตามปกติ หรือการบำบัดด้วยแสง (Light therapy) ในผู้ป่วยที่มีลักษณะอาการเป็นแบบ Seasonal affective disorder (SAD) หรือ ความผิดปกติทางอารมณ์ตามฤดู ที่มักจะแสดงออกในช่วงฤดูหนาวและหายไปฤดูร้อน จะใช้วินิจฉัยนี้ถ้ามีคราวแสดงออกของโรคอย่างน้อย 2 ครั้งในฤดูหนาว และไม่แสดงออกในฤดูอื่นๆ เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 ปี

1.6 การประเมินการฟื้นฟู

1.6.1 แบบประเมินความรุนแรงอาการโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

แบบประเมินความรุนแรงอาการโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) เป็นแบบประเมินเพื่อค้นหาอาการที่มีในระยะ 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 เหมาะสำหรับในการประเมินอาการของโรคซึมเศร้า ซึ่งเมื่อเทียบกับแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) พบว่า มีค่า Cronbach's Alpha รายข้ออยู่ระหว่าง 0.7836-0.8210 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.821 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 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 ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีระดับน้อยมาก

คะแนนรวม 7-12 มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย

คะแนนรวม 13-18 มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง

คะแนนรวม ≥ 19 มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

แนวทางการประเมินการฟื้นหายจากโรคซึมเศร้าสำหรับจิตแพทย์ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ระบุว่าภายหลังจากที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการตอบสนอง (Response) ต่อการบำบัดรักษาด้วยยาต้านเศร้าแล้ว โดยมีคะแนนแบบประเมินความรุนแรงอาการโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 จากคะแนนแรกเริ่มการรักษา หรือคะแนนแบบประเมินความรุนแรงอาการโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) น้อยกว่า 7 แพทย์ผู้รักษาจะทำการให้ยาต้านเศร้าในขนาดเดิม และนัดติดตามการรักษาจนคะแนนแบบประเมินความรุนแรงอาการโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) น้อยกว่า 7 ทุก 1 เดือน เป็นเวลา 6 เดือน เมื่อครบกำหนดการรักษา แพทย์จะค่อยๆลดขนาดยาลงประมาณร้อยละ 25-50 ของยาเดิมทุกๆ 2 สัปดาห์ จนกว่าจะหยุดยาได้ หรือสั่งจ่ายยาวันเว้นวัน ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักจะสามารถรับรู้ได้ด้วยตนเองว่ามีอาการดีขึ้นหรือฟื้นหายแล้ว หลังจากนั้นนัดติดตามเฝ้าระวังกลับเป็นซ้ำใน 1 ปี โดยทำการนัดติดตามผลการรักษาทุก 6 เดือน แพทย์ผู้รักษาจะทำการประเมินอาการของผู้ป่วย ร่วมกับประเมินด้วยแบบประเมินความรุนแรงอาการโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) หากมีค่าคะแนนน้อยกว่า 7 จึงยุติการรักษา (กรมสุขภาพจิต, 2553)

1.6.2 แบบวัดการคืนความสำคัญให้กับตนเอง (Self-Regaining Scale)

แบบวัดการคืนความสำคัญให้กับตนเอง (Self-Regaining Scale) ของ Seeherunwong and Chantarujikapong (2007) ซึ่งเป็นแบบวัดที่มีคุณสมบัติในเกณฑ์ที่ยอมรับได้เหมาะสมที่จะนำมาใช้ประเมินการฟื้นหายจากโรคซึมเศร้า แต่อย่างไรก็ตามยังเป็นแบบวัดใหม่ที่จำเป็นต้องมีการตรวจสอบคุณสมบัติและปรับปรุงใช้ต่อไปในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย ถูกพัฒนาขึ้นจากการวิจัยคุณภาพแบบสร้างทฤษฎีจากข้อมูลพื้นฐานซึ่งศึกษากระบวนการฟื้นหายจากโรคซึมเศร้าในสตรีวัยกลางคนพบมโนทัศน์การคืนความสำคัญให้ตนเองได้ โดยผู้ป่วยทำการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ถูกแปลและใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า ของ นันทภักดิ์ ชนะพันธ์ และอัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ (2556) จำนวน 28 ข้อ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การค้นพบคุณค่า

ตนเอง 2) การคิดทบทวนตนเอง 3) การนิยามความสัมพันธ์กับผู้อื่นใหม่ และ 4) การควบคุมชีวิตตนเอง เป็นมาตราวัด 5 อันดับ ใช้วัดการคืนความสำคัญให้กับตนเองหรือการฟื้นฟูหายจากโรคซึมเศร้า เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในงานวิจัยของ นันทศักดิ์ ชนะพันธ์ และอัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ (2556) พบว่า มีความตรงทางโครงสร้างและความตรงตามสภาพจริง (Content Validity) กับตัวแปรภายนอกด้วยการหาความสัมพันธ์กับการมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งได้ค่าความสัมพันธ์ เท่ากับ $.39$ สำหรับการตรวจสอบความเชื่อมั่น ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบแอลฟาของแบบวัดทั้งฉบับและองค์ประกอบย่อย เท่ากับ $.83$, $.85$, $.82$, $.77$ และ $.91$ ตามลำดับ และนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยหญิงไทยที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน พบมีค่าความเที่ยง จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ $.88$ และกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 69 คน เท่ากับ $.88$ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนโดยให้ค่าคะแนนเป็น 1 - 5 คะแนน ตามระดับการฟื้นฟูหายจากโรคซึมเศร้า โดยมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

คะแนน 5 มีความสอดคล้องกับท่านมากที่สุด

คะแนน 4 มีความสอดคล้องกับท่านมาก

คะแนน 3 มีความสอดคล้องกับท่านปานกลาง

คะแนน 2 มีความสอดคล้องกับท่านเล็กน้อย

คะแนน 1 ไม่มีความสอดคล้องกับท่านเลย

เกณฑ์การแปลผลคะแนน Self-Regaining Scale มีคะแนนระหว่าง 28-140 คะแนน และหากมีคะแนนมากกว่า 84 คะแนนขึ้นไป แสดงถึงมีการฟื้นฟูหายจากโรคซึมเศร้าระดับสูง (นันทศักดิ์ ชนะพันธ์ และอัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, 2556)

1.7 บทบาทพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การวางแผนการปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นมีเป้าหมายสำคัญเพื่อลดและจัดการตอบสนองทางอารมณ์ที่ผิดปกติ ฟื้นฟูอาชีพและการทำหน้าที่ทางด้านจิตสังคม ปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และลดการป่วยซ้ำและการกลับเป็นซ้ำ (Keller, 2003 cited in Stuart and Laraia, 2005) เนื่องจากปัจจัยการเกิดโรคซึมเศร้ามียุทธศาสตร์หลายปัจจัยทั้งทางด้านชีวภาพ จิตใจและสังคมวัฒนธรรม ดังนั้นการวางแผนปฏิบัติการพยาบาลจึงจำเป็นต้องตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งในด้านชีววิทยา จิตใจ และสังคมดังนี้ (Boyd and Nihart, 1998)

1.7.1 การบำบัดด้านชีววิทยา (Biological Interventions)

1) การบริหารการใช้ยา (Psychopharmacologic Management) การรักษาด้วยยาต้านเศร้าเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ความสำเร็จในการใช้ยาเพื่อรักษาภาวะซึมเศร้ามิตั้งแต่ 60-80% ซึ่งพยาบาลจะต้องให้การสนับสนุนผู้ป่วยในการใช้ยาและกระตุ้นให้เห็น ข้อดีของการใช้ยา การปรับเปลี่ยนขนาดยาที่เหมาะสมและเกิดผลข้างเคียงของการใช้ยาน้อยที่สุด โดยมีการ

สังเกตอาการทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ยาต้านเศร้าเป็นระยะเวลานาน พยาบาลจะต้องมีบทบาทที่สำคัญในการติดตามผลลัพธ์ของการรักษาและผลข้างเคียงของการใช้ยาอย่างใกล้ชิด และปลอดภัยจากผลข้างเคียงของการใช้ยาและได้รับขนาดยาอย่างเพียงพอ พยาบาลจะต้องมีความรอบรู้เรื่องการใช้ยา ขนาดยา ระดับยาในกระแสเลือด และผลข้างเคียงของการใช้ยา

1.7.2 การบำบัดทางด้านจิตใจ (Psychological Interventions)

1) การบำบัดทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า (Nursing Interventions for Patient Undergoing ECT) บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในการรักษาด้วยไฟฟ้าจำเป็นต้องมีการให้สุขศึกษาและช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านอารมณ์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีการประเมิน เตรียมผู้ป่วย ติดตามและประเมินผลต่อการตอบสนองในการรักษาด้วยไฟฟ้า รวมถึงมีการดูแลร่วมกับทีมการรักษา

2) การดูแลตนเอง (Self-Care Management) พยาบาลจำเป็นต้องมีทัศนคติที่ดีและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูและฟื้นฟูสภาพ โดยมุ่งเน้นการให้ความรู้และทักษะที่จำเป็น ซึ่งการสร้างแรงจูงใจเป็นการพัฒนาเมื่อบุคคลมองเห็นความแตกต่างระหว่างเหตุการณ์ปัจจุบันที่ผู้ป่วยประสบอยู่และความคาดหวังในอนาคต ซึ่งความแตกต่างระหว่างปัจจุบันและอนาคตเรียกว่า “motivating gap” โดยผู้ป่วยจะมีการวางเป้าหมาย มองเห็นทางเลือก และเลือกการกระทำที่ดีที่สุดสำหรับตนเอง เพื่อให้เข้าสู่การฟื้นฟูและการฟื้นฟูประสบความสำเร็จ

3) การบำบัดทางความคิด (Cognitive Therapy) การบำบัดทางความคิดจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับปรุงรูปแบบความคิดที่บิดเบือนให้ถูกต้อง สามารถลดอาการและอาการแสดง

4) การบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior Therapy) จะมีประสิทธิภาพในระยะ acute treatment ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนกระทั่งภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาร่วมกับยาต้านเศร้า เทคนิคของการบำบัดได้แก่ การจัดตารางกิจกรรม การควบคุมตนเอง การฝึกทักษะทางสังคม และการฝึกการแก้ปัญหา

5) จิตบำบัดสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Therapy) จิตบำบัดสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีหลักฐานยืนยันถึงประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้าเป็นจิตบำบัดระยะสั้นที่มีเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาระหว่างบุคคลด้านใดด้านหนึ่งใน 4 ด้าน ที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้าได้แก่ ความรู้สึกเศร้าเสียใจจากการเสียชีวิตของบุคคลสำคัญ ความขัดแย้งกับบุคคลที่สำคัญ การเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคมและการขาดสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น เมื่อปัญหาระหว่างบุคคลได้รับการแก้ไขอาการโรคซึมเศร้าก็จะดีขึ้น

1.7.3 การบำบัดทางด้านสังคม (Social Interventions)

1) การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Patient and Family Education) พยาบาลจำเป็นที่จะต้องให้สุขภาพจิตศึกษา ที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีเป้าหมายเพื่อที่จะปรับปรุงการทำหน้าที่ของผู้ป่วยและครอบครัว ลดอาการของโรคซึมเศร้าโดยการเพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง (Stuart and Laraia, 2005) ซึ่งหัวข้อที่จำเป็นในการให้สุขภาพจิตศึกษามีดังนี้ การให้ความรู้ในเรื่องการใช้ยาต้านเศร้า การออกฤทธิ์ของยา ขนาดยา ความถี่ในการใช้ยา และผลข้างเคียงจากการใช้ยา ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ความร่วมมือในการรักษา การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ทักษะการแก้ไขปัญหา การมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม แหล่งสนับสนุนในชุมชน

2) ความร่วมมือในการใช้ยา (Medication Adherence) พยาบาลจำเป็นที่จะต้องเน้นถึงความสำคัญของการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าและความจำเป็นของการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความร่วมมือในการใช้ยาในระยะยาวเพื่อควบคุมอาการของโรค

3) การบำบัดคู่สมรสและสมาชิกในครอบครัว (Marital and Family Therapy) ปัญหาภายในครอบครัวและคู่สมรส เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยและเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคซึมเศร้า เพิ่มกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และขัดขวางการฟื้นหายของโรคซึมเศร้า ซึ่งการบำบัดคู่สมรสและสมาชิกในครอบครัวจะช่วยลดกลุ่มอาการและการป่วยซ้ำของโรคซึมเศร้าโดยพยาบาลจะต้องมุ่งเน้นการดูแลครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

4) การบำบัดแบบกลุ่ม (Group Therapy) บทบาทของกลุ่มบำบัดในการรักษาโรคซึมเศร้านั้น จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เพิ่มขึ้น เกี่ยวกับพฤติกรรมและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น โดยการได้รับข้อมูลย้อนกลับ ได้รับกำลังใจและการสนับสนุนซึ่งกันและกันในกลุ่มจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในกลุ่ม ลดความวิตกกังวล ความโดดเดี่ยวอ้างว้าง และการแยกตัวจากสังคม เพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง เกิดการยอมรับในวิกฤติการณ์ของชีวิตและความเจ็บป่วยพร้อมทั้งสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป อีกทั้งสามารถแก้ไขประสบการณ์ทางอารมณ์ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

Cuijpers et al. (2014) อธิบายว่า โรคซึมเศร้าจะเป็นโรคที่สามารถรักษาได้หรือง่ายต่อการรักษา โดยผู้ป่วยสามารถฟื้นหายได้เมื่อเข้าถึงการบำบัดรักษา โดยเฉพาะหากได้รับทั้งการรักษาด้วยยาต้านเศร้าควบคู่ไปกับการทำจิตบำบัดก็จะทำให้เกิดการฟื้นหายจากโรคซึมเศร้าได้ดีมากขึ้น

1.7.4 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาของความรู้สึกเศร้าที่มีความซับซ้อน พยาบาลจิตเวชจะต้องเข้าใจกระบวนการทั้งหมด การเลือกชนิดของการรักษาที่จะเอื้ออำนวยต่อสุขภาพจิต มีการวางแผนให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ครอบคลุมถึงการบริหารจัดการเรื่องยา กระบวนการทาง neurobiological และการปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ใช่ยา เช่น การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดใน

การทำหายความคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนให้รู้จักโรคซึมเศร้า มีการดูแลแบบองค์รวม ลดอาการและช่วยให้ทำหน้าที่ได้เป็นที่น่าพอใจ บทบาททั้งหลายจะเอื้อให้มีการฟื้นคืนสภาพและลดการกลับเป็นซ้ำ (Lewin, 2003) ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเน้นหลักสำคัญ ได้แก่ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

1) การป้องกันอันตราย ผู้ป่วยอารมณ์เศร้ามีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูง ทั้งในภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัว พยาบาลต้องดูแลอย่างใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัยจากสิ่งของที่ผู้ป่วยจะใช้เป็นอาวุธ

2) การใช้เทคนิคการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพ ติดต่อกับผู้ป่วยสร้างความไว้วางใจ แสดงความเห็นใจและเข้าใจ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ

3) การสอนผู้ป่วย ใช้การสอนผู้ป่วยแบบต่างๆ เช่น การสอนการปรับตัวต่อปัญหา การปรับตัวในสังคม การพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออก การฝึกการคลายเครียด รวมถึงการสอนทักษะการแก้ปัญหาที่เหมาะสม

4) การให้คำปรึกษา เน้นการให้คำปรึกษา การปรับตัว และการแก้ปัญหาต่างๆ ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวันในสังคม

5) การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกและฟื้นฟูทักษะในการดำเนินชีวิตในสังคมการให้ข้อมูลย้อนกลับที่เหมาะสม

6) การแนะนำแหล่งบริการที่สะดวกสำหรับผู้ป่วย และครอบครัว

การให้การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นการให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ตั้งแต่การประเมิน การให้ข้อวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนทางการพยาบาล และการประเมินผลการให้การพยาบาล ดังรายละเอียดดังนี้ (ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2555)

1) การประเมินทางการพยาบาล

การประเมินทางการพยาบาลในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นการประเมินอาการและอาการแสดง ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งอาการและอาการแสดงที่ได้กล่าวมาแล้ว (Fortinash and Worret, 2004 อ้างถึงใน Videbeck, 2001) ดังนี้

1.1) การประเมินลักษณะโดยทั่วไป

การประเมินลักษณะโดยทั่วไป เป็นการประเมินการเคลื่อนไหวซึ่งจะพบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการเคลื่อนไหวที่ช้า ลักษณะการคิดช้าและการสื่อสารที่ช้า มีความยากในการประสานความคิดและการพูด ต้องการเวลาในการคิดมากกว่าเดิม และหลายครั้งจะคับข้องใจที่ไม่สามารถจะคิดและสื่อสารได้อย่างสมบูรณ์

1.2) การประเมินความคิด

การประเมินความคิดในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นการประเมินลักษณะความคิดต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อม และต่ออนาคต ซึ่งมักจะพบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในความคิดทางลบ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะคิดว่าตนไม่ได้รับความยุติธรรม โขคร้ายกว่าคนอื่น ถูกกลั่นแกล้ง คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความหมายต่อครอบครัวหรือที่ทำงาน และมีโอกาสที่จะมีความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

1.3) การประเมินอารมณ์และความรู้สึก

การประเมินอารมณ์และความรู้สึก เป็นการประเมินการรับรู้ คำพูด และภาษากายของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มักจะแสดงออกถึงอารมณ์และความรู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ มีความวิตกกังวลต่อสิ่งต่างๆรอบตัว มีความรู้สึกคับข้องใจได้ง่าย หลายๆครั้งรู้สึกโกรธตัวเอง และโกรธผู้อื่น จะสังเกตเห็นได้ว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีภาวะหงุดหงิดง่าย ความอดทนต่ำ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ความคิดขาดหวังไม่ต่อเนื่อง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะแยกตัวอยู่ตามลำพัง ไม่ต้องการพูดคุยกับบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนฝูง แต่จะหมกมุ่นครุ่นคิดแต่เรื่องของตนเองและทำให้เกิดความรู้สึกเศร้าหดหู่

1.4) การประเมินสติปัญญา

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีปัญหาในการตัดสินใจ ไม่ว่าจะเป็นการตัดสินใจในชีวิตประจำวันหรือในหน้าที่การงาน ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงจะไม่สามารถตัดสินใจได้ แม้กระทั่งเรื่องง่ายๆ เช่น จะเข้านอนเวลาใด หรือจะรับประทานอาหารอะไร ในเวลาใด เป็นต้น มักจะรู้สึก เหนื่อยล้า และเบื่อหน่ายที่จะต้องตัดสินใจ

1.5) การประเมินภาพลักษณ์ของตนเอง

การประเมินภาพลักษณ์ของตนเอง เป็นการประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ศักยภาพของตนเอง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีการรับรู้ศักยภาพของตนเองต่ำ รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า รู้สึกผิดต่อการที่ไม่สามารถทำสิ่งต่างๆได้เหมือนเดิม และรู้สึกผิดต่อการไม่สามารถรับผิดชอบงานและครอบครัวได้ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะคิดวนเวียน (Rumination) เกี่ยวกับตนเองในทางลบ รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถ ไม่ยืดหยุ่นและรู้สึกโกรธที่ไม่สามารถทำอะไรให้ดีขึ้นได้ มักจะไม่ค่อยสนใจสุขอนามัยส่วนตัว การแต่งกายมักจะใช้สีมืดๆ ไม่มีสีสดใส ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่เป็นหญิงมักไม่ค่อยแต่งหน้าและรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเองดูไม่ดี ดูแย่มาก

1.6) การประเมินบทบาทและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

การประเมินบทบาทและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เป็นการประเมินบทบาทหน้าที่ของเขาในครอบครัวและบทบาทในหน้าที่การงาน ซึ่งส่วนใหญ่จะไม่สามารถรับผิดชอบได้ดีเช่นเดิม ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะสูญเสียความสนใจในเรื่องเพศ ทำให้สัมพันธภาพกับ

สามีหรือภรรยาลดลง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะน้ำหนักลดลง เนื่องจากไม่สนใจที่จะรับประทานอาหารและมักจะรู้สึกถึงความว่างเปล่าในชีวิต สัมพันธภาพกับผู้อื่นลดลง

2) การให้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การให้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าตามข้อวินิจฉัยของสมาคมพยาบาลอเมริกันภาคเหนือ (North American Nursing Diagnosis Association, NANDA, 2001 อ้างถึงใน ดาราวรรณ ตะปินตา, 2555) ได้ระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้ เช่น ไม่สามารถอดทนต่อการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ (Activity intolerance), วิตกกังวล (Anxiety), ท้องผูก (Constipation), ไม่สามารถปรับแก้ปัญหาได้ (Ineffective individual coping), อ่อนล้า (Fatigue), โศกเศร้าจนไม่สามารถทำอะไรได้ (Dysfunctional grieving), ไม่สามารถคงความมีสุขภาพดีไว้ (Ineffective health maintenance), ลีลาหวัง (Hopelessness), เสี่ยงต่อความรู้สึกโดดเดี่ยว (Risk for loneliness), ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล (Noncompliance), ความไม่สมดุลของการรับประทานอาหารที่น้อยกว่าที่ร่างกายต้องการ (Imbalanced nutrition: less than body requirements), ความไม่สมดุลของการรับประทานอาหารที่มากกว่าที่ร่างกายต้องการ (Imbalanced nutrition: more than body requirements), เสี่ยงต่อการพร่องของการทำหน้าที่การเป็นผู้ปกครอง (Risk for impaired parenting), หมดแรงหมดกำลังใจ (Powerlessness), การไม่สามารถแสดงบทบาทได้อย่างเหมาะสม (Ineffective role performance), บกพร่องในการดูแลตนเองในเรื่องการอาบน้ำและสุขอนามัย (Self-care deficit, bathing/hygiene), บกพร่องในการดูแลตนเองในเรื่องการแต่งกาย (Self-care deficit, dressing/grooming), บกพร่องในการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร (Self-care deficit, feeding), การรับรู้ศักยภาพแห่งตนต่ำอย่างเรื้อรัง (Chronic low self - esteem), การไม่มีความสนใจทางเพศ (Sexual dysfunction), ความบกพร่องของรูปแบบในการนอน (Disturbed sleep pattern), ความบกพร่องด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Impaired social interaction), แยกตัวจากสังคม (Social isolation), เศร้าเรื้อรัง (Chronic sorrow), ความกดดันทางจิตวิญญาณ (Spiritual distress), เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Risk for suicide) และเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง (Risk for self - directed violence)

3) การวางแผนทางการพยาบาล

การให้การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นการพยาบาลที่ต้องให้อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสัมพันธภาพกับผู้อื่น และที่สำคัญที่สุดคือการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยพยาบาลจะต้องให้ความรู้และสอนเรื่องโรค และการรักษาพยาบาลในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและญาติเพื่อให้เข้าใจในเรื่องการเกิดภาวะซึมเศร้า การรักษาพยาบาล และการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และการดูแลญาติที่มีภาวะซึมเศร้า รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ที่มี

ภาวะซึมเศร้าและญาติในกรณีที่มีข้อสงสัยในเรื่องโรคและการรักษาพยาบาล (Stuart and Laraia, 2005) พยาบาลต้องวางแผนในการให้การดูแลอย่างต่อเนื่องหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยการประสานความร่วมมือไปยังโรงพยาบาลและกลุ่มแกนนำด้านสุขภาพในชุมชนของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (Videbeck, 2011)

3.1) การให้การพยาบาลทางด้านร่างกาย

การให้การพยาบาลทางด้านร่างกาย เป็นการให้การดูแลในเรื่องการรับประทานอาหาร การดูแลสุขอนามัย การดูแลตนเองในเรื่องต่างๆไป เช่น การแต่งกาย และการพักผ่อนนอนหลับที่จะต้องเพียงพอและเหมาะสม โดยการกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดได้ดูแลหรือช่วยเหลือตนเอง หรือช่วยดูแลในกรณีที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง (Fortinash and Worret, 2004) การให้ผู้รับการบำบัดได้รับแสง (สรยุทธ์ วาสิกันานนท์, 2549) การใช้การฝึกโยคะในผู้ที่สนใจ (อัมพร กุลเวชกิจ และคณะ, 2553) การดูแลเรื่องการได้รับยาต้านเศร้าอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ก็เป็นสิ่งสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (Stuart and Laraia, 2005) และการรักษาด้วยยา ในปัจจุบันยารักษาโรคซึมเศร้าแบ่งออกได้หลายกลุ่มตามลักษณะโครงสร้างทางเคมี และวิธีการออกฤทธิ์ที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้ แต่ยาที่นิยมใช้เป็น first – line drug ได้แก่ fluoxetine เนื่องจากมีผลข้างเคียงต่ำ ผู้ป่วยที่อาจมีปัญหาเรื่อง drug – interaction เช่น ได้ยาหลายขนาน หรือผู้สูงอายุอาจให้ sertraline กรณีผู้ป่วยมีความกระวนกระวาย วิตกกังวล หรือนอนไม่หลับมาร่วมด้วย อาจให้ diazepam ในระยะแรกที่มีอาการของโรคซึมเศร้ายาต้านโรคซึมเศร้าได้ผลในการรักษาประมาณร้อยละ 70 – 80 (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

3.2) การให้การพยาบาลด้านความคิด

การให้การพยาบาลด้านความคิด สามารถช่วยค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดดังกล่าวไปตามความเป็นจริงหรือให้เป็นไปในทางบวกมากขึ้น โดยอาจใช้การบำบัดและหรือการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม ช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ลดความคิดว่าตนเองสิ้นหวังไม่มีความหมาย ไม่มีคุณค่า ไม่มีอนาคต ให้ลดลงได้อย่างเหมาะสม โดยจำเป็นต้องมีสัมพันธภาพเชิงบำบัดที่เหมาะสมกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจึงจะสามารถช่วยปรับในด้าน ความคิดได้ (Frisch & Frisch, 2002; Fortinash & Worret, 2004) การให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ระบายออกอย่างเหมาะสม ร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรมจะทำให้อารมณ์และความรู้สึกหดหู่ ซึมเศร้า ท้อแท้ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามลดลง เนื่องจากความคิดเป็นที่มาของอารมณ์นั่นเอง (Beck, 1995)

3.3) การให้การพยาบาลด้านพฤติกรรม

การให้การพยาบาลด้านพฤติกรรม เป็นการช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ได้มีกิจกรรมประจำวันที่เหมาะสม ทั้งกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยการ

วางแผนร่วมกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและกระตุ้นให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ดำเนินกิจกรรมต่างๆตามแผนที่วางไว้ร่วมกัน การได้ทำกิจกรรมต่างๆจะช่วยปรับทั้งในด้านความคิดและอารมณ์ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าให้เปลี่ยนแปลงไปได้ เนื่องจากมีการปฏิสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น (Stuart and Laraia, 2005)

3.4) การป้องกันการฆ่าตัวตาย

การป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นสิ่งที่สำคัญมากในการพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับมากถึงรุนแรง การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ไม่กระตุ้นความรู้สึกเศร้าเป็นสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ไม่มีอาวุธหรือสิ่งของที่จะทำให้ผู้รับการบำบัดหยิบมาใช้ในการทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่น สัมพันธภาพเชิงบำบัดที่เหมาะสมจะทำให้พยาบาลมองเห็นการเปลี่ยนแปลงบางประการที่อาจเป็นการสื่อแสดงถึงการมีความคิดฆ่าตัวตาย เช่น การมีอารมณ์ที่ดีขึ้นอย่างกะทันหัน (จากการตัดสินใจว่าการฆ่าตัวตายเป็นทางออกของตนเอง) การบอกลา การขอบคุณ หรือขอโทษ การมอบสิ่งของมีค่าหรือของรักให้กับผู้อื่น เป็นต้น หากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อม และต่ออนาคตที่รุนแรง รับรู้ว่าคุณค่าตนเองขาดแหล่งสนับสนุน ขาดกำลังใจ ไม่มีทางออกของการแก้ปัญหา คิดถึงปัญหาในทางลบ คิดว่าตนเองโชคร้าย ซึ่งเป็นการมองปัญหาในทางลบ (Negative Problem Orientation, NPO) และเลือกการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา (Avoidance) หรือการแก้ปัญหาแบบไม่ระมัดระวังและหุนหันพลันแล่น (Careless/Impulsive) มักจะมีความคิดฆ่าตัวตาย (D'Zullila and Nezu, 2007) พยาบาลจึงต้องวางแผนการประเมินลักษณะความคิดและวิธีการแก้ปัญหา และให้การพยาบาลโดยอาจใช้การบำบัดแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy, PST) เพื่อลดปัญหาการฆ่าตัวตาย การช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ระบายออกถึงความรู้สึกเศร้า หดหู่ เป็นทุกข์ อย่างเหมาะสม ได้รับความรู้ว่าคุณค่าตนเองยังมีค่า มีความหวัง ยังเป็นที่รัก เป็นสิ่งที่สำคัญมากที่จะช่วยให้ลดปัญหาการฆ่าตัวตายได้ (Amtai-Otong, 2008)

3.5) การให้การพยาบาลโดยการแก้ปัญหา

การพยาบาลที่ใช้กระบวนการแบบกลุ่มเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทำให้บุคคลแก้ปัญหาได้นั้น เนื่องมาจากบุคคลสามารถรับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง คิดว่าปัญหาเป็นเหตุการณ์ธรรมชาติ มองปัญหาในทางบวกเป็นสิ่งท้าทาย ค้นหาวิธีการแก้ปัญหาให้ได้มากที่สุด การได้มาซึ่งวิธีการมีอะไรบ้าง ใช้เทคนิคอย่างไรบ้าง การค้นหาวิธีการแก้ปัญหาที่หลากหลายจะช่วยหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมมากที่สุด เมื่อได้วิธีการแก้ปัญหาที่หลากหลายแล้วนำมาจัดกลุ่มและถามเหตุผลที่อยู่เบื้องหลังนั้น คัดเลือกความคิดในการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสมออกไปพิจารณาทบทวนข้อดีข้อเสียของแต่ละวิธีรวมทั้งผลที่จะตามมา วิเคราะห์ประโยชน์ ผลลัพธ์คุ้มค่าคุ้มทุนหรือไม่ อย่างไร ระบุการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพและพัฒนาแผนปฏิบัติการจริงในการประเมินการตัดสินใจ นำวิธีที่เลือกไปปฏิบัติและประเมินผลลัพธ์ในการแก้ปัญหา ถ้าไม่สำเร็จให้ย้อนกลับไป

สำรวจปัญหาใหม่เพื่อหาวิธีการที่เหมาะสม (D’Zurilla and Nezu, 1999 อ้างถึงใน D’Zurilla and Nezu, 2007)

4) การประเมินผลการให้การพยาบาล

การประเมินผลการให้การพยาบาลในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นการประเมินผลในเรื่องต่างๆที่ได้ให้การพยาบาลทั้งด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ รวมทั้งพฤติกรรม ดังนี้

4.1) การประเมินทางด้านร่างกาย เป็นการประเมินการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า การประเมินการแต่งกาย การประเมินการขับถ่าย เป็นต้น

4.2) การประเมินด้านความคิด เป็นการประเมินลักษณะความคิดที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า หากการพยาบาลได้ผล ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะต้องเปลี่ยนความคิดของตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคตจากทางลบเป็นทางบวก หรือเป็นไปตามความเป็นจริงมากขึ้น รวมทั้งการรับรู้ศักยภาพของตนเองดีขึ้นหรือเป็นไปตามความเป็นจริงมากขึ้น สามารถตัดสินใจและแก้ปัญหาได้ดีขึ้น มีวิธีการแก้ปัญหาที่หลากหลายมากขึ้น และไม่มีความคิดฆ่าตัวตายซึ่งจะส่งผลทำให้อารมณ์หดหู่ เศร้า หมดหวังลดลงตามไปด้วย

4.3) การประเมินทางพฤติกรรม เป็นการประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน และการทำงาน รวมทั้งกิจกรรมต่างๆ ทั้งในครอบครัวและกับเพื่อนๆ ซึ่งจะทำให้ผู้ประเมินได้เห็นสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวและผู้อื่นได้ดีขึ้น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะสามารถทำงานได้ตามปกติมากขึ้น มีกิจกรรมการออกกำลังกาย รวมทั้งดูแลตนเองด้านการแต่งกายและสุขอนามัยได้ดีขึ้น (Fortinash and worret, 2004 อ้างถึงใน Videbeck, 2001)

โดยหากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ก็จำเป็นต้องมีตัวชี้วัดเพื่อประเมินผลการให้การพยาบาลในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยตัวชี้วัดช่วยให้พยาบาลมีวิธีการประเมินผลการพยาบาลของตนเองอย่างมีทิศทางที่ถูกต้องและเหมาะสม

2. แนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟูจากโรคซึมเศร้า

2.1 ความหมายการฟื้นฟูจากโรคซึมเศร้า

Anthony (1993) อธิบายว่า การฟื้นฟู (Recovery) เป็นความสามารถของบุคคลที่ป่วยด้วยโรคทางจิตในการปรับตัวใหม่ (readaptation) โดยยอมรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก ทักษะต่างๆ พฤติกรรม บทบาท ค่านิยม รวมไปถึงการตั้งเป้าหมาย และให้ความหมายของชีวิตใหม่ ส่งผลให้เกิดความสุข ความพึงพอใจในการดำรงชีวิต และมีความหวัง

Palladino (1989) อ้างถึงใน สุวดี จันกระยอม (2546) กล่าวว่า การฟื้นหายจากโรคซึมเศร้านี้เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต (dynamic process) เป็นความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงในแต่ละบุคคล ทั้งมุมมองทางด้านประสบการณ์ตรง การเปลี่ยนแปลงตัวเองที่มีคุณภาพมากขึ้นคล้ายกับการมีพลัง เป็นความพึงพอใจในชีวิต มีการตัดสินใจด้วยตัวเอง มีความเป็นตัวของตัวเอง และมีการดูแลตัวเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สุวดี จันกระยอม (2546) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะรับรู้ว่าการของตนเองดีขึ้น อารมณ์แจ่มใสขึ้น อยากพูดคุย อยากมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยไม่มีกรอบของเวลาหรือประเด็นของเวลามากำหนดว่ามีการฟื้นหาย แต่จะค่อยๆ ดีขึ้นจนผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าตนเองฟื้นหายเป็นปกติ

Warren and Lutz (2002) อธิบายว่า การฟื้นหายจากโรคซึมเศร้ามีความสำคัญในแง่ของความจำเป็นในชีวิตผู้ป่วยที่เอื้อให้เกิดการพัฒนาความหมาย การกระทำหรือการปฏิบัติตัว และการมีพลังอำนาจ

Seeherunwong et al. (2002) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่มีการฟื้นหายจากโรคซึมเศร้าจะให้ความสำคัญกับตนเองมากขึ้น ค้นพบการมีคุณค่าในตนเองที่มาจากตัวตนของตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีค่า และเกิดการเติบโตในตัวเอง ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลักคือ การค้นพบคุณค่าในตนเอง การคิดทบทวนตนเอง การนิยามความสัมพันธ์กับผู้อื่นใหม่ และการควบคุมชีวิตตนเอง

Burcusa and Iacono (2007) กล่าวว่า การฟื้นหายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแต่ละคนอาจเร็วหรือช้าแตกต่างกันขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่เจ็บป่วย โดยผู้ที่ป่วยมานานจะมีโอกาสฟื้นหายได้น้อยกว่า ซึ่งครอบครัว และปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม ล้วนมีบทบาทที่สำคัญของการฟื้นหายของผู้ป่วย

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมทำให้เห็นชัดเจนขึ้นในความหมายของการฟื้นหายจากโรคซึมเศร้าที่กล่าวได้ว่า การฟื้นหายจากโรคซึมเศร้าเป็นกระบวนการที่เกิดจากประสบการณ์ตรงในการเปลี่ยนแปลงตัวเอง การให้ความหมายกับชีวิตใหม่ การคืนความสำคัญให้กับตนเอง และการตั้งความหวังในชีวิต เป็นพลวัตทั้งในตัวผู้ป่วยเองและทั้งในส่วนของ การดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งเป็นกระบวนการที่คงไว้ซึ่งสุขภาพทางกายและจิตใจ มุ่งเน้นการส่งเสริมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม อาชีพและการงานของบุคคล โดยการฟื้นหายไม่มีกรอบของระยะเวลา หากแต่บุคคลที่มีการเจ็บป่วยมานานจะมีโอกาสฟื้นหายได้น้อยกว่า ซึ่งบุคคลจะมีการฟื้นหายได้นั้น ล้วนมีของครอบครัว สังคม และวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย

2.2 กระบวนการฟื้นหายของโรคซึมเศร้า

ปรากฏการณ์เกี่ยวกับการหายจากภาวะซึมเศร้า พบว่ายังมีการศึกษาน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้า โดย Peden (1993) เป็นผู้ริเริ่มทำการศึกษาเกี่ยวกับการฟื้นหายในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า (recovery in depression) เป็นคนแรก ซึ่งได้ทำการศึกษากระบวนการฟื้นหาย (recovery process) จากภาวะซึมเศร้า ภายใต้แนวคิดการ

มองคนแบบองค์รวมและเพื่อทำความเข้าใจในมนุษย์ เกี่ยวกับการตอบสนองของบุคคลต่อปัญหาสุขภาพ พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับอิทธิพลหรือผลของสิ่งแวดล้อม ความเข้มแข็งของบุคคลและความหมายของสุขภาพของแต่ละบุคคล และที่ดีกว่านั้นการเข้าใจกระบวนการฟื้นฟู สามารถทำให้พยาบาลออกแบบกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าให้มีการฟื้นฟูอย่างเต็มที่ โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลของเพพพลาว (Peplau's theory) ซึ่งตามทฤษฎีการพยาบาลของเพพพลาวได้มองการเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพของบุคคล ว่าประกอบด้วยความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม โดยมองว่าสิ่งแวดล้อมมีผลทำให้บุคคลเกิดปัญหาสุขภาพได้ ซึ่งเหมือนกับการมองลักษณะภาวะซึมเศร้าในบุคคล ดูเหมือนว่าภาวะซึมเศร้าจะไม่เกิดขึ้น ถ้าปราศจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม บุคคลที่อ่อนแอ จะอยู่ในสิ่งแวดล้อมซึ่งขาดปัจจัยที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาของบุคคล การพยาบาลจึงเน้นที่การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการป่วยหรือปัญหาสุขภาพต่อสิ่งแวดล้อม พิสูจน์ได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพในผู้หญิงซึมเศร้า จำนวน 8 คน ซึ่งเป็นผู้ที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้ง จากการป่วยด้วยภาวะซึมเศร้า และขณะทำการศึกษานี้รับรู้ว่าคุณค่าตนเองกำลังอยู่ในช่วงของการฟื้นฟูจากภาวะซึมเศร้า ซึ่งการวิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและทำการบันทึกเทปขณะสัมภาษณ์ ซึ่งทำการสัมภาษณ์ที่บ้านของผู้ป่วย ผลการศึกษา พบว่า กระบวนการฟื้นฟู เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต (dynamic) มีการเคลื่อนไหวระหว่างขั้นตอนต่างๆและในระยะต่างๆตลอดเวลา

กระบวนการฟื้นฟูจากภาวะซึมเศร้าประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ใน 3 ระยะ ดังนี้

2.2.1 ระยะที่ 1 (Phase I) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือช่วงจุดเปลี่ยนหรือภาวะวิกฤต (turning point or crisis) และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่วิชาชีพ (professional support)

2.2.2 ระยะที่ 2 (Phase II) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือการพิจารณาตัดสินใจ (determination) การทำงานมากเกินไปหรือการทำงานล่วงเวลา (work-over-time) การสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวและเพื่อน (support of family and friend) และการประสบความสำเร็จ (success)

2.2.3 ระยะที่ 3 (Phase III) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง (self - esteem) และการดำรงไว้ซึ่งภาวะสมดุล (maintaining balance) นั้น ระยะที่ 3 นี้เป็นจุดที่มีภาวะสุขภาพดีที่สุด (most healthy point) ในกระบวนการฟื้นฟู

หลังจากนั้น Peden (1996) ทำการติดตามผล 1 ปีเพื่อศึกษาสภาพของกระบวนการฟื้นฟูใน 1 ปีย้อนหลังและเพื่ออธิบายกระบวนการที่เกิดขึ้นก่อนและเพื่อเสนอแนะการให้กิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยซึมเศร้ามีการหายอย่างเต็มที่ (full recovery) ซึ่งพบว่า กระบวนการหายจากภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ใน 3 ระยะเหมือนเดิม ไม่มีระยะใหม่เกิดขึ้นในกระบวนการหาย และผู้ป่วยยังคงอยู่ในระยะที่ 3 อย่างต่อเนื่อง คือยังคงมีความรู้สึกมีคุณค่า

ในตนเองมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง และกิจกรรมการพยาบาลที่จะช่วยในการฟื้นฟูคือการให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับธรรมชาติของภาวะซึมเศร้า (psychoeducation in nature) การปรับเปลี่ยนวิธีการคิด (cognitive strategies) การคงไว้ซึ่งการมีความหวัง (instilled hope) และการให้การรักษารายบุคคล (individual treatment)

Unsworth (1999) ได้อธิบายถึงกระบวนการหายจากโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุผู้ที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเอง หายจากโรคซึมเศร้า ไม่จำกัดเพศจำนวน 7 คน อายุระหว่าง 67-94 ปี ผลการศึกษาพบว่าการหายจากโรคซึมเศร้าประกอบด้วย 4 ระยะ คือ 1) วัฏวนแห่งความทุกข์ (Spiraling down) ระยะแรกนี้จะถูกกระตุ้นจากสถานการณ์ต่างๆ ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เช่น การที่ไม่สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาคือ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การเจ็บป่วย เป็นต้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายกาย เกิดอารมณ์ทุกข์ใจ เป็นช่วงที่ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสีย สูญเสียการควบคุม และไม่สามารถที่จะทำให้ดีขึ้นได้ ซึ่งระยะนี้ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ เช่น ครอบครัว เพื่อน บุคลากรสุขภาพ การมีกิจกรรม เป็นต้น และการที่ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งขึ้นก็จะ พยายามหาวิธีการต่างๆที่จะเอาชนะภาวะซึมเศร้า เรียนรู้ที่จะเผชิญกับความจริง และการได้รับการ สนับสนุนจากแหล่งต่างๆ จะส่งผลให้หายจากโรค ซึมเศร้า 2) หนทางเปลี่ยนแปลง (Changing direction) ระยะที่สองนี้เริ่มเกิดการตระหนักถึงสิ่งที่ผิดปกติดังกล่าว และเข้าใจว่าไม่สามารถดำเนินชีวิตอยู่กับระดับความทุกข์ที่พวกเขาประสบอยู่ได้ การมีความหวังและการตัดสินใจ ทำให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง 3) ผลของทางออก (Working the way out) สะท้อนให้เห็นการตัดสินใจที่แท้จริง

3. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

3.1 ความหมายของปรากฏการณ์วิทยา

Husserl (1996) กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยา คือ การศึกษาเพื่ออธิบายประสบการณ์ชีวิตโดยปราศจากการคิดไตร่ตรองไว้ก่อนเกี่ยวกับความจริงของสิ่งรอบตัว (objective reality) ของประสบการณ์นั้น

Streubert & carpenter (1999) กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง ศาสตร์ที่มีจุดประสงค์อธิบายปรากฏการณ์ธรรมชาติที่มีความเฉพาะเจาะจงหรือลักษณะที่ปรากฏของสิ่งใดๆในลักษณะประสบการณ์ชีวิต (Lived experience)

ชาย โปธิสตา (2559) กล่าวว่า การวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยา เป็นการศึกษาที่มุ่งทำความเข้าใจหรือเข้าถึงความหมายของประสบการณ์ชีวิตแบบต่างๆ (Lived experience) ในโลกของผู้ที่ได้รับประสบการณ์เหล่านั้น ผู้วิจัยจะต้องถือเอาความหมายและความรู้สึกของผู้ที่ได้ประสบกับเหตุการณ์เป็นสำคัญ ไม่ใช่ความหมายของนักวิจัย

อารีย์วรรณ อ่วมตานี (2559) กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยา เป็นการศึกษาที่มีพื้นฐานมาจากสาขาปรัชญา ในการทำความเข้าใจความเชื่อมโยงของมนุษย์กับสิ่งแวดล้อมในโลก โดยศึกษาปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่งที่สนใจจากคำบอกเล่าของผู้ที่มีประสบการณ์ตรง เพื่อค้นหาแก่นแท้ของปรากฏการณ์นั้นให้มีความชัดเจน โดยมีภาษาเป็นสื่อขั้นต้นในการถ่ายทอดความหมายของประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์

กล่าวโดยสรุป การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง การวิจัยเชิงคุณภาพรูปแบบหนึ่ง ที่ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ที่มีประสบการณ์ตรงต่อเรื่องนั้นๆ เพื่อค้นหาแก่นแท้ของสิ่งที่ต้องการศึกษามุ่งเน้นที่การให้ความหมายและความรู้สึกของผู้ที่มีประสบการณ์ตรงในเรื่องนั้นโดยปราศจากความคิดไตร่ตรองไว้ก่อนของนักวิจัย

3.2 ความเป็นมาของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นการศึกษาตามแนวคิดของตะวันตกที่พัฒนามา 3 ระยะ ดังนี้ (อัญญา ปลดเปลื้อง, 2556)

3.2.1 ระยะเริ่มแรก (Preparatory phase) ผู้มีบทบาทสำคัญในระยะนี้คือ Franz Brentano อยู่ใน ช่วง ค.ศ.1838-1917 สิ่งสำคัญของยุคนี้คือ มุ่งให้ความสนใจต่อการกระทำและทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงคุณค่ากับการรับรู้ภายในตนเองของบุคคล (value of inner perception) โดยเฉพาะแนวคิดด้านจิตใจที่มีต่อการรับรู้ในเรื่องที่ผ่านเข้ามาของบุคคล และให้ความสำคัญต่อการรับรู้ทั้งภายในและภายนอกของบุคคล (Interior perception is impossible without exterior perception) ในระยะนี้ยังมี Carl Stumpf ซึ่งเป็นศิษย์ของ Franz Brentano ที่ได้ศึกษาถึงปรากฏการณ์ทางวิทยาศาสตร์โดยเน้นเรื่องระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์ ในระยะนี้ถือได้ว่าเป็นรากฐานของการศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยาในยุคต่อมา

3.2.2 ระยะที่สอง (German or second phase) ผู้มีบทบาทสำคัญในระยะนี้คือ Edmund Husserl (1859-1938) และ Martin Heidegger (1889-1976) แนวคิดหลักที่สำคัญ คือ การค้นหาความจริงที่ปรากฏอยู่โดยไม่มีการคาดการณ์ไว้ล่วงหน้า ผู้ศึกษาเป็นอิสระจากกรอบแนวคิดหรือทฤษฎี โดยให้บุคคลอธิบายเรื่องราวและประสบการณ์ต่างๆที่ตนเองประสบทางสัมผัสต่างๆ

3.2.3 ระยะที่สาม (French or third phase) เป็นระยะที่การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาได้เคลื่อนไหวจากเยอรมันมาสู่ประเทศฝรั่งเศส บุคคลสำคัญในระยะนี้คือ Gabriel Marcel (1889-1973) Jean Paul Sartre (1905-1980) และ Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) แนวคิดหลักในระยะนี้คือ การกระทำหรือการแสดงออกของบุคคลมาจากการรับรู้การของมีชีวิตอยู่ในประสบการณ์จริงและมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่อาศัยอยู่ ทั้งนี้ Gadamer เป็นบุคคลสำคัญของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ โดยเน้นเรื่องการใช้ภาษา วงจรการ ตีความหมาย

(hermeneutic circle) การสนทนา (dialogue) และการหล่อหลอมความเข้าใจของกระบวนการทางความคิดนั้นๆ

3.3 แนวคิดและปรัชญาพื้นฐานปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาตามแนวคิดของ Husserl ซึ่งเป็นการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive phenomenology) Husserl ถือว่าเป็นบุคคลที่ได้รับยกย่องว่าเป็นผู้ให้กำเนิดแนวคิดปรัชญาปรากฏการณ์วิทยา เป็นนักปรัชญาและนักคณิตศาสตร์ชาวเยอรมัน มีมุมมองบนพื้นฐาน Cartesian (Koch, 1995) ว่าบุคคลไม่สามารถแยกร่างกายและจิตออกจากกันได้ (dualism) แต่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน จึงศึกษาเพื่ออธิบายว่าจิตใจกระทำอย่างไร (mental act) สิ่งรอบตัวเป็นอย่างไร (intentional object) และมีความสัมพันธ์กันอย่างไร (relationship) โดยเน้นการให้ความหมายด้วยตัวเองของบุคคลที่มีประสบการณ์ต่อสิ่งนั้น (Drew, 1993)

แนวคิดปรัชญาของ Husserl ประกอบด้วยหลักการ 4 ด้าน คือ (จอนณะจง เฟ็งจาด, 2546)

3.3.1 ความเชื่อเกี่ยวกับความเป็นศาสตร์หรือระบบความรู้ (The rigor of science) Husserl เชื่อว่าศาสตร์หรือระบบความรู้ ต้องมีความเข้มแข็ง และปรัชญาจะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของศาสตร์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความกระจ่างเกี่ยวกับแนวคิดพื้นฐานและข้อตกลงเบื้องต้น และก่อให้เกิดการเชื่อมโยงของแนวคิดเกี่ยวกับบุคคลและศาสตร์

3.3.2 แนวคิดเกี่ยวกับจุดเริ่มต้นของความรู้ (Philosophic radicalism) Husserl เชื่อว่า ประสบการณ์ชีวิตของบุคคลประกอบด้วยโครงสร้างที่มีความหมาย ปรัชญาให้แนวคิดในการทำความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของบุคคล โดยใช้ Epistemology เป็นกรอบในการเรียนรู้โดยเฉพาะวิธีการ แหล่งอ้างอิงและความน่าเชื่อถือ การศึกษาเน้นการเข้าถึงจุดเริ่มต้นหรือแก่นและการกันความคิดที่มีก่อนการศึกษา หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า การศึกษาที่จะก่อให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์หนึ่งๆ ต้องเข้าไปถึงจุดเริ่มต้นหรือแก่นของความรู้ของปรากฏการณ์นั้นๆ โดยปราศจากอคติ ซึ่งก็คือความคิดหรือความรู้ที่มีอยู่เดิม

3.3.3 ความเชื่อเกี่ยวกับการมีสิทธิในตนเอง (Autonomy) โดยเชื่อว่าบุคคลต้องมีความรับผิดชอบในตนเองและต่อสังคมวัฒนธรรมที่ตนเองเป็นสมาชิก

3.3.4 การให้ความสำคัญต่อการมีข้อสงสัย (Respect of wonder) บุคคลต้องมีความตระหนักถึงการเป็นอยู่ (Being) ของตนเองและของบุคคลอื่น และมุ่งที่จะหาคำตอบของข้อสงสัยที่เกี่ยวกับประสบการณ์ของบุคคล นักปรากฏการณ์วิทยาเชื่อว่าความจริงศึกษาได้จากประสบการณ์ชีวิต (Omery & Mack, 1995) ปรากฏการณ์วิทยาจึงศึกษาเพื่อให้เข้าใจประสบการณ์ชีวิตตามความหมายของผู้มีประสบการณ์ จึงควรทำความเข้าใจกับประสบการณ์ชีวิต ซึ่ง Streubert & Carpenter (1999) ให้ความหมายของประสบการณ์ชีวิต หมายถึง สิ่งที่แสดงความเป็นบุคคลซึ่ง

เป็นจริง ในชีวิตผู้นั้น เป็นความหมายที่บุคคลให้การรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมเป็นผลมาจากปัจจัยภายใน และภายนอกของแต่ละบุคคล

3.4 ระเบียบวิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา กระบวนการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาที่ใช้ปรัชญาของ Husserl ประกอบด้วยวิธีการที่สำคัญที่นิยมใช้ 3 วิธี คือ (Streubert and Carpenter, 1999)

3.4.1 การพรรณนา (Descriptive phenomenology) เกี่ยวข้องกับการสืบค้นโดยตรง (Direct exploration) การวิเคราะห์ (Analysis) และการบรรยาย (Descriptive) โดยปราศจากการคาดเดา เพื่อให้เกิดการเข้าใจอย่างถ่องแท้ โดยเน้นที่ความสมบูรณ์ของข้อมูล (Richness) รายละเอียด (Fullness) และความลึกซึ้ง (Depth) ประกอบด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่

1) การหยั่งรู้ (Intuiting) จะเกิดขึ้นโดยผู้วิจัยอ่านทบทวนข้อมูลที่ได้หลายๆ ครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษา

2) การวิเคราะห์ (Analyzing) เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาเพื่อให้เกิดภาพความสัมพันธ์ของส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องหรือเป็นแก่นแท้ (Essences)

3) การบรรยาย (Describing) มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการสื่อสาร เพื่อการบรรยายหรือการเปรียบเทียบให้ผู้อ่านสามารถเข้าใจเรื่องราวที่ต้องการนำเสนอ

3.4.2 การสืบค้นแก่นความรู้ (Study of essences) เป็นการสืบค้นข้อมูลแบบเจาะลึก เพื่อหาประเด็นที่พบบ่อยในประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล

3.4.3 การทอนความคิด (Reductive) กระบวนการที่ผู้วิจัยลดอคติในการศึกษา โดยการจัดกรอบ (bracket) ความคิด ความเชื่อและความรู้ที่มีอยู่ก่อนในปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษา เพื่อให้ประสบการณ์เดิมแยกออกจากประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล

ในการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา ผู้วิจัยจะเป็นผู้ค้นหาความหมายของปรากฏการณ์ หรือความหมายของการเป็นบุคคลที่อยู่ในปรากฏการณ์นั้น ๆ ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเป็นข้อมูลจากมุมมองของผู้ให้ข้อมูลเท่านั้น ไม่ใช่มุมมองของบุคคลนอก ดังนั้นผู้วิจัยจึงถือเป็นเครื่องมือหลักที่สำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย 7 ขั้นตอน ดังนี้ (Moustakas, 1994; Streubert and Carpenter, 2007 อ้างถึงใน ชาย โพธิสิตา, 2559)

- 1) กำหนดหัวข้อและคำถามการวิจัยที่เหมาะสมกับวิจัยแนวปรากฏการณ์
- 2) ทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษา
- 3) กำหนดเกณฑ์สำหรับเลือกบุคคลและปรากฏการณ์สำหรับศึกษา
- 4) ให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ที่เลือกศึกษา รวมทั้งจัดการประเด็นจริยธรรมการวิจัย
- 5) กำหนดประเด็นหรือแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก
- 6) ทำการสัมภาษณ์และบันทึกอย่างละเอียด อาจต้องสัมภาษณ์หลายครั้ง

7) เตรียมข้อมูลและดำเนินการวิเคราะห์

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยไม่ได้ต่างจากวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพทั่วไป แต่มีจุดเน้นที่ต่างออกไปบางประการ (ชาย โปธิสิตา, 2559) ดังนั้นสามารถสรุปหลักการที่สำคัญของระเบียบวิธีการวิจัยตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl ได้ดังนี้ (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2559)

1. คำถามการวิจัย การสร้างข้อคำถามการวิจัยซึ่งมีลักษณะเป็นคำถามการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนาเกี่ยวข้องกับ 2 ขั้นตอนดังนี้

1.1 การค้นหาปรากฏการณ์ที่สนใจ นักวิจัยต้องการแสวงหาปรากฏการณ์ที่ตนเองสนใจศึกษาโดยการให้บุคคลที่อยู่ในปรากฏการณ์หรือเหตุการณ์นั้นเป็นผู้บอกเล่าประสบการณ์ของตน Todres (2005) เสนอแนะว่า วิธีการหนึ่งที่ทำให้ได้หัวข้อในการศึกษาคือ การเริ่มต้นด้วยการถามตนเองเกี่ยวกับความสนใจที่อยากจะศึกษา โดยใช้คำถามกว้างๆ เช่น อะไรคือลักษณะสำคัญของประสบการณ์เรื่อง ความกังวล หรือใช้คำถามที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น เช่น อะไรคือความแตกต่างที่สำคัญระหว่างประสบการณ์เกี่ยวกับความอายและความรู้สึกผิด หากคำถามเหล่านี้มีคำตอบที่ชัดเจนอยู่แล้วก็ไม่ใช่คำถามที่น่าสนใจที่จะนำมาศึกษาต่ออีกต่อไป การหาปรากฏการณ์ที่น่าสนใจมีหลายวิธี เช่น การทบทวนวรรณกรรม การทำวิจัย การปฏิบัติงาน และความสนใจส่วนบุคคลหรืออาจใช้หลายๆวิธีรวมกัน การทบทวนวรรณกรรมควรทบทวนในประเด็นเกี่ยวกับความน่าสนใจของเรื่องดังกล่าวในปัจจุบัน องค์ความรู้ที่ยังขาดหายไป และความเพียงพอของข้อมูลที่ทำให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในเรื่องดังกล่าว นอกจากนี้ การวิจัยนำร่อง (Pilot study) เป็นอีกวิธีหนึ่งในการเริ่มต้นค้นหาปรากฏการณ์ที่สนใจ

1.2 การสร้างข้อคำถามที่นำไปสู่โลกแห่งชีวิต (Life-world) คำว่า “โลกแห่งชีวิต” Husserl ได้ให้ความหมายว่า โลกที่มีความหมายซึ่งความหมายนั้นเกิดจากจินตนาการ อารมณ์ และความรู้สึกที่ห่อหุ้มมนุษย์ ไม่ใช่การอธิบายโลกด้วยหลักการวิทยาศาสตร์ที่มีคณิตศาสตร์เป็นฐานมากกว่าการอธิบายโลกทางปรัชญา (Moran, 2000) ดังนั้น ในการถามเพื่อค้นหาเรื่องราวที่เป็นประสบการณ์ชีวิตต้องรู้จักใช้คำถามในการเปิดประเด็นและไม่รบกวนผู้ให้ข้อมูลจนเกินไป สำหรับข้อคำถามจะเน้นการถามใน 2 ประเด็น คือ

1.2.1 คำถามที่เป็นการขอร้องให้อธิบายประสบการณ์หนึ่งหรือหลายประสบการณ์อย่างเต็มที่เท่าที่จะเป็นไปได้ ในระหว่างรับฟังการบอกเล่าเรื่องราวจากผู้ให้ข้อมูลควรตั้งข้อสังเกตว่า ข้อมูลที่ได้มีประเด็นเกี่ยวกับเวลาและสถานที่ (Time & space) สิ่งต่างๆ (Things) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship) ความคิด (Thoughts) ความรู้สึกต่างๆ (Feelings) และการกระทำ (Actions) หรือไม่ นอกจากนี้ต้องสังเกตว่าการเล่าเรื่องนั้นมีการเชื่อมโยงถึงโลกแห่งชีวิตอย่างไร

1.2.2 คำถามที่เฉพาะเจาะจงเพื่อหารายละเอียดเรื่องที่ศึกษา โดยใช้ภาษาที่ผู้ให้ข้อมูลคุ้นเคยหรือเข้าใจง่าย อาจเน้นถึงคำถามเพื่อเจาะลึกปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้หลายๆคำถาม

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนาให้มีความสำคัญกับคุณภาพของข้อมูลมากกว่าจำนวนคนที่ให้สัมภาษณ์ ข้อมูลที่มีคุณภาพคือ ข้อมูลที่มีรายละเอียดตรงประเด็นที่ศึกษามีความลุ่มลึกเพียงพอต่อการทำความเข้าใจอย่างแท้จริง (Insight) ดังนั้น ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต้องให้ความสำคัญกับการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลอย่างเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) การได้มาซึ่งรายละเอียดของประสบการณ์ที่ครบถ้วน (A full description) และการยึดหลักจริยธรรมในการวิจัย โดยเปิดเผยลักษณะการวิเคราะห์ข้อมูลให้ผู้ให้ข้อมูลรับทราบด้วย (Explicit to the respondents about the nature of phenomenological analysis) ส่วนแนวทางในการสัมภาษณ์ต้องเน้นที่การทำให้ข้อมูลเกิดความกระจ่าง (Clarification) มากกว่านำไปสู่ทิศทางที่ต้องการ (Directed question) การใช้คำถามปลายเปิดจึงเป็นแนวทางในการค้นหาโลกแห่งชีวิตของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน

3. การวิเคราะห์ข้อมูล ในการวิเคราะห์ข้อมูลปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา ดังนี้

3.1 การได้มาซึ่งความรู้สึกถึงประสบการณ์โดยรวมของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน (Obtaining a sense of each protocol as a whole experience) ขั้นตอนนี้เป็นการอ่านบทสัมภาษณ์หลายๆครั้งเพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกร่วมของผู้ให้ข้อมูลที่ได้จากเนื้อหาการสัมภาษณ์ โดยไม่นำข้อสันนิษฐานของตนเข้าไปสู่โลกจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล นักวิจัยให้ความสำคัญที่จะดำเนินการเจาะลึกต่อไป

3.2 การแยกแยะหน่วยของความหมาย (Discrimination of meaning units) เป็นการอ่านเพื่อแยกประเด็นย่อยที่มีความหมายเฉพาะเจาะจงกับปรากฏการณ์ที่สนใจ ต้องแยกหน่วยย่อยๆที่มีความหมายนี้ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

3.3 กำหนดรหัสให้กับหน่วยข้อมูลที่มีความหมาย (Formulation of transformed meaning units) อ่านข้อมูลเฉพาะส่วนที่แยกมาเป็นส่วนย่อยๆแล้วถามตัวเองว่า “ข้อความดังกล่าวผู้ให้ข้อมูลกำลังบอกอะไรกับนักวิจัย” แล้วนักวิจัยจะใช้การหยั่งรู้ของตนเองเพื่อกำหนดชื่ออย่างกว้างๆเป็นรหัสข้อมูล และชื่อที่ให้เป็นรหัสนั้นสามารถถ่ายโอนเป็นชื่ออื่นได้เมื่อเห็นว่ามีเหมาะสม

3.4 กำหนดข้อมูลที่มีความหมายนั้นว่าเป็นส่วนทั่วไปที่มีความสำคัญหรือเป็นโครงสร้างอื่นๆ (Formulation of essential general structure or other structures) เป็นการนำข้อมูลที่กำหนดชื่อรหัสมาพิจารณา เพื่อแบ่งแยกว่าข้อมูลใดคือส่วนย่อยๆของปรากฏการณ์ และข้อมูลใดคือหมวดหมู่ที่มีความสำคัญกว่า นักวิจัยยังคงใช้การหยั่งรู้ของตนเองในการพิจารณากลับไปกลับมาของหมวดหมู่ใหญ่ หมวดหมู่อย่อยที่ข้อมูลควรจะอยู่

3.5 ระบุมูลค่าของแก่นแท้เพื่อความเข้าใจในความหลากหลายของประสบการณ์ชีวิต (Indicating the value of the essential structures for understanding variations of lived experience) ขั้นตอนนี้จะย้อนกลับไปอ่านต้นฉบับคำให้สัมภาษณ์เพื่อมองหาความแตกต่างของเนื้อหาจากคำให้สัมภาษณ์ที่แสดงถึงแก่นแท้ของประสบการณ์ โดยการนำคำให้สัมภาษณ์มาสนับสนุน

นอกจากนี้ยังมีนักวิชาการอีกหลายท่านกล่าวถึงวิธีการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาไว้อย่างน่าสนใจ Wojnar and Swanson (2009) อธิบายถึงหลักการในการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Husserl ว่าประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ 4 ขั้นตอนดังนี้ (Wojnar and Swanson, 2009 อ้างถึงในอารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2559)

1) การใส่วงเล็บ (Bracketing) เป็นความพยายามของนักวิจัยในการรวบรวมข้อมูลที่มีความเป็นธรรมชาติมากที่สุด โดยเอาความคิด ความเชื่อหรือประสบการณ์ของตนเองเก็บไว้กับตนเอง ไม่เอามาเชื่อมโยงกับประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล โดยการเขียนบันทึกภาคสนาม (Field note) เพื่อสะท้อนการสังเกต การตั้งสมมติฐานและข้อสงสัยต่างๆที่เกิดขึ้นขณะเก็บรวบรวมข้อมูล ค้นหาการวิพากษ์วิจารณ์จากมุมมองของนักวิจัยปรากฏการณ์วิทยาอื่นหรือบุคคลที่มีประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าว และดำรงไว้ซึ่งความระมัดระวังที่จะก่อให้เกิดความลำเอียงในบทบาทของนักวิจัยกับบทบาทของผู้ให้ข้อมูลของนักวิจัย

2) การวิเคราะห์ (Analyzing) วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาที่นำมาใช้บ่อย คือ วิธีการของ Colaizzi ประกอบด้วย 7 ขั้นตอนดังนี้

2.1) อ่านบทความถอดเทป เพื่อให้เข้าใจภาพรวมของปรากฏการณ์และอ่านซ้ำรายละเอียดปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเน้นความรู้สึกที่มีต่อประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลและเข้าใจความหมายของผู้ให้ข้อมูล

2.2) แยกข้อความสำคัญที่บ่งบอกโดยตรงถึงปรากฏการณ์นั้นออกมา

2.3) กำหนดความหมายของข้อความเหล่านั้น ซึ่งต้องค้นพบและแสดงถึงความหมายที่ซ่อนอยู่ในข้อความเหล่านั้นที่เป็นปรากฏการณ์ที่นักวิจัยสนใจ

2.4) จัดกลุ่มความหมายให้เป็นหมวดหมู่ตามประเด็นหลัก ซึ่งสามารถเกิดขึ้นทุกวัน (Common) กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล มีการอ้างอิงถึงหมวดหมู่ที่กำหนดไปสู่บทสัมภาษณ์ต้นฉบับได้ เพื่อตรวจสอบความเชื่อถือได้ (Validity) และยืนยันความสอดคล้อง (Confirming consistency) ระหว่างข้อสรุปของนักวิจัยกับเรื่องราวที่เป็นประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล

2.5) รวบรวมข้อค้นพบจากรายละเอียดที่ซ้ำๆของปรากฏการณ์ที่ศึกษา โดยการใช้อุปมาและโครงสร้างที่นักวิจัยกำหนดขึ้นเพื่อเชื่อมโยงไปสู่ประเด็นที่หายไประหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection) การหยั่งรู้ (Intuition) และรายละเอียดของมโนคติ (Concept) การ

อธิบาย ประกอบด้วย การให้รหัสข้อมูล การเปรียบเทียบหัวข้อต่างๆ เพื่อให้เกิดความสอดคล้องของประเด็น และการเชื่อมโยงประเด็นสำคัญไปสู่ความหมายเชิงมโนคติ (Conceptual meaning) ซึ่งมีพื้นฐานมาจากปรากฏการณ์ที่ศึกษานำมาสร้างเป็นต้นแบบเชิงทฤษฎี (Theoretical model)

2.6) หาความเชื่อถือได้ของข้อค้นพบ โดยนำกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนอ่าน เพื่อให้เปรียบเทียบกับประสบการณ์ของตนเองว่าเหมือนหรือต่างกันอย่างไร หรือข้อค้นพบดังกล่าวมีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นได้หรือไม่

2.7) ปรับเปลี่ยนข้อค้นพบหรือแก่นแท้ (Essences) ตามที่ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่า

3) การหยั่งรู้ (Intuiting) การยึดมั่นในการคาดการณ์ของ Husserl เกี่ยวกับข้อค้นพบอื่นๆ ที่เปิดเผยความเป็นจริงจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลคนอื่นๆ การหยั่งรู้ถูกป้อนโดยข้อมูลจำนวนมากที่ผ่านการฟังอย่างตั้งใจ นักวิจัยใช้กระบวนการหยั่งรู้นำนักวิจัยเข้าไปสู่ความเป็นเจ้าของความรู้ที่สืกรวกับอยู่ในประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

4) การพรรณนา (Describing) ขั้นตอนสุดท้ายของการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา คือ การนำเสนอรูปแบบเชิงทฤษฎี (นามธรรม) ที่เป็นตัวแทนโครงสร้างที่สำคัญของเรื่องที่ศึกษา ในการพรรณนาในเรื่องที่ศึกษาต้องสามารถทำให้ทุกคนที่เคยผ่านประสบการณ์นี้มาก่อนสามารถระบุประสบการณ์ของเขาได้เมื่อการเขียนบรรยายนี้ถูกนำเสนอออกไปสู่ผู้อ่านอื่นๆ

3.5 ความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ (Trustworthiness)

Lincoln and Guba (1985) และ Guba and Lincoln (1989) ได้กล่าวถึงหลักเกณฑ์ในการพิจารณาความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลการวิจัยคุณภาพไว้ 4 ประการ คือ

3.5.1 ความน่าเชื่อถือ (Credibility) เป็นเกณฑ์การสนับสนุนการอธิบายข้อสรุปและการแปลผลข้อมูลจากประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล โดยนักวิจัยจะแสดงให้เห็นว่าการได้มาซึ่งข้อมูลและข้อสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลและวิธีตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ได้แก่

- ระยะเวลาอยู่ในสนามที่นานพอ (Prolonged involvement) หมายถึง การใช้เวลาในสนามศึกษาที่มากพอที่นักวิจัยจะเรียนรู้วัฒนธรรมและสร้างความไว้วางใจอย่างเพียงพอที่ผู้ให้ข้อมูลพร้อมจะแบ่งปันประสบการณ์ชีวิตแก่นักวิจัย

- การสังเกตติดต่อกัน (Persistent observation) เป็นการใช้เวลาที่มากพอในการสังเกตสถานการณ์ที่ศึกษา เพื่อให้ค้นพบว่าอะไรคือประเด็นที่สำคัญที่สุดและเป็นตัวแทนของประเด็นที่ศึกษา เป็นการสังเกตเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก

- การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) เป็นการใช้อย่างหลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล และนำข้อมูลเหล่านั้นมาตรวจสอบว่าตรงกันหรือไม่ เช่น การตรวจสอบจากสิ่งที่สังเกตได้และการบันทึกภาคสนาม กับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ เป็นต้น

- การตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer debriefing) เป็นการนำผลการวิเคราะห์และข้อสรุปไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญในประเด็นที่ศึกษาและเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพอย่างน้อย 3 คน เป็นผู้ตรวจสอบให้

- การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checks) เป็นวิธีการที่ผู้ให้ข้อมูลเข้ามาช่วยตรวจสอบหรือแสดงความเห็นเกี่ยวกับข้อสรุปเบื้องต้นที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล (Preliminary themes) เพื่อให้แน่ใจว่าข้อสรุปที่ได้เป็นข้อมูลที่ได้มาจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

3.5.2 ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) จะใช้แทนการอ้างอิงผลสรุปไปสู่ประชากรในการวิจัยเชิงปริมาณ ส่วนในการวิจัยเชิงคุณภาพจะหมายถึง การที่ผู้อ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาแล้วสามารถเข้าใจเรื่องราวและมองเห็นภาพของประสบการณ์ดังกล่าวเหมือนเกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งเรียกว่า ร่องรอยการตรวจสอบได้ หรือ “Audit trial”

3.5.3 ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) โดยการให้ผู้อ่านและนักวิพากษ์ได้ใช้เกณฑ์การตรวจสอบต่อกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ ถ้าผู้อ่านและนักวิพากษ์สามารถติดตามเรื่องราวได้อย่างเข้าใจแสดงว่าการศึกษานี้ผ่านเกณฑ์ดังกล่าว วิธีการตรวจสอบความสามารถในการพึ่งพา ประกอบด้วย

1) การใช้หลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล (Multiple methods of data collection) มีการเชื่อมโยงข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสังเกตเข้าด้วยกันรวมถึงข้อมูลที่ได้จากเอกสารต่างๆ เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง

2) การทำงานร่วมกับทีมวิจัย (Working with a research team) การทำวิจัยเชิงคุณภาพโดยนักวิจัยเพียงคนเดียวอาจมีปัญหาคำแนะนำเชื่อถือได้ของข้อค้นพบหรือผลการวิจัย การทำงานร่วมกันกับนักวิจัยหลายๆคน จะเป็นการตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูลซึ่งเปรียบเทียบกับ การตรวจสอบค่าความเที่ยงของการสังเกต (Inter-rater reliability) ในการวิจัยเชิงปริมาณ

3) การใช้ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ให้ข้อมูล (Use participant researchers) นักวิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างจากมุมมองผู้ให้ข้อมูล วิธีนี้มักใช้ในการวิจัยแบบชาติพันธุ์วรรณา

3.5.4 ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) โดย Guba and Lincoln (1989) กล่าวว่า ความสามารถในการยืนยันจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อการวิจัยผ่านเกณฑ์ทั้ง 3 ด้าน ประกอบด้วย ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) และความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) ส่วน Robson (1993) เสนอเกณฑ์ในการตรวจสอบความสามารถในการยืนยันการวิจัยเชิงคุณภาพ ดังนี้

- การตรวจสอบจากข้อมูลดิบ ได้แก่ เทปบันทึกการสัมภาษณ์ การบันทึกภาคสนาม และการบันทึกประจำวัน ว่ามีข้อมูลตรงกันหรือสอดคล้องกันหรือไม่
- การตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล เช่น ข้อค้นพบจากการศึกษา
- การตรวจสอบการพัฒนาข้อสรุป เช่น ข้อความที่สำคัญ สารที่ได้จากการวิเคราะห์ การจัดกลุ่มคำและการให้รหัสข้อมูล
- การตรวจสอบกระบวนการวิจัย ได้แก่ การเลือกรูปแบบและวิธีการวิจัย
- การตรวจสอบวัตถุประสงค์การวิจัยในระยะเริ่มต้นจากโครงการวิจัย และความคาดหวังที่จะได้จากการวิจัย
- การตรวจสอบการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เช่น วิธีการสัมภาษณ์ วิธีการสังเกตและลักษณะข้อคำถามปลายเปิดที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (Lincoln and Guba, 1985 อ้างถึงในอารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2559)

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาค้นคว้างานวิจัยพบว่าในประเทศไทยมีงานวิจัยที่มีการศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดการฟื้นฟูจากโรคซึมเศร้าไม่ครอบคลุม โดยการศึกษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นอธิบายการกลับเป็นซ้ำและการศึกษาเชิงสำรวจในกลุ่มบุคคลที่เสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าโดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคทางกายและโรคเรื้อรังต่างๆ สำหรับการศึกษาวิจัยในบริบทของต่างประเทศ พบว่ามีหลายประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูจากโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงได้จัดกลุ่มงานวิจัยเป็นแต่ละประเด็น และขอยกตัวอย่างงานวิจัยที่ได้พบทวนวรรณกรรม ดังนี้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูจากโรคซึมเศร้า พบว่ามีผู้ทำการศึกษา ดังนี้

Doris (2002) ได้ทำการศึกษาเพื่ออธิบายภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงสูงอายุ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีของ Kleinman มาอธิบาย ทำการศึกษาในผู้หญิงสูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า จำนวน 30 คน ขณะกำลังรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนขนาดกลางแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงใต้ของสหรัฐอเมริกา โดยใช้การสัมภาษณ์เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการรักษา วิเคราะห์เนื้อหา แบ่งกลุ่มข้อมูลในประเด็นสาเหตุ ผลกระทบ ความรุนแรง ความคาดหวัง ความกลัวและการรักษา ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยหรือสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากที่สุดคือ การสูญเสีย ได้แก่ การสูญเสียภาวะสุขภาพทางร่างกาย การสูญเสียสมาชิกในครอบครัว และการสูญเสียการทำบทบาทหน้าที่ (loss of health, family and role) นอกจากนี้ ยังพบว่าความอ่อนล้าและความอ่อนแรง เป็นอาการสำคัญและพบบ่อย ซึ่งแตกต่างจากการวินิจฉัยตาม DSM-IV และพบว่าความรู้สึกผิด ไร้คุณค่า น้ำหนักที่ลดลง และ

ความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายลดลง ระดับความรุนแรง พบว่า มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงอยู่ในระดับลึก และยังคงเป็นอยู่ในช่วงเวลานาน (severe, deep and long duration of depression) รู้สึกสิ้นหวังคิดว่าไม่มีใครช่วยได้ สำหรับการรักษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลชอบการรักษาด้วยยามากกว่า ในส่วนของความกลัว พบว่า ส่วนใหญ่กลัวจะไม่มี การฟื้นหาย (recovery) ความสามารถในการทำสิ่งต่างๆให้สำเร็จได้

Hedelin & Strandmark (2001) ได้ทำการศึกษาความหมายของภาวะซึมเศร้าในพรรณนะของผู้หญิงสูงอายุ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์ผู้หญิงสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 5 คน พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นเหมือนความทุกข์ทรมานมากในหลายมิติ ซึ่งสามารถแสดงออกได้ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งสัมพันธ์กับประสบการณ์ครั้งก่อนที่มีผลต่อสภาพการณ์ปัจจุบัน ซึ่งมีผลต่อการแสดงออกของอารมณ์ของคน

Aranda et al. (2001) ทำการศึกษาเพื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในประเด็นความเครียด การเผชิญปัญหาและการสนับสนุนในสังคม โดยศึกษาในคนเม็กซิกันอเมริกา จำนวน 171 คน ที่ป่วยอาการทางจิต ผลการศึกษาพบว่า เพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกันในอัตราการแสดงของภาวะซึมเศร้า แต่พบความแตกต่างในประเด็นของสาเหตุความเครียดและการสนับสนุนทางสังคมที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

Lara et al. (2000) ทำการศึกษา 3 ตัวแปร ได้แก่ รูปแบบการตอบสนอง (response style) การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (interpersonal relationship) และความยากลำบากในวัยเด็ก (childhood adversity) ซึ่งคาดว่าตัวแปรทั้งหมดนี้มีบทบาทสำคัญในระยะยาวที่เป็นสาเหตุทำให้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาในระดับวิทยาลัย จำนวน 84 คน ที่เพิ่งป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ใช้การสัมภาษณ์และใช้แบบประเมินตนเอง (Self – report) และทำการติดตามโดยการสัมภาษณ์หลังจากนั้น 6 เดือน ผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรทั้งสามนี้มีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นหาย (recovery) จากภาวะซึมเศร้าและพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลไม่ได้ช่วยทำนายผลของการเกิดภาวะซึมเศร้า

Viinamaki et al. (2000) ทำการศึกษาเพื่อพยากรณ์ว่าการเจ็บป่วยทางกาย (Somatic Comorbidity) ขัดขวางการฟื้นหาย (recovery) จากภาวะซึมเศร้าหรือไม่ โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบในระหว่างผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีการเจ็บป่วยทางกายร่วมด้วย (จำนวน 75 คน) กับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่มีโรคทางกายร่วมด้วย (จำนวน 64 คน) ทำการติดตามผล 6 เดือน และใช้แบบวัดความซึมเศร้าของเบค (BDI) และแฮมิลตัน (HAMD) พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีการเจ็บป่วยทางกายร่วมด้วยระดับปานกลางมีผลเพียงเล็กน้อยเท่านั้นต่อการฟื้นหาย (recovery) จากภาวะซึมเศร้า

Chernomas (1999) ทำการศึกษาวิถัยเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจภาวะซึมเศร้า โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Symbolic interactionism) และทฤษฎีความเป็น

ผู้หญิง (Feminist theory) โดยมีผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งเป็นผู้หญิงที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรกและได้รับการรักษาแล้วและกำลังดำเนินชีวิตที่บ้านจำนวน 10 คน ใช้การสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบรายงานตัวเอง (Self-report) การสังเกต และการสะท้อนตัวเอง (Self-reflection) เพื่อทราบมุมมองของผู้หญิงที่ซึมเศร้า และดูความหมายภายในที่ซ่อนอยู่ ผลการศึกษาพบว่า การสูญเสียตัวเอง (loss of self) เป็นลักษณะสำคัญที่สุดในประสบการณ์พวกเขาที่เป็นลักษณะของภาวะซึมเศร้าและการกลับเป็นซ้ำ ลักษณะรูปแบบการยอมรับในการฟื้นหาย (recovery) และการเยียวยา (Healing) นอกจากลักษณะการสูญเสียตัวเอง (loss of self) แล้ว ยังพบลักษณะประสบการณ์ชีวิตเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าอีก 6 ประการ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงตัวเอง (transformed self) ความต้องการและการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง (wanting & monitoring) การรักษาตัวเอง (self of healer) การเปิดเผยกับการซ่อนเร้น (revealing vs. concealing) การยอมรับและการเป็นส่วนหนึ่ง (acceptance & belonging) และความรู้อีกซึมเศร้า (make sense of depression)

Kivela et al. (2000) ทำการศึกษาเพื่อดูปัจจัยการทำนายหรือปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำและการป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าในระยะยาวในผู้สูงอายุไม่จำกัดเพศชาวฟินแลนด์ที่มีการฟื้นหาย (recovery) จากภาวะซึมเศร้าระหว่างการรักษา กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-III จำนวน 70 คน (อายุ 60 ปี) พบว่า คนฟินแลนด์ มีการฟื้นหาย (recovery) จากภาวะซึมเศร้าระหว่างการรักษา 15 เดือน หลังจากเริ่มได้รับยาต้านเศร้า ได้ทำการติดตามผลเป็นเวลา 4.5 ปี หลังจากมีการฟื้นหาย พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 50 คนไม่มีภาวะซึมเศร้าเลย และมีผู้ป่วยจำนวน 20 คนมีการกลับเป็นซ้ำ นอกจากนี้ยังพบว่า การกลับเป็นซ้ำไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในชีวิตหรือการเจ็บป่วยทางกายที่เกิดขึ้นในช่วง 4.5 ปีนี้

Burcusa and Lacono (2007) อธิบายว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีการกลับเป็นซ้ำ (Recurrence) อย่างน้อยหนึ่งครั้งในช่วงชีวิต ส่วนผู้ป่วยที่มีประวัติกลับเป็นซ้ำ 2 ครั้ง จะมีการกลับเป็นซ้ำได้อีกประมาณร้อยละ 80 ทั้งนี้โดยทั่วไปการกลับเป็นซ้ำจะเกิดขึ้นภายใน 5 ปี ภายหลังจากการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก และบุคคลที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า จะมีการกลับเป็นซ้ำมีการกลับเป็นซ้ำประมาณ 5-9 ครั้งตลอดช่วงชีวิต

Fava, Ruini and Belaise (2007) กล่าวถึงเกณฑ์หลายด้านที่ใช้ประกอบการพิจารณาว่าผู้ป่วยมีการฟื้นหายจากโรคซึมเศร้า ดังนี้ 1) การที่ผู้ป่วยยังคงมีอาการดีขึ้นอย่างสมบูรณ์ (full remission) แม้ว่าจะหยุดการบำบัดด้วยยาต้านเศร้าหรือการบำบัดทางจิตสังคมแล้ว 2) อาจมีอาการซึมเศร้าบ้างเล็กน้อยแต่ไม่กระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการปรับตัวทางสังคมมากนัก 3) ผู้ป่วยรายงานว่ามีความสุขทางใจที่ตายน้อย 1 ด้าน ต่อไปนี้ คือ การควบคุมสิ่งแวดล้อม การเจริญเติบโตส่วนบุคคล การมีเป้าหมายในชีวิต ความเป็นอิสระ การยอมรับตนเอง และการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น 4) มีผลการตรวจทางด้านชีวภาพเป็นปกติ (เทียบกับที่พบว่าเคยผิดปกติใน

ระยะที่มีอาการเฉียบพลัน) สอดคล้องกับแนวคิดของ Whitley and Drake's (2010) ซึ่งอธิบายถึงการฟื้นฟูที่ครอบคลุมทั้งมิติของอาการทางคลินิก (clinical aspects) และมิติส่วนบุคคล (personal aspects) ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกัน ดังนี้ 1) มีอาการทางคลินิกลดลง 2) มีการดำรงอยู่ (existential) เช่น มีความหวัง มีพลังอำนาจ และมีสุขภาวะทางจิตวิญญาณ 3) ทำบทบาทหน้าที่ได้อย่างมีความหมาย 4) มีสุขภาวะทางกาย และ 5) มีสุขภาวะทางสังคม คือมีสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Seeherunwong et al. (2002) ได้ศึกษากระบวนการฟื้นฟูจากความซึมเศร้าตามทัศนะของหญิงวัยกลางคน อายุ 35-65 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงครั้งแรก และที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซ้ำ จำนวน 31 ราย ซึ่งมารับบริการในโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร มีการให้ความหมายของการฟื้นฟูจากโรคซึมเศร้า ว่าประกอบด้วยมโนทัศน์การคลายปมและการเติบโตในตนเอง ด้วยการคืนความสำคัญให้กับตนเอง ทำให้รู้สึกถึงคุณค่าของตนเองและกลับกลายเป็นบุคคลใหม่ที่มีความเติบโตในตนเอง

ธัญชนก พรหมภักดี และพิเชษฐ อุดมรัตน์ (2551) ได้ทำการติดตามการดำเนินโรคและผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยการเก็บข้อมูลย้อนหลังในผู้ป่วยซึมเศร้าจำนวน 51 ราย เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 10 ปี พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 6 ราย หรือร้อยละ 11.8 ที่มีการฟื้นฟู (Recovery) โดยไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำ (Recurrence)

พรพรรณ ศรีโสภา และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2552) ได้ทำการศึกษาภาคตัดขวางในผู้ป่วยอายุ 20-59 ปี จำนวน 140 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เป็นโรคซึมเศร้าและเข้ารับการรักษา และติดตามผลแบบผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวชของโรงพยาบาลตติยภูมิในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าผู้ป่วยมีระยะเวลาในการรักษาโรคซึมเศร้าอยู่ในช่วง 6-252 เดือน คิดเป็นระยะเวลาในการรักษาเฉลี่ย 47.27 เดือน (S.D.= 47.27) โดยมีผู้ป่วยมีการฟื้นฟู (Recovery) และไม่เข้าเกณฑ์กลับเป็นซ้ำ (Recurrence) มากถึงร้อยละ 61.4

สุวดี จันกระยอม (2546) ซึ่งอธิบายว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการฟื้นฟูกลับสู่สภาพเดิม จะสามารถทำหน้าที่ทั้งการทำงานและการดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดการพัฒนาตนเอง ซึ่งผู้ป่วยจะรับรู้ว่าการของตนเองดีขึ้น อารมณ์แจ่มใสขึ้น อยากพูดคุย อยากมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยไม่มีกรอบของเวลาหรือประเด็นของเวลามากำหนด แต่จะค่อยๆ ดีขึ้นจนผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าตนเองฟื้นฟูเป็นปกติ จะเห็นได้ว่ามีการให้ความหมายของการฟื้นฟูจากโรคซึมเศร้าที่หลากหลายแตกต่างกันทั้งในบริบทของต่างประเทศและในประเทศไทย

จะเห็นว่าลักษณะสำคัญที่เป็นลักษณะของภาวะซึมเศร้า การกลับเป็นซ้ำ ลักษณะรูปแบบการยอมรับในการฟื้นฟู (recovery) ได้แก่ การสูญเสียตัวเอง การเปลี่ยนแปลงตัวเอง ความต้องการและการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง การรักษาตัวเอง การเปิดเผยกับการปกปิด การยอมรับและ

การเป็นส่วนหนึ่ง และการเกิดความรู้สึกซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่า การกลับเป็นซ้ำไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในชีวิตของบุคคลหรือการเจ็บป่วยทางกายที่เกิดขึ้น

Rasmussen (2000) ได้ทำการศึกษาทดลองยาต้านเศร้าตัวใหม่ขึ้นคือ SNRI เนื่องจากเหตุผลที่ว่าภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วย การไร้ความสามารถและการตายในโลกตะวันตก ยากลุ่มใหม่คือกลุ่ม SSRI ได้ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อรักษาภาวะซึมเศร้าให้มีประสิทธิภาพมากกว่าเดิม เพราะมีผลข้างเคียงน้อยลงแต่ผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าไม่ได้มีศักยภาพอย่างเต็มที่ที่จะไปจัดการกับการเจ็บป่วยที่รุนแรง ผู้แต่งจึงได้ทำการทดลองยาต้านเศร้ากลุ่มใหม่ขึ้นและได้ทำการวิจัยอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผลการรักษามีประสิทธิภาพจนถึงขั้นอาการสงบ (remission) และการฟื้นหาย (recovery)

Brown et al. (2000) ได้ทำการศึกษาเพื่ออธิบายอาการแสดงและปัจจัยทางจิตสังคมและความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพที่สัมพันธ์กับผลการรักษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยซึมเศร้าจำนวน 181 คน โดยการศึกษาเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ได้รับการดูแลตัวเองโดยทั่วไปตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยา Nortriptyline หรือได้รับการรักษาด้วยการทำจิตบำบัด ได้ทำการติดตามประเมินผลเป็นเวลา 8 เดือน พบว่าอาการรุนแรงลดลงที่ 8 เดือน สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของบุคคลได้ดีขึ้น มีการใช้ยาลดลง การเกิดโรคร่วมมีน้อยลง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลดีขึ้น นั้นแสดงว่าบุคคลมีความเข้าใจในการควบคุมตัวเอง (self-control) ในด้านสุขภาพมากขึ้น ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้สัมพันธ์กับอาการและการฟื้นหายการทำงานที่จากภาวะซึมเศร้า (functional recovery) และดูเหมือนว่าการฟื้นหาย (recovery) เวลา 8 เดือน ซึ่งต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติพบว่าอาการยังคงรุนแรง และพบว่าการรักษาที่เพียงพอทำให้เกิดบทบาทสำคัญทั้งในด้านอาการที่ดีขึ้นและการฟื้นหายอย่างเต็มที่ (full recovery) จากการป่วยด้วยภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยอื่นที่สำคัญ เช่น ความเชื่อด้านสุขภาพและการไม่เกิดอารมณ์เศร้าล้วนมีผลต่อการฟื้นหาย

ในส่วนของการรักษาภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยมีการฟื้นหายอย่างเต็มที่นี้ ต้องประกอบด้วยการรักษาด้วยยาและการรักษาทางจิตสังคมควบคู่กัน ซึ่งปัจจุบันนี้ได้มีการทดลองยา กลุ่มใหม่ขึ้นมาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพ มีการฟื้นหายอย่างเต็มที่ และเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย ส่วนปัจจัยทางด้านจิตสังคม พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพและการไม่เกิดอารมณ์เศร้าล้วนมีผลต่อการหายได้เช่นกัน และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่เพียงพอทั้งการรักษาด้วยยาและการรักษาทางจิตสังคมมีการหายที่ระยะเวลา 8 เดือน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์เกี่ยวกับการฟื้นหายพบว่า มีผู้ทำการศึกษา ดังนี้

Peden (1993) เป็นผู้ริเริ่มทำการศึกษาเกี่ยวกับการหายในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า (Recovery in depression) เป็นคนแรก ซึ่ง Peden ได้ทำการศึกษาระบวนการหาย (Recovery process) จากภาวะซึมเศร้า ภายใต้แนวคิดการมองคนแบบองค์รวมและเพื่อทำความเข้าใจในมนุษย์

เกี่ยวกับการตอบสนองของบุคคลต่อปัญหาสุขภาพโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลของเพพพลาว (Peplau's Theory) ซึ่ง Peden ได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพในผู้หญิงซึมเศร้า จำนวน 7 คน ในสตรีอายุ 29-53 ปี เป็นผู้ที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้ง จากการป่วยด้วยภาวะซึมเศร้า และขณะทำการศึกษาผู้ป่วยรับรู้ตัวตนเองกำลังอยู่ในช่วงการหายจากภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่ากระบวนการฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้ามี 3 ระยะ เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต (dynamic) โดยไม่มีรูปแบบตายตัวว่ากระบวนการฟื้นหายจะต้องเริ่มต้นที่ระยะที่ 1 แล้วไประยะที่ 2 และระยะที่ 3 อาจเกิดขึ้นในเวลาใกล้เคียงกันหรือคาบเกี่ยวกันของระยะต่างๆ มีการเคลื่อนไหวในระยะเวลาต่างๆ ตลอดเวลา

โดยเริ่มต้นจากระยะที่ 1 เริ่มจากจุดเปลี่ยนหรือภาวะวิกฤตในชีวิต (Turning point or crisis) และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่วิชาชีพ (Professional support) ซึ่งนำไปสู่การปรับประคับประคองจากวิชาชีพสุขภาพ

ระยะที่ 2 ฟื้นหายด้วยการกำหนดตนเอง ซึ่งมีองค์ประกอบย่อยคือ การสนับสนุนจากเพื่อน และครอบครัว การทำงานหนัก และการประสบความสำเร็จ การกำหนดตนเองนี้รวมถึงการเลือกที่มีสติ หรือมีความรู้ ความเข้าใจในการเลือกการตัดสินใจนั้น ซึ่งการสนับสนุนจากเพื่อน และครอบครัวเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการหาย (recovery) รวมถึงสัมพันธ์ภาพในเชิงบวก เครือข่ายการช่วยเหลือทางสังคมที่เพียงพอจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

และระยะที่ 3 เป็นระยะรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ซึ่งเชื่อมโยงกับการดำรงความสมดุล (maintaining balance) ซึ่งระยะนี้เป็นจุดที่มีภาวะสุขภาพดีที่สุด (most healthy point) ในกระบวนการหาย โดยประสบการณ์การประสบความสำเร็จในระยะที่ 2 ช่วยเอื้อให้มีการคงอยู่ และดำเนินต่อไป การยอมรับตนเองเกิดในระหว่างกระบวนการหายสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รู้ข้อดีข้อเสียของตนเอง และมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองเป็นประสบการณ์แรก และนำไปสู่การดำรงไว้ซึ่งความสมดุล โดยผู้ป่วยจะพยายามใช้ทักษะต่างๆในการหายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเกิดความสำเร็จที่ต่อเนื่อง และช่วยในการคงไว้ซึ่งความสมดุล ซึ่งทักษะต่างๆได้รับการส่งเสริมจากบุคลากรทางวิชาชีพจะใช้ในช่วงระยะแรกๆของการหาย และใช้เมื่อภาวะซึมเศร้ามลดลงแล้ว

Peden (1996) ได้ศึกษาติดตามสตรีที่มีภาวะซึมเศร้าใน 1 ปี เพื่อศึกษากระบวนการหายย้อนหลังไป 1 ปี และเสนอแนะกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยซึมเศร้ามีการหายอย่างเต็มที่ (Full recovery) ซึ่งพบว่า กระบวนการหายจากภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 3 ระยะเหมือนเดิม ไม่มีระยะใหม่เกิดขึ้นในกระบวนการหาย และผู้ป่วยยังคงอยู่ในระยะที่ 3 มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอย่างต่อเนื่อง และกิจกรรมการพยาบาลที่จะช่วยในการหาย ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับธรรมชาติของภาวะซึมเศร้า (Psychoeducation in nature) การปรับเปลี่ยนวิธีการ

คิด (Cognitive strategies) การคงไว้ซึ่งการมีความหวัง (Instilled hope) และการให้การรักษารายบุคคล (Individual treatment) นอกจากนี้ยังพบว่า การตระหนักรู้ในการเยียวยา (Awareness in healing) เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยในกระบวนการหาย เนื่องจากการตระหนักรู้เป็นการได้รับข้อมูลที่เป็นจริงที่เกิดขึ้นใน 3 มิติที่แตกต่างกัน ได้แก่ การตระหนักรู้ในระดับความคิดความเข้าใจ (Cognitive awareness) การตระหนักรู้ในระดับรู้ด้วยตนเอง (intuitive awareness) และการตระหนักรู้ในระดับของจิตสำนึกขั้นสูง (Transcendent awareness) ทั้ง 3 มิติของการตระหนักรู้นี้มีความสำคัญในกระบวนการหายซึ่งการเยียวยาในระดับสูงสุด (maximum healing) จะต้องมีการตระหนักรู้ทั้ง 3 นี้

Schreiber (1996) อธิบายกระบวนการฟื้นฟูสุขภาพของสตรีที่มีภาวะซึมเศร้าโดยศึกษาจากสตรีที่รับรู้ตนเองว่าฟื้นฟูสุขภาพภาวะซึมเศร้าในชุมชน จำนวน 21 คน อายุระหว่าง 32-69 ปี สถานที่ทำการศึกษายู่ที่เมือง South Ontario ชายแดนประเทศสหรัฐอเมริกาเหนือ มโนทัศน์ใหม่ที่ค้นพบ คือ การให้ความหมายตนเองใหม่ (Redefining myself) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ค้นพบคำตอบว่า ฉันคือใคร ประกอบไปด้วย 6 ขั้นตอนคือ

- 1) รับรู้ภูมิหลังตนเอง (Myself before) ซึ่งเป็นช่วงก่อนที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า
- 2) เผชิญความจริง (Seeing the abyss) การเผชิญความจริงกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นของตนเอง
- 3) เปิดเผยตนเอง (Telling my story) เป็นการเปิดใจและพูดคุยเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้น
- 4) แสวงหาความเข้าใจ (Seeking understanding) เป็นการที่สตรีสามารถบอกได้ว่าอะไรคือสาเหตุของภาวะซึมเศร้าของตนเอง และแสวงหาความช่วยเหลือ
- 5) ค้นพบความจริง (Cluing in) สามารถที่จะเชื่อมโยงความรู้สึกกับประสบการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ซึ่งจะนำไปสู่ความเข้าใจตนเองและสิ่งต่างๆรอบตัวในมุมมองที่แตกต่างกัน
- 6) มองเห็นอย่างกระจ่าง (Seeing with clarity) คือการที่สตรีมองย้อนกลับไป และสะท้อนเห็นในสิ่งที่เคยเป็น ณ ตอนนั้น

สำหรับสตรีหลายคนกระบวนการหายจากโรคซึมเศร้าเป็นประสบการณ์ที่เกิดเติบโตขึ้น สตรีมีการพัฒนาทักษะและความรู้ที่เคยขาดหายไป เมื่อเกิดทั้ง 6 ขั้นตอนอย่างสมบูรณ์ กระบวนการหายก็จะสิ้นสุด ผลที่ได้ก็คือผู้ป่วยมีการพัฒนาทักษะและความรู้ใหม่ การกำเริบหรือการกลับเป็นซ้ำก็จะไม่เกิดขึ้น

Chernomas (1997) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการมีประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะซึมและการรับรู้การหายจากภาวะซึมเศร้าตามการรับรู้ โดยศึกษาในสตรีจำนวน 10 คน อายุ 25-52 ปี ซึ่งจากการศึกษาพบมโนทัศน์เกี่ยวกับการสูญเสียตัวตน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญของประสบการณ์เกี่ยวกับลักษณะของภาวะซึมเศร้าของสตรีเหล่านั้น และในทางกลับกันก็จะส่งผลกระทบต่อความพยายามในการหาย

และการรักษา จากการศึกษายังพบแนวทางที่จะนำไปสู่การหายจากภาวะซึมเศร้าประกอบไปด้วย 6 รูปแบบซึ่งสะท้อนถึงประสบการณ์การใช้ชีวิตอยู่กับภาวะซึมเศร้า คือ

1) การเปลี่ยนแปลงในตนเอง (Transformed self) ซึ่งถูกครอบงำโดยความรู้สึกไร้กำลัง ร่างกายอ่อนล้า ขาดพลังที่จะทำอะไร ไม่สามารถที่จะมีอำนาจหรือควบคุมความรู้สึกในแต่ละวันได้ มีความรู้สึกผิดที่ไม่สามารถควบคุมความรู้สึกของตนเองและช่วยเหลือตัวเองได้ ก็จะทำให้ตัดสินใจ ประเมินตนเองในแง่ลบ ส่งผลทำให้รู้สึกกลัว คับข้องใจ โกรธตนเองและผู้อื่น และกลัวอนาคต นอกเหนือจากการที่รู้จักตนเอง กับภาวะไร้พลังที่เกิดขึ้น สิ่งสำคัญที่จะทำให้สามารถเผชิญกับสิ่งท้าทายในการดำรงชีวิตและความต้องการของชีวิตก็คือการที่ไม่ปล่อยให้ตัวเองอย่างลำพัง การหาวิธีการที่จะพาตัวเองกลับมา หรือเปลี่ยนแปลงบางส่วนของตนเองหรือทั้งสองอย่างมีความสำคัญในกระบวนการเยียวยา

2) ความต้องการและการติดตาม (Wanting and monitoring) การที่ยอมรับการสูญเสียความเป็นตัวตนนั้นเป็นพลังผลักดันที่มีผลต่อความสามารถของตนเองในการเผชิญชีวิตจริงในแต่ละวันทำให้มีความต้องการที่จะนำบางส่วนของตนเองที่สูญเสียไปกลับคืนมา และ/หรือต้องการเปลี่ยนแปลงบางอย่างในตัวเอง และเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงจะนำไปสู่ชีวิตที่ดี ซึ่งการยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นอาจ กล่าวได้ว่าผู้หญิงมีการติดตามถึงสภาพของตนเองว่าดีขึ้นหรือแย่ลง สามารถระบุสิ่งที่ตนเองสามารถทำได้ในตอนนั้น การติดตามตนเองในความหมายของผู้ป่วยคือ การที่ลดความรู้สึกไร้พลังของตนเอง สามารถที่จะควบคุมชีวิตของตนเองได้

3) ตนเองคือผู้เยียวยา (The self as healer) ตัวผู้ป่วยเองเป็นปัจจัยสำคัญในการที่จะพยายามฟื้นคืน การควบคุมและการรักษา พวกเขาเชื่อว่าหากพวกเขาสามารถผลักดันตัวเองให้สามารถกลับไปทำอะไรได้ จะทำให้พวกเขาดีขึ้นซึ่งอาจจะประเมินได้จากที่พวกเขาสามารถพบกับความสุขอีกครั้ง และบางอย่างที่พวกเขาเลือกทำแล้วประสบผลสำเร็จ

4) การเปิดเผยกับการปกปิด (Revealing vs. concealing) การที่พวกเขาตัดสินใจที่จะเปิดเผยความรู้สึกของตัวเองให้คนอื่นรู้ซึ่งเป็นสิ่งยากและเป็นเรื่องที่ยากลำบาก บางคนเลือกที่จะเปิดเผย บางคนเลือกที่จะเก็บความรู้สึกไว้บางส่วน แต่ปฏิกิริยาตอบสนองของผู้อื่นดูเหมือนจะมีบทบาทสำคัญของการฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้า

5) การยอมรับและการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Acceptance and belonging) การได้รับการยอมรับจากคนอื่นและความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งนั้นมีแนวโน้มที่จะรู้สึกสบายและผ่อนคลาย ซึ่งอาจจะทำให้พบทางออกของภาวะซึมเศร้า

6) การสร้างความเข้าใจภาวะซึมเศร้า ทั้งความหมายและความเข้าใจ (Making sense of depression – meaning and understanding) การพยายามทำความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้น สอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า โดยคำนึงการได้รับการอธิบายโดยบุคคลากรวิชาชีพ

และเทียบกับความเชื่อของพวกเขา การที่พวกเขารับรู้ข้อมูลแง่คิด และสะสมประสบการณ์จะเป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์เพื่อที่จะทำความเข้าใจความหมายของบุคคลในท้ายที่สุดได้เชื่อมโยงไปสู่การรักษาตัวเอง

Unsworth (1999) ได้อธิบายถึงกระบวนการหายจากโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุผู้ที่รับรู้ ว่าตนเองหายจากโรคซึมเศร้า จำนวน 7 คน อายุระหว่าง 67-94 ปี ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการหายประกอบไปด้วย 4 ระยะ คือ

1) วัฏวนแห่งความทุกข์ (Spiraling down) ระยะแรกนี้จะถูกกระตุ้นจากสถานการณ์ต่างๆที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เช่น การที่ไม่สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การเจ็บป่วย การสูญเสียหลายๆอย่าง เป็นต้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายกาย เกิดอารมณ์ทุกข์ใจ เป็นช่วงที่ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสีย สูญเสียการควบคุม และไม่สามารถที่จะทำให้ดีขึ้นได้ ซึ่งระยะนี้ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ เช่น ครอบครัว เพื่อน บุคลากรสุขภาพ การมีกิจกรรม เป็นต้น และการที่ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งขึ้นก็จะพยายามหาวิธีการต่างๆที่จะเอาชนะภาวะซึมเศร้า เรียนรู้ที่จะเผชิญกับความจริง และการได้รับการสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ จะส่งผลให้หายจากโรคซึมเศร้า

2) หนทางการเปลี่ยนแปลง (Changing direction) ระยะที่สองนี้เริ่มเกิดการตระหนักถึงสิ่งที่ผิดพลาดบางอย่าง และเข้าใจว่าไม่สามารถดำเนินชีวิตอยู่กับระดับความทุกข์ที่พวกเขาประสบอยู่ได้ การมีความหวังและการตัดสินใจทำให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง

3) ผลของทางออก (Working the way out) ระยะนี้สะท้อนให้เห็นการตัดสินใจที่แท้จริงและผลึกความซึมเศร้าออกไป ในรูปแบบของการสนับสนุนที่แตกต่างกัน เมื่อการฟื้นฟูหายจากโรคซึมเศร้าประสบความสำเร็จก็จะเข้าระยะต่อไป

4) การออกจากความเศร้า (Staying out) เป็นระยะที่ยอมรับถึงความอ่อนแอ และสนับสนุนให้เกิดการทำงานอย่างต่อเนื่อง และจำเป็นต้องใช้ความพยายามอย่างมากที่จะเป็นอิสระจากโรคซึมเศร้า ผู้สูงอายุไม่ได้รู้สึกว่าภาวะซึมเศร้าสิ้นสุดลงแม้ว่าพวกเขาจะมีการฟื้นฟูหายแล้วก็ตาม ซึ่งผลลัพธ์ของการหาย คือ ความไม่สุขสบายทางกายลดลง ความทุกข์ใจลดลง มีความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันได้มากขึ้น มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นดีขึ้น มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่มากขึ้น มีความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น รู้สึกได้รับกำลังใจ ได้รับการยอมรับและความรู้สึกมีตราบาปลดลง

Simon et al. (2000) ทำการวิจัยเชิงพรรณนา โดยสุ่มตัวอย่างจาก Primary care clinics 7 แห่งใน Seattle กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่จำนวน 290 คน ที่เริ่มให้การรักษาด้วยยาต้านเศร้า ติดตามผลเมื่อเริ่มให้ยา, 1, 3, 6, 9, 12, 18, และ 24 เดือน ใช้การสัมภาษณ์โดยใช้ Hamilton Depression Rating Scale และ Structured Clinical Interview for Depression ตาม DSM-III-R โดยดูที่ผลทางคลินิกที่ดีขึ้น สถานภาพการทำงาน และจำนวนวันทำงาน

ที่ขาดหายไปในช่วงป่วย และทำการประเมินผลที่ 12 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยฟื้นฟูหาย 41% ดีขึ้นแต่ไม่หาย 47% และยังมีภาวะซึมเศร้า 12% หลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นพวกเขายังคงสามารถทำงานได้ และพบว่ามีเพียง 2-3 วันเท่านั้นที่ผู้ป่วยขาดงานช่วงที่ป่วย ซึ่งสรุปผลการศึกษาได้ว่าการฟื้นฟูหาย (recovery) จากภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการลดลงของการขาดงานและค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ

Degan (1993) ได้เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการป่วยด้วยโรคจิตเภทของตัวเองเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพของตัวเองตั้งแต่วัยเด็ก วัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ ซึ่งจากบทความพบว่า (1) คนที่ป่วยทางจิตเวชต้องยอมรับการป่วยของตนเองและต้องรู้ว่าการป่วยทางจิตเวชไม่ได้หมายความว่าเขาจะไม่สามารถมีชีวิตอย่างเต็มที่ในระยะยาวซึ่งรูปแบบของบทบาท (Role Models) ทำให้คนที่ป่วยทางจิตประสบความสำเร็จและเป็นสิ่งที่คนไข้ต้องการ (2) การรู้สึกว่าคุณถูกรบายจากสังคม ถือเป็นความคิดที่เป็นอันตรายมากสำหรับคนป่วย ซึ่งเราต้องยอมรับว่าเราป่วยและเราต้องมีความรับผิดชอบในการทำบทบาทหน้าที่นั้น ซึ่งพอสรุปได้ว่าการทำบทบาทตามหน้าที่เป็นสิ่งที่สำคัญมาก เพราะถือว่าเป็นการนำมาซึ่งความหวัง (hope) การฟื้นฟูหาย (healing) และการฟื้นฟูกลับคืนสู่สภาพเดิมหรือการหายขาด (recovery) เพื่อกลับไปสู่สังคมหรือชุมชนที่พวกเขาอาศัยอยู่ เป็นที่ซึ่งพวกเขารัก ที่พวกเขาทำงาน และเป็นเป็นที่ที่เขานับถือบูชา

Long (1998) ทำการศึกษาเพื่อสำรวจและตรวจสอบประสบการณ์การสูญเสียที่เกิดขึ้นหลังจากถูกตัดมดลูก โดยเน้นที่กระบวนการฟื้นฟูหาย (healing process) ทั้งในมุมมองของผู้ป่วยและพยาบาล พบว่า ระยะของกระบวนการหายมี 7 ระยะคือ (1) การไม่แยกตัวเองหรือการออกจากที่ซ่อน (2) การกล้าที่จะตัดสินใจ (3) การผ่อนคลายหรือการปล่อยวาง (4) การยอมรับที่จะมีชีวิตอยู่ (5) การมีความภาคภูมิใจในตนเอง (6) การแสดงถึงความต้องการการมีชีวิตอยู่ชัดเจน และ (7) การส่งเสริมการหายที่ระดับความสัมพันธ์ส่วนบุคคล นอกจากนี้ยังพบว่า กระบวนการฟื้นฟูหาย (healing process) เริ่มจากความเหมาะสมในการตระหนักรู้ (awareness) ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ การฟื้นฟูหาย (recovery) และการผสมผสานกัน สรุปได้ว่ากระบวนการฟื้นฟูหายมีความต่อเนื่องและมีความสัมพันธ์กับอารมณ์ซึ่งจะเริ่มต้นเกิดขึ้นที่ระดับบุคคลก่อน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการฟื้นฟูหายจากโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ สำหรับในประเทศไทยมีผู้ศึกษากระบวนการฟื้นฟูหายจากโรคซึมเศร้าในผู้หญิงซึ่งมีความสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมและสังคมไทย คือ

การศึกษาของ Seeherunwong et al. (2002) ได้ศึกษาโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกในสตรีวัยกลางคนที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Major Depressive Disorder (MDD) จำนวน 31 คน ถึงกระบวนการฟื้นฟูหายจากภาวะซึมเศร้าในบริบทของสังคมไทย พบว่า “การคืนความสำคัญให้กับ

ตนเองภายหลังจากการสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง” เป็นมโนทัศน์หลักในการฟื้นฟูจากความซึมเศร้าของสตรีวัยกลางคนซึ่งจำแนกเป็น 3 ช่วง

ช่วงแรกคือ “เงื่อนไขเชิงสาเหตุของความซึมเศร้า” เป็นช่วงที่อธิบายเงื่อนไขเชิงสาเหตุของการเกิดความซึมเศร้าในลักษณะกระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่เป็นศูนย์กลางแห่งชีวิตของสตรีและการประเมินตัดสินการกระทำของบุคคลที่เป็นศูนย์กลางแห่งชีวิตในทางลบ

ช่วงที่สอง ช่วง “การเรียนรู้เกี่ยวกับความซึมเศร้า” ประกอบด้วยมโนทัศน์การจัดการกับความซึมเศร้าด้วยตนเอง การขอความช่วยเหลือ และการไตร่ตรองตนเอง

ส่วนช่วงสุดท้าย เป็นช่วง “การฟื้นฟูจากความซึมเศร้า” ประกอบด้วย มโนทัศน์การคลายปมและการเติบโตในตนเอง ช่วงนี้เป็นช่วงที่สตรีสามารถฟื้นคืนหายจากความซึมเศร้าได้อย่างสมบูรณ์ รู้สึกถึงคุณค่าของตนเองและกลับกลายเป็นบุคคลใหม่ที่เติบโตในตนเองสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติและมีความสุข

การคืนความสำคัญให้ตนเอง (Self-regaining) เป็นมโนทัศน์ใหม่ที่ค้นพบในสตรีที่ฟื้นฟูจากอาการของโรคซึมเศร้า หมายถึง กระบวนการที่สตรีค้นพบความมีคุณค่าในตนเองที่มาจากตัวตนของตนเอง ซึ่งก่อนหน้านี้ความมีคุณค่าของสตรีที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าผูกติดกับความสำเร็จของบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต เช่น ลูก สามี และคนอื่นๆ ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยภายนอกตัวตนของสตรี เมื่อปัจจัยดังกล่าวไม่ได้เป็นไปดังที่สตรีคาดหวัง จึงเป็นเหตุให้สตรีสูญเสียความมีคุณค่าในตนเองจนเกิดเป็นอาการของโรคซึมเศร้า ซึ่งการคืนความสำคัญให้ตนเองประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ การค้นพบคุณค่าตนเอง การคิดทบทวนตนเอง การนิยามความสัมพันธ์กับผู้อื่นใหม่ และการควบคุมชีวิตตนเอง ดังนั้นการคืนความสำคัญให้กับตนเองจะช่วยเติมเต็มช่องว่างที่มีอยู่ระหว่างการปราศจากอาการของโรคซึมเศร้าและการฟื้นฟูจากโรคซึมเศร้า ทำหน้าที่เสมือนตัวเชื่อมผลลัพธ์สุดท้ายของการฟื้นฟูจากอาการของโรคซึมเศร้า ซึ่งได้แก่ เกิดการเติบโตภายในตนเองและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สุวดี จันดีกระยอม (2546) พบว่าผู้ป่วยรับรู้ถึงการหายจากภาวะซึมเศร้าโดยพิจารณาจากการกลับสู่ภาวะปกติก่อนป่วย ร่วมกับการสังเกตจากการนอนหลับ และการรับประทานอาหารได้ดี และยังครอบคลุมถึงการมีศักยภาพ การมีสมาธิ การคิดที่ดี การตัดสินใจ การมีอารมณ์ที่ดี การควบคุมตนเองได้ ความมั่นใจและความสำเร็จ การสนใจดูแลตัวเอง การมีความหวัง มีกำลังใจ ความศรัทธา ความเชื่อ การมีสุขภาพกายที่แข็งแรง การมีจิตใจที่ดีเข้มแข็ง และสัมพันธภาพที่ดีกับคนอื่น ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นการรับรู้ลักษณะการหายจากภาวะซึมเศร้าตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเอง

สรุป กระบวนการฟื้นฟูจากโรคซึมเศร้าเป็นประสบการณ์ตามการรับรู้ของผู้ป่วย เป็นวิถีทางที่จะทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคซึมเศร้า ซึ่งเป้าหมายของการหายไม่ได้หวังเพียงแต่ให้อาการซึมเศร้ามลดลงเพียงอย่างเดียว จะต้องประกอบไปด้วยกระบวนการเยียวยารักษา และสร้างชีวิตใหม่

ด้วยตัวของผู้ป่วยเอง และการที่พยาบาลมีความเข้าใจกระบวนการหายรวมไปถึงลักษณะและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหายจากโรคซึมเศร้าช่วยให้พยาบาลสามารถออกแบบกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้มีการหายมากที่สุด ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำงานได้ตามปกติ กล่าวคือ หลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นพวกเขายังคงสามารถทำงานได้ เนื่องจาก การมีความหวังที่จะมีการหาย การตระหนักรู้ในตนเองดีขึ้น และการสามารถทำงานร่วมกับคนอื่นได้ และการฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้านี้ทำให้การขาดงานและค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพพลดลง การที่จะมีการฟื้นหายได้นั้นผู้ป่วยต้องมีการตระหนักรู้ในตนเองก่อน ต้องยอมรับว่าตัวเองป่วยและต้องมีความรับผิดชอบในการทำบทบาทตามหน้าที่นั้น เพราะว่าการทำบทบาทตามหน้าที่เป็นสิ่งที่สำคัญมาก ถือว่าเป็นการนำมาซึ่งความหวัง การฟื้นหาย และการฟื้นกลับคืนสู่สภาพเดิม เพื่อกลับไปสู่สังคมต่อไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นหายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รูปแบบกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดการฟื้นหาย หรือลักษณะกิจกรรมที่ช่วยป้องกันการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าหรือการกลับมาเป็นซ้ำ พบว่ามีผู้ทำการศึกษา ดังนี้

กนกวรรณ ชีวะ (2544) ได้ทำการศึกษาผลของกลุ่มเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยหญิงซึมเศร้า ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 32 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 16 ราย และกลุ่มทดลอง 16 ราย โดยที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้ทำการเข้ากลุ่มเสริมสร้างความหวังทั้งหมด 4 ครั้ง วันเว้นวัน ครั้งละ 90 นาที ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหญิงซึมเศร้าสามารถพัฒนาความหวังได้โดยกลุ่มเสริมสร้างความหวัง

Pirskamen et al. (2001) ทำการศึกษาเพื่อประเมินความเข้าใจของนักเรียนที่ได้รับการส่งเสริมสนับสนุนจากพยาบาลสาธารณสุขในการช่วยส่งเสริมความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองภายใต้ความเชื่อพื้นฐานว่า การมีคุณค่าในตัวเองมีผลต่อเนื่องมาจากวัยหนุ่มสาวและสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ ทำการศึกษาในนักเรียนชั้น ม.3 อายุ 15-16 ปี ที่เมือง Kuopio ในปี 1998 จำนวน 1,021 คน ใช้แบบสอบถามความซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Scale) ศึกษาในประเด็นของความรู้สึกที่สำคัญ การมีความสามารถ การยอมรับจริยธรรม การควบคุม การมองภาพลักษณ์ตัวเองในทางที่ดี และการเผชิญปัญหาทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีการเตรียมการส่งเสริมได้ดีที่สุดในการมองภาพลักษณ์ตัวเองในทางบวก แต่การส่งเสริมในประเด็นทักษะการเผชิญปัญหาทางสังคมยังไม่เพียงพอ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังสนับสนุนว่าถ้าบุคคลได้รับการส่งเสริมในเรื่องความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่เพียงพอ มีผลทำให้ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า

Bullock et al. (2000) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาเพื่อส่งเสริมกระบวนการฟื้นหาย (recovery) และเพื่อเตรียมบุคคลที่ป่วยทางจิตให้เข้าไปมีส่วนร่วมในชุมชนได้

ต่อไป โดยการเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและทำการประเมินผล 6 เดือน พบว่า ต้องให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา 16 สัปดาห์จึงจะมีประสิทธิภาพคือทำให้ผู้ป่วยดีขึ้นซึ่งเป็นตัวชี้วัดเพื่อประเมินการฟื้นหาย (recovery) ได้ และพบว่าบุคคลมีการเปลี่ยนความรู้สึกมีคุณค่าในเอง (self-esteem) การมีพลังอำนาจ (empowerment) และการมีสมรรถภาพในตนเอง (self-efficacy) ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นตัวบ่งชี้ถึงหายมากกว่าอาการทางจิตที่เกิดขึ้น

Ballenger (1999) แม้ว่าจะก่อนการรักษาจะมีแนวทางหรือคู่มือ (guideline) ที่ใช้แยกภาวะซึมเศร้ากับภาวะวิตกกังวลก็ตาม เนื่องจากภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลมักเกิดขึ้นควบคู่กัน ซึ่งความวิตกกังวลนี้มักทำให้อาการของภาวะซึมเศร้าเลวลง ซึ่งเป็นผลมาจากผู้ป่วยมักมีโรควิตกกังวลด้วย ผู้วิจัยจึงพัฒนาคู่มือให้ใกล้เคียงกับชนิดของผู้ป่วยให้มากที่สุด โดยเน้นที่สเกลวัดอาการทั้งหมดคือ ทั้งความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าและเสนอเรื่องการฟื้นคืนสภาพการทำหน้าที่ (functional recovery) ซึ่งเป็นเป้าหมายของการรักษาภาวะซึมเศร้า จุดประสงค์ของคู่มือ (guideline) นี้ก็เพื่อคงไว้ซึ่งการหาย (recovery) และคงไว้ซึ่ง Hamilton Rating Scale for Depression คะแนนรวมอยู่ที่มากกว่า หรือเท่ากับ 7 และ Hamilton Rating Scale for Anxiety คะแนนรวมอยู่ที่ 7-10 หรือน้อยกว่านั้น เพื่อให้ผู้ป่วยกลับมามีสภาพเหมือนเดิมที่สุดและคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ที่ปกติ

Koivumaa et al. (2001) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของการประเมินตัวเอง (Self-rate) จากแบบวัดความพึงพอใจในชีวิต (Life-Satisfaction Scale (LS)) ซึ่งมี 4 ข้อ แบบวัดความซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory (BDI)) 21 ข้อ แบบวัดความซึมเศร้าของแฮมิลตัน (Hamilton Rating Scale for Depression (HAMDD)) จำนวน 17 ข้อ และศึกษาการเปลี่ยนแปลงของแบบวัดความพึงพอใจในชีวิต (Life-Satisfaction Scale) ระหว่างการฟื้นหาย (recovery) จากภาวะซึมเศร้า โดยทำการศึกษา 1 ปี ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 188 คน ซึ่งได้รับการรักษาตามมาตรฐานของแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) ซึ่งมีผู้ป่วย 137 คนมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ผลการศึกษาพบว่าความพึงพอใจในชีวิตสัมพันธ์ทางบวกกับค่าระดับคะแนนของแบบวัดความซึมเศร้าของเบคและแบบวัดความซึมเศร้าของแฮมิลตันเมื่อระยะเวลา 12 เดือน ความพึงพอใจในชีวิตสูงขึ้นในช่วงการหาย และพบช่วงเวลาหลักของการฟื้นหาย (recovery) จากภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นระหว่าง 6 เดือนแรก ซึ่งสรุปผลการศึกษาได้ว่าความพึงพอใจในชีวิตเป็นปัจจัยที่สำคัญในภาวะซึมเศร้าคือทำให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้นและทำให้การฟื้นหาย (recovery) จากภาวะซึมเศร้าดีขึ้น

Ahern and Fisher (2001) ได้พัฒนา Empowerment Model of Recovery หรือรูปแบบพลังอำนาจของการฟื้นคืนสภาพจากการป่วยขึ้น โดยเน้นที่การฟื้นหาย (recovery) และอิทธิพลของวัฒนธรรม (empowerment culture) และการนำไปใช้ ผลการศึกษาพบว่า มีองค์ประกอบหลัก 5 อย่างของการฟื้นหาย (recovery) คือสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (relationship) ความเชื่อ (beliefs) ตัวเอง/เอกลักษณ์ของตัวเอง (Self/identity) ชุมชน (community) และทักษะ

ต่างๆ (skills) และจากองค์ประกอบหลัก 5 อย่างนี้ พบว่าการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น (relationship) เป็นลักษณะของตนเอง (Sense of Self) ที่ทำให้บุคคลสามารถควบคุมชีวิตตัวเองได้ นอกจากนี้ยังพบว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญการฟื้นหาย (recovery) และการฟื้นหายจะดีขึ้นได้ถ้าคนมีความหวัง (hope) และหลังจากที่มีการฟื้นหายแล้วการได้เรียนรู้ทักษะต่างๆ เป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องนำมาจัดการกับอารมณ์และชีวิตของตนเอง

Warren and Lutz (2000) ทำการวิจัยเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสม โดยมีแนวคิดเกี่ยวกับอิทธิพลของวัฒนธรรม (culture) การมีสุขภาพดี (wellnes) การฟื้นหาย (recovery) และอาการที่เกิดขึ้น เป็นการรวบรวมแนวคิดที่เกี่ยวข้องในกระบวนการฟื้นหาย การปฏิบัติตัวและการจัดการกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้น ทำการศึกษาใน 199 ชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการวิจัย คือ เพื่ออธิบาย Consumer-Oriented Model ของการฟื้นหาย (recovery) การดำรงไว้ซึ่งการปฏิบัติตัว (monitoring) และเพื่อแสดงข้อมูลในส่วนประกอบของรูปแบบนี้ ซึ่งรูปแบบนี้ประกอบด้วย 3 ส่วนที่สัมพันธ์เกี่ยวเนื่องต่อกันคือ Stressors, Moderators และ Recovery ผลการศึกษาพบว่า การฟื้นหาย (recovery) มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และอาการทางจิต แต่พบว่าการฟื้นหาย (recovery) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง (Self-esteem) และพบว่าปัจจัยด้าน ผู้ประสานงาน (Moderators) และการฟื้นหาย (recovery) สามารถทำนายการเกิดอาการทางจิตได้มากกว่าปัจจัยด้านความเครียด (Stressors) นอกจากนี้ยังพบว่าตัวปัจจัยทั้งสามนี้มีความสัมพันธ์มากที่สุดกับอาการแสดงและอาการเตือนของภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และอาการทางจิต

Snow and Anderson (2000) ทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฟื้นหาย (recovery) ในผู้หญิงที่ติดสุราและติดยาเสพติด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาเป็นผู้หญิง จำนวน 50 คนที่เคยเข้ากลุ่มโปรแกรมการรักษาและกลับไปใช้ยาและดื่มสุรา ซึ่งขณะนี้อยู่ในช่วงของการฟื้นหาย (recovery) คืออยู่ในช่วงการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมต่างๆ เช่น กลุ่มสนับสนุน 12 ขั้นตอน ซึ่งใช้เวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างน้อย 2 ปี หรือนานกว่านั้น โดยใช้แบบสอบถาม PAQ (Promis Addiction Questionnaires) ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำมากที่สุด คือ ภาวะซึมเศร้า การไม่สนใจในโปรแกรมส่งเสริม 12 ขั้นตอนและความเครียดหรือการเกิดภาวะวิกฤตของบุคคล นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะซึมเศร้า และความเครียดหรือการเกิดภาวะวิกฤตของบุคคลมีผลต่อการกลับเป็นซ้ำมากที่สุด ในขณะเดียวกัน การสนใจในโปรแกรมส่งเสริม 12 ขั้นตอน การมีแรงจูงใจในการที่จะเปลี่ยนแปลง และการติดต่อประสานงานกับครอบครัวและเพื่อนๆ เป็นปัจจัยส่งเสริมการฟื้นหาย (recovery) มากที่สุด นอกจากนี้ ยังพบว่าช่วงระยะเวลาของการกลับเป็นซ้ำคือ น้อยกว่า 6 เดือนหลังการรักษา และช่วงเวลาของการหาย (recovery) คือ 25-72 เดือน หลังจากเข้าโปรแกรมการรักษา

นันทภัก ชนะพันธ์ และอัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ (2556) ได้ทำการศึกษาวิจัยเชิงหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า ในกลุ่มผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า อายุ 20-65 ปี และได้รับการรักษาด้วยยา 3 เดือนขึ้นไป ที่มารับการรักษาแผนกจิตเวชศาสตร์ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 69 ราย ผลการวิจัยพบว่า การรู้จักตนเองมีความสัมพันธ์กับการคืนความสำคัญให้กับตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .082$, $p > 0.05$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการคืนความสำคัญให้กับตนเองในผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .387$, $p < 0.01$) และพบว่าการรู้จักตนเองและการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการคืนความสำคัญให้กับตนเองในผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าได้ร้อยละ 15.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 6.359$, $p < .01$) แต่ปัจจัยที่สามารถการคืนความสำคัญให้กับตนเองในผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

นันทภัก ชนะพันธ์ (2556) กล่าวว่า การที่พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า กระบวนการฟื้นฟู ลักษณะและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูจากโรคซึมเศร้านั้นเป็นสิ่งสำคัญที่จะส่งเสริมให้พยาบาลมีความเข้าใจในตัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแต่ละรายมากขึ้น โดยใช้กระบวนการทางการพยาบาลมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดความชัดเจนในการทำงานที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับผู้ป่วยโดยเริ่มตั้งแต่การประเมินข้อมูลของผู้ป่วยว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าเกิดจากสาเหตุหรือปัจจัยอะไร ขณะนี้มีระดับอาการซึมเศร้ารุนแรงเท่าใด จะต้องวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างไรเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูจากโรคซึมเศร้า หรือขณะนี้ผู้ป่วยอยู่ในระยะใดของกระบวนการฟื้นฟู ซึ่งในแต่ละระยะของกระบวนการฟื้นฟูพยาบาลจะต้องวางแผนการพยาบาลให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย และเมื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยไปแล้วนั้นผลลัพธ์เป็นอย่างไร ต้องปรับปรุงแก้ไขการพยาบาลอย่างไรบ้าง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูได้

การที่พยาบาลให้ผู้ป่วยได้รับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าว่ามีลักษณะการดำเนินโรคอย่างไร สาเหตุของการเกิดโรค การรักษา และโอกาสในการหาย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พร้อมทั้งจะรับการรักษาและให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรับผิดชอบต่อตนเอง ให้ความร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยจะได้รู้สึกถึงศักยภาพในตนเอง ความสามารถในการควบคุมตนเอง ทำให้เกิดการรักษาที่ต่อเนื่อง การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจศรัทธาและเชื่อมั่น กล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลตนเองมากขึ้น ทำให้สามารถร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากตัวผู้ป่วยเองแล้วพยาบาลต้องให้ความสำคัญกับครอบครัวของผู้ป่วย เพราะครอบครัวเองเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้

ผู้ป่วยเกิดการฟื้นฟูหายจากภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าแก่ครอบครัว เพราะถ้าครอบครัวมีความรู้ มีความเข้าใจในตัวผู้ป่วย ส่งผลให้ครอบครัวมีการปฏิบัติหรือดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย คอยสนับสนุนให้การช่วยเหลือผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจกันมากขึ้น มีความผูกพัน เกิดความสุขในครอบครัว รวมถึงการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตกับผู้ป่วยและครอบครัว และอีกบทบาทที่สำคัญคือการประสานงานและให้ความร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตามการหายจากภาวะซึมเศร้าได้นั้นตัวผู้ป่วยเองเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด เพราะว่าหากผู้ป่วยยังคงมีความรู้สึกซึมเศร้า จมอยู่กับตัวเอง มีความคิดซ้ำๆอยู่ตลอดเวลา โดยไม่พยายามที่จะลุกขึ้นมาเปลี่ยนแปลงความคิด และพฤติกรรมตัวเอง ถึงแม้จะมีการรักษาแต่ไหนก็ไม่สามารถที่จะทำให้เกิดการหายจากภาวะซึมเศร้าได้

จะเห็นว่า พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการฟื้นฟูของผู้ป่วย เพราะกิจกรรมการพยาบาลที่ให้ผู้ป่วนั้นเป็นเหมือนการเตรียมการสนับสนุนส่งเสริมผู้ป่วยในด้านต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การส่งเสริมในการมองภาพลักษณ์ตัวเองในทางบวก การส่งเสริมในเรื่องความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการส่งเสริมทักษะการเผชิญปัญหา ซึ่งการสนับสนุนส่งเสริมที่เพียงพอนอกจากมีผลทำให้ไม่เกิดภาวะซึมเศร้าได้แล้วยังมีผลต่อการฟื้นฟูได้อีกด้วยซึ่งกิจกรรมการพยาบาลโดยการให้ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวหรือการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา เป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เพราะสามารถทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนความรู้สึกมีคุณค่าในเอง การมีพลังอำนาจ และการมีสมรรถนะในตนเอง ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นตัวบ่งชี้ถึงการหายได้ นอกจากนี้ยังพบว่าต้องให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา 16 สัปดาห์จึงจะมีประสิทธิภาพเพียงพอที่ทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับช่วงระยะเวลาในการฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่ามีผู้ทำการศึกษา ดังนี้

Furakawa (2000) และคณะ ทำการศึกษาระยะเวลาในการฟื้นฟู (recovery) ในกลุ่มคนที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าครั้งแรกและยังไม่เคยได้รับการรักษา จำนวน 23 คน ซึ่งสุ่มมาจากทั่วประเทศญี่ปุ่น หลังจากให้การรักษาแล้วทำการติดตามผล 2 ปี ผลการศึกษาพบว่า การฟื้นฟู (recovery) ใน 1 เดือน พบ 26% ในช่วง 3 เดือน พบ 63 % ในช่วง 12 เดือน พบ 85 % และในช่วง 24 เดือน พบ 88 % ซึ่งจะเห็นได้ว่าระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยซึมเศร้ามีการฟื้นฟู (recovery) คือ 3 เดือน

Kravitz (2000) และคณะ ทำการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่มีการฟื้นฟู (recovery) และกลุ่มที่ไม่มีการฟื้นฟู (non recovery) บนพื้นฐานปัจจัยด้านประชากร อาการแสดงและการป่วยแต่ละครั้ง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 คน ที่มีการกลับเป็นซ้ำจากภาวะซึมเศร้า และทำการติดตามประเมินผล ในช่วง 6-12 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีการฟื้นฟู (recovery) คือไม่มี

การกลับไปมีภาวะซึมเศร้าอีกเลยเป็นเวลาอย่างน้อย 8 เดือนพบ 52 % ที่อยู่ในเกณฑ์ของการหาย และพบว่าผู้ป่วยยังคงมีภาวะซึมเศร้าในช่วง 52 สัปดาห์คือ 42.5%

Tuma (2000) ทำการศึกษาเพื่อดูผลที่เกิดขึ้นใน 2 กลุ่มวัยคือวัยผู้ใหญ่กับวัยสูงอายุที่ซึมเศร้า หลังจาก 4.5 ปีและเปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้นกับรายงานการศึกษาอื่นๆ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่ (อายุต่ำกว่า 65 ปี) จำนวน 56 คน และผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 65 ปี) จำนวน 54 คน ที่ป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าครั้งแรกและทำการติดตามประเมินผลหลังจากที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล 4.5 ปี ผลการศึกษาพบว่า อัตราการฟื้นหาย (recovery rate) ในวัยผู้ใหญ่สูงกว่าวัยสูงอายุประมาณเกือบสองเท่า (42.8 % กับ 24 %) พบอัตราการตาย (33 %) และภาวะสมองเสื่อม (14.8 %) สูงขึ้นในผู้สูงอายุ เนื่องจากปัญหาของสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่า ไม่มีความแตกต่างในระยะเวลาของการฟื้นหาย (recovery) ระหว่างทั้งสองกลุ่ม โดยพบว่ามากกว่า 90% มีการฟื้นหาย (recovery) หลังจาก 25 สัปดาห์

Parker et al. (2000) ทำการศึกษาเพื่อ (1) เปรียบเทียบวิธีการที่แตกต่างกันสำหรับการประเมินการฟื้นหาย (recovery) จากภาวะซึมเศร้าในช่วงเวลามากกว่า 1 ปี (2) เพื่อประเมินสถานะการฟื้นหาย (recovery state) จากการติดตาม 1 ปี และ (3) เพื่อดูตัวแปรทำนายที่ได้จากผลการศึกษาและการฟื้นหาย (recovery) จากภาวะซึมเศร้าซึ่งทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตาม DSM-IV ว่าเป็นโรคซึมเศร้าหรือมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 182 คน ติดตามประเมินผลเป็นเวลา 12 เดือน โดยใช้แบบประเมินตนเองของเบค (Self-rate ตาม Beck Depression Inventory (BDI)) และใช้ Clinical Global Improvement (CGI) rating ผลการศึกษาพบว่า มี 61% ที่มีการสงบของโรคอย่างเต็มที่ (full remission) หรือมีการฟื้นหาย (recovery) จากภาวะซึมเศร้า ซึ่งใช้เวลาในการฟื้นหาย (recovery) จากภาวะซึมเศร้าอย่างเต็มที่นี้เกิน 12 เดือน

Hernandez et al. (2000) ทำการศึกษาเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงใน Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) และการฟื้นสภาพการนอน (recovery sleep) หลังจากได้รับการนอนอย่างเต็มที่ 36 ชั่วโมง เพื่อทำนายอาการที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับยาต้านเศร้า 12 สัปดาห์ โดยศึกษาในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าจำนวน 15 คน พบว่าอาการต่างๆของภาวะซึมเศร้ามลดลงเมื่อได้รับการฟื้นสภาพการนอน (recovery sleep) สำหรับการศึกษาระยะเวลาในการฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้า จะเห็นว่ามียุทธศาสตร์ไม่แน่นอน แต่พบว่าเมื่อเวลานานขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นหายมากขึ้น ซึ่งระยะเวลาในการหายส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 12-18 เดือน หลังจากรักษา นอกจากนี้ยังพบว่า วัยผู้ใหญ่มีอัตราการฟื้นหายสูงกว่าวัยสูงอายุ และพบว่าการนอนที่เพียงพอก็ทำให้เกิดอาการต่างๆ ของภาวะซึมเศร้ามลดลงได้เช่นกัน

สรุปแนวคิดเบื้องต้น

ผู้วิจัยได้เลือกใช้แนวคิดการฟื้นฟู (Recovery) ของ Anthony (1993) ซึ่งอธิบายการฟื้นฟู หมายความว่า เป็นการปฏิบัติทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เป็นความสามารถของบุคคลที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชในการปรับตัวใหม่ โดยยอมรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก ทักษะต่างๆ พฤติกรรม บทบาท ค่านิยม นำไปสู่การมีชีวิตอยู่ด้วยการมีสติรู้ รวมไปถึงการตั้งเป้าหมายและให้ความหมายของชีวิตใหม่หรือการมีชีวิตที่ดี มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากแนวคิดการฟื้นฟูของ Anthony (1993) มีความสอดคล้องกับลักษณะของการฟื้นฟูในบริบทของการปรับตัวใหม่ด้านความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก การศึกษาครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยตามแนวคิดการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนาของ Husserl (1969) โดยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพรูปแบบหนึ่งที่ใช้ในการแสวงหาความเข้าใจและค้นหาแก่นแท้ของความหมายของปรากฏการณ์ที่สนใจ ซึ่งปรากฏการณ์ที่ผู้วิจัยสนใจในครั้งนี้คือ การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก โดยผู้วิจัยจะต้องเข้าไปถึงจุดเริ่มต้นหรือแก่นของความรู้ของปรากฏการณ์นั้นๆ โดยปราศจากอคติ คือความคิดหรือความรู้ที่มีอยู่เดิม (Husserl, 1969) เพื่อให้เข้าใจประสบการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกอย่างลึกซึ้งจากผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ตรงในเรื่องดังกล่าว

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาแบบพรรณนา (Descriptive Phenomenology) ของ Husserl (1969) เพื่อศึกษาถึงประสบการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกและรอบด้านเกี่ยวกับประสบการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก มีวิธีการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

1. ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants)

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก แผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ทั้งนี้เพื่อให้ได้ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงต้องดำเนินการสัมภาษณ์จากผู้ที่ประสบการณ์นั้นโดยตรง โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ซึ่งมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) ที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น ดังนี้

- 1) ผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและชาย อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 ว่าป่วยด้วย Major Depressive Disorder (F32) เป็นครั้งแรก
- 2) เข้ารับการบำบัดรักษาครบเป็นเวลา 6-9 เดือน โดยไม่มีอาการของโรค มากกว่าหรือเท่ากับ 4 เดือน ซึ่งจะถือว่าเป็นช่วงของการฟื้นฟู (Kupfer, 1991)
- 3) มีคะแนนจากการประเมินด้วยแบบวัดการคืนความสำคัญให้กับตนเอง (Self-Regaining Scale) ของ Seeherunwong and Chantarujikapong (2007) มากกว่า 84 ขึ้นไป
- 4) มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และยินดีให้ข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก
- 5) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย

สถานที่ทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ ตึกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่บ้าน สวนสาธารณะ และการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ตามความสะดวกและความประสงค์ของผู้ให้ข้อมูล การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมด 13 ราย ซึ่งเป็นผู้ที่มารับการรักษาตามแพทย์นัดที่ตึกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยผู้วิจัยใช้วิธีการเข้าสู่สนามวิจัยแบบเปิดเผย (Overt) นั่นคือ ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตหน่วยงานเพื่อเข้าเก็บข้อมูลอย่างถูกต้อง และได้ประสานงานกับหัวหน้าพยาบาลและพยาบาล

ที่ปฏิบัติหน้าที่ตักผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อสอบถามความสมัครใจและยินยอมให้ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ เมื่อผู้ให้ข้อมูลแสดงความสมัครใจและยินยอม ผู้วิจัยจึงเข้าพบและแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายเกี่ยวกับงานวิจัย เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลให้เกิดความไว้วางใจพร้อมที่จะเปิดเผยข้อมูล ความรู้สึก

2. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่มุ่งศึกษาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นครั้งแรกและอยู่ในภาวะฟื้นฟูหายจากโรคซึมเศร้า ดังนั้น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่สำคัญคือ ตัวผู้วิจัย ที่นำมาซึ่งข้อมูลที่ต้องการ เนื่องจากในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยจะต้องเข้าไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลอย่างใกล้ชิดในสถานการณ์ที่เป็นจริง นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือที่ช่วยผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และแนวคำถามในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์การของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดที่จะช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่าประสบการณ์การฟื้นฟูหายจากโรคซึมเศร้าหรือเรื่องราวต่างๆที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจนกระทั่งฟื้นฟูหายจากโรคซึมเศร้าได้อย่างครอบคลุมและลึกซึ้ง ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมดด้วยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลร่วมกับการบันทึกเทป การจดบันทึกภาคสนาม และการสังเกตจนได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว (Saturated data) จากผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดจำนวน 13 ราย ทำการสัมภาษณ์ 1 ครั้ง จำนวน 2 ราย สัมภาษณ์ 2 ครั้ง จำนวน 7 ราย และสัมภาษณ์ 3 ครั้ง จำนวน 4 ราย ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละประมาณ 30-90 นาที ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลประมาณ 5 เดือน คือ ตั้งแต่วันที่ 30 มกราคม 2561 – 24 มิถุนายน 2561 (รายละเอียดในภาคผนวก ค)

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังใช้เครื่องมือคัดกรองเบื้องต้น เป็นเพียงเพื่อการคัดกรองผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามปรากฏการณ์ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา ทั้งนี้เครื่องมือคัดกรองเบื้องต้นนี้ ไม่ได้มีอิทธิพลต่อการสัมภาษณ์เชิงลึกแต่ประการใด จำนวน 1 เครื่องมือ ได้แก่ แบบวัดการคืนความสำคัญให้กับตนเอง (Self-Regaining Scale) ของ Seeherunwong and Chantarujikapong (2007) ในการประเมินความสามารถฟื้นฟูหายจากโรคซึมเศร้าของผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การค้นพบคุณค่าตนเอง การคิดทบทวนตนเอง การนิยามความสัมพันธ์กับผู้อื่นใหม่ และการควบคุมชีวิตตนเองจำนวน 28 ข้อ เป็นมาตราวัด 5 อันดับ ใช้วัดการคืนความสำคัญให้กับตนเองหรือการฟื้นฟูหายจากโรคซึมเศร้า เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในงานวิจัยของ นันทภัค ชนะพันธ์ และอัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ (2556) พบว่า มีความตรงทางโครงสร้างและความตรงตามสภาพจริง (Content Validity) กับตัวแปรภายนอกด้วยการหาความสัมพันธ์กับการมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งได้ค่า

ความสัมพันธ์ เท่ากับ - .39 สำหรับการตรวจสอบความเชื่อมั่น ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบแอลฟาของแบบวัดทั้งฉบับและองค์ประกอบย่อย เท่ากับ .83, .85, .82, .77 และ .91 ตามลำดับ และนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยหญิงไทยที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน พบมีค่าความเที่ยง จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ .88 และกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 69 คน เท่ากับ .88 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนโดยให้ค่าคะแนนเป็น 1 - 5 คะแนน ตามระดับการฟื้นฟูจากโรคซึมเศร้า โดยมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

คะแนน 5 มีความสอดคล้องกับท่านมากที่สุด

คะแนน 4 มีความสอดคล้องกับท่านมาก

คะแนน 3 มีความสอดคล้องกับท่านปานกลาง

คะแนน 2 มีความสอดคล้องกับท่านเล็กน้อย

คะแนน 1 ไม่มีความสอดคล้องกับท่านเลย

เกณฑ์การแปลผลคะแนน Self-Regaining Scale มีคะแนนระหว่าง 28-140 คะแนน และหากมีคะแนนมากกว่า 84 คะแนนขึ้นไป แสดงถึงมีการฟื้นฟูจากโรคซึมเศร้าระดับสูง (นันทศักดิ์ ชนะพันธ์ และอัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, 2556)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบเครื่องมือคัดกรองเบื้องต้น ได้แก่ แบบวัดการคืนความสำคัญให้กับตนเอง (Self-Regaining Scale) โดยการนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ทั้งเพศหญิงและชายที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่ติดผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ จำนวน 30 คน พบมีค่าความเที่ยง จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ .908

3. การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์อย่างเจาะลึก (In-depth interview) แบบมีแนวทางการสัมภาษณ์เป็นวิธีการหลัก โดยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยโดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นตอนเตรียมการวิจัย ขั้นตอนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และขั้นสรุปการวิจัย ดังต่อไปนี้

3.1 ขั้นตอนเตรียมการวิจัย

1) การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย ผู้วิจัยได้มีการพัฒนาความพร้อมในการดำเนินการวิจัย เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างถูกต้องตามกระบวนการวิจัยและได้มาซึ่งผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ โดยได้เตรียมตนเองทั้งก่อนการวิจัยและระหว่างดำเนินการวิจัย ดังนี้

1.1) การเตรียมความรู้เรื่องระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ศึกษาหลักการเชิงทฤษฎีของการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาด้วยตนเองจากการอ่านเอกสาร ตำรา ผลงานการวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ผลงานวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา การลงทะเบียนเข้าเรียนวิชาวิจัยเชิงคุณภาพ 3 หน่วยกิต ของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.2) การเตรียมความรู้ด้านความไวเชิงทฤษฎี ผู้วิจัยศึกษาเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า แนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟูจากโรคซึมเศร้า รวมทั้งแนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เพื่อให้มีความพร้อมในการตรวจสอบตนเองเกี่ยวกับความรู้ ความรู้สึก ความคิดที่ต้องจัดกรอบแยกไว้ก่อนการรับฟังและการให้ความหมายข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล เพื่อระมัดระวังความคลาดเคลื่อนที่อาจจะเกิดขึ้นในการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

1.3) การวางแผนการวิจัย ผู้วิจัยทำการวางแผนการวิจัยเป็นขั้นตอนตั้งแต่ก่อนเข้าสนาม ระหว่างการเก็บข้อมูล และหลังจากออกจากสนาม

1.4) ผู้วิจัยมีความตระหนักว่าตนเองเป็นผู้วิจัย เป็นเครื่องมือที่สำคัญต้องเข้าสนามเพื่อรับข้อมูลที่เป็นจริงจากผู้ให้สัมภาษณ์ โดยคำนึงถึงการป้องกันและลดอคติจากการคาดเดา หรือมีแนวคิดล่วงหน้า มีความพร้อมในด้านเทคนิคการสัมภาษณ์ โดยการฝึกฝนเทคนิคการสัมภาษณ์ การเตรียมขั้นตอนการสัมภาษณ์ในแต่ละช่วง ได้แก่ การเตรียมความพร้อมผู้ให้ข้อมูล การให้ผู้ให้ข้อมูลระลึกถึงเหตุการณ์ขณะนั้น และการปล่อยให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าเรื่องด้วยตนเอง (Drew, 1993) และฝึกฝนเป็นผู้กระตือรือร้นในการฟัง (Active listening) การใช้คำถามเพื่อค้นหาข้อมูล (Exploring questions) ทักษะการบันทึกข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและการให้ความหมาย โดยคำนึงถึงสิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลและจริยธรรมของผู้วิจัยตลอดการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยให้ความสำคัญและพยายามให้ผู้ให้ข้อมูลมีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัย เคารพในความเป็นผู้มีประสบการณ์ให้เกียรติและยอมรับข้อมูลที่ได้ว่าเกิดจากประสบการณ์จริงที่ผู้ให้ข้อมูลได้พบเจอ

1.5) ผู้วิจัยตรวจสอบตนเองร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตลอดการดำเนินการวิจัย ได้แก่ การคุ้มครองสิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล เทคนิคและวิธีการสัมภาษณ์ การให้ความหมายและรหัสข้อมูล การจัดกลุ่มประเด็นของความหมายและรหัสข้อมูล รวมทั้งการเขียนอธิบายประเด็นอย่างละเอียด

1.6) ผู้วิจัยตระหนักอยู่เสมอว่าผู้ให้ข้อมูลถือเป็นผู้ร่วมวิจัย เนื่องจากต้องการศึกษาประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญและพยายามให้ผู้ให้ข้อมูลมีส่วนร่วมในการศึกษา โดยเคารพในความเป็นผู้มีประสบการณ์ ให้เกียรติและยอมรับข้อมูลทุกอย่างที่ได้มา และใช้ทักษะต่างๆ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาอย่างเต็มที่ (Knaack, 1984)

2) การเตรียมแนวคำถามในการสัมภาษณ์ (Semi-structure interview)

2.1) ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามตามแนวคิดการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการฟื้นฟูหายจากโรคซึมเศร้า และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กำหนดวัตถุประสงค์ของข้อคำถามตามปัญหาการวิจัย แล้วเขียนแนวคำถามเป็นลักษณะคำถามปลายเปิด เป็นประเด็นกว้างๆที่มีความยืดหยุ่นตามการสนทนา ไม่กำหนดจำนวนคำถามและลำดับคำถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงลึกและครอบคลุมประสบการณ์การฟื้นฟูหายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ร่วมกับปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อปรับแนวข้อคำถามให้มีความเหมาะสม จากนั้นจึงนำข้อคำถามที่ได้จากการปรับไปรับการตรวจสอบความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์จิตแพทย์ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญการวิจัยเชิงคุณภาพด้านโรคซึมเศร้า จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีผลงานวิจัยทางด้านโรคซึมเศร้า จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลชำนาญการทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน ผู้วิจัยทำการพิจารณาปรับแก้ข้อคำถามร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีการปรับปรุงแบบวัดทั้งด้านการปรับภาษาให้มีความชัดเจนเข้าใจง่ายและกระชับ โดยพิจารณาร่วมกับเนื้อหา เพื่อให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ให้ข้อมูล

2.2) จากนั้นนำแนวคำถามไปทดลองสัมภาษณ์กับผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูลจำนวน 2 ราย หลังจากสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายแรกแล้ว ผู้วิจัยทำการถอดเทปแบบคำต่อคำ (Verbatim) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลซ้ำอีกครั้งด้วยการฟังจากเทปบันทึกเสียง เมื่อพบว่าข้อมูลที่ได้ยังไม่ชัดเจนหรือมีบางคำถามที่ไม่สามารถสื่อไปยังสิ่งที่ต้องการศึกษาได้ จึงได้ทำการปรับแนวคำถามใหม่ให้เหมาะสมมากขึ้น เพิ่มเติมข้อคำถามที่ยังไม่ครอบคลุมครบถ้วน รวมทั้งเพิ่มข้อคำถามแบบเจาะลึก ในกรณีที่ต้องการรับทราบข้อมูลเรื่องนั้นมากขึ้นหรือไม่แน่ใจในคำพูดบางคำของผู้ให้ข้อมูล นอกจากนี้เมื่อพบว่ามีความบางคำไม่ชัดเจน ผู้วิจัยทำการจดคำถามหรือบันทึกคำพูดที่ยังไม่เข้าใจไว้เพื่อนำกลับไปถามผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งให้เกิดความกระจ่าง หลังจากตรวจสอบความสมบูรณ์กับผู้ให้ข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยนำข้อคำถามที่ได้รับการปรับจากผู้ให้ข้อมูลรายแรกไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายที่สอง และนำมาทำการถอดข้อความแบบคำต่อคำ และทำการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นเช่นเดียวกับผู้ให้ข้อมูลรายแรก จากนั้นนำไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อทำการปรับแนวคำถามให้เหมาะสมอีกครั้ง แล้วนำข้อคำถามที่ได้ไปทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลจริงตามขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.3) แนวคำถามที่นำไปใช้ในการสัมภาษณ์ประสบการณ์การฟื้นฟูของ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ประกอบด้วยแนวคำถามหลักที่เป็นคำถามปลายเปิดโดย มีประเด็นคำถามเกี่ยวกับการให้ความหมายการฟื้นฟู การรับรู้และความรู้สึก และประสบการณ์การ ฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

(1) แนวคำถามหลักที่ใช้ในการสัมภาษณ์ เช่น

- คุณรู้สึกหรือคิดว่าขณะนี้ตนเองหายป่วยหรือไม่ เพราะอะไร
- การหายจากโรคซึมเศร้าในความคิดของคุณคืออะไร
- คุณทราบได้อย่างไรว่าตนเองหายป่วยแล้ว
- เมื่อคุณพบว่าคุณมีอาการผิดปกติแล้วคุณทำอะไร เพราะอะไร
- เมื่อคุณหายป่วยแล้วชีวิตของคุณเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง

(2) แนวคำถามรองที่ใช้ในการสัมภาษณ์ เช่น

- คุณช่วยเล่าเพิ่มเติมเกี่ยวกับ...(ประเด็นที่ต้องการ/ยังไม่ชัดเจน)
- สิ่งที่คุณ...บอกว่า...เมื่อเป็นแบบนี้แล้วคุณรู้สึกอย่างไร

3.2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่เป็นสนามวิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการ วิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เข้าพบพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยนอกและ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์และการดำเนินการวิจัย และขอความ ร่วมมือในการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย ณ มหาวิทยาลัย

2) เมื่อได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการเก็บข้อมูลได้ จึงประสานงานกับพยาบาลหัวหน้า หอผู้ป่วยนอกและเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน เพื่อขอความช่วยเหลือในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล โดยตรวจสอบคุณสมบัติที่ตรงตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย การสอบถามจาก เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน และผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ประเมินคัดกรองเบื้องต้นด้วยตนเอง โดยแบบประเมิน ตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (แบบวัดการคืนความสำคัญให้กับตนเอง ของ Seeherunwong and Chantarujikapong, (2007)) มีค่าคะแนนมากกว่า 84 ขึ้นไป

3) หลังจากพบว่ามีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของการเป็นผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงเข้าไปพบผู้ให้ ข้อมูลหลักแต่ละรายเพื่อขอความร่วมมือในการเป็นผู้เข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งได้แนะนำตัวและประวัติ ของผู้วิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและวิธีดำเนินการวิจัย รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ ข้อมูลให้ได้รับทราบ เมื่อผู้ให้ข้อมูลมีความสนใจและยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยอธิบายให้ทราบ ถึงรายละเอียดของการวิจัยให้ทราบอีกครั้ง ซึ่งได้แก่ วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย

ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย รวมถึงขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด หัวข้อที่ต้องการสัมภาษณ์ การขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา การจดบันทึกภาคสนามขณะทำการสัมภาษณ์ จำนวนการนัดหมาย ระยะเวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เลือกวัน เวลา และสถานที่ในการให้สัมภาษณ์ โดยคำนึงถึงความสงบเป็นส่วนตัว ความพอใจของผู้ให้สัมภาษณ์ ความสะดวกในการเดินทาง และความปลอดภัยของผู้วิจัย การรักษาความลับโดยการทำลายเทปบันทึกเสียงเมื่อสิ้นสุดการวิจัย จากนั้นจึงให้เซ็นยินยอมเป็นผู้เข้าร่วมวิจัย และเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นขั้นตอนไป

4) ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้ให้ข้อมูลทำแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลก่อน จากนั้นจึงขออนุญาตบันทึกเทประหว่างการสัมภาษณ์และเริ่มทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) แบบมีแนวทางในการสัมภาษณ์ (Interview guideline) โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณครั้งละ 30 นาที ถึง 90 นาที ซึ่งขณะสัมภาษณ์ผู้วิจัยปฏิบัติดังนี้

4.1) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนที่ 1 คือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

4.2) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนที่ 2 คือ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ถึงประสบการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก แบบมีแนวทางในการสัมภาษณ์ พร้อมกับบันทึกการสัมภาษณ์ด้วยเทปบันทึกเสียง ซึ่งในขณะที่ทำการสัมภาษณ์ผู้วิจัยใช้ทักษะของการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยคำนึงถึงสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ให้ข้อมูล มีการปรับคำถามในขณะสัมภาษณ์เพื่อความชัดเจนของข้อมูลตามบริบท และสิ่งที่สังเกตได้จากการสัมภาษณ์ เช่น สีหน้า แววตา ท่าทาง อารมณ์และการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล

4.3) สังเกตท่าทางของผู้ให้ข้อมูล เมื่อผู้ให้ข้อมูลแสดงอารมณ์ร่วมขณะตอบคำถาม หรือบอกเล่าประสบการณ์ เช่น ร้องไห้ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้ระบายหรือแสดงออกถึงความรู้สึกอย่างเต็มที่ โดยรับฟังอย่างตั้งใจแสดงความเห็นใจ และนั่งเป็นเพื่อนผู้ให้ข้อมูล เมื่อผู้ให้ข้อมูลได้ระบายความรู้สึกแล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มทำการสัมภาษณ์ในประเด็นต่อไป ในการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่า ผู้ให้ข้อมูล ID4 ร้องไห้เมื่อเล่าถึงเหตุการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลได้เปิดใจพูดคุยกับหัวหน้าเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าที่ผู้ให้ข้อมูลเป็นอยู่ พร้อมได้รับความช่วยเหลือจากหัวหน้า ผู้วิจัยรับฟังเรื่องราวที่ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าถึงความรู้สึกอย่างตั้งใจ และนำกระดาษทิชชูให้แก่ผู้ให้ข้อมูล พร้อมกับสัมผัสที่แขนของผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้กำลังใจ เมื่อผู้ให้ข้อมูลระบายความรู้สึกจบ ผู้วิจัยจึงแจ้งผู้ให้ข้อมูลว่าหากไม่สะดวกให้สัมภาษณ์ต่อ สามารถยุติการสัมภาษณ์ได้ทันที แต่ผู้ให้ข้อมูลยินดีให้สัมภาษณ์ต่อได้ ผู้วิจัยจึงเงียบและนั่งเป็นเพื่อน ร่วมกับสังเกตลักษณะสีหน้า ท่าทาง ของผู้ให้ข้อมูล รอจนกว่าผู้ให้ข้อมูลจะพร้อมเล่าเรื่องราวต่างๆต่อไป โดยไม่แสดงท่าทางเร่งรัดหรือถามขึ้นก่อน

4.4) ผู้วิจัยทำการจดบันทึกภาคสนามในประเด็นที่สำคัญไว้ ซึ่งได้ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนที่จะทำการจดบันทึกทุกครั้ง โดยทำการบันทึกย่อเฉพาะหัวข้อหรือประเด็นที่สำคัญ ประเด็นที่ต้องการเพิ่มเติม พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล และบันทึกเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น ขณะทำการศึกษา ความคิดเห็น ความรู้สึกของผู้วิจัยที่มีต่อปัญหา การแก้ไข และผลที่เกิดขึ้นจากการแก้ไข เพื่อประกอบการวิเคราะห์ข้อมูล

4.5) การสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยพิจารณาระยะเวลาในการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งตามความเหมาะสมและความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลหรือเมื่อสังเกตเห็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความไม่พร้อมในการให้สัมภาษณ์ต่อไปของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งการได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่เพียงพอ ก่อนจบการสัมภาษณ์ผู้วิจัยกล่าวสรุปถึงสิ่งที่ได้จากการสนทนาให้ผู้ให้ข้อมูลได้รับทราบอย่างคร่าวๆ และทำการนัดหมายสำหรับการสัมภาษณ์ครั้งต่อไปในกรณีที่ยังได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

3.3 ขั้นตอนการวิจัย

ภายหลังการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น โดยการถอดข้อความ (transcribe) จากเทปบันทึกเสียงเป็นคำต่อคำ (verbatim) ออกเป็นบทสนทนาที่เป็นตัวอักษร (transcript) ด้วยตนเอง ตรวจสอบความถูกต้องชัดเจนและครบถ้วนของข้อมูลโดยเปรียบเทียบกับการฟังเทปบันทึกเสียงซ้ำ สรุปเป็นประเด็นปัญหาที่พบหรือข้อมูลที่ยังไม่ชัดเจน ไม่ครอบคลุมหรือประเด็นที่ต้องค้นหาเพิ่ม ทำการปรับข้อคำถามในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ให้เหมาะสมและกลับไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายเดิมเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนขึ้นสำหรับทำการวิเคราะห์และสรุปเป็นประเด็น จากนั้นทำการปรับข้อคำถามให้เหมาะสมสำหรับการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป หลังจากที่ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีการวิจัยจนได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว (Saturated data) คือ มีแบบแผนข้อมูลซ้ำกัน ไม่มีประเด็นใหม่เกิดขึ้นแล้ว ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลกับอาจารย์ที่ปรึกษา และยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยให้การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัย โดยรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติการวิจัยในคนจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เอกสารรับรองโครงการที่ 003/2561 เมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม 2560 โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองเมื่อวันที่ 30 มกราคม 2561

(รายละเอียดผู้วิจัยได้แสดงไว้ในภาคผนวก ก) และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

2) คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจ

3) ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดบอกให้ทราบเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องที่จะสัมภาษณ์ กระบวนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา จำนวนครั้งที่ขอสัมภาษณ์ ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง การขอให้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล สถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ การรักษาความลับด้วยการทำลายเทปบันทึกเสียงเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การไม่เปิดเผยข้อมูลใดๆที่จะสามารถเกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมวิจัย การนำข้อมูลเอกสารจากการสัมภาษณ์ไปอภิปราย เผยแพร่ในลักษณะข้อมูลโดยรวม และเฉพาะการนำเสนอทางวิชาการเท่านั้น

4) ขณะทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสามารถไม่ตอบคำถามใดๆที่รู้สึกไม่สะดวกใจ หรือบอกยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนต่างๆของการวิจัย และขอข้อมูลกลับได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและไม่มีผลกระทบใดๆทั้งสิ้นต่อผู้ให้ข้อมูล ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่า ผู้ให้ข้อมูล ID7 และ ID12 ไม่สะดวกที่จะให้ข้อมูลในครั้งที่ 2 ผู้วิจัยจึงเก็บรวบรวมข้อมูลเพียงครั้งแรกที่ติดผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

5) ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และให้เวลาในการคิด ทบทวนก่อนตัดสินใจให้คำตอบด้วยความสมัครใจ

6) ให้ผู้ให้ข้อมูลเซ็นยินยอมหรือบันทึกคำยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย และมีการเก็บ ใบเซ็นยินยอม บันทึกคำยินยอมหรือข้อมูลต่างๆไว้ในที่ปลอดภัย

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการนำข้อมูลการสัมภาษณ์มาถอดข้อมูลแบบคำต่อคำ (verbatim) และทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบของ Colaizzi (1978) เนื่องจาก Colaizzi มีความเชื่อในปรัชญาการวิจัยตามแบบของ Husserl (1969) ซึ่งเป็นแบบแผนการวิจัยที่ผู้วิจัยเลือกเป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีความสำคัญอยู่ที่ผู้วิจัยต้องจัดกรอบความคิด (bracketing) ความรู้ที่มีอยู่เดิมก่อนการดำเนินการวิจัย ซึ่งมี 7 ขั้นตอน ประกอบด้วย

1) ถอดข้อความจากเทปบันทึกการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำออกมาเป็นบทสนทนา อ่านบทสนทনার่วมกับฟังเทปซ้ำเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง อ่านซ้ำอย่างละเอียดหลายๆครั้งเพื่อทำความเข้าใจ โดยเน้นความรู้สึกที่มีต่อประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลและเข้าใจความหมายของผู้ให้ข้อมูล

2) แยกข้อความสำคัญที่บ่งบอกโดยตรงถึงปรากฏการณ์นั้นและกล่าวซ้ำๆกันออกมา

3) กำหนดความหมายของข้อความเหล่านั้น ซึ่งต้องค้นพบและแสดงถึงความหมายที่ซ่อนอยู่ในข้อความเหล่านั้นที่เป็นปรากฏการณ์ที่สนใจ

4) จัดกลุ่มความหมายแยกเป็นกลุ่มประเด็น นำข้อมูลที่ทำให้ความหมายคล้ายกันไว้ด้วยกัน จัดเป็นประเด็นที่สอดคล้องกับความหมายที่ได้และตัดข้อมูลที่ไมเกี่ยวข้องออกไป มีการอ้างอิงถึงหมวดหมู่ที่กำหนดไปสู่บทสัมภาษณ์ต้นฉบับได้ เพื่อตรวจสอบความเชื่อถือได้ (Validity) และยืนยันความสอดคล้อง (Confirming consistency) ระหว่างข้อสรุปของนักวิจัยกับเรื่องราวที่เป็นประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล

5) เขียนบรรยายประเด็นเพื่อให้เห็นถึงประสบการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับวินิจฉัยครั้งแรกจากข้อมูลที่ค้นพบซึ่งอยู่บนพื้นฐานของประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล

6) หาความเชื่อถือได้ของข้อค้นพบ โดยนำกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนอ่าน เพื่อให้เปรียบเทียบกับประสบการณ์ของตนเองว่าเหมือนหรือต่างกันอย่างไร หรือข้อค้นพบดังกล่าวมีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นได้หรือไม่ และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ยังคิดว่าไม่ครบถ้วน

7) ปรับเปลี่ยนข้อค้นพบหรือแก่นแท้ (Essences) ตามที่ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่าหรือให้ข้อคิดเห็น

6. การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล

การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness) การวิจัยครั้งนี้สามารถตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูลได้ดังต่อไปนี้

1) ความน่าเชื่อถือ (Credibility)

1.1) ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล สร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจกับผู้ให้ข้อมูล โดยการแนะนำตัวและอธิบายถึงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจ

1.2) วางแผนและดำเนินตามแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างระมัดระวังและมีขั้นตอน

1.3) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยผู้วิจัยตระหนักถึงการป้องกันและลดอคติจากผู้วิจัยตลอดเวลา โดยระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้พยายามจัดกรอบแนวคิด (Bracketing) เก็บความรู้ที่มีอยู่เดิมโดยผู้วิจัยมีความตระหนักว่าตนเองเป็นผู้วิจัย เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการรับข้อมูลที่เป็นจริงจากผู้ให้สัมภาษณ์ ขณะเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไม่คาดเดาหรือมีแนวคิดล่วงหน้าจากความรู้เดิม รวมไปถึงไม่นำเอาประสบการณ์และความรู้สึกเกี่ยวกับการฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของผู้วิจัยมาใช้ขณะเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล มีการทำแบบบันทึกภาคสนาม โดยจดบันทึกความคิด ความรู้สึก เหตุการณ์ รวมทั้งปัญหาที่เกิดขึ้น

ขณะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อนำมาเตือนความทรงจำเกี่ยวกับเหตุการณ์และอารมณ์ความรู้สึกของผู้วิจัยขณะที่ทำการสัมภาษณ์ ลอดคดีในการตีความและวิเคราะห์ข้อมูลตามความเป็นจริงที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล

1.4) หลังจากการสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 ทำการถอดเทปและวิเคราะห์ประเด็นเบื้องต้น นำข้อมูลและประเด็นดังกล่าวกลับไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลทุกรายภายหลังจากการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 เสร็จสิ้น (ยกเว้นผู้ให้ข้อมูล ID7 และ ID12 ที่ไม่สะดวกจะให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยจึงเก็บรวบรวมข้อมูลเพียงครั้งแรก) เปิดโอกาสให้อธิบายเพิ่มเติมในกรณีที่ข้อมูลไม่ชัดเจน และเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่เก็บไม่ครบ หลังจากวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดเสร็จสิ้นจึงนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนอ่านจำนวน 4 ราย (ID1, ID2, ID4, ID5) เพื่อเปรียบเทียบกับประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลว่าเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบายเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่ครบถ้วน

1.5) มีการตรวจสอบการดำเนินการวิจัยจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์จิตแพทย์ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญการวิจัยเชิงคุณภาพด้านโรคซึมเศร้า จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีผลงานวิจัยทางด้านโรคซึมเศร้า จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลชำนาญการทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เริ่มตั้งแต่ นำข้อมูลที่บันทึกในแบบบันทึกการถอดความ ซึ่งได้มาจากการถอดความคำต่อคำ รวมทั้งการให้รหัสเบื้องต้นไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบการสัมภาษณ์และการให้รหัสแล้วนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำสำหรับการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป และระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้พร้อมทั้งทำการวิเคราะห์ข้อมูลไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมตรวจสอบเป็นระยะ หลังจากที่มีข้อมูลอ้อมตัวนำข้อมูลทั้งหมด รวมทั้งผลการวิเคราะห์ไปให้อาจารย์ตรวจสอบและปรับปรุงตามคำแนะนำ

2) ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability)

ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยและอธิบายให้เห็นถึงการวิจัยอย่างมีขั้นตอน ใช้วิธีการหลากหลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีสัมภาษณ์เชิงลึก ทำการบันทึกการสัมภาษณ์จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ออกมาถอดเทป ร่วมกับการเขียนบันทึกภาคสนามเมื่อได้ข้อมูลมาจึงทำการวิเคราะห์ข้อมูลและตรวจสอบร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบอีกครั้งเพื่อยืนยันว่าได้ประเด็นที่ตรงกับสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลให้การสัมภาษณ์ นำเสนอข้อมูลที่ละเอียดครบถ้วนและครอบคลุมทำให้ผู้อ่านสามารถติดตามกระบวนการในการทำการวิจัย และวิเคราะห์ข้อมูลได้ โดยเฉพาะการให้รหัสการสร้างประเด็นซึ่งได้รับการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา

3) ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) ประกอบไปด้วย

3.1) ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและบันทึกไว้อย่างเป็นระบบสามารถตรวจสอบได้ (Audit trail) ทั้งการบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ด้วยเทปบันทึกเสียง การถอดเทปการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim) ข้อมูลการสัมภาษณ์ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนโดยการอ่านบันทึกการถอดความพร้อมกับการฟังเทปซ้ำ

3.2) มีการทำแบบบันทึกภาคสนาม โดยจดบันทึกความคิด ความรู้สึก เหตุการณ์ รวมทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นในสนามเป็นรายวัน เพื่อนำมาเตือนความทรงจำเกี่ยวกับเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ ใช้ในการตีความและวิเคราะห์ข้อมูลตามความเป็นจริงที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล

3.3) ผู้วิจัยใช้วิธีการอ้างคำพูด (Direct quotes) ของผู้ให้ข้อมูลในการนำเสนอข้อมูล โดยการใช้ถ้อยคำของผู้ให้ข้อมูลมากที่สุด เมื่อมีความจำเป็นต้องตัดคำพูดบางคำของผู้ให้ข้อมูลไป ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์ในการกระทำเพื่อให้มีการสื่อความหมายที่กระชับและชัดเจนยิ่งขึ้น โดยที่ความหมายเดิมไม่เปลี่ยนแปลง

3.4) การสรุปข้อมูลในขั้นตอนต่างๆ ได้แก่ การให้รหัสข้อมูล (Coding) การจัดกลุ่มข้อมูล (Category) การสรุปประเด็น (Theme) โดยได้รับการทบทวนจากอาจารย์ที่ปรึกษา

4) ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability)

งานวิจัยนี้ไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ แต่สามารถนำผลการวิจัยไปปรับใช้กับกลุ่มที่มีบริบทใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูล โดยผู้ที่อ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้แล้วสามารถเข้าใจเรื่องราวและมองเห็นภาพของประสบการณ์ดังกล่าวเหมือนเกิดขึ้นกับตนเอง

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Husserl เพื่อศึกษาประสบการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept interview) ร่วมกับการบันทึกเทป การจดบันทึกภาคสนาม และการสังเกต จากผู้ให้ข้อมูล 13 ราย ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล (Informant) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและชาย อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 ว่าป่วยด้วย Major Depressive Disorder (F32) ครั้งแรก 2) เข้ารับการบำบัดรักษาครบเป็นเวลา 6-9 เดือน โดยไม่มีอาการของโรค มากกว่าหรือเท่ากับ 4 เดือน ซึ่งจะถือว่าเป็นช่วงของการฟื้นฟู (Kupfer, 1991) 3) มีคะแนนจากการประเมินด้วยแบบวัดการคืนความสำคัญให้กับตนเอง (Self-regaining scale) ของ Seeherunwong et al. (2007) มีค่ามากกว่า 84 คะแนนขึ้นไป 4) มีความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย และยินดีให้ข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก 5) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย จนได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว (Saturated data) ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณครั้งละ 30-90 นาที แล้วนำข้อมูลที่ได้ออกมาถอดเทปแบบคำต่อคำ (verbatim) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ตามแบบของ Colaizzi (1978) ไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล นำเสนอผลการศึกษา แบ่งผลการวิเคราะห์ออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายโดยสรุป ส่วนที่ 2 ความหมายของการฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก และส่วนที่ 3 ประสบการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้เสนอตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายโดยสรุป

ส่วนที่ 2 ความหมายของการฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก คือการกลับมาดำเนินชีวิตได้เหมือนเดิม

ส่วนที่ 3 ประสบการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก แบ่งออกเป็น 4 ประเด็นหลัก และ 13 ประเด็นย่อย ดังนี้

ประเด็นที่ 1 เข้าใจและยอมรับว่าป่วย

1.1 รับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้น

1.2 ยอมรับและทำความเข้าใจโรค

1.3 บอกคนรอบข้างและขอความช่วยเหลือ

ประเด็นที่ 2 ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

2.1 ฝึกมองโลกในแง่ดีและปล่อยวาง

2.2 กินยาทุกวันไม่เคยขาด

2.3 ออกกำลังกายให้สดชื่นแจ่มใส

2.4 เรียนรู้การพัฒนาและรักษาสัมพันธ์ภาพกับคนรอบข้าง

2.5 ตั้งเป้าหมายชีวิตใหม่

2.6 ทำตนเองให้เป็นประโยชน์

ประเด็นที่ 3 กำลังใจเป็นสิ่งมีค่าและสำคัญ

3.1 ให้กำลังใจตัวเอง

3.2 ได้รับความกำลังใจจากคนรอบข้าง

ประเด็นที่ 4 กลับมาทำบทบาทและหน้าที่ต่างๆในชีวิตได้ตามปกติ

4.1 สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

4.2 สายใยความสัมพันธ์ของครอบครัวไม่อาจตัดได้

สำหรับเนื้อหาผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่บรรยายไว้ในบทนี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน ผู้วิจัยมีการใช้สัญลักษณ์ในตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

| | | |
|-----------|---------|---|
| (ข้อความ) | หมายถึง | คำอธิบายเพิ่มเติมของผู้วิจัย |
| ... | หมายถึง | การนำข้อความเนื้อหาประเด็นเดียวกันจากหน้าอื่นมาต่อกัน |
| (ID) | หมายถึง | คำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลที่ 1 (ID1) |

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายโดยสรุป

การวิจัยนี้ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก จำนวน 13 ราย โดยมีอายุระหว่าง 25-58 ปี ประกอบด้วย เพศชาย 3 ราย และเพศหญิง 10 ราย มีสถานะภาพโสด 7 ราย สมรส 4 ราย และหย่า 2 ราย นับถือศาสนาพุทธ 10 ราย คริสต์ 1 ราย และอิสลาม 2 ราย ทุกรายมีที่พักอาศัยอยู่ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร โดยผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีลักษณะบ้านอยู่ใกล้เคียงกัน โดยสภาพแวดล้อมส่วนใหญ่เป็นธรรมชาติร่มรื่น มีสถานที่พบปะพูดคุยกันระหว่างเพื่อนบ้าน ได้แก่ ร้านขายของชำ วัด มัสยิด เป็นต้น ผู้ให้ข้อมูลส่วนมากมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีจำนวน 6 ราย รองลงมาคือระดับ ปริญญาโท 2 ราย มัธยมศึกษาตอนปลาย ปวส. ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น และปริญญาเอก ระดับละ 1 ราย โดยปัจจุบันประกอบอาชีพพนักงาน 6 ราย จำแนกเป็นพยาบาล (พนักงานมหาวิทยาลัย) 1 ราย พนักงานบริษัท 5 ราย ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้านจำนวน 3 ราย ค้าขายจำนวน 2 ราย ข้าราชการจำนวน 1 ราย และธุรกิจส่วนตัวจำนวน 1 ราย ผู้ให้ข้อมูลส่วนมากมีระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจนถึงขั้นพ่าย 1-5 ปี จำนวน 9 ราย และ 6-10 ปี จำนวน 4 ราย ระยะเวลาที่มีการพ่าย 1 ปี จำนวน 5 ราย 2 ปี จำนวน 5 ราย และมากกว่า 2 ปี จำนวน 3 ราย โดยผู้ให้ข้อมูลทั้ง 13 รายป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเป็นครั้งแรก (1st Episode) ซึ่งส่วนใหญ่ไม่เคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 7 ราย และเคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 1 ครั้ง จำนวน 6 ราย ไม่มีประวัติซึมเศร้าในครอบครัวจำนวน 9 ราย และมีประวัติซึมเศร้าในครอบครัวจำนวน 4 ราย ได้แก่ บิดา มารดา และยาย ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดมีระดับคะแนนรวมของแบบวัดการคืนความสำคัญให้กับตนเอง (Self-Regaining Scale) อยู่ระหว่าง 96-122 คะแนน จำนวน 13 ราย แสดงการพ่ายจากอาการซึมเศร้าสูง (นันทักษ์ ชนะพันธ์ และอัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, 2556).

ส่วนที่ 2 การให้ความหมายการพ่ายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ได้ให้ความหมายของการพ่ายจากโรคซึมเศร้าว่า การพ่ายนั้นคือ การกลับมาดำเนินชีวิตได้เหมือนเดิม เริ่มจากการคืนความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง การทำงาน และการทำบทบาทหน้าที่ต่างๆ เช่น พ่อ แม่ ลูก พี่น้อง รวมไปถึงการใช้ชีวิตอย่างมีความสุข มองเห็นและศรัทธาในคุณค่าของตนเอง มีการควบคุมยับยั้งความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม อาการผิดปกติต่างๆหายไป มีสติในการใช้ชีวิตมากขึ้น นับเป็นช่วงที่มีความสมดุลของชีวิต นอกจากนี้การหายจากโรคซึมเศร้านั้นต้องยอมรับในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง และมีความพยายามในการดูแลตนเอง โดยส่วนสำคัญที่สุดในการพ่ายนั้นคือได้รับกำลังใจจากตนเองและคนรอบข้าง ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“การหายจากโรคซึมเศร้าสำหรับหนูคงหมายถึง เราได้ใช้ชีวิตแบบปกติ สุขอีกครั้งนึง กลับมาทำงานได้ปกติ กลับมาเป็นลูกคนเดิมของพ่อกับแม่ได้” (ID1)

“การฟื้นฟู คือ การที่หนูได้ตัวตนที่แท้จริงของหนูกลับมา...เหมือนได้ชีวิตใหม่ ได้ใช้ชีวิตอย่างมีความสุข ได้มาตามความฝันของตัวเอง ได้ทำสิ่งที่ชอบ ได้ทำสิ่งที่อยากทำ...หนูรู้สึกว่ามันฟื้นฟูสภาพในครอบครัวเราดีขึ้น หนูได้ครอบครัวของหนูกลับมา” (ID2)

“การหายจากโรคนี้นั้นคือสวรรค์...มันเหมือนกับการได้ชีวิตใหม่ ชีวิตมีความสุขได้อีกครั้ง กลับมาดำรงชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพและปกติสุข ...อยู่กับครอบครัวแบบยิ้มได้ หัวเราะได้ ทำงานได้ตามปกติ ไม่ทำงานผิดพลาดแล้ว” (ID4)

“การหายก็คือไม่เป็นภาระของบุคคลอื่นและภาระของสังคม สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ กลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้ปกติ...คือเริ่มที่จะคุยแล้วเข้าใจผู้อื่น เนื่องจากเราก็มีวิจารณญาณในการรับฟัง เรียนรู้แล้วก็พิจารณา รับฟังคนอื่นมากขึ้น เพราะบางครั้งการที่เป็นโรคซึมเศร้าก็คือการอยู่ในโลกของตัวเอง วนอยู่แต่ความคิดของตัวเอง ไม่ค่อยจะรับฟังความเห็น” (ID5)

“พอเราหายขาดจากโรคซึมเศร้า มันเหมือนว่าเราได้ขึ้นสวรรค์ ได้ชีวิตของเรากลับคืนมา...จากที่ไม่เคยมองเห็นค่าของตัวเองเลย มองหาแต่คนอื่นที่สร้างความสุขให้กับเราได้...พอรักษาหายแล้วชีวิตดีขึ้นมาก หันมามองตัวเองมากขึ้น...ร่างเริง ทำงานได้ ได้ดูแลพ่อกับแม่ตามที่เราที่ตั้งใจไว้ ความสุขแค่นี้เพียงพอแล้ว” (ID6)

“การหายจากโรคซึมเศร้ามันทำให้หนูกลับมาใช้ชีวิตได้แบบปกติ...รู้สึกปกติเหมือนคนทั่วไป ไม่มีอาการซึมเศร้า อารมณ์อยู่ในภาวะปกติ ไม่สวิตไม่ได้เหวี่ยงเหมือนที่เคยเป็น ไม่ได้อยากฆ่าตัวตาย...ไม่ได้อยากทำร้ายตัวเองเหมือนเมื่อก่อน ไม่มีความคิดลบกับตัวเอง...แล้วหนูก็รู้สึกได้

ว่าตัวเองปกติ หายแล้ว...หนูเริ่มทำงานใหม่ รู้สึกมีคุณค่าในตัวเองเวลาที่ได้กลับมาทำงาน เพราะหนูหาเงินเลี้ยงอีก 5 คนในบ้านได้” (ID7)

“พอหายแล้วชีวิตมีความสุขมากขึ้น ดีใจ ดีใจมาก...กลับมาขายของทุกวัน อยู่แบบพอมีพอใช้ ได้อยู่กับแม่ ดูแลแม่ได้เหมือนเดิม ไม่เป็นภาระของคนอื่น ที่จะต้องมาช่วยดูแลเรา พาไปหาหมอ ต้องดูแลแม่แทนผม...เพราะวันนี้ผมกลับมาดูแลตัวเองได้แล้ว” (ID9)

“หนูรู้สึกว่าหายเป็นปกติแล้ว กลับมาเหมือนเดิมปกติแล้ว กลับมาเป็นเราคนเดิม...เหมือนเราก้าวผ่านความรู้สึกบางอย่างที่เรารู้สึกติดอยู่ในใจมานานออกมาได้แล้ว...มีความสุข...ถ้าเลือกได้จะไม่กลับไปเป็นแบบเดิมอีกแล้ว เพราะเรารู้สึกว่าเราไม่ดี ไม่มีความสุขเลยอะ...ตอนนี้รับฟังพ่อแม่มากขึ้นนะ ไม่ได้ทำให้พ่อแม่หนักใจ...เรื่องการทำงานเปอร์เซ็นต์ความสำเร็จมันก็เพิ่มขึ้น...รู้ว่าตัวเราเอง Active ขึ้น...คือ Feeling นั้น (ทำงานผิดพลาดและโดนมองว่าผิดปกติ) หหมดไปแล้ว...ก่อนหน้านี้ไม่ยอมเข้าสังคม...ตอนนี้ใครไปไหนเราไปด้วย...เริ่มโอเคกับเรื่องเรียนแล้ว...มันก็เป็นผลดีกับเรานะในอนาคต มันเป็นสิ่งที่พ่อแม่อยากให้เราเรียน ก็มันทำให้เราต่อยอด มีความคิด มีความรู้มากขึ้น” (ID10)

“การหายจากโรคซึมเศร้าที่เป็น...มันเป็นช่วงที่เหมือนทุกอย่างของชีวิตมันบาลานซ์ มันเริ่มมีสมาธิมากขึ้น กินได้ นอนหลับอะไรอย่างนี้...ที่รู้สึกตัวเองมีคุณค่า...” (ID11)

“ความหมายของการหายจากโรคซึมเศร้า คือ การให้มีความสุขกับตัวเอง...ตอนนี้มีความสุขในชีวิต มีสังคมเพื่อนเพิ่มขึ้น...เราก็อากแต่งตัว แต่งหน้าทำอะไร อยากซื้ออะไรก็ซื้อ...หาความสุขให้ตัวเอง” (ID12)

“ผมหายจากโรคซึมเศร้าได้หลายปีแล้ว...โรคนี้คือความสุข คั้นความอิสระให้ชีวิตของผม...มันก็เหมือนกับโรคหวัดโรคอะไรทั่วไปใช่ไหม แต่เราเป็นโรคเกี่ยวกับทางใจมันหายได้...เพียงแค่อย่าสิ้นหวังนะ อย่าสิ้นหวังในชีวิต” (ID13)

ส่วนที่ 3 ประสบการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีประเด็นเกี่ยวกับประสบการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกที่สำคัญทั้งหมด 4 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย 1) เข้าใจและยอมรับว่าป่วย 2) ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม 3) กำลังใจเป็นสิ่งมีค่าและสำคัญ 4) กลับมาทำบทบาทและหน้าที่ต่างๆในชีวิตได้ตามปกติ โดยมีประเด็นย่อยที่อธิบายประสบการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก 13 ประเด็น โดยรายละเอียดในแต่ละประเด็นดังนี้

ประเด็นที่ 1 เข้าใจและยอมรับว่าป่วย

ภายหลังจากการเกิดเหตุการณ์ที่กระทบจิตใจของผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลสามารถรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้น บางรายมีอาการร่างกาย เช่น เหงื่อออก ใจสั่น มือสั่น หายใจลำบาก ปวดศีรษะ ไข้หวัด ท้องเสีย นอนไม่หลับ ไม่อยากรับประทานอาหาร น้ำหนักลด หลงลืมง่าย ทำงานผิดพลาดบ่อยๆ บางรายมีอาการทางจิตใจ เช่น ไม่มีความสุขในชีวิต ซึมเศร้า เครียด และจบลงด้วยความพยายามฆ่าตัวตาย หลายรายรู้สึกสงสัยและความกังวลใจเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจึงพยายามศึกษาข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจโรค บางรายแสวงหาและเปรียบเทียบข้อมูลด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ตที่ถูกแชร์ต่อกัน เช่น คลิปวิดีโอ ภาพข้อมูลความรู้เรื่องโรค บางรายเปรียบเทียบกับข้อมูลในหนังสือ เมื่อผ่านไปช่วงระยะเวลาหนึ่งหลายรายยอมรับการเจ็บป่วยได้มากขึ้น ซึ่งนำมาสู่การบอกคนรอบข้างเพื่อขอความช่วยเหลือ และเข้ารับการรักษา จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายมีเข้าใจและยอมรับว่าป่วย ดังนี้ 1.1) รับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้น 1.2) ยอมรับและทำความเข้าใจโรค และ 1.3) บอกคนรอบข้างและขอความช่วยเหลือ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 รับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้น

ภายหลังจากการที่ผู้ให้ข้อมูลพบกับเหตุการณ์กระทบจิตใจอย่างหนัก ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่สามารถรับรู้ถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ บางรายมีอาการทางร่างกาย เหงื่อออก ใจสั่น มือสั่น หายใจลำบาก มือจีบ ตัวเกร็ง บางรายปวดศีรษะ ไข้หวัด ท้องเสีย บางรายนอนไม่หลับ ไม่อยากรับประทานอาหาร น้ำหนักลด และบางรายเล่าว่าตนมีอาการหลงลืมง่าย ทำงานผิดพลาดบ่อยๆ หลายรายมีอาการทางจิตใจ ไม่มีความสุขในชีวิต ซึมเศร้า เครียด ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่าเจ็บปวดจากความรักที่ผิดหวัง รู้สึกทรมาน และไม่ยอมมีชีวิตอยู่อีกต่อไปและพยายามฆ่าตัวตาย จึงพยายามทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นและต้องการที่จะจัดการควบคุมอาการผิดปกตินั้น อีกรายหนึ่งเล่าว่าการพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นนั้นเป็นภาวะที่ตนไม่สามารถควบคุมจิตใจให้ไปในทางบวกได้ รู้สึกจิตใจหดหู่เหมือนโลกนี้จะสลาย เศร้าใจ คิดอย่างจะหายไปเฉยๆ เพราะรู้สึกทรมานกับการมีชีวิต

ไม่ใช่แค่อารมณ์ชั่ววูบ แต่ต้องยอมรับความจริงนั่นคืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับและควรได้รับการรักษา ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“มันเริ่มเจ็บออกมาถึงร่างกาย ใจสั่น มือสั่น หายใจลำบาก... พฤติกรรมที่ออกมาคือเราเริ่มคุมอารมณ์และพฤติกรรมตัวเองไม่อยู่... ความรู้สึกตอนนั้นมันว่างเปล่าและแคว้ง ทำงานก็เริ่มไม่มีสมาธิกับงาน หลงๆ ลืมๆ อะไรต่างๆ...หมดอาลัยตายอยาก แบบเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่อยากทำงาน ร้องไห้อย่างเดียว ร้องให้พุ่มพวย โวยวายใส่เพื่อนรอบข้าง เพื่อนก็เริ่มไม่เข้าใจ เริ่มเลิกคบไปที่ละคนๆ จนแทบไม่เหลือเพื่อนเลยตอนนั้น...แล้วก็เริ่มคิดว่าไม่อยากอยู่ เบื่อชีวิต แบบรู้ว่าเรามีค่า มีคนรักนะ แต่ไม่อยากอยู่ เริ่มคิดเรื่องฆ่าตัวตายแบบจริงจังๆ...เขียนข้อความบอกลาทุกคนไว้เรียบร้อย จัดแจงทุกอย่างไว้หมด เข็มที่มีในท้องก็เอามาเจาะเส้นเลือดที่แขนตัวเอง...และกินเบียร์ พร้อมยานอนหลับไปเรื่อยๆ เม็ดและนอน...แต่ตื่นมาครั้งนี้ตัวเราคนเดิมกลับมาพร้อมกับความงมงายว่า ทำอะไรลงไป” (ID1)

“ตอนนั้นหนูรับรู้ได้ว่าตัวเองนอนไม่เคยหลับเลย หลับๆ ตื่นๆ เครียดมาก เก็บตัว ไม่เข้าสังคม” (ID2)

“มันเป็นภาวะที่เราไม่สามารถควบคุมจิตใจของเราให้ไปในทิศทางที่บวกได้ จิตใจเรามันจะหดหู่ เหมือนสูญสิ้น สูญสลาย ผิดหวัง เคร่าใจ ทรมาน ทรมานทุกรายสารพัด...รับรู้ได้เลยว่ามีอาการผิดปกติ...พักหลังที่อาการหนัก เรามีอาการมือจีบ ตัวเกร็ง แข็งทื่อไปหมด นอนน้ำตาไหลตลอดเวลา...เราหมกตัวโทรมอยู่ในห้องได้เป็นวันๆ นอนก็ไม่หลับ ตาแข็งทั้งคืน ข้าวปลาไม่มีก็อยากกินน้ำหนักลด 4 โล จาก 45 เหลือ 41 ภายใน 3 วัน ซากซัดๆ...คิดอยากหายไปเฉยๆ จากโลกใบนี้...เราเคยคิดอยากจะทำอะไรไปเฉยๆ เพราะรู้สึกทรมานกับการมีชีวิต และก็คิดถึงวิธีการต่างๆที่จะหายไปจากโลก” (ID3)

“ใครพูดอะไรนิดนึงร้องไห้ นอยได้ง่ายมาก อยู่คนเดียวไม่ได้เลย... เป็นอะไรที่แบบเคร่าหดหู่ แบบด่าดิงไม่มีค่า...รู้สึกไม่อยากเข้าสังคม...อยากจะนอนอยากจะอยู่แต่บ้านอย่างนี้อะคะ...เครียด ลืมงาน ผิดหมด

เลย เดี่ยวแก๊ๆ เสร็จก็นี่กว่าตัวเองเป็นอัลไซเมอร์...พอไปเอารถแล้วมัน ลืมอะ เอ้ย! ขับยังงีอะไรอย่างนี้...รับรู้ได้ว่าเราไม่ปกติแล้ว” (ID4)

“เกิดความเครียด ไปหาทางออกที่ผิดโดยการดื่มเหล้าอย่างหนัก...มีอาการผิดปกติคือเรานอนไม่หลับ เอะอะโวยวาย ทำลายข้าวของในบ้าน ร้องไห้ฟูมฟาย เหมือนคนไร้สติ...พยายามฆ่าตัวตายโดยการเอา ปีนมาจ่อขมับ แต่ยังไม่ได้อันไหน” (ID5)

“ตอนนั้นมีอาการผิดปกติกับเรา...เศร้า เบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไร ไม่กินข้าว ไม่ยอมไปทำงาน รู้สึกหดหู่ในชีวิต คิดซ้ำๆกับเรื่องที่เสียใจ น้ำหนักลดเกือบ 10 กิโลกรัมใน 1 เดือน” (ID6)

“หนูรู้สึกแย่มาก อารมณ์สวิงมากเหวี่ยงขึ้นเหวี่ยงลง ซึมเศร้า อยากฆ่าตัวตาย พยายามคิดหาวิธีฆ่าตัวตายที่จะทรมานน้อยที่สุด...มันทำอะไร ไม่ได้เลยอะพี่ มันทรมาน เสียใจก็เสียใจ” (ID7)

“ไม่ค่อยโอเค ร้องไห้บ่อยมาก...รู้สึกไร้ค่า ไม่มีความสุข...คิดวนซ้ำไปซ้ำมา จมลงไปแบบนั้น แพนไม่เข้าใจเรา จนโดนบอกเลิก” (ID8)

“มีอาการซึมเศร้า ไม่อยากออกไปพบปะผู้คน ไม่อยากทำอะไร เลยเลิกขายข้าวแกง...แม่ต้องช่วยเหลือตัวเอง หากับข้าว กินข้าว ล้างจาน... ตอนนั้นนี่ถึงแต่ความรู้สึกของตัวเอง” (ID9)

“เมื่อก่อนหนูเป็นขนาดที่นิดนึงนะก็จะร้องไห้ละ แล้วก็บางทีก็แบบทำงานไปนั่งร้องไห้ไป คนอื่นก็มองว่าเป็นอะไร...เรื่องทำงานนี่คือแบบ สติหลุด...งานก็ผิดพลาดไปหมดเลย...ไม่อยากเข้าสังคมอะไรทั้งนั้น ใครชวนไปไหนก็ไม่ไป...แทบไม่มีเพื่อนเลย...ไม่กล้าสบตาคนอื่น ไม่กล้าเริ่มคุยกับคนอื่นก่อน กลัวทุกสิ่งทุกอย่าง...ไม่เอาละ ไม่อยากอยู่ อยากนอนหลับแล้วหลับไปเลย...เคยพยายามฆ่าตัวตาย กินยานอนหลับของญาติ เป็นกำมือ...เทใส่มือไว้แล้วก็กิน หนูกินยาเป็นขวดกับน้ำหนึ่งแก้ว ญาติ

นอนแล้วก็เกรงใจก็ไม่กล้าเปิดไฟ...ไม่รู้หรือกว่าไอนั้นก็เมิด...ไม่มีใคร
มาเห็น นอนหลับไปแล้วเราก็ตื่น” (ID10)

“ตอนแรกที่พี่เป็น หนังสือไม่ได้เลย หนังสือเราเคยอ่านก็อ่านไม่ได้เลย
เพราะว่าสมาธิเราสั้น เราโฟกัสกับอะไรไม่ได้...ก่อนหน้านี่คือทำ
management consultant ให้กับต่างประเทศ ก็เคยทำเป็น advisor
ให้กับเอเจนซีที่ทำกับ Line Thailand นะคะ เสร็จทีนี้พอเราสมาธิ
สั้นอะ performance เรามันก็ตกลงเร็วมาก...เริ่มมีบางช่วงที่ความทรง
จำระยะสั้นเริ่มหายไป แล้วก็มันก็ทำให้เราเพลไปประมาณหนึ่ง
เหมือนกัน...ต่อมาก็มีอาการเจ็บป่วยทางกายบ่อยๆ ปวดหัว เป็นไข้
ร้องไห้ง่าย เครียด ไม่มีความสุขในชีวิต พยายามฆ่าตัวตายโดยการ
รับประทานยาเกินขนาด...คิดว่าตัวเองมีบางอย่างผิดปกติ” (ID11)

“เริ่มแรกมันมีปวดหัวบ่อยๆ เพราะเครียด เหมือนคิดอะไรไปเองอย่าง
เนี่ยะ คิดไปเอง ร้องไห้ไปเอง...ร้องไห้บ่อย...เครียด เลยอยากไปหา
หมอตั้งแต่ปี 2549 แล้วแต่ไม่มีคนพาไป” (ID12)

“อาการตอนนั้นซึมแล้วก็แบบไม่ค่อยพูดค่อยจา แล้วก็เครียด วิตก
กังวลมาก เหมือนกับเราอยู่คนเดียวในโลกนี้ รับประทานตลอด ทุกอย่าง
และเราพยายามที่จะเอาตัวเราแก้ปัญหา และพอรู้ว่าแก้ปัญหาไม่ได้ก็
เครียดนะครึบ และรู้สึกใจผิดหวังในเรื่องงาน” (ID13)

เมื่อผู้ให้ข้อมูลรับรู้อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นแล้ว บางรายเปรียบเทียบอาการผิดปกติของตนกับ
ข้อมูลในหนังสือ ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่าตนบังเอิญได้อ่านหนังสือเล่มหนึ่ง ชื่อเรื่องเรื่องเล่าจากยอด
ภูเขาน้ำแข็ง ซึ่งผู้เขียนต่อสู้กับโรคซึมเศร้ามาระยะเวลาเจ็ดปี เขียนบรรยายได้อย่างชัดเจน ตนได้
คำตอบว่าความคิดและพฤติกรรมมันเป็นสิ่งที่ควบคุมด้วยตนเองไม่ได้ เนื่องจากมันเกี่ยวสารในสมองที่
ไม่สมดุล ดังนั้นต้องรีบเข้ารับการรักษาก่อนสายเกินไป บางรายพยายามเปรียบเทียบอาการผิดปกติ
ของตนกับข้อมูลที่ได้รับทางอินเทอร์เน็ต เช่น คลิปวิดีโอ ภาพข้อมูลความรู้เรื่องโรค แบบประเมินโรค
ซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต ผู้ให้ข้อมูลบางรายเล่าตรงกันว่า ตนได้เปรียบเทียบอาการผิดปกติที่เกิด
ขึ้นกับคลิปวิดีโอและรูปภาพที่ถูกแชร์ต่อกันในอินเทอร์เน็ต พร้อมกับทำแบบประเมินโรคซึมเศร้าของ
กรมสุขภาพจิต ผลพบว่าควรไปพบแพทย์ ดังผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“เราไปเจอหนังสือเรื่องเล่าจากยอดภูเขาน้ำแข็ง คนที่เขียนเล่มนี้สู้กับโรคซึมเศร้ามาได้ปี และเขียนบรรยายได้ดีและชัดเจนมากเลยได้คำตอบว่า ความคิดและพฤติกรรมที่มันควบคุมไม่ได้มันมีส่วนเกี่ยวข้องกับสารในสมองที่มันไม่สมดุลด้วย และการเป็นโรคซึมเศร้า มันต้องรีบรักษาก่อนจะสายเกินไป ไม่เคยรู้มาก่อนว่ามันซับซ้อนมากขนาดนี้ จนได้มาเผชิญกับตัวเอง” (ID1)

“ตอนนั้นดูคลิปวิดีโอที่เค้าแชร์ในเฟสบุ๊ก กรู๊ปไลน์ เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า...เปรียบเทียบกับอาการที่ตัวเองเป็น เป็นตามในคลิปเลย...หาข้อมูลแล้วในเน็ตมีแบบทำแบบทดสอบ ก็ลองทำแบบทดสอบอะไรแบบนี้ เริ่มรู้สึกว่าตัวไม่โอเคละ ค่ะแนนเค้าบอกว่าควรพบจิตแพทย์” (ID10)

“รูปภาพและเปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในอินเทอร์เน็ต...คิดว่าตัวเองมีบางอย่างผิดปกติ...ก็ไปหาหมอที่โรงพยาบาลxxx คุณหมอก็เริ่มหาสาเหตุของอาการ เขาก็เลยทดสอบดู เขาก็เลยบอกว่าเราเป็นโรคซึมเศร้า” (ID11)

1.2 ยอมรับและทำความเข้าใจโรค

เมื่อผู้ให้ข้อมูลเกิดการรับรู้ความผิดปกติที่เกิดขึ้นแล้ว ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเริ่มศึกษาค้นหาข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง เช่น ครอบครัว การเรียน การทำงาน ความรัก เศรษฐกิจ และพันธุกรรม หลายรายพบว่าอาการผิดปกติเกิดจากการที่เจอเรื่องกระทบจิตใจอย่างหนัก ทั้งเรื่องครอบครัว เรื่องเรียน และเรื่องการทำงาน ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของสารในสมอง ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า เครียดเรื่องครอบครัว รู้สึกกดดันและอึดอัดใจที่ครอบครัวบังคับตนทั้งการเรียนและการทำงาน จนเกิดเป็นปัญหาทะเลาะเบาะแว้งกันในครอบครัว ทำให้ไม่สามารถพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องนี้ภายในครอบครัวได้อีก ผู้ให้ข้อมูลอีกรายหนึ่งเล่าว่า รู้สึกเครียดกับการทำงาน ซึ่งต้องอยู่ภายใต้การบังคับบัญชาที่มีความตึงเครียดและกดดันเป็นอย่างมาก ส่วนอีกรายเล่าว่าเลิกกับแฟน ทำให้เกิดปัญหาอื่น ๆ รั้งมา ตกลงงานไม่มีรายได้มาจุนเจือครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลบางรายรู้สึกผิดหวังที่เมื่อแฟนมีชื่อเสียงก็ไม่ดูแลครอบครัวเหมือนเก่า บางรายเล่าว่าตนเศร้าใจกับการสูญเสียน้องชายซึ่งเป็นเสาหลักของครอบครัวไป บางรายเล่าว่าเกิดปัญหาทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัวและถูกสามีทำร้ายร่างกายมาโดยตลอด ตนรู้สึกเครียดและอึดอัด อีกรายเล่าว่ารู้สึกเครียด

เรื่องบุตรคนโตและหลาน เพราะไม่เชื่อฟังตน และผู้ให้ข้อมูลอีกรายรู้สึกเครียดที่ถูกเชิญออกจากงาน ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ตอนนั้นเครียดเรื่องพ่อแม่ แบบว่าตอนนั้นเค้านัดกันเราเกินไป...เรื่อง ที่ทำงานว่าต้องทำงานที่นั่นะตลอดเวลาเลย...ทั้งที่หนูยังเรียนไม่จบ เลย...คุยที่ไรก็ทะเลาะกับพ่อแม่ตลอด...จนไม่อยากปรึกษาอะไร” (ID2)

“พี่คิดว่าสาเหตุที่พี่เป็นโรคนี้นี้เพราะความเครียดตอนทำงาน...เริ่มตั้งแต่ ปี 54 ช่วงนั้นน้ำท่วมกรุงเทพ...มีคำสั่งให้พี่ออกชุดไปช่วยเหลือ ประชาชน อยู่กินที่พื้นที่เลยไม่ได้กลับบ้านเลยเป็นเดือนๆ...ตอนนั้น บ้านพี่ก็น้ำท่วม ทั้งเป็นห่วงบ้าน ทั้งเป็นห่วงลูก ลูกยังเด็กมาก...พอได้ กลับมาทำงานที่เดิมก็เปลี่ยนหัวหน้าคนใหม่...ต่อว่าค่าทูลูกน้องทั้งวัน ...ไม่พอใจกับงานที่เราทำ เคื่ก็ปาแฟ้มเอกสารใส่...ตอนนั้นพี่รู้สึกแย่มาก...ใครพูดอะไรนิดนึ่งก็ร้องไห้ นอยด์ง่ายมาก...” (ID4)

“ยอมรับนะว่าช่วงนั้นปัญหาเริ่มเรื้อรัง ทั้งปัญหาทะเลาะกับแฟนจนต้อง เลิกกัน แล้วหนูก็ตกงานก็มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในบ้านตามมา ไม่มี รายได้เข้ามาจนเจ็อครอบครัว...เป็นอะไรที่แย่มากที่สุดในชีวิตแล้ว...เราเลย ต้องมาป่วยแบบนี้” (ID7)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

“ตอนนั้นมีปัญหาเรื่องแฟนคะ เหมือนเราเคยลำบากด้วยกันกับแฟน เมื่อก่อนเขาเป็นช่างลักอะคะ แล้วพอวันหนึ่ง...เขาเริ่มมีชื่อเสียง ก็เริ่มไม่ ดูแลครอบครัวเหมือนเมื่อก่อน ปล่อยให้เราเลี้ยงลูกอยู่บ้านคนเดียว ะไรอย่างนี้อะคะ เมื่อก่อนเคยไปไหนมาไหนด้วยกันตลอด แต่ตอนนี้ โดนทิ้งให้อยู่บ้านคนเดียว เขาไม่ค่อยสนใจเราเลย” (ID8)

“น้องชายที่เปรียบเสมือนเสาหลักของครอบครัว ประสบอุบัติเหตุ เสียชีวิตอย่างกะทันหัน เสียใจมาก ตอนนั้นยังทำใจไม่ได้ เพราะสนิท กับน้องชายมาก...ทำให้รู้สึกเครียดมาก นอนไม่เคยหลับเลย ร้องไห้ง่าย เจออะไรนิดหน่อยก็ร้อง ซึมเศร้า ไม่อยากทำอะไร ไม่อยากออกไปไหน ทั้งนี้...พอไปหาหมอเลยรู้ว่าตัวเองเป็นโรคซึมเศร้า” (ID9)

“โรคซึมเศร้าของพี่เกิดเพราะตอนนั้นมีปัญหาครอบครัว ทะเลาะกันบ่อย และร้ายแรงที่สุดเคยโดนอดีตสามีทำร้ายร่างกาย พี่เลยเลิกกันไป... เป็นเรื่องที่ยากใครไม่ได้ คู่กับใครก็ไม่ได้... เป็นอะไรที่อึดอัดมาก... คนใช้ซึมเศร้ามันจะมีอยู่สองความรู้สึก อันที่หนึ่งคือความรู้สึกไม่อยากอยู่ อันนี้เกิดจากตัวเคมีในสมองตัวโรค ความรู้สึกอยากอยู่คือเป็นสัญญาณที่เป็นเรื่องปกติเป็นความปกติในร่างกายที่ที่เราควรจะมีไขมันก็จะมี มันจะตักกันอยู่ในร่างกาย อย่างสมมุติเวลาที่ทำร้ายร่างกายตัวเองอย่างนี้ บางทีมันเกิดจากความรู้สึกบางที่ไม่มีเรื่องเลยเกิดจากความรู้สึกว่างเปล่าเราไม่รู้สึกอะไรก็คือเคมีในสมองมันรวนหรือมีเรื่องมีราวเกิดขึ้นเราคอนโทรลตัวเองไม่ได้อะไรอย่างนี้มันก็จะอยู่แบบนั้น แต่ว่าส่วนใหญ่ก็จะพยายามบอกตัวเองว่าแบบมันเป็นอาการของโรคนะเราต้องรู้ตัวนะอะไรอย่างนี้” (ID11)

“สาเหตุที่ทำให้ป่วยเป็นซึมเศร้าตอนนี้... เพราะเรื่องลูกหลาน เอาใจไปผูกติดไว้เองกับลูกหลาน ไม่ได้ตั้งใจอะไรอย่างนี้... อยากให้เป็นอย่างนี้มันไม่เป็น ลูกคนโตอย่างนี้ก็ไป ก็ได้ไปตามอะไรอย่างนี้ เสียค่าเทอมไปแล้วก็ไม่เรียนก็หนีไป ไปทำอะไรก็ไม่รู้ แล้วก็แฟนเราเป็นใบ้แล้วเราก็เลี้ยงลูกคนเดียว เหมือนเราพูดคนเดียวอะ ก็เลยเครียด มันก็รู้สึกที่เราเลี้ยงอยู่คนเดียว พูดอยู่คนเดียว สอนอยู่คนเดียวมันไม่ฟังเลยอะไรอย่างนี้... อย่างเราอยู่บ้านแต่ก็ลูกก็เล่นโทรศัพท์ เราอยู่คนเดียวเราเหงาเราก็จะตะโกนด่า ภาษาชาวบ้านนะบางทีก็ไม่สุภาพ เล่นโทรศัพท์ที่ไม่เหมือนคุณนะ... ไม่เหมือนพูดคุย ถ้าเล่นเราก็เล่นเราก็พูดคุยเอะอย่างเราอยู่กับแฟนสองคนแฟนเราก็คุยไม่ได้แล้วเราจะคุยกับใครอะ” (ID12)

“ไม่รู้มาก่อน วันนั้นนะ เพิ่งทำงานเสร็จ ทำงานขับรถให้กับรองท่านทูต พอกลับเข้ามาปั๊บ เค้กก็เรียกผมเข้าไปคุย ฝ่ายบุคคลนะ ผมก็แบบ... น่าจะเป็นสาเหตุนี้ด้วย เครียดจากเรื่องทำใจ เค้กก็บอกว่าโอเค จะให้เวลา 30 วัน ผมก็ถามว่าผมผิดอะไรรีเปล่า ยูทำงานดีมาก ไม่ได้ผิดเลย... ผมน่าจะถูกเชิญให้ออกจากงาน... คนขับรถสถานทูตของท่านทูตครับ เหตุผลที่เค้าเชิญให้ผมออกจากงาน ก็คือว่าผมอายุมากแล้ว เค้กเรียก

ผมเข้าไปคุยวันนั้น...วันนึงนะ ให้เวลา 30 วัน คล้ายๆ กับว่าผมไม่มีข้อ
ต่อรองอะไรเลย เค้าบอกว่าเป็นนโยบายจากประเทศเค้า ให้คนที่มีอายุ
ตั้งแต่นี้ขึ้นไปปลดระวาง ผมก็เสียใจ...มันอาจกระทบจิตใจผมด้วย มัน
ทำให้สารเคมีในสมองลดลง...เราอาจจะเครียดจนนอนน้อย และมันมี
ผลต่อร่างกาย” (ID13)

ผู้ให้ข้อมูลบางรายพบว่าอาการผิดปกติของตนเกิดจากการผิดหวังในความรัก ผู้ให้ข้อมูลราย
หนึ่งเล่าว่าสาเหตุของอาการผิดปกติของตนเกิดจากการผิดหวังกับความรักครั้งแล้วครั้งเล่า โดนโกหก
หลอกลวงหลายครั้ง และการนอกใจ ทำให้ตนรู้สึกหมดศรัทธากับความรัก หมดศรัทธากับทุกสิ่ง มัน
เหมือนจุดต่ำสุดของชีวิตมนุษย์ที่จะลงไปอยู่ตรงนั้นได้ ส่วนผู้ให้ข้อมูลอีกรายเล่าว่าผิดหวังจากความรัก
ที่เป็นรักแรกของตน ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“เมื่อช่วงต้นปี 58 เจอเรื่องทีกระทบจิตใจอย่างหนักมาเรื่องหนึ่ง...เจอ
ความผิดหวังเรื่องความรักอ่าพี่...เปิดประตูเข้าไปในห้องนอนแล้วเจอ
เพื่อนสนิทนอนอยู่กับแฟนเก่าหนูบนเตียง...2 เดือนต่อมา...เจอแฟน
เก่ากับเพื่อนสนิทที่งานคอนเสิร์ต...ก็เอาทีไปเลยคะ...โดนแฟนเก่า
โกหก หลอกลวง...ความไว้วางใจและการให้อภัยเค้าหมดไป...หมดศรัทธา
ในความรัก...เราไม่อยากให้หลายๆคนมองข้ามโรคทางจิตใจ สำหรับเรา
มันน่ากลัวกว่าโรคทางกายอีก มันเข้าใจยาก และซับซ้อนและเป็นตัว
กรองคนในชีวิตที่สำคัญมากๆเลยทีเดียวนะ เพราะมันเป็นจุดตกต่ำที่สุดที่
มนุษย์จะลงไปอยู่ได้...เหมือนตายทั้งเป็น...หนูยอมรับแล้วก็เข้าใจโรค
ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนะ...ถ้ารู้สึกหรือสงสัยว่าเป็นให้รีบไปปรึกษา อย่า
มองข้ามความรู้สึกของคน ถนอมน้ำใจถนอมจิตใจกันไว้เถอะ เพราะแต่
ละคนมีภูมิด้านทานการรับปัญหาที่ต่างกัน” (ID1)

“เรายอมรับและเข้าใจนะว่าทำไมถึงป่วยเป็นโรคนี้อ...เพราะเมื่อ 5 ปี
ก่อน ออกหักจากรักแรก รักมาก ตั้งความหวังไว้มาก คบกันนาน
พอสมควรรู้สึกว่าคุณนี่แหละคือคนที่เราจะใช้ชีวิตด้วย แต่สุดท้ายก็ถูก
ทิ้ง เค้าไปมีคนอื่นใหม่ เหมือนโลกนี้จะพังทลาย ความหวังที่ตั้งไว้พังทลาย
หมดเลย...” (ID6)

ผู้ให้ข้อมูลบางรายบางรายพบว่าอาการผิดปกติของตนเกิดจากสภาวะเศรษฐกิจ ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่าโรคซึมเศร้าของตนเกิดจากความโลภในการทำธุรกิจ แต่ไม่ได้เป็นไปอย่างที่ตนคาดหวังจากการเกร็งกำไรไว้ เริ่มเสียหุ้น และล้มลายในที่สุด ทำให้ตนรู้สึกเป็นเหมือนเศษขยะของสังคม ผู้คนรอบข้างในวงธุรกิจไม่ยอมรับและไร้ความช่วยเหลือ และรับมือกับปัญหาทุกอย่างด้วยตนเอง ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ผมจบจากญี่ปุ่น ทำงานอยู่ที่ญี่ปุ่น ชั่วโมงการทำงานเยอะ ไปเข้ากลับ คนสุดท้าย ก็ช่วยตัวเอง เรียนเอง ทำงานเอง อยู่เอง มีทรัพย์สินเองจะกินจะใช้หรืออะไรอย่างนี้ก็ควบคุมด้วยตัวเอง ทำอยู่ญี่ปุ่นจนรู้สึกว่าตัวเองเก๋กต ใช้คำว่าเก๋กต เจ้านายยังงี้ก็ไม่ผิด เราขงเรื่องยังงี้เราก็ต้องผิด เราจะไม่มีเหมือนว่าเอกสารผมเอาไปเสนอก็ต้องเซ็นลายเซ็น เขาก็จะถูก เขาก็เขาก็จะไม่ยอมรับว่าเขาผิด...เลยตัดลินใจกลับมาสร้างบริษัทของตัวเองที่เมืองไทย...พูดจริงๆ ครับ ว่าโรคซึมเศร้าของผม เริ่มขึ้นจากความโลภ เพราะเริ่มเสียหุ้นและหมดตัว เหมือนกับเศษขยะสังคม มีปัญหาเริ่มแล้วก็กลายเป็นว่าทุกอย่างมาอยู่ที่ตัวเรา เอามา นั่งคิดมันไม่ใช่เรื่อง ก็เลยกลับไปปรึกษาตัวเอง ไม่มีใครช่วยแก้ เพราะเราเป็นคนทำเอง...โรคซึมเศร้าเกิดจากความเครียดที่ไม่ได้มีการผ่อนคลายหรือหางานอดิเรก การพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ และการดื่มสุราจัด ก็เลยทำให้เกิดโรคซึมเศร้า (ID5)

ผู้ให้ข้อมูลบางรายมีสาเหตุทางพันธุกรรมร่วมด้วย นอกเหนือจากสาเหตุด้านครอบครัว และการผิดหวังในความรัก ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า เริ่มตั้งแต่บิดาและมารดาแยกทางกัน ทำให้กลายเป็นเด็กขาดความอบอุ่น การผิดหวังเรื่องความรักโดยไม่ทันตั้งตัว และการถูกทิ้งให้เป็นแม่เลี้ยงเดี่ยว อีกทั้งพันธุกรรมที่มีมารดาป่วยเป็นโรคซึมเศร้า และสูญเสียมารดาไปด้วยการฆ่าตัวตาย ผู้ให้ข้อมูลอีกรายหนึ่งเล่าว่าตนมีมารดาที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า และได้รับการบำบัดรักษาอยู่ ทำให้ตนเข้าใจอาการผิดปกติที่เป็นมากขึ้น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“เริ่มจากการที่พ่อแม่หย่ากันในวันคล้ายวันเกิดของแม่พอดี เหมือนมีดกรีดมากลางใจ เหมือนโลกทั้งใบจะแตกออกเป็นเสี่ยงๆ ไม่มีอีกแล้ว ครอบครัวที่เคยอบอุ่น พ่อ แม่ ลูก อยู่ๆก็พังทลายลง เริ่มติดเพื่อนมีทั้งดีและไม่ดี มีเราเองนี่แหละที่ทำตัวเหลวไหลเอง การเป็นเด็กขาดความอบอุ่น ทำให้เรามีลูกตั้งแต่อายุ 18 เป็นซิงเกิ้ลมีมัม พบกับความเจ็บปวด

...จากการโดนคนที่รักทำร้าย ความฝันของตัวเองที่เคยมีก็พังทลาย...
 ต่อมาแม่ก็มาเสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายเพราะโรคซึมเศร้า ความรู้สึก
 เจ็บปวดและเดียวดายเหลือเกิน...ก่อนแม่จะเสียชีวิตเป็นเวลาหลายปีนะที่
 แม่บำบัดอาการซึมเศร้า โดยที่เราไม่เข้าใจแม่ มาเข้าใจความรู้สึกแม่
 จริงๆ จังๆ ก็ตอนเป็นโรคนี้อะนะแหละ และจากการที่เสียแม่ไป ทำให้
 เราเป็นคนเห็นอกเห็นใจคนอื่นยิ่งกว่าเดิม...จุดพีคอีกจุดของเรานะ ก็คง
 เป็นการผิดหวังเรื่องความรัก เป็นการผิดหวังโดยไม่ทันตั้งตัว เตรียมใจ
 เหมือนปากก็พูดเตรียมใจ รับผิดชอบได้ แต่พอเกิดเหตุการณ์ขึ้นจริง ก็เหมือน
 ล้มทั้งยืน...สาเหตุของโรคนี้นี้มี 3 สาเหตุ 1) พันธุกรรม 2) การ
 เปลี่ยนแปลงระบบสารเคมีในสมอง และ 3) ด้านสังคมและจิตใจ
 สาเหตุที่เราเป็นก็ทั้ง 3 ข้อรวมกัน...เราต้องยอมรับความเป็นจริงว่าเรา
 เป็นโรคนะและควรได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง...บนโลกนี้คนเรารับ
 ความเจ็บปวดได้ไม่เท่ากัน รับผิดชอบได้ไม่เท่ากัน ปัญหาของเรา
 กับของเค้าอยู่กันคนละจุด คนละมุมมอง อย่าบอกใครสักคนว่าถ้าอยู่ไม่ได้
 ทนไม่ได้ก็ไปตายซะ เพราะนั่นอาจเป็นคำสุดท้ายที่คุณจะพูดกับเค้าก็
 เป็นได้” (ID3)

1.3 บอกคนรอบข้างและขอความช่วยเหลือ

การที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับรู้และทำความเข้าใจถึงสาเหตุอาการผิดปกติของตนเองแล้ว ผู้ให้ข้อมูล
 ส่วนใหญ่มีการแสวงหาความช่วยเหลือทุกรูปแบบ ทั้งทางภาษาพูดและภาษากาย บางรายเริ่มต้นขอ
 ความช่วยเหลือด้วยการเปิดเผยเกี่ยวกับอาการผิดปกติของตนเองให้คนรอบข้างฟัง ผู้ให้ข้อมูลหลาย
 รายเล่าว่า ตนมาถึงจุดที่ปกปิดอาการผิดปกติของตนเองไม่ได้ จนต้องบอกเล่าอาการผิดปกติและร้อง
 ขอความช่วยเหลือจากคนรอบข้าง ได้แก่ เพื่อน พี่น้อง เพื่อนบ้าน รวมทั้งจิตแพทย์ ส่วนผู้ให้ข้อมูลอีก
 รายกล่าวว่า ไม่รู้สึกอายนะที่จะไปพบกับจิตแพทย์ หมั่นเข้ามาพบแพทย์ตามนัด เพราะเชื่อว่าจิตแพทย์
 จะให้ตนอาการดีขึ้นได้ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“เราเริ่มคิดเรื่องฆ่าตัวตายแบบจริงจังๆ เลยแน่ใจว่าเราไม่ใช่แค่ภาวะ
 ซึมเศร้าแล้ว...ตัดสินใจไปหาหมอ ไปเองคนเดียว...จากที่ปกปิดเรื่องนี้ไว้
 เลยตัดสินใจเล่าให้คนรอบข้างฟัง...เล่าให้พี่ที่ทำงานที่สนิทฟัง โทรไป
 ร้องไห้กับเพื่อน พี่รีบมาหาที่ห้องตั้งแต่เช้า เข้ามากอดเราแน่น เรา
 ร้องไห้ออกมาตรงนั้น...เรามาถึงจุดที่เริ่มขอความช่วยเหลือ และขอ

ความช่วยเหลือทุกวิถีทางที่คิดออก แพทย์จะขอร้องอ้อนวอนทุกอย่างที่สามารถช่วยเราได้...เรารู้สึกดีใจพาตัวเองไปหาหมอ ไปเองคนเดียว และได้รับการรักษาวินัย” (ID1)

“โทรไปหา ผอ.ที่สนิทกันค่ะ ปรึกษาว่าอาการต่างๆที่เกิดขึ้นให้เขาฟัง...ใครพูดอะไรนิดนึงร้องไห้ นอยด์ง่ายมาก อยู่คนเดียวไม่ได้เลย...เศร้า หดหู่ แบบคำดิ่งไม่มีค่า...รู้สึกไม่อยากเข้าสังคม...พอไปเอารถแล้วมันลึ่มอะ ขับยังง้ออะไรอย่างนี้...หนูจะเป็นอัลไซเมอร์หรือเปล่า เขาก็เลยบอกว่าบางทีอาจจะต้องพบหมอนะ...ก็เลยไปพบอาจารย์หมอกี่เลย บอกว่าเครียดจนลึ่มเนี่ยมันเป็นสาเหตุ ข้อบ่งชี้ของโรคซึมเศร้าเลยนะ ไปหาอ่านตำราของคนที่ เป็นโรคซึมเศร้าได้เลย หมอบอกอย่างนี้ให้ไปพบจิตแพทย์ซะ...แล้วก็แบบด้วยพี่อีกคนหนึ่ง เขาก็เป็นโรคซึมเศร้านะ พี่เล่าให้เขาฟัง...เรื่องพี่วัดเข้าข้างทางสามครั้งเนี่ยให้พี่เขาฟัง นี่แหละอีกขบวนการหนึ่งที่จุดประกายให้พี่ต้องไปหาจิตแพทย์ เขาบอกว่าต้องไป ต้องไปเลยเพราะว่าอาการมันแย่มาก...พี่ก็เลยไปพบจิตแพทย์... เพราะว่าคนไทยอะ คือพบจิตแพทย์นี่นี่บ้าแน่เลยอะอะไรอย่างนี้ (หัวเราะ)...มันตอนนั้นมันไม่มีอะไรจะเสียแล้ว ญาติไม่ได้ทำอะไรอย่างนี้ ต้องไปหาเขา ต้องไปหาหมอ” (ID4)

“หนูรู้สึกแย่มาก อารมณ์สวิงมากเหวี่ยงขึ้นเหวี่ยงลง ซึมเศร้า อยากฆ่าตัวตาย เคยพยายามคิดหาวิธีฆ่าตัวตายที่จะทรมาณน้อยที่สุด...มันทำอะไรไม่ได้เลยอะพี่ มันทรมาณ...แต่ก็ไม่ได้อยากตาย...เสียใจก็เสียใจ คิดว่าตัวเองไม่น่าจะปกติแล้ว แต่ต้องพาตัวเองมารักษาให้ได้” (ID7)

“ไม่ค่อยโอเค ร้องไห้บ่อยมาก...รู้สึกไร้ค่า ไม่มีความสุข...คิดวนซ้ำไปซ้ำมา จมลงไปแบบนั้น แฟนไม่เข้าใจเรา จนโดนบอกเลิก...เคยเห็นแม่เป็นโรคซึมเศร้า อาจจะมีผลตรงนี้ด้วย...แต่ตอนนี้แม่หายแล้ว กินยารักษา มาโดยตลอด...เราเลยรู้ว่าเราต้องทำตัวยังไง ยังไงเราก็ต้องรีบมาหาหมอให้เค้าช่วย” (ID8)

“หนูเป็นขนาดที่นิดนึ่งก็ร้องไห้ละ ทำงานไปนั่งร้องไห้ไป คนอื่นก็มองว่าเป็นอะไร...เรื่องทำงานนี่คือแบบสติหลุด งานก็ผิดพลาดไปหมดเลย...ไม่ยอมเข้าสังคมอะไรทั้งนั้น...ไม่กล้าสบตาคคนอื่น ไม่กล้าเริ่มคุยกับคนอื่นก่อน กลัวทุกสิ่งทุกอย่าง...เคยพยายามฆ่าตัวตาย...รู้สึกว่ามันถึงเวลาแล้วที่เราต้องมาหาหมอ ก็เลยตัดสินใจมา...เลือกมาสมเด็จเจ้าพระยาเลย...” (ID10)

“โรงพยาบาลxxxแนะนำให้พี่มารักษาต่อที่นี่ เพราะมียาเฉพาะทางมากกว่า แล้วก็อาจจะต้องใช้เวลาในการรักษาระยะหนึ่ง พี่เลยมารักษาต่อที่นี่...นอนที่โรงพยาบาลนี่วันนึง...ช่วงนั้นรู้สึกว่าพี่เป็น depress หนักมาก...มันต้องมาหาหมอ มันต้องมาวัดชีพจรหรือว่ามาคุยกับนักจิตบำบัดถึงจะรู้ว่าคนไข้ ที่นี้ทำยังไงให้มันอยู่ได้ ถ้าเรายังอยากอยู่อะไรอย่างนี้ค่ะ ก็พยายามเบรกมัน” (ID11)

“บางทีเราก็มองหาบ้านเพื่อนบ้าน พอไม่มีคนคุยกับเราก็มองไปที่บ้านเค้า อะไรอย่างนี้...เลยเล่าให้เพื่อนบ้านที่สนิทกันฟังว่าอยากไปหาหมอตั้งแต่ปี 2549 แล้ว แต่ไม่มีใครอยู่เลี้ยงหลาน ไม่มีใครพาไปหาหมอ เพราะมีอาการเครียด ร้องไห้บ่อยแบบนี้ เพื่อนบ้านเลยบอกว่าเป็นเหมือนกัน ก็มารักษาโรคซึมเศร้าเหมือนกัน เลยชวนมาหาหมოდ้วยกัน” (ID12)

“ตอนนั้นเราก็มาร่วมกับพี่น้องเรา เขาก็ให้พี่น้องเราพูดให้กำลังใจนะ...ช่วยพาเราไปหาหมอ ช่วยเราหาทางออก ช่วยเราแก้ไข เราเครียดแล้วก็กังวลเรื่องเงินใช้มัย เขาเลยให้เราไปขายของกับเค้าด้วย แล้วก็ให้ค่าแรง...เราก็มพยายามทำใจ ก็โอเค ดีขึ้นมาได้” (ID13)

“ผมพยายามเข้ามาหาคุณหมอ...คุณหมอก็บอกว่าผมอย่าไปอายใครเลย บอกเค้าไปเลยนะ ผมไม่อายใครหรอก ใครถามก็บอก ไม่แคร์...ปกติผมก็หมั่นมารักษาที่นี่...รักษาที่หมอทางด้านนี้โดยตรง หมอเค้าก็ไม่ปล่อยตายไปหรือว่าเป็นมากขึ้นหรอก หมอเค้ามาช่วยคุณให้คุณกลับมา โดยใช้ทางยานะครับ ไม่ใช่ผ่าตัดไม่ใช่อะไร แล้วก็ประกอบกับอะไรหลาย ๆ อย่าง” (ID13)

ผู้ให้ข้อมูลบางรายแสดงการขอความช่วยเหลือทางภาษากาย เช่น ร้องไห้ เอะอะ โวยวาย และพยายามฆ่าตัวตาย จนคนรอบข้างสังเกตเห็นอาการผิดปกตินั้นจึงรีบพาไปพบแพทย์ ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเล่าว่าคนรอบข้าง สังเกตเห็นอาการผิดปกติของตน เช่น เกือบตัว ไม่พูดไม่จา แยกตัว จากสังคม ร้องไห้ง่าย ดูเศร้าใจ น้ำหนักลด ซุปผอม เอะอะโวยวาย ทำลายข้าวของ และพยายามฆ่าตัวตาย จึงช่วยนำส่งโรงพยาบาล และผู้ให้ข้อมูลอีกรายหนึ่งเล่าว่าเพื่อนสังเกตเห็นอาการผิดปกติ จึงแนะนำให้ไปพบแพทย์ นำสู่การตัดสินใจไปพบแพทย์ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“หนูก็นอนไม่เคยหลับเลย หลับๆ ตื่นๆ เครียดมาก เกือบตัว ตอนนั้นอยู่กับเพื่อน เพื่อนก็แบบว่า มึงไม่ปกติแล้วนะ เพื่อนบอกว่าไม่พูดไม่จา things ที่ปกติคุยกับเพื่อนตลอด บางทีก็อ่อนไหวเกินไปอย่าง อย่างเพื่อน พูดเสียงดังหน่อยก็ร้องไห้แล้ว เพื่อนบอกลองไปคุยกับหมอดูมัย เพราะ เป็นนานตั้งแต่ พ.ย. ปี 59 ที่แล้วถึงช่วง ม.ค.ปี 60 ค่ะ เป็นช่วง 3-4 เดือน... หนูก็เริ่มคิดว่ามันไม่ปกติ เลยตัดสินใจไปหาหมอที่โรงพยาบาล ...หมอบอกว่าหนูเป็นโรคซึมเศร้า” (ID2)

“มันเป็นภาวะที่เราไม่สามารถควบคุมจิตใจของเราให้ไปในทิศทางที่ บวกได้ จิตใจเรามันจะหดหู่ เหมือนสูญสิ้น สูญสลาย ผิดหวัง เศร้าใจ ทรนทรุรายสารพัด...พักหลังที่อาการหนัก เรามีอาการมือจีบ ตัว เกร็ง แข็งที่อไปหมด นอนน้ำตาไหลตลอดเวลา...เราหมกตัวโทรมอยู่ใน ห้องได้เป็นวันๆ นอนก็ไม่หลับ ตาแข็งทั้งคืน ข้าวปลาไม่นึกอยากกิน น้ำหนักลด 4 โล จาก 45 เหลือ 41 ภายใน 3 วัน ซากซัดๆ...คิดอยาก หายไปเฉยๆ จากโลกใบนี้...พ่อที่เปรียบเสมือนเสาหลักของเรา สังเกตเห็นว่าอาการเราไม่ปกติ เลยรีบพาเราไปโรงพยาบาล หมอบอก เราว่าเป็นโรคซึมเศร้า เข้าไปนอนโรงพยาบาลอยู่ 3 วัน” (ID3)

“เกิดความเครียด ไปหาทางออกที่ผิดโดยการดื่มเหล้าอย่างหนัก...มี อาการผิดปกติคือเรานอนไม่หลับ เอะอะโวยวาย ทำลายข้าวของใน บ้าน ร้องไห้ฟูมฟาย เหมือนคนไร้สติ...พยายามฆ่าตัวตายโดยการเอา ปืนมาจ่อขมับ แต่ยังไม่ได้อันไหน...เพื่อนบ้านเห็นทำไม่ดี...เลยบุกเข้ามา

ในห้อง (คอนโด)...ก็เลยถูกขังบ้านส่งไปโรงพยาบาล...หมอบอกว่าผม เป็นโรคซึมเศร้า” (ID5)

“พี่สาวเป็นคนพาผมมาโรงพยาบาลนะ เพราะเห็นผมอาการไม่ดี...มี อาการซึมเศร้า ไม่อยากออกไปพบปะผู้คน ไม่อยากทำอะไร เลยเล็ก ขายข้าวแกง...แม่ต้องช่วยเหลือตัวเอง หากับข้าว กินข้าว ล้างจาน... ตอนนั้นนึกถึงแต่ความรู้สึกของตัวเอง...แทนที่จะได้ช่วยกันขายของ เก็บเงินไว้ใช้จ่ายในบ้าน” (ID9)

ผู้ให้ข้อมูลบางรายเล่าว่า บางครั้งการให้ความช่วยเหลืออาจจะอยู่ในสถานะ stand by คือไม่ต้องอยู่ด้วยกันตลอด แต่เมื่อใดที่ต้องการความช่วยเหลือก็จะสามารถให้ความช่วยเหลือได้ทันที ซึ่ง ตนได้ความช่วยเหลือลักษณะนี้จากเพื่อนร่วมงาน โดยผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าจะได้รับความเข้าใจและ กำลังใจเป็นอย่างดี ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ถ้ามีญาติมีเพื่อนสนิทที่เขาโอเคหน่อยอย่างนี้ก็จะโชคดี...การให้ความช่วยเหลือบางทีมาในลักษณะที่เออเป็นการทำยังไงดี ใช้คำว่า standby ไม่ต้องมาอยู่ด้วยตลอดแต่แค่ถ้าต้องการอยู่ตรงนั้นอะไรอย่างนี้คะ น่าจะเป็นแบบนี้ ก็น่าจะโอเคกว่าคะเพราะว่าอย่างตัวพี่เองนิดๆ หน่อยๆ พี่ก็จะรำคาญ นิดๆ หน่อยๆ ก็จะแบบหงุดหงิดอะไรอย่างนี้อยู่ กับคนเยอะๆ ไม่ได้อะไรอย่างนี้คะ แรกๆ เพื่อนก็จะไม่เข้าใจอะคะ...เราก็จะเปิดเผยกับคนที่เราควรเปิดเผยว่าเราป่วย หลังๆ เราก็จะแบบโอเค เราขอกลับก่อน เพื่อนก็จะเข้าใจเพื่อนนัดกันนะเราไม่ไปก็เข้าใจ เราบอกว่าเราไม่สบายทุกคนก็จะเข้าใจว่าเราไม่สบายจริงๆ คือมาเราก็แบบนอนอยู่ข้างล่าง นั่นก็คือเวลาเรามีอาการเราก็ทำได้แค่กินยาแล้วก็นอนทุกคนรู้ เออมันต้องใช้เวลาก็จะใช้เวลาอยู่ตรงนั้น” (ID11)

ประเด็นที่ 2 ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

การฟื้นฟูของผู้ให้ข้อมูลในช่วงแรกนั้นมีความยากลำบาก ผู้ให้ข้อมูลต้องเผชิญอาการต่างๆ ของโรค การสูญเสียการควบคุมพฤติกรรมและความคิด ในช่วงที่เจ็บป่วยผู้ให้ข้อมูลหลายรายมีสัมพันธภาพกับคนรอบข้างเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากการแยกตัวออกจากสังคม ซึ่งผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายมีการดูแลตนเอง โดยการฝึกมองโลกในแง่ดี รู้จักปล่อยวางสิ่งต่างๆ ที่เหนือการควบคุม ให้มองว่า

สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องปกติ และใช้หลักคำสอนทางศาสนาที่ตนนับถือเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัดเพื่อทำให้มีอาการดีขึ้น หลายรายออกกำลังกายเพื่อกระตุ้นให้ร่างกายสดชื่นแจ่มใส เช่น วิ่ง ต่อยมวย บางรายเริ่มต้นทำสิ่งใหม่ที่ไม่เคยทำ หรือทำกิจกรรมที่ชื่นชอบเพื่อลดความเครียดที่เกิดขึ้น และนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเรียนรู้การพัฒนาและรักษาสัมพันธ์ภาพกับคนรอบข้าง บางรายมีการตั้งเป้าหมายชีวิตใหม่ และบางรายทำตนเองให้เป็นประโยชน์ เช่น การทำสาธารณประโยชน์ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายมีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมดังนี้

- 2.1) ฝึกมองโลกในแง่ดีและปล่อยวาง
- 2.2) กินยาทุกวันไม่เคยขาด
- 2.3) ออกกำลังกายให้สดชื่นแจ่มใส
- 2.4) เรียนรู้การพัฒนาและรักษาสัมพันธ์ภาพกับคนรอบข้าง
- 2.5) ตั้งเป้าหมายชีวิตใหม่ และ
- 2.6) ทำตนเองให้เป็นประโยชน์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ฝึกมองโลกในแง่ดีและปล่อยวาง

ภายหลังจากที่ผู้ให้ข้อมูลมีเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีการแสวงหาความช่วยเหลือ และเข้ารับการรักษา ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายมีการดูแลตนเองด้วยวิธีต่างๆ ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเล่าว่า ฝึกการมองโลกในแง่ดีและรู้จักปล่อยวางสิ่งต่างๆ ที่เหนือการควบคุม ให้มองว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องปกติ ผู้ให้ข้อมูลบางรายเล่าว่าใช้หลักคำสอนทางศาสนาที่ตนนับถือเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่น ในศาสนาพุทธใช้หลักธรรมคำสอนของพระพุทธเจ้ามาปฏิบัติในการรักษาศีล การสวดมนต์อาราธนาศีล การทำสมาธิคุณมหายใจของตนเองไม่ให้ฟุ้งซ่าน การทำบุญตักบาตร การให้ทาน ตลอดจนการฝึกใช้สติในการควบคุมความคิดของตนเอง ส่วนในศาสนาอิสลามนั้นผู้ให้ข้อมูลใช้การละหมาด การขอพรจากพระเจ้าเป็นเจ้าและปลงจิต เพื่อให้รู้สึกสบายใจมากขึ้น อีกทั้งศาสนาคริสต์ในการสอนให้มองโลกในแง่ดีและการมอบความรักแก่ตนเองและผู้อื่น ส่วนผู้ให้ข้อมูลบางรายเล่าว่า การรักษานั้นต้องอาศัยความร่วมมือจากทั้งจิตแพทย์ นักจิตวิทยา และที่สำคัญคือตัวของผู้ให้ข้อมูลเอง ในการควบคุมอาการ อารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้น และหยุดความคิดของตนให้ได้ ส่งผลให้ไม่เครียดและไม่กังวลใจ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“เราค้นพบว่าการทำจิตบำบัดมันดีมาก และอยากแนะนำให้ทุกคนไปทำ ค่ะ จิตบำบัดแต่ละครั้งเริ่มเจาะลงลึกกับชีวิตเราเรื่อยๆ เหมือนแตกชีวิตตลอด 26 ปีที่ใช้มา สับเรียง มาดูว่าจุดไหนมันบกพร่อง และทำให้เราต้องมาผัดหวังกับเรื่องในปัจจุบัน เปลี่ยนระบบความคิดใหม่มันดีมาก... เราไปหาหมอและทำจิตบำบัดทุกอาทิตย์... จากนี้ก็เริ่มต้นชีวิตใหม่... ควบคุมความคิดให้ได้ โยนอะไรทิ้งๆไป และไม่คาดหวังให้ใครมาเข้าใจในตัวเราหรือสิ่งที่เราเป็นตัวเราเองเข้าใจตัวเองดีที่สุด และจะเลิกโกรธ เลิก

แค่นั้น เพราะทำไปก็เท่านั้นแหละ ได้แต่ความสะใจ ปล่อยให้ผ่านไปวันหนึ่ง เราจะหันกลับมาไข่มให้อย่างจริงจัง เลิกจมและจับจอตอยู่กับความคิดเดิมๆ เลิกมองว่าตัวเองกำลังแยหรือเจอเรื่องแย...คิดในแง่บวก” (ID1)

“ปรับความคิดของตัวเองใหม่ มองโลกในแง่ดี รู้จักปล่อยวาง เราจะไปบังคับคนอื่นไม่ได้...เราโกรธแล้วเราอยากจะหลุดออกมาให้ได้ไง คือแบบ โกรธเสร็จแล้วรีบวางเลย เออทำยังไงก็ได้ให้ฉันเลิกโกรธแล้วฉันก็แบบ เออสบายใจ บางทีใครโกหกอะไรมาก็เชื่อเพราะฉันจะได้สบายใจอะไร อย่างนี้ ไม่อยากกลับไปคิดแล้ว” (ID4)

“หลังจากได้รับการรักษาที่นี้เมื่อประมาณแปดปีที่แล้วก็มีอาการดีขึ้น... ผมก็หันมาดูแลตัวเองมากขึ้น...นำศาสนามาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ...ผม นับถือศาสนาคริสต์ พระผู้เป็นเจ้าสอนให้มองโลกในแง่ดีและการมอบ ความรักแก่ตนเองและคนอื่น...คิดเรื่องธุรกิจให้น้อยลง จริง ๆ ปัญหาฉัน ไม่ได้หนักหนาเพราะคนอื่นหนักกว่าตั้งเยอะ...พอได้สติเราก็มานั่งคิดว่า เมื่อไหร่เราจะออกจากตรงนี้ได้ เราต้องทำยังไง?...ผมรีบ set zero ชีวิต ของผม พยายามทำความเข้าใจโรคนี้อ ปรับความคิดของตัวเองใหม่...เลย พยายามมองโลกในแง่ดี...ถ้าเรามองโลกในแง่ดีเราก็จะมีความคิดริเริ่มที่ดี แนวความคิดก็จะไปในแง่บวกมากพอ เราก็จะไม่เครียด ไม่วุ่นวายใจ... บางเรื่องก็คิดว่าชีวิตมันต้องเป็นอย่างนี้ มันต้องมี มันต้องผ่านด้วยตัวเอง เราก็จะไปตบใจทีคนอื่นได้ว่าอันนี้เราเคยผ่านมาแล้วนะ อันนั้นเราเคย ผ่านมาแล้วนะ” (ID5)

“บังเอิญว่าหนูได้มีโอกาสเข้ากลุ่มไลน์ธรรมะและสุขภาพจิต...ได้รับ คำแนะนำดีๆ ความเอ็นดูในฐานะเพื่อนมนุษย์ การคอยติดตามทุกวันว่า แต่ละวันรู้สึกยังไงบ้างและแนะนำใช้วิถีทางธรรมะเข้าช่วย...แรกๆอาจ ขัดเขินนิดหน่อย แต่เมื่อได้เริ่มลองปฏิบัติจริงจากเบสิคคือการสวดมนต์ ก่อนนอน การแผ่เมตตา...ถ้าเชื่อในเรื่องวิบากกรรม...การนั่งสมาธิดูลม หายใจ ไม่ให้คิดฟุ้งซ่าน และจิตใจเริ่มสงบมากขึ้น มีสติกลับคืนมา โดยเร็ว...หนูเลือกทั้ง 2 ทาง ทั้งพบแพทย์ใช้ยารักษาไม่ขาด และสวด มนต์แผ่เมตตา ขอขมากรรม ทำบุญใส่บาตร ไปวัดไหว้พระทำบุญ ช่วงแรก

ก็ยังไม่ได้ดีขึ้น แต่ไม่ถึงเดือนหนูก็กลับมามีสติสมบูรณ์เหมือนก่อนป่วย...สติ หนูกลับมาใช้ชีวิตได้แบบปกติ...รู้สึกปกติเหมือนคนทั่วไป ไม่มีอาการ ซึมเศร้า อารมณ์อยู่ในภาวะปกติ ไม่ลวงไม่ได้เหวี่ยงเหมือนที่เคยเป็น ไม่ได้อยากฆ่าตัวตาย... ไม่ได้อยากทำร้ายตัวเองเหมือนเมื่อก่อน ไม่มี ความคิดลบกับตัวเอง” (ID7)

“หนูปรับเปลี่ยนความคิดของตัวเองใหม่ มองโลกในแง่ดีมากขึ้น... หนู กลับมาใช้ชีวิตได้แบบปกติ...รู้สึกปกติเหมือนคนทั่วไป ไม่มีอาการ ซึมเศร้า อารมณ์อยู่ในภาวะปกติ ไม่ลวงไม่ได้เหวี่ยงเหมือนที่เคยเป็น ไม่ได้อยากฆ่าตัวตาย... ไม่ได้อยากทำร้ายตัวเองเหมือนเมื่อก่อน ไม่มี ความคิดลบกับตัวเอง” (ID7)

“ไม่ต้องคิดอะไรเยอะ คิดให้น้อยเข้าไว้ ปล่อยวาง...การคิดมากไม่ได้เป็น ผลดีกับเราเลย มีแต่จะทำให้เราแย่...ให้มองเป็นเรื่องปกติ...มันจะได้ไม่ ฟุ้งซ่าน” (ID9)

“พี่รู้สึกโชคดีที่ได้ฟื้นขึ้นมาจากการพยายามฆ่าตัวตายวันนั้น...บางที่เรารู้ ว่าบางที่มันแค่แสบเดียวสามนาที่ห้านาที่ มันเป็นการตัดสินใจที่ผิด...คือ พี่ก็ค่อยๆ เรียนรู้จากการที่พบกับหมอกับจิตแพทย์มา มันก็ช่วยให้อะไรๆ ดีขึ้นหลายอย่าง...พอมานี้พี่ก็เจอคนไข้หลายๆ แบบอืมพี่ก็รู้สึกว่าเออ จริงๆ มีคนที่แย่กว่าเราเยอะ พอดีหลังจากที่พี่ทำอะไรแบบนี้มันมีเรื่อง ที่ตามมาเยอะ พี่รู้สึกว่าพอมันมีอะไรแบบนี้ถ้าเราไม่เป็นอะไรเลยเนี่ยทำไม ปัญหามันเยอะกว่า ไม่ทำดีกว่าอะไรอย่างนี้แล้วก็ส่วนคนไข้คนอื่นที่มี ความรู้สึกจริงๆ แล้วถ้ามันเป็นไปได้เราอะเราเคยป่วยเราจะเข้าใจคน อื่นมากกว่าคนทั่วไป ก็ถ้าช่วยคนอื่นได้มันก็น่าจะโอเคกว่า น่าจะดีกว่า อะไรอย่างนี้อะค่ะ” (ID10)

“รักษามาหลายปี ชีวิตเราเปลี่ยนแปลงไป...เปลี่ยนเป็นคนละคน เมื่อก่อนเราบ่นทุกวัน ไม่ได้ตั้งใจ แต่เดี๋ยวนี้เลี้ยงลูกเลี้ยงได้แต่ตัวเราก็คิดอย่างนี้ เลี้ยงได้แต่ตัวเราเลี้ยงใจมันไม่ได้ก็ปล่อย...คือว่าปล่อย ว่างชะ...เราก็อะบั้น (หมายถึง อดทน อดกลั้น) เราก็อะบั้นไว้...อดทน เอาไว้แล้วก็ละหมาดชะ ใช้ศาสนาเข้ามาช่วยข่มจิตใจของเรา มองโลกในแง่ดี...เราดีต่อตัวเราด้วย ดีกับคนรอบข้างด้วย...ต่อไปอะไรจะเกิดก็เกิด

“แต่ถ้าวางแผนแล้วไม่ได้ตั้งใจก็เครียดอีกเลยไม่วาง...แต่แผนระยะสั้น
อยากไปเที่ยวอะไรอย่างนี้ ไปผ่อนคลาย” (ID12)

“ศาสนาเหมือนเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ คือที่พึ่งของผม...ผมละหมาด ขอ
พรจากพระเจ้า...ขอให้ผมหายจากโรคซึมเศร้านี้..ผมมีสติอยู่กับตัวเอง
มากขึ้น...คิดว่าอะไรจะเกิดก็ต้องเกิดพระเจ้ากำหนดมาละ...เราจะต้อง
ยอมรับตรงนี้ได้ ปล่อยวางแล้วขอต่อพระองค์ไป...อย่างที่จะไปบ่นกับ
พระเจ้า อย่าท้อ อย่าท้อแล้วก็อย่าขออย่างเดียว ตัวต้องปฏิบัติด้วยไม่ใช่
เอาแต่นั่งนอนขอๆ ขอพรแล้วเราก็ต้องปฏิบัติตัวเองด้วย...กินยาครบ
ออกกำลังกาย เลิกคิดฟุ้งซ่าน...เพราะผมว่ามันได้ผล...ผมมีอารมณ์ที่
แจ่มใสขึ้น ความเครียดและความกังวลน้อยลง” (ID13)

“พยายามปรับเปลี่ยนความคิดของตัวเองนะ...เพราะบางทีนะ ผมเป็นคน
ที่ว่าไม่ฟังคนอื่น ไม่ยอมรับความเป็นคนของตนเองเหมือนกัน เอาตัวเอง
เป็นที่ตั้ง รู้ตัวแล้วว่าเป็นสิ่งที่ไม่ดีที่ไม่ดีนะ แล้วก็อารมณ์ร้อน บางทีโมโห
ขึ้นมา ผมป้องกันตัวเองไม่ได้ มันก็เป็นเครียด ผมก็รู้สึกว่าจะไอ้สิ่งนี้ผมต้อง
ปฏิบัติตัวให้ได้ รักษาให้ได้...ต้องควบคุมมันให้ได้” (ID13)

2.2 กินยาทุกวันไม่เคยขาด

ในช่วงที่ผู้ให้ข้อมูลยังต้องเผชิญกับอาการต่างๆของโรค ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เล่าตรงกันว่า ตน
จะรับประทานยาที่แพทย์สั่งทุกวันอย่างสม่ำเสมอไม่เคยขาดยา ทำให้อาการของตนเองดีขึ้น ผู้ให้
ข้อมูลบางรายเล่าว่า ตนเคยรับประทานยาลดความอ้วนทำให้ฮอร์โมนในร่างกายเปลี่ยนแปลงไปจน
เกิดอาการผิดปกติ จึงหยุดรับประทานยาลดความอ้วนเพื่อประสิทธิภาพที่ดีของการรักษาตาม
คำแนะนำของแพทย์ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“หลังจากที่เราพาตัวเองไปหาหมอ เราเริ่มกินยาต้านเศร้ากับยาคลาย
กังวลมาตั้งแต่วันนั้น...กินยาทุกวันไม่เคยขาด...เราเริ่มดีขึ้นเรื่อยๆ
ค่อนข้างเรียกได้ว่าดีขึ้นอย่างรวดเร็ว” (ID1)

“ช่วงแรกกินยาคลายกังวลตอนเช้าทุกวัน กับยานอนหลับก่อนนอน คิน
ไหนไม่กิน ตาค้างถึงเช้าเลยแหละ...ช่วงหลังหาหมอ ยาคลายกังวลที่กิน

ทุกเช้า ต่อมามหอมให้กินวันเว้นวัน อาการดีขึ้นตามลำดับ แต่เดือนตัวเอง
เสมอว่ายังไม่หายนะ อย่าลืมหินยา” (ID3)

“พี่เคยถามหมอเหมือนกันว่าทำไมแบบบางวันหนูก็แบบโอ๊ยแฮปปี้มี
ความสุขมากบางวัน บางวันมันก็พีค (ลากเสียงยาว) ต่ำสุดเลย มันเป็นที่
ฮอโรโมน หมอบอกว่าฮอโรโมน ฮอโรโมนมันยังไม่คงที่คุณก็จะเป็นอย่างนี้
คุณก็พยายาม พยายามเอาละ อะ..ในเมื่อเราไปหาหมอเราก็ต้องเชื่อหมอ
ต้องฟัง ต้องทำตาม เปิดใจให้เขาเราก็ต้องยอมรับสิ่งที่เขาให้มา พี่ก็กินยา
ต่อเนื่องไม่เคยขาด...หมอเขาก็ถามเลยเคยใช้ยาเคยอะไรไหม ก็เคยกินยา
ลดความอ้วนมา งั้นต่อไปนี้ห้ามกินอะไรทั้งสิ้นทั้งอาหารสงอาหาร
เสริมงดให้หมดเลย เพื่อประสิทธิภาพที่ดีของการรักษา...ก็ในเมื่อเราไป
หาหมอแล้ว ในเมื่อเราไปหาเขา ต้องการให้เขาช่วยอะ เราก็ต้องทำตามที่เขา
บอกให้เราทำ...หลังจากนั้นอาการของพีคขึ้นมาก ไม่พีคแล้ว รู้สึกมี
ความสุขสดชื่นอย่างบอกไม่ถูก” (ID4)

“หลังจากได้รับการรักษาที่นี้เมื่อประมาณแปดปีที่แล้วก็มีอาการดีขึ้น...
ผมกินยาตาที่แพทย์สั่งอย่างครบถ้วน เคร่งครัด...ไปทำงานที่ไหนก็พกยา
ติดไปด้วยตลอด...ผมอยากหาย...ดังนั้นต้องมีวินัยในการกินยา เพราะยา
ช่วยให้อาการผิดปกติดีขึ้นได้” (ID5)

“หนูพยายามทำตามหมอบอกทุกอย่าง กินยาตรงเวลา...ใช้ยารักษาไม่
ขาด...ไม่ถึงเดือนหนูก็กลับมาใช้ชีวิตสมบูรณ์เหมือนก่อนป่วย...สติหนู
กลับคืนมา 100% ความมีชีวิตชีวากลับคืนมายิ้มหัวใจพองโตมาก...คิดใน
ใจว่า เราคนเดิมกลับมาแล้ว นี่แหละคือสิ่งที่รอมานาน” (ID7)

“สิ่งที่ช่วยให้หายจากโรคนี้ได้ คือพยายามกินยาที่หมอให้ทุกวัน...มีวินัย
เดือนตัวเองตลอดเรื่องกินยา” (ID8)

“ต้องกินยาที่หมอสั่งไปเรื่อยๆ ห้ามขาดยา...จะช่วยควบคุมอาการ
ผิดปกติของเราได้” (ID9)

“หนูเป็นคนมีวินัยทุกอย่าง ไม่เคยลืมหินยา” (ID10)

“กินยาครบ...เพราะผมว่ามันได้ผล...ผมมีอาการที่แจ่มใสขึ้น
ความเครียดและความกังวลน้อยลง” (ID13)

2.3 ออกกำลังกายให้สดชื่นแจ่มใส

นอกจากการรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัดแล้ว ผู้ให้ข้อมูลหลายรายกล่าวว่า ออกกำลังกายร่วมด้วย เพื่อให้ร่างกายสดชื่น ได้เหงื่อ ได้สังคมในการออกกำลังกาย เช่น การวิ่ง ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งออกกำลังกายโดยการต๋อยมวย เนื่องจากการต๋อยมวยเป็นการออกกำลังกายที่ต้องใช้สมาธิในการทำตามครูที่ฝึก เหมือนกับการทำสมาธิอย่างหนึ่ง หลายรายเล่าว่าเริ่มต้นทำกิจกรรมใหม่ต่างๆที่ตนเองชื่นชอบ เช่น ดูหนัง ฟังเพลง การสะสมวัตถุโบราณพระพุทธรูป ไปเที่ยวพักผ่อนกับครอบครัวหรือเพื่อนๆ การถูกเชิญเป็นอาจารย์พิเศษสอนให้กับนักศึกษา เป็นต้น บางรายกล่าวว่าการนอนหลับอย่างเพียงพอก็มีส่วนที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกสดชื่น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ผมหันมาดูแลตัวเองมากขึ้น โดยการออกกำลังกาย ทำกิจกรรมผ่อนคลายในสิ่งที่ผมชอบก็คือการออกไปอยู่กับเพื่อน ไปช่วยงานเพื่อน อาจารย์สถาปนิกท่านหนึ่งสอนหนังสือในมหาวิทยาลัย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ In structure...หาสิ่งที่ตัวเองชอบแล้วทำสิ่งที่ถูกต้องและอยู่ในกรอบ...ผมหายเพราะผมได้เริ่มทำสิ่งใหม่ๆ...ผมหางานอดิเรกทำอย่างผมก็จะสะสมพวกของโบราณ” (ID5)

“หลังได้รับการรักษาในโรงพยาบาล เราเองก็เริ่มดูแลสุขภาพตัวเองทั้งภายนอกและภายในมากขึ้น กินอาหารที่มีประโยชน์ หาเวลาว่างไปออกกำลังกาย...ชอบวิ่งมากที่สุด...พอเหนื่อยแล้วก็หลับสบาย ตื่นมาก็รู้สึกสดชื่น” (ID6)

“ออกกำลังกายให้สดชื่น ไปหาที่เที่ยวพักผ่อนบ้าง...พูดคุยกับเพื่อนๆ เพื่อนที่เป็นโรคซึมเศร้าเหมือนเรา...ว่าถ้าเจอปัญหาแบบนี้ทำยังไงอะไรแบบนี้ ก็จะเห็นมุมมองของเพื่อนที่เราไปคุย...บางที่เรามองไม่เห็นทางออกเลยจริงๆนะ แต่พอได้ลองเปิดใจคุยกับคนอื่น มันเหมือนเห็นแสงสว่างอะค่ะ” (ID8)

“หาอะไรที่ชอบทำ ทำแล้วมีความสุขก็ทำ มันจะได้ไม่ฟุ้งซ่าน” (ID9)

“ถ้าทำงานกลับมาไม่เหนื่อยมาก ก็ไปวิ่งแถวๆบ้านให้ได้เหงื่อ วันเสาร์ ก่อนไปเรียนโท เป็นเวลาพักผ่อน ดูซีรีส์ ดูโซเชียลเล็กน้อย อ่านหนังสือ บางวันไม่ได้ออกไปไหน ก็ตามใจแม่ พาแม่ออกไปเที่ยว ไปช้อปปิ้ง...ต้องทำโน่นนี่หลายๆ อย่างไปพร้อมๆ กัน ไหนจะขายของ (ออนไลน์) คือทำชีวิตให้ไม่มีเวลาว่างมาคิดมาก” (ID10)

“ถ้ามีอาการแบบไม่ไหวจริงๆ ก็ให้ตัวเองพักได้เต็มที่เลย กินยา นอน ตื่นมาวันไหนพร้อม ไหวก็ออกไปข้างนอกสักหน่อย มันจะยากตรงตอนที่บอกให้ตัวเองลุกขึ้นอาบน้ำ บอกให้ตัวเองลุกจากที่นอนอะไรอย่างนี้ ค่ะ...ต้องพยายามหาอะไรที่เราแบบชอบทำดู” (ID11)

“พี่รู้สึกว่าการดีขึ้นแล้ว ช่วงที่พี่ไปต่อมวดยเมื่อปีก่อน...มันเป็นช่วงที่เหมือนทุกอย่างมันบาลานซ์...พี่เลือกที่จะไปต่อมวดยเพราะว่าเพื่อนแนะนำมา...พอพี่ไปตอนแรกพี่ก็แค่รู้สึกว่าออกกำลังกายมันดีต่อสุขภาพนะแต่ยังไม่ชอบมันทำคนเดียว ว่ายนํ้าก็คนเดียว...ต่อมวดยมันเหมือนกับการทำสมาธิด้วย เราต้องหนึ่งสองสามสี่ตามครูฝึก แล้วเราก็ไม่ต้องคิดอะไรเลยมีแป็บเดียวสองชั่วโมงแล้วเหงื่อออก...มันรู้สึกว่ามันเริ่มมีสมาธิมากขึ้น กินได้ นอนหลับอะไรอย่างนี้...สิ่งที่เราทำได้คือดูแลตัวเอง...พยายามดึงตัวเองออกมาแล้วมาอยู่กับสังคมเดิมให้ได้หรือว่าเปลี่ยนไปโฟกัสอย่างอื่นอะไรอย่างนี้ค่ะ อะไรที่ไม่เคยทำของพี่อย่างเช่นเมื่อก่อนพี่ไม่ออกกำลังกายเลย พี่ก็ไปต่อมวดย” (ID11)

“ผมก็ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 2 ครั้ง 3 ครั้ง แล้วแต่ ผมจะวิ่งรอบที่อาคารที่พัก ดีกว่านั่งๆนอนๆหมดไปวันๆ...เราก็ต้องปฏิบัติตัวเองด้วย...กินยาครบ ออกกำลังกาย เลิกคิดฟุ้งซ่าน...เพราะผมว่ามันได้ผล...ผมมีอารมณ์ที่แจ่มใสขึ้น ความเครียดและความกังวลน้อยลง” (ID13)

2.4 เรียนรู้การพัฒนาและรักษาสัมพันธภาพกับคนรอบข้าง

ภายหลังจากที่เกิดการเจ็บป่วย ผู้ให้ข้อมูลบางรายมีการแยกตัวออกจากสังคมหรือถูกตีตัวออกห่างคนรอบข้าง อาจส่งผลให้ความสัมพันธ์กับคนรอบข้างเปลี่ยนแปลงไปได้ ผู้ให้ข้อมูลบางรายกล่าวว่า ในขณะที่เจ็บป่วยตนไม่สามารถที่จะควบคุมความคิดและพฤติกรรมของตนเองได้ ทั้งคำทอและไม่ใส่ใจความรู้สึกของเพื่อน ทำให้ผู้ให้ข้อมูลโดนตีตัวออกห่างจากคนรอบข้างไปที่ละคน เหมือนโดนทิ้งให้เดียวดายอยู่เพียงผู้เดียว ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลได้เรียนรู้ที่จะตั้งรับและรักษาความสัมพันธ์นั้นไว้ไม่ให้สูญเสียความสัมพันธ์กับคนรอบข้างไปอีก ผู้ให้ข้อมูลหลายรายกล่าวว่า การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเป็นสิ่งสำคัญในการลดความเครียดที่มีอยู่และเป็นกำลังใจในการต่อสู้ชีวิต ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่า

“เราคำทอคนรอบข้าง เหวี่ยง ไม่สนใจความรู้สึกของใครทั้งนั้น... เหมือนระบบความคิดพัง ตัวเองคนเดิมหายไปหมด เหมือนมีอีกคนที่ไม่ใช่ตัวเอง คนที่เราควบคุมเค้าไม่ได้ ทั้งคำพูดและพฤติกรรม ไม่สดใ้อีกแล้ว...คนรอบข้างก็เริ่มทนเราไม่ไหว เพราะไม่รู้จะช่วยและจะทำยังไงกับเราแล้ว...คนรอบตัวก็เริ่มหายไปเรื่อยๆ ตีตัวออกห่างไปเรื่อยๆ จนเรารู้สึกเหมือนเราสูญเสีย โดดเดี่ยวและโดนทิ้ง...หลังจากที่รู้ว่าตัวเองดีขึ้นแล้วเลยกลับบ้าน กลับไปเจอเพื่อน เพื่อนให้กำลังใจดีมาก เล่าให้ที่บ้านฟัง ปากกับแม่ฟัง ไม่ตำไม่ว่าอะไรเลย กอดปากกับแม่ไว้หลายครั้ง กอดน้องชายด้วย คุษกันอย่างเปิดใจ เลย์รู้ว่าน้องเราเองก็รับรู้หลายๆอย่างมาตลอด และมีคนหลังไม่ค้มาหาเยอะมาก เป็นวันที่กำลังใจมาเต็มจริงๆ และพร้อมจะตั้งรับและควบคุมตัวเองให้ได้... เพราะเราไม่อยากสูญเสียใครไปอีกแล้ว” (ID1)

“เราต้องมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ซึ่งสังคมก็เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในการลดความเครียด..ทำในสิ่งที่ชอบที่เหมือนกัน...อย่างผมก็จะชอบเข้าไปชมรมสะสมของโบราณ จะเจอเพื่อนกลุ่มนี้ ไปไหนก็ไปด้วยกัน...พอเราไปเจอผู้ที่ดีต่อกว่าว่าเขามีขวัญและกำลังใจที่มากกว่าเรา แล้วเราก็คิด เอ๊ะทำไมต้นทุนชีวิตเขาแยกว่าเราแต่เขามีกำลังใจต่อสู้ชีวิตมากกว่า เกิดเป็นแรงผลักดันให้เราต่อสู้ชีวิต” (ID5)

“ในช่วงแรกที่ป่วย เราไม่สามารถเก็บเอาคำแนะนำดีๆจากคนอื่น มาประยุกต์ใช้เพื่อแก้ไขปัญหาของตัวเองได้...เพราะรู้สึกว่าโลกของเราสีเทาหม่นทั้งร่างกายและจิตใจ ช่วงที่เป็นโรคซึมเศร้าเต็มตัว และยอมรับ

มันว่าเป็น... พฤติกรรมเปลี่ยนชนิดหน้ามือเป็นหลังเท้าจากเดิมร่าเริง มีชีวิตชีวา มีสีสันของชีวิต โลกสดใส ปกติเป็นคนมองโลกในแง่ดี กลับกลายเป็นคนได้ร่ำลีเทาหม่น ทั้งร่างกายและจิตใจ เก็บตัว ไม่สูงส่งกับใคร มีโลกส่วนตัวสูงมาก... ความร่าเริง มีชีวิตชีวาหายไปโดยสิ้นเชิง อยู่เฉื่อยๆ ไปวันๆ ปรึกษาใครๆ ก็ไม่มีคนเข้าใจจริงๆ มีแต่ความคิดเห็นส่วนตัวทั้งนั้น ซึ่งอยู่ในคนละจุดยืน คำแนะนำมักจะเข้าหูซ้ายทะลุหูขวา สำหรับหนูในช่วงนั้น ถือว่าเป็นจุดตกต่ำที่สุดในชีวิตที่ผ่านมา... เราคนเดิมกลับมาแล้ว นี่แหละคือสิ่งที่รอมานาน เริ่มถ่ายทอดเรื่องนี้ให้คนรอบข้างที่เข้าใจและรับรู้ว่ามีปัญหา เพื่อให้พวกเขาสบายใจ หนูเองเกิดความลึกลับยิบตา... หนูรู้สึกแค้นและใส่ใจคนรอบข้างมากขึ้น จากที่เก็บตัว ไม่สูงส่งกับใคร ตอนนี้อยู่ไหนไปไหนไปหมด ทุกคนเข้าใจสิ่งที่เราเป็นมากขึ้น แนะนำอะไรก็ฟัง... คนรอบข้างเริ่มกลับมา” (ID7)

“ช่วงที่เราป่วย... เราอาจสูญเสียบางคนไป แต่จริงๆ มันก็เหมือนกับการใช้ชีวิตทั่วไป มันก็มีความสัมพันธ์ที่จะเสียคนหนึ่งไปหรือมีคนเข้ามาใหม่คล้ายๆ กัน แต่ว่าของคนป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าเนี่ย คนที่อยู่ด้วยจะต้องใช้ความอดทน ที่นี้เนี่ยตัวเราเอง เราก็ต้องรู้ด้วยแบบคนที่เขาอยู่กับเราเขาใช้ความอดทนอะไรยังไง อย่างเวลาที่ตอนนี้เรารู้สึกว่าโอเค เป็นช่วงเวลาที่ดีโอเคเนาะ เราก็ต้องรู้จักพัฒนาและรักษาความสัมพันธ์กับคนรอบตัวเราใหม่... เราก็พยายามคุยกับเขา เขาก็จะเข้าใจว่าโอเคเรารู้สึกดีนะ เราซาบซึ้งใจกับสิ่งที่เขาทำ ไม่ว่าจะเป็นอย่างหมอบอย่างเงี้ยอะ ญาติหรือแฟน หรือเพื่อนคนที่เขาอยู่กับเราอันนี้มันก็ช่วยให้เราดีขึ้นด้วย... เราต้องเรียนรู้ที่จะรักษาคนที่เหลือนี้ไว้” (ID11)

2.5 ตั้งเป้าหมายชีวิตใหม่

เมื่อผู้ให้ข้อมูลมีอาการดีขึ้นหรือรับรู้ว่าเป็นปกติ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ตั้งเป้าหมายชีวิตใหม่ ผู้ให้ข้อมูลบางรายเล่าว่า ตั้งเป้าหมายและวางแผนเพื่อทำในสิ่งที่เคยตั้งใจไว้ หลายรายตั้งใจทำงานเพื่อเก็บเงินไว้เลี้ยงดู บุตร บิดา มารดา อีกรายหนึ่งกล่าวว่า มีเป้าหมายในชีวิตเพื่อเรียนรู้สิ่งต่างๆ ที่ยังไม่มีโอกาสได้เรียนรู้ ทำในสิ่งที่ยังไม่เคยทำ และตามหาสิ่งที่ชื่นชอบ ผู้ให้ข้อมูลอีกรายกล่าวว่า การหายจากโรคซึมเศร้านี้เสมือนได้ขึ้นสวรรค์ ซึ่งอาหารของโรคนี้คือความทุกข์ ดังนั้นจึงต้องหา

วิถีทางสร้างความสุขเพื่อฆ่าความทุกข์นั้น และผู้ให้ข้อมูลอีกรายหนึ่งเล่าว่าตนจะมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและสบายใจ เพื่อได้เห็นบุตรประสบความสำเร็จในชีวิต ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าว่า

“จากนี้ก็เริ่มชีวิตใหม่...หนูเลือกจะทำสิ่งที่ควรและจำเป็นต้องทำ จัดแจงระบบชีวิตใหม่ทั้งหมด วางแผนสานต่อความฝันที่อยากทำ...คือ ตั้งใจทำงาน เก็บเงินไว้เลี้ยงดูพ่อแม่ พาพ่อกับแม่ไปเที่ยวที่ที่เราไม่เคยไป ไปเที่ยวต่างประเทศ...เราจะต้องหาย...เราเริ่มดีขึ้นเรื่อยๆค่อนข้าง เรียกได้ว่าดีขึ้นอย่างรวดเร็ว” (ID1)

“รู้สึกว่าจะต้องอยู่ ตายไม่ได้ คงแบบว่าอยู่ตามหาสิ่งที่หนูชอบ ได้ทำสิ่งที่หนูชอบ...ติดตามวงดนตรีที่หนูชื่นชอบ อยากวาดรูป ได้กลับไปเล่นกับหมาที่บ้าน...ได้อยู่กับครอบครัวของหนู” (ID2)

“เออวะ ไม่ได้ ไม่ได้ เราต้องหาย วิธีการดูแลรักษาตัวเองมีอะไรบ้าง เราพยายามปฏิบัติให้ได้...เรายังมีลูกกับพ่อที่เราต้องดูแล..เราต้องหาย มาดูแลลูกกับพ่อ คนที่เค้ารักเราและเราก็รักเค้าสุดชีวิต...เราต้องตอบแทนบุญคุณท่าน” (ID3)

“การหายจากโรคนี้มันคือสวรรค์เลยอะ อาหารของโรคนี้มันคือความทุกข์นะ แต่ถ้าเกิดว่าเมื่อไหร่ที่เรามีความสุขโรคนี้ตายเลย...ฉันต้องทำยังไงก็ได้ให้ฉันมีความสุข กลับมาดำรงชีวิตได้แบบปกติ...ขอความสุข ฉันกลับคืนมาฉันขออยู่กับลูก อยากเลี้ยงลูกได้ อยากสอนการบ้านลูก ไม่อยากทะเลาะกับแฟน ไม่อยากโมโหอะไรอย่างนี้” (ID4)

“หนูคิดว่าหนูยังมีอะไรที่ยังไม่ได้ทำอีกเยอะ ยังใช้ชีวิตไม่คุ้มเลย...ตามที่ตั้งใจไว้ วางแผนไว้ว่าปลายปีนี้ หนูจะลองทำอะไรใหม่ๆ เริ่มเปิดร้านขายของออนไลน์ เป็นแบรนด์ของตัวเอง...แบ่งส่วนไว้เป็นค่าใช้จ่ายส่วนตัว กับให้พ่อแม่” (ID10)

“ผมต้องกลับมาเป็นตัวของตัวเองให้ได้ แบบตั้งเป้าหมายอย่างนั้นนะ ครับ ผมจะต้องเห็นลูกชายผมเนี่ย จบแล้วก็ได้งาน แล้วก็แต่งงานใน

ชีวิตสมรส ผมถึงจะสบายใจ...ให้เค้าไปตลอดรอดฝั่งก็สบายใจ มี
เป้าหมายอีกครั้ง ไม่อยากให้เค้าเห็นว่าพ่อนะ เป็นเหมือนคนที่ว่าไม่มี
สภาพแล้ว เป็นลูกชายก็กังวล ว่าพ่อเป็นโรคลักษณะนี้” (ID13)

2.6 ทำตนเองให้เป็นประโยชน์

เมื่อผู้ให้ข้อมูลสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ปกติ หลายรายทำตนเองให้เป็นประโยชน์ เช่น การ
ทำสาธารณประโยชน์ ผู้ให้ข้อมูลหลายรายกล่าวว่า มีโอกาสแบ่งปันประสบการณ์การฟื้นฟูจากโรค
ซึมเศร้าให้ผู้ป่วยรายอื่นฟัง และรับฟังผู้ป่วยรายอื่นอย่างเข้าใจ ช่วยเหลือ และให้กำลังใจ
เพื่อให้ผู้ป่วยรายอื่นมีความสุขในชีวิตอีกครั้ง ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า เลือกลงเป็นอาสาสมัครช่วย
กิจกรรมอาสาทำสาธารณประโยชน์ต่างๆ เช่น การสร้างโรงเรียน ทำให้รู้สึกว่ามีค่า สามารถ
ทำประโยชน์ให้กับผู้อื่นได้อีกมากมาย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

“เห็นใจน้องที่ทำงานเดียวกัน กินไม่ได้ นอนไม่หลับ...เป็นโรคซึมเศร้า
เหมือนพี่เลย อาการแบบเซ็งๆ ร้องไห้ง่าย...ก็เลยพยายามช่วยเหลือมัน
...บอกมันบอกว่า บางทีเซ็งมากก็เดินออกไป ไปอยู่ที่อื่นไปเดินไปพูดไป
คุยกับเพื่อนคนอื่น แล้วก็ค่อยกลับมา...เราเข้าอกเข้าใจมันนะ ก็เลย
บอกอย่างที่เราเคยเป็นมาคือก็เดินไปตรงอื่นไปคุยกับเพื่อนไปอะไร
เสร็จจะมันหายก็ค่อยกลับมา มาทำให้เค้าอย่างไง แล้วก็บางทีก็เฮ้
ตจากแฟนมากก็พากันไปเที่ยวไปเล่นไปดูหนัง ไปออกกำลังกาย มีส่วน
ช่วยได้ก็คือการออกกำลังกาย...ก็เลยบอกบางทีคือสิ่งที่มันทำได้ก็คือ
อย่าไปอะไรกับมันมาก บางทีมานั่งเฮ้ ปล่อยมัน อย่าไปทำอะไรกับ
มันเดี๋ยวมันก็กลับมาได้...แต่ถ้ารู้สึกแย่มากๆให้ไปพูดคุยกับจิตแพทย์
เลย ไม่ต้องอาย ไม่ต้องกลัวคนอื่นจะมองว่าเราไม่ปกติ เราไม่ได้บ้า...
น้องคนนั้นมันก็ยอมไปหาหมอตามที่พี่บอกนะ หมอปรับยาให้ ดูน้องมี
ความสุขมากขึ้นอะ แสบปีเอนดิง...พี่รู้สึกดีนะที่ช่วยเหลือให้คนหนึ่งคน
มีความสุข ให้มันรู้สึกดีได้ กลับมาใช้ชีวิตเหมือนเดิมได้ พี่ก็ยินดีกับการ
ช่วยเหลือตรงนั้น...ไม่ได้หวังอะไรตอบแทน” (ID4)

“มีรุ่นน้องที่เป็นโรคซึมเศร้ามาปรึกษา...ผมเลยได้แชร์ประสบการณ์การ
รักษาโรคซึมเศร้าที่ต่างประเทศให้กับรุ่นน้องนั้นฟังว่า ผมคิดว่า
นอกเหนือจากการกินยาแล้วที่จะทำให้ผมหายจากโรคซึมเศร้าได้นั้นก็

คือการทำกิจกรรม แทนที่จะนอนหรือนั่งอยู่บนเตียง ก็มาทำอะไรแบบนี้นี้กัน มา discuss กันว่าเออชีวิตของคุณเป็นยังไงแชร์ประสบการณ์กัน เพราะการแชร์โอเคด้วยกันหรือว่าการแบ่งปันความรู้ การให้ข้อมูล บางทีอาจจะไม่เท่ากัน ทำให้เห็นอีกหลากหลายวิธีการไปสู่เป้าหมายเดียวกันคือการหายจากโรคนี้นอกจากนั้นยังทำให้เค้าเห็นว่ามียังหลายคนที่ยากหาย...อย่างคุณพยายามมาพูดคุยกับผม เพราะผมเคยเป็นคนป่วย แต่ถ้าคุณไปสัมภาษณ์คนดี ๆ ข้อมูลแบบนี้ก็คงไม่ได้ แต่ผมยินดีที่จะให้ข้อมูล...วิธีการหายจากโรคนี้นั้นต้องทำยังไงบ้าง คืออาจจะมียุทธศาสตร์โดยที่บอกว่าอะกินยาสิ ให้ไปออกกำลังกายสิ นอนพักผ่อนบ้าง แต่มันคือหลักวิชาการล้วนๆเลย...ผมอยากเอามาบอกต่ออย่างนี้ว่าลองทำแล้วมันได้ผลจริง...และผมจะเตือนว่าคุณเป็นโรคซึมเศร้าจะขาดยาไม่ได้...ถ้าเกิดมี seminar หรือว่าอะไรที่ผมวางผมยินดีจะมาให้คำแนะนำเพราะว่าอย่างน้อยคือการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์...โดยไม่หวังสิ่งใดตอบแทน” (ID5)

“ที่พี่ทำ Volunteer เพราะ คนใช้ซึมเศร้าจะมี...จะมีความรู้สึกที่เราไม่มีค่า เราารู้สึกแย่มาก...พี่ก็จะไปแบบไป Volunteer ไปทำนั่นนั่นนี่ทำแล้วรู้สึกตัวเองมีคุณค่า..ไปสร้างโรงเรียนทำนั่นนั่นนี่อะไรอย่างนี้ ก็ไปแบบว่าปกติเราใช้เงินในการทำบุญบริจาคนั่นนั่นนี่ เราลงไปเองเลยมันก็จะแบบหนึ่งคือเบนความสนใจ สองมันทำให้เรารู้สึกมีค่ามากขึ้น ทั้งๆที่เราอยู่ในจุดที่เราคิดว่าเราแย่แล้วแต่จริงๆ นะจุดที่เราแย่แล้วอะ เรายังทำประโยชน์ให้กับคนอื่นได้อะไรอย่างนี้ค่ะ มันก็จะประมาณนี้พี่ก็พยายามจะหาหลายๆ ways ให้ตัวเอง...คิดว่ามี Volunteer ก็ดีเออคล้ายๆ นักจิตบำบัด แต่ไม่ต้องถึงขนาดนักจิตบำบัดเป็นเหมือนกับ ผู้ช่วยเป็นเหมือนเพื่อนเหมือนอะไรอย่างนี้ค่ะ เออทำกิจกรรมเพิ่มเติมทำนั่นนั่นนี่ให้มันรู้สึกแบบ...เออเขาไม่ต้องกลับบ้านไปเจออะไรเดิมๆ บางคนเขาก็เปลี่ยนบ้านไม่ได้ เปลี่ยนสังคมไม่ได้ เปลี่ยนพ่อแม่ไม่ได้ อาจจะโตมาในพื้นที่ที่มันแย่มากจริงๆ คือเขามาตรงนี้เขาอาจจะดีขึ้น แต่เขาเดินกลับไปพื้นที่เดิม...ใช้ตัวเองเป็น Volunteer สร้างคุณค่าให้ตัวเอง พาทำตัวเองกิจกรรมอย่างอื่นนอกเหนือจากการมาหาหมอเสร็จแล้วก็กลับบ้าน” (ID11)

“ผมถูกเชิญไปเล่าประสบการณ์ที่ผมหายจากโรคซึมเศร้า เนื่องจากคุณพยาบาลบอกว่าผมสามารถเริ่มต้นแบบให้คนอื่นในคลินิกซึมเศร้าได้...ผมก็พบกับคนไข้ที่เข้ามาว่า ไม่ต้องไปกลัวอะไร เปิดเผยตัวเองซะ บางคนดูแล้วอาการเค้าไม่ค่อยดี อันไหนที่เราให้กำลังใจเค้าได้ ผมก็จะพูดไปบอกประสบการณ์ทั้งหมดไป ช่วยเหลือเค้า...ก็ให้กำลังใจเค้า เค้านี้จะพูดลักษณะ เค้าไม่โดดเดี่ยวอีก ยังมีคนเข้าใจเค้า แล้วก็โรคนี้ หายได้ ชัวร์ 100% ไม่ต้องกังวล พวกคุณก็จะกลับมาสู่สภาพปกติ...และที่ที่ผมอยากเข้าคลินิกซึมเศร้าเพราะอะไร มีความตั้งใจอยากจะทำเองนะ ผมมีความรู้สึกที่ ไอ้ตรงนี้อาจน้อยนิดก็ทำให้ผมได้พูด ได้บริหารสมอง ผมนะครับ และก็ใช้แค่ตัวเองว่าสามารถที่จะอาการที่มันดีขึ้นไปได้ แสร้งความรู้สึกของคนไข้คนอื่นนะครับ...อันนี้เป็นสิ่งที่ดีนะครับ...ผมก็ยังขอบคุณคุณพยาบาลในห้องเลย ตอนจบเนี่ย คอร์สของโรงพยาบาลนี้ดีมากเลย โรงพยาบาลอื่นอาจจะไม่มีหรือยังงั้นผมไม่รู้ละ แต่โรงพยาบาลนี้ดีมากเลย ขอคงคอร์สนี้เอาไว้ ช่วยเหลือผู้ป่วยได้มาก” (ID13)

ประเด็นที่ 3 กำลังใจเป็นสิ่งมีค่าและสำคัญ

การเผชิญหน้ากับโรคซึมเศร้านั้นเป็นบททดสอบของชีวิตที่ทำทนาย ยากลำบาก และมีความรู้สึกที่หลากหลาย บางรายต้องต่อสู้ด้วยความยากลำบากกับทั้งอาการและสังคมรอบข้างที่ยังเข้าใจการเจ็บป่วยของตน บางรายท้อแท้ การเผชิญหน้ากับโรคซึมเศร้านี้ต้องอาศัยกำลังใจจากจิตใจที่เข้มแข็ง ซึ่งกำลังใจจากคนรอบข้างนั้นสำคัญมากในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการความช่วยเหลือได้ขณะที่อาการกำเริบหรือช่วงเวลาที่ควบคุมตนเองไม่ได้ ตลอดจนกำลังใจนี้จะเป็นแรงผลักดันให้ผู้ให้ข้อมูลมีการฟื้นหายจากโรคซึมเศร้าได้ ดังนี้ 3.1) การให้กำลังใจตนเอง และ 3.2) การได้รับกำลังใจจากคนรอบข้าง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 ให้กำลังใจตัวเอง

ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า การเผชิญหน้ากับโรคซึมเศร้าเป็นบททดสอบของชีวิตที่ทำทนาย และเชื่อว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลายๆรายคงรู้สึกไม่ต่างกัน โดยผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญกับป่วยครั้งนี้ และผ่านการเผชิญหน้าโรคซึมเศร้านี้ไปได้ด้วยกำลังใจจากจิตใจที่เข้มแข็งของตนเอง รู้สึกภูมิใจกับตัวเองที่สามารถผ่านไปได้ เริ่มชีวิตใหม่ด้วยความสำคัญกับตนเอง มองไปข้างหน้า เพราะยังสามารถทำอะไรที่มีประโยชน์ได้อีกมากมาย ผู้ให้ข้อมูลอีกรายหนึ่งกล่าวว่า การหายจากโรคซึมเศร้าสิ่งสำคัญนอกจากการได้รับกำลังใจจากคนรอบข้างแล้ว กำลังใจจากตัวเองและการเห็นคุณค่าของตัวเอง

นั่นสำคัญกว่า ส่วนผู้ให้ข้อมูลอีกรายกล่าวว่าให้กำลังใจตนเองเสมอว่าโรคนี้นั้นก็เหมือนกับโรคไข้หวัดที่สามารถรักษาหายได้เช่นกัน ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าว

“ซิมเศร้าเป็นบททดสอบชีวิตที่โหดร้ายที่สุดสำหรับเรา...และเชื่อว่าหลายๆคนที่เป็นก็คงรู้สึกเหมือนกัน เรานับถือคนที่เป็โรซิมเศร้าขั้นรุนแรงและผ่านมันไปได้มากมายเลยคะ เรารู้ว่าเรื่องที่เรารู้จักอาจจะดูเล็กน้อยมากสำหรับบางคน แต่เราให้ความสำคัญกับมัน...ด้วยกำลังใจจากจิตใจที่เข้มแข็งของตัวเอง ทำให้เราผ่านไปได้ และสำหรับเราตอนนี้คนไข้จิตเวชไม่ว่าจะเป็นโรซิมเศร้า หรือไบโพลาร์ หรือจิตเภทขอยกย่องเลยว่าพวกคุณเข้มแข็งกันมากกว่าที่คุณคิดไว้เยอะ...ถ้าผ่านไปได้จงภูมิใจในตัวเองไว้ให้มากๆ คุณโคตรแกร่ง และเราก็ภูมิใจกับตัวเองที่ผ่านมันไปได้ ปฏิเสธไม่ได้เลยว่าการให้กำลังใจตัวเองสำคัญมาก...จากนั้นก็เริ่มชีวิตใหม่...ให้ความสำคัญกับตัวเอง มองไปข้างหน้า เรารู้ว่ายังสามารถทำอะไรเจ๋งๆได้อีกเยอะมาก” (ID1)

“การหายจากโรซิมเศร้า ต้องอาศัยกำลังใจจากคนรอบข้างสำคัญมาก แต่กำลังใจจากตัวเองและการเห็นคุณค่าของตัวเองก็สำคัญยิ่งกว่า เพราะต่อให้คนร้อยคนบอกว่าคุณมีค่า แต่ถ้าคุณไม่ศรัทธาในคุณค่าของตัวเอง คำพูดของคนร้อยคนนั้นก็ไร้ค่า ในทางกลับกัน เมื่อคุณศรัทธาในคุณค่าของตัวเองมากพอแล้ว ต่อให้คนร้อยคนด่าคุณ คุณก็จะรู้ว่า คุณค่าอยู่ดี” (ID3)

“พีคิดว่ากำลังใจมีค่าและสำคัญมากนะสำหรับคนที่เป็โรคนี้อ...ทั้งกำลังใจจากตัวเองส่วนหนึ่งและคนรอบข้างอีกส่วนหนึ่ง...ทั้งครอบครัว ทั้งเพื่อนร่วมงาน ทั้งแฟน...มันเป็นสิ่งที่พาเราออกจากโลกสีเทาหม่นได้จริงๆ” (ID5)

“ให้กำลังใจตัวเองว่าไอโรคนี้นั้นรักษาหายได้ แม้กระทั่งคุณหมอก็กี่ให้กำลังใจผม มันก็เหมือนกับโรคหวัดโรคอะไรทั่วไปใช้ใหม่ ยังเห็นด้วยตาเปล่า แต่อันนี้มันไม่สามารถเห็นได้ด้วยตาเปล่าได้ เราเป็นโรคเกี่ยวกับทางใจ มันก็หายได้” (ID13)

3.2 ได้รับความเข้าใจและกำลังใจจากครอบครัว

ผู้ให้ข้อมูลหลายรายกล่าวตรงกันว่า กำลังใจจากครอบครัวนั้นสำคัญมาก แม้ว่าจะช่วยอะไรไม่ได้มาก แต่สามารถที่จะอยู่เคียงข้างผู้ให้ข้อมูลในยามที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการความช่วยเหลือได้ขณะที่อาการกำเริบหรือช่วงเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลควบคุมตนเองไม่ได้ ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า การเก็บกำลังใจเหมือนเป็นการเติมน้ำมันในแก้วรั่ว เข้ามาและหมดไปได้เร็วมาก มันต้องเติมจนกว่าจะอุดรอยรั่วนั้นได้ และรู้สึกโชคดีที่มีครอบครัวคอยรับฟัง เข้าใจ ใส่ใจ ให้ความเข้าใจ เปิดโอกาสให้ระบายความคับข้องใจ ไม่ซ้ำเติม ลดความคาดหวัง ยอมรับ อดทนต่อการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลบางรายกล่าวว่าเพียงอ้อมกอดและความเข้าใจจากครอบครัวเปรียบเสมือนกำลังใจ คอยรับฟัง เข้าใจ ใส่ใจ ให้ความเข้าใจ และเปิดโอกาสให้ระบายความคับข้องใจ ไม่ซ้ำเติมลดความคาดหวัง ยอมรับ อดทนต่อการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล และหลีกเลี่ยงให้ตัดสินใจเรื่องที่สำคัญจนกว่าอาการจะดีขึ้น กำลังใจนี้จะเป็แรงผลักดันให้ผู้ให้ข้อมูลมีการฟื้นฟูจากโรคซึมเศร้า ดังรายละเอียดต่อไปนี้

“การเป็นโรคซึมเศร้า คนข้างๆ และกำลังใจโคตรสำคัญ...ถึงช่วยอะไรไม่ได้ แค่อออยู่ข้างๆ อดทนกับเราในช่วงเวลาตีเพรศกำเริบ และคอยยั้งมัน...ไม่ได้เหน้อยแค่ตัวคนที่เป็น แต่ครอบครัวก็เหน้อยตามด้วย และจะรู้ว่ามึล็กก็คนที่ยอมเหน้อยยอมทนเพื่อให้เราหาย ใครที่คอยยอมสละเวลาตัวเองมาประคองประคองเราไว้ทั้งที่ไม่ใช่เรื่องของเค้าเลย และการเก็บกำลังใจของคนทีซึมเศร้า มันเหมือนเติมลงในแก้วน้ำที่รั่ว มันเข้ามาและหมดไปได้เร็วมาก มันต้องเติมบ่อยๆจนกว่าจะอุดรอยรั่วนั้นได้ โรคทางใจมันโหดร้ายกว่าที่คิดเยอะ ต้องต่อสู้กับทั้งตัวเอง และสังคมรอบข้างอีก...บางคนไม่เข้าใจก็รังเกียจ บางคนไม่เข้าใจก็จะบอกว่าทำไม่คิดไม่เป็น...บางคนก็จะมองการป่วยทางจิตไปในแง่ลบ และไม่พยายามช่วย...นาที่ที่ฟังแม่ร้องไห้และบอกว่าสงสารทีลูกตัวเองต้องมาตกอยู่ในสภาวะแบบนี้มันยิ่งทำให้เจ็บปวดอย่างบอกไม่ถูกเลย...หลังจากไปหาหมอเลยกลับบ้าน กลับไปเจอเพื่อน เพื่อนให้กำลังใจดี มาก เล่าให้ที่บ้านฟัง ป้ากับแม่ฟัง ไม่ด่าไม่ว่าอะไรเลย กอดป้ากับแม่ไว้หลายครั้ง กอดน้องชายด้วย คุยกันอย่างเปิดใจ เลย์รู้ว่าน้องเราเองก็รับรู้หลายๆอย่างมาตลอด เป็นวันที่กำลังใจมาเต็มจริง ๆ และพร้อมจะตั้งรับและควบคุมตัวเองให้ได้” (ID1)

“ภายหลังจากการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล...หนูเลยตัดสินใจ และเปิดใจคุยเรื่องนี้กับครอบครัวเป็นครั้งแรก...เรื่องโรคซึมเศร้าที่หนู เป็นและปัญหาของหนู เพราะทุกคนคือคนสำคัญ คือครอบครัวของหนู เราจะมานั่งเศร้า นั่งปิดบังทุกอย่างแบบนี้ไม่ได้...พอกับแม่ไม่ต่อว่าหนู ลักคำ ได้แต่เดินเข้ามากอดหนูแล้วร้องไห้” (ID2)

“ปฏิเสธไม่ได้เลยว่ากำลังใจสำคัญที่สุดที่ทำให้เราอยากหายคือ ลูก ตอนเราป่วยเข้าโรงพยาบาล ก็มีเพื่อนๆ และลูกนี่แหละที่ไปนั่งเฝ้านอนเฝ้า ทำให้เราต้องรับความเป็นจริงว่าเราเป็นโรคนะและควรได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง เออวะ ไม่ได้ ไม่ได้ เราต้องหาย วิธีการดูแลรักษาตัวเองมีอะไรบ้าง เราพยายามปฏิบัติให้ได้...ตายไม่ได้ค่ะ ตายแล้วลูกจะอยู่ยังไง ใครจะดูแลลูก...กำลังใจที่ยิ่งใหญ่จากลูก...หลายครั้งที่เราทำผิดพลาด แต่พ่อก็ไม่เคยสิ้นหวังในตัวเรา หลายครั้งที่เราล้มลง ไม่เคยมีซักครั้งที่พ่จะซ้ำ พ่อจะยังเป็นกำลังใจและประคับประคองเราเสมอ หลายครั้งที่เราทำตัวไม่ดี แต่พ่อก็ไม่เคยสิ้นศรัทธาในตัวเรา...เราแค่อยากให้พ่อภูมิใจในชีวิตและหัวใจที่พ่อให้เรามา...โชคดีที่เรามีเพื่อนสนิทและครอบครัวที่คอยรับฟังและเข้าใจเราเสมอมา...โชคดีที่เรามีเพื่อนสนิทที่คอยรับฟังและเข้าใจเรา...ใส่ใจ ให้ความสนใจ เปิดโอกาสให้ระบายความคับข้องใจ ไม่ซ้ำเติมลดความคาดหวัง ยอมรับอดทนต่อการแสดงออกของผู้ป่วย...และที่สำคัญที่สุดคือ ควรหลีกเลี่ยงให้เขาตัดสินใจเรื่องที่สำคัญจนกว่าจะดีขึ้น” (ID3)

“จากความเห็นส่วนตัว และมุมมองของเรา ซึ่งหวังว่าจะทำให้คนอื่น เข้าใจกันและกันมากขึ้น...โรคนี้นายขาดได้ รักษาได้ บรรเทาลงได้ หากได้รับการรักษาที่ถูกต้อง และได้การดูแล ความเข้าใจจากคนใกล้ชิด และสังคมรอบข้าง ก็แค่อยากให้ทุกคนเข้าใจ ถ้าเมื่อได้ข่าวถึงคนที่ทำร้ายตัวเอง ให้ท่านเอะใจสักนิด ว่าเพราะอะไร ถ้าเค้าทำสำเร็จก็อย่าได้ กระหน้าซ้ำเติม เพราะครอบครัวคนที่อยู่ข้างหลังเค้าก็เจ็บปวดใจไม่น้อย บนโลกนี้คนเรารับความเจ็บปวดได้ไม่เท่ากัน รับรู้สิ่งต่างๆ ได้ไม่เท่ากัน ปัญหาของเรากับของเค้าอยู่กันคนละจุด คนละมุมมอง อย่าบอกใครสักคนว่าถ้าอยู่ไม่ได้ทนไม่ได้ก็ไปตายซะ เพราะนั่นอาจเป็นคำ

สุดท้ายที่คุณจะพบกับเค้าก็เป็นได้ ทำดีต่อกันให้เหมือนเป็นวันสุดท้าย
ทุกปัญหาย่อมหาทางออกได้ ยืนหยัดด้วยรักและเข้าใจ” (ID3)

“พี่โชคดีตรงที่ว่า ผอ. ตีมาก พี่ก็เล่าให้ฟังว่ามันเป็นแบบนี้ๆ (ร้องไห้)
ผอ. ฟัง ผอ. ก็เลยเอาเข้าที่ประชุม ก็บอกน้องเขาเป็นอย่างนั้นละ ตอนนั้น
ก็ยังไม่รู้ใครรู้นะ พอ ผอ. เข้าที่ประชุมก็เลยรู้...หลังจากนั้นคนที่ทำงานก็
เข้าใจพี่มากขึ้นว่าเป็นแบบนี้ จากคนที่เคยไม่กล้ายุ่งกับพี่ ก็เข้ามา
พูดคุยมากขึ้น ช่วยเหลืองานมากขึ้น...ส่วนครอบครัวพี่ตีมาก ทั้งคุณ
พ่อคุณแม่ทั้งแพน ถ้าไม่มีแพนไม่มีครอบครัวนะ คงไม่มีวันนี้...ตอนที่สั่ง
เสียเนี่ย แพนพี่เขาก็มอง บอกพี่ว่าไม่เห็นจะเป็นอะไรเลย เขามองทุกอย่าง
Positive หมดเลยแพนพี่ ถ้าไม่ใช่ผู้ชายคนนี้จะไม่มีใครทนฉันได้จะอะไร
อย่างนี้ การที่คนคนหนึ่งจะมาอยู่กับคนที่เกือบบ้าอย่างนี้ มันต้องใช้
ความคิดที่แสบวกขนาดไหน เขาจะต้องทุ่มเทเขาจะต้องรักเรามาก
ขนาดไหน เขาต้องเปิดใจกว้างขนาดนี้ยังไง...อยู่ด้วยกันก็คือเขาก็
เข้าอกเข้าใจเราทุกอย่าง... คุณพ่อรู้ คุณพ่อก็หัวเราะแล้วบอกว่าไม่
เป็นไร คือก็ทำอย่างที่ผมบอก... ช่วงที่เราพีคหนัก ลูกก็ไปอยู่กับ
คุณพ่อคุณแม่กับแม่ ซึ่งท่านก็เข้าอกเข้าใจพี่” (ID4)

“ครอบครัวกับคนรอบข้างก็มีส่วนช่วยให้เราดีขึ้นมา ครอบครัวและ
แพนเข้าใจเรา เข้าใจว่าเราเป็นอะไร คอยให้กำลังใจเรา” (ID8)

“ทุกคนในบ้านก็รู้หมดทั้งพ่อ ทั้งพี่ ทั้งคุณแม่...ทุกคนเริ่มเข้าใจที่หนู
เป็นมากขึ้น ที่บ้านดีกับหนูมากขึ้น” (ID10)

“ก่อนหน้านั้นการที่เราจะบอกให้คนอื่นรู้ว่าเราเป็นโรคซึมเศร้าอะมันก็จะ
แบบเป็นช่วงเวลาที่ยากลำบากอยู่ พี่ว่าสำหรับคนไข้บางคนก็จะเจอ
แบบนี้เยอะ เอ๊ะป่วยจริงหรือเปล่า เพราะว่ามันเป็นอาการเจ็บป่วยทาง
กาย มันไม่ได้แสดงอาการออกมาเหมือนคนไข้ทั่วไป...ตอนแรกๆ เนี่ย
มันยากมากๆ เราคุยกับแค่กับคนที่เขาเปิดใจก็พอ แล้วยังคนที่เขายังไม่
เปิดใจเราก็ตัดเขาไปก่อน หลังจากนั้นพอมันเริ่มดีขึ้นก็ค่อยๆ คุย บาง
คนเนี่ยถ้าเขายังอยากอยู่ในวงโคจรชีวิตเรา...อย่างแพนใหม่พี่ เพื่อน

สนิท เขาก็จะพยายามค่อยๆ ทำความเข้าใจ...และอยู่ในลักษณะ stand by เตรียมพร้อมให้ความช่วยเหลือในทุกเมื่อที่เราต้องการ...ที่รู้สึกดีนะอย่างน้อยเราก็รับรู้ได้ว่าเราไม่ได้โดดเดี่ยวอีกต่อไป ยังมีคน เข้าใจ ให้กำลังใจ และพร้อมให้ความช่วยเหลือเราทุกเมื่อที่เราต้องการ ...เป็นเหมือนแรงผลักดันให้เราต้องหาย” (ID11)

ประเด็นที่ 4 กลับมาทำบทบาทและหน้าที่ต่างๆในชีวิตได้ตามปกติ

ภายหลังจากที่ได้รับการบำบัดรักษา การได้รับกำลังใจ และดูแลตนเองด้วยวิธีการต่างๆแล้ว ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวัน อีกทั้งทำบทบาทต่างๆ ได้ตามปกติ หลายราย กลับมาทำบทบาทในครอบครัวได้เหมือนเดิม เช่น พ่อ แม่ ลูก บางรายมีความกระตือรือร้นในการทำงานมากขึ้น มีความสำเร็จในการทำงานเพิ่มขึ้น บางรายกลับเข้าสู่สังคม หลายรายนำพาตนเองเป็นอาสาสมัครทำกิจกรรมสาธารณประโยชน์ ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายสามารถกลับมาทำบทบาทและหน้าที่ต่างๆในชีวิตได้ตามปกติ ดังนี้ 4.1) สามารถในการดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข และ 4.2) สายใยความสัมพันธ์ของครอบครัวไม่อาจตัดได้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 สามารถในการดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

ผู้ให้ข้อมูลหลายรายกล่าวว่า สามารถรับรู้ได้ถึงการฟื้นหายจากโรคซึมเศร้า อาการผิดปกติต่างๆ หายไป ผู้ให้ข้อมูลหลายรายกล่าวว่า สามารถกลับมาทำบทบาทต่างๆในชีวิตได้ ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า มองไปในอนาคตข้างหน้า เรียนรู้และทบทวนสิ่งต่างๆ และสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้ สามารถตัดสินใจได้ดี ผู้ให้ข้อมูลอีกรายเล่าว่าได้ตัวตนที่แท้จริงของตนเองคืนกลับมา เหมือนได้ชีวิตใหม่ ได้กลับมาตามความฝันนั้นคือการติดตามวงดนตรีที่ชื่นชอบ ผู้ให้ข้อมูลบางรายเล่าว่า รู้สึกได้ว่าหายเป็นปกติแล้ว เหมือนก้าวผ่านความรู้สึกที่ติดค้างอยู่ในใจออกมาได้ ความสำเร็จในการทำงานเพิ่มขึ้น กระตือรือร้นในการทำงานมากขึ้น เข้าสังคมมากขึ้น ผู้ให้ข้อมูลอีกรายหนึ่งกล่าวว่านำพาตนเองเป็นอาสาสมัครทำกิจกรรมสาธารณประโยชน์ ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น และผู้ให้ข้อมูลอีกรายหนึ่งกล่าวว่ามีความสุขในชีวิต รู้จักวิธีการหาความสุขให้ตนเอง ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่า

“แม้ว่าเราจะเคยป่วยด้วยโรคซึมเศร้า แต่เมื่อหาย...เรารู้คุณค่าของชีวิตมากขึ้น...เรายังสามารถกลับมาทำกิจวัตรประจำวันได้อยู่ ยังทำงานได้อยู่ และยังตัดสินใจได้ดี...การที่ได้อยู่โรงพยาบาลได้เรียนรู้ตัวเองหลายอย่าง และมีเวลาทบทวนปัญหาต่างๆ ที่มีอยู่ว่าออกไปแล้วจะจัดการยังไง จะตอบคำถามใครต่อใครยังไงว่าหายไปไหน ป่วยเป็นอะไร และเค้าจะรับได้มั้ย...ความคิดฆ่าตัวตายและอยากตายมันไม่มีเข้ามาอีก

แล้ว...เลิกให้ความสำคัญกับอะไรที่มันไม่แน่นอน ให้ความสำคัญกับตัวเอง มองไปข้างหน้า เรารู้อย่างสามารถทำอะไรแจ่มๆได้อีกเยอะมาก” (ID1)

“ภายหลังจากการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล...ได้ตัวคนที่แท้จริงของหนูกลับมา เสมือนได้ชีวิตใหม่...มีชีวิตปกติสุข...หนูกลับมาทำงานได้ตามปกติ ได้รู้ว่าชีวิตมีคุณค่า...กลับมาตามความฝันของตัวเอง ที่จะติดตามวงดนตรีที่ชอบ ได้กลับมาเป็นเด็กน้อยที่น่ารักของพ่อกับแม่ กลับมาเล่นกับหมาที่บ้านได้เหมือนเดิม” (ID2)

“อาการเศร้าซึม เบื่อหน่าย แยกตัวจากสังคม ก็หายไป ไปทำงานที่ชอบได้...จากที่ไม่เคยมองเห็นค่าของตัวเองเลย มัวมองหาแต่คนอื่นที่สร้างความสุขให้กับเรา..แต่ลืมไปว่าตัวของเราสามารถสร้างความสุขให้ตัวเองได้ จนสามารถใช้ชีวิตได้ตามที่เคยเป็น กลับมาทำบทบาทและหน้าที่ต่างในชีวิตได้ตามปกติ...พอหายแล้วชีวิตดีขึ้นมาก...หันมามองตัวเองมากขึ้นว่าครอบครัวเราก็มี หน้าที่การงานเราก็ดี ส่วนชีวิตก็เป็นของเรา ทำไมเราต้องให้ผู้ชายแค่คนเดียวมาทำลายชีวิตเรา ครอบครัวของเราด้วย...เรากลับมาใช้ชีวิตและเรากลับมาทำงานได้ตามปกติ ตั้งใจทำงาน มีความสุขกับชีวิตที่เป็นอยู่ตอนนี้” (ID6)

“หนูกลับมาใช้ชีวิตได้แบบปกติและมีความสุข...รู้สึกปกติเหมือนคนทั่วไป ไม่มีอาการซึมเศร้า อารมณ์อยู่ในภาวะปกติ ไม่สวีนไม่ได้เหวี่ยงเหมือนที่เคยเป็น ไม่ได้อยากฆ่าตัวตาย... ไม่ได้อยากทำร้ายตัวเองเหมือนเมื่อก่อน ไม่มีความคิดลบกับตัวเอง...แล้วหนูก็รู้สึกได้ว่าตัวเองปกติ หายแล้ว...หนูเริ่มทำงานใหม่ รู้สึกมีคุณค่าในตัวเองเวลาที่ได้กลับมาทำงาน เพราะหนูหาเงินเลี้ยงอีก 5 คนในบ้านได้...หมอบอกว่า หนูหายแล้วจะนัดมาติดตามอาการห่างขึ้น...” (ID7)

“รู้สึกว่าตัวเองหายตั้งแต่เมื่อปีที่แล้วค่ะ...ทุกอย่างมันดีขึ้น...เรารู้จักควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น อารมณ์เราเสถียรขึ้น...เราได้กลับมาใช้ชีวิตปกติได้แพลนกลับมา ได้มาเริ่มต้นชีวิตกันใหม่ ได้ปรับความเข้าใจอะไร

หลายๆอย่างกับครอบครัวและแฟน มันเลยไปด้วยกันได้ มันก็เลยดีขึ้น” (ID8)

“พอหายแล้วชีวิตมีความสุขมากขึ้น ดีใจ ดีใจมาก...กลับมาขายของทุกวัน อยู่แบบพอมือพอใช้ ได้อยู่กับแม่ ดูแลแม่ได้เหมือนเดิม ไม่เป็นภาระของคนอื่น ที่จะต้องมาช่วยดูแลเรา พาไปหาหมอ ต้องดูแลแม่แทนผม...เพราะวันนี้ผมกลับมาดูแลตัวเองได้แล้ว” (ID9)

“หนูรู้สึกว่ายายเป็นปกติแล้ว กลับมาเหมือนเดิมปกติแล้ว กลับมาเป็นเราคนเดิม... เหมือนเราก้าวผ่านความรู้สึกบางอย่างที่เรารู้สึกติดอยู่ในใจมานานออกมาได้แล้ว...ถ้าเลือกได้จะไม่กลับไปเป็นแบบเดิมอีกแล้ว เพราะเรารู้สึกว่าเราไม่ดี ไม่มีความสุขเลยอะ...หนูคิดว่าหนูยังมีอะไรที่ยังไม่ได้ทำอีกเยอะ ยังใช้ชีวิตไม่คุ้มเลย...เรื่องการทำงานเปอร์เซ็นต์ความสำเร็จมันก็เพิ่มขึ้น...รู้ว่าตัวเอง Active ขึ้น...คือ Feeling นั้น (ทำงานผิดพลาดและโดนมองว่าผิดปกติ) หหมดไปแล้ว เรารู้สึกว่า เฮ้ย คนอื่นไม่มองเราเป็นตัวประหลาดเหมือนเมื่อก่อนอีกแล้ว...เมื่อก่อนหนูไม่ชอบเข้าสังคม ใครชวนไปไหนไม่ไป แต่ตอนนี้ใครไปไหนเราไปด้วยอะไรอย่างเงี้ย” (ID10)

“ที่พี่ทำ Volunteer คือคนใช้ชิมเคร้าจะมี...จะมีความรู้สึกที่เราไม่มีค่า เรารู้สึกแย่มาก...พี่ก็จะไปแบบไป Volunteer ไปทำนั่นโน่นนี่ทำแล้วรู้สึกตัวเองมีคุณค่า..ไปสร้างโรงเรียนทำนั่นนู่นนี่อะไรอย่างนี้ ก็ไปแบบว่าปกติเราใช้เงินในการทำบุญบริจาคคนนั้นโน่นนี่ เราลงไปเองเลยมันก็จะแบบหนึ่งคือเบนความสนใจ สองมันทำให้เรารู้สึกมีค่ามากขึ้น ทั้งๆ ที่เราอยู่ในจุดที่เราคิดว่าเราแยแล้วแต่จริงๆ นะจุดที่เราแยแล้วอะ เรายังทำประโยชน์ให้กับคนอื่นได้อะไรอย่างนี้คะ มันก็จะประมาณนี้พี่ก็พยายามจะหาหลายๆ ways ให้ตัวเอง...คิดว่ามี Volunteer ก็ดีเออ คล้ายๆ นักจิตบำบัด แต่ไม่ต้องถึงขนาดนักจิตบำบัดเป็นเหมือนกับ ผู้ช่วยเป็นเหมือนเพื่อนเหมือนอะไรอย่างนี้อะคะ เออทำกิจกรรมเพิ่มเติมทำนั่นนู่นนี่ให้มันรู้สึกแบบ...เออเขาไม่ต้องกลับบ้านไปเจออะไรเดิมๆ บางคนเขาก็เปลี่ยนบ้านไม่ได้ เปลี่ยนสังคมไม่ได้ เปลี่ยนพ่อแม่

ไม่ได้อาจจะโตมาในพื้นที่ที่มันแย่มากจริงๆ คือเขามาตรงนี้เขาอาจจะดี ขึ้น แต่เขาเดินกลับไปพื้นที่เดิม...ใช้ตัวเองเป็น Volunteer สร้างคุณค่าให้ตัวเอง พาทำตัวเองกิจกรรมอย่างอื่นนอกเหนือจากการมาหาหมอเสร็จแล้วก็กลับบ้าน” (ID11)

“ตอนนี้มีความสุขในชีวิต มีสังคมเพื่อนเพิ่มขึ้น...เราก็อยากแต่งตัว แต่งหน้าทำอะไร อยากซื้ออะไรก็ซื้อ...หาความสุขให้ตัวเอง...ยังมีหลาน เล็กชายคนหนึ่งที่เราต้องดูแล อยากส่งให้เค้าไปให้ไกลที่สุด...หลานก็ เรียกมๆๆ ไม่เรียกยาย พอโตหน่อยก็เรียกมๆๆ ก็จะมีเพื่อน...ต่อไป อะไรจะเกิดก็เกิด แต่ถ้าวางแผนแล้วไม่ได้ตั้งใจก็เครียดอีกเลยไม่วางแผน... แต่แผนระยะสั้นอยากไปเที่ยวอะไรอย่างนี้ ไปผ่อนคลาย” (ID12)

4.2 สายใยความสัมพันธ์ของครอบครัวไม่อาจตัดได้

เมื่อผู้ให้ข้อมูลสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ และปฏิบัติหน้าที่ในบทบาทต่างๆ ได้อย่างมีความสุข รวมถึงคืนบทบาทในครอบครัว เช่น มารดา บุตร หลายรายรู้สึกว้าหวะที่รักษาตัวในโรงพยาบาล คนรอบข้างมีความกังวลและเป็นห่วง เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งนั้นเป็นเรื่องที่เข้าใจได้ยากและสังคมภายนอกไม่เข้าใจ ครอบครัวต้องเสียสละเวลา มาช่วย ประคับประคองไว้ ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า รู้สึกเจ็บปวดทุกครั้งที่เห็นบิดามารดาร้องไห้เพราะความสงสารตน ซึ่งตนไม่ต้องการให้บิดามารดาร้องไห้อีก ทำให้ตนเข้มแข็งมากขึ้นกว่าเดิมในการต่อสู้เพื่อหายโรคมะเร็ง ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเล่าว่า ทำให้ตนได้เห็นความโชคดีในชีวิตที่ยังมีสายสัมพันธ์ของครอบครัวที่เหนียวแน่น ตนจึงอยากทำให้ครอบครัวมีความสุข ผู้ให้ข้อมูลอีกรายเล่าว่า ภายหลังจากที่รักษาตัวในโรงพยาบาล ตนเปิดใจคุยกับครอบครัวเรื่องการเจ็บป่วยทำให้ครอบครัวเข้าใจผู้ให้ข้อมูล และผู้ให้ข้อมูลเชื่อว่าไม่มีสิ่งใดที่จะตัดสายใยความสัมพันธ์ของครอบครัวได้ พุดคุยกันมากขึ้น ใช้เวลาว่างด้วยกันมากขึ้น ทำให้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวดีขึ้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

“ตอนที่นอนรักษาในโรงพยาบาล...พ่อแม่มาเยี่ยมแต่ไม่ทุกวัน รู้สึกได้ถึง ความกังวลและความเป็นห่วงของเค้า...เพราะมันเป็นเรื่องในจิตใจที่ เข้าใจได้ยาก และสังคมภายนอกไม่เข้าใจ...โรคทางใจมันโหดร้ายกว่าที่ คิดเยอะ...มันไม่ได้แย่แค่ตัวคนที่ เป็น แต่ครอบครัวก็แย่และลำบาก ไปด้วย...และจะมีสักกี่คนที่ยอมเหนื่อยยอมทนเพื่อให้เราหาย ใครที่ คอยยอมสละเวลาตัวเองมาประคับประคองเราไว้ทั้งที่ไม่ใช่เรื่องของเค้า

เลย...นาที่ที่พี่แม่ร้องไห้และบอกว่าสงสารที่ลูกตัวเองต้องมาตกอยู่ใน
 สภาวะแบบนี้มันยิ่งทำให้เจ็บปวดอย่างบอกไม่ถูกเลย...แต่อยากให้เรา
 เราไม่ได้อยากเป็นแบบนั้น ไม่มีใครอยากเป็นแบบนั้น...เราไม่อยากตาย
 เราแค่อยากหาย...และเราเข้มแข็งขึ้นมากกว่าเดิมหลายๆหลังจากที่ต้องสู้
 กับมันมาด้วยกำลังใจจากครอบครัว และมองเห็นความโชคดีในชีวิต
 หลายๆอย่างที่เคยมองข้ามไปนั่นคือสายใยที่เหนียวแน่นของครอบครัว
 และไม่สามารถตัดสายใยสัมพันธ์ของครอบครัวได้...ครอบครัวไม่เคย
 ปล่อยให้เราเผชิญปัญหาเพียงผู้เดียว ดังนั้นจึงไม่มีเหตุผลอะไรที่เรา
 จะต้องทำร้ายให้คนในครอบครัวเสียใจหรือไม่มีความสุขอีกต่อไป”
 (ID1)

“ภายหลังจากการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล...หนูเลยตัดสินใจ
 และเปิดใจคุยเรื่องนี้กับครอบครัวเป็นครั้งแรก...เรื่องโรคซึมเศร้าที่หนู
 เป็นและปัญหาของหนู...และก่อนหน้านี้ไม่เคยอยากแม่สักครั้งที่จะหัน
 หน้าไปปรึกษาครอบครัว...ไม่มีอะไรที่สามารถตัดคำว่าสายใยของ
 ครอบครัวได้ ครอบครัวกลับเข้าใจเรามากขึ้นและเข้าใจเราที่สุด ทุกคน
 ในบ้านใส่ใจและดูแลเรามากขึ้น พ่อกับแม่บอกหนูว่ามันเป็นได้มันก็จะ
 หายได้ พูดคุยกับหนูมากขึ้น โทรคุยกันทุกวัน เกือบทุกสัปดาห์ที่บ้าน
 เรามีทริปต่างจังหวัดหาของอร่อยๆกินกันตลอด หนูรู้สึกว่ามันผ่อนคลาย
 ในครอบครัวเราดีขึ้น หนูได้ครอบครัวของหนูกลับมา” (ID2)

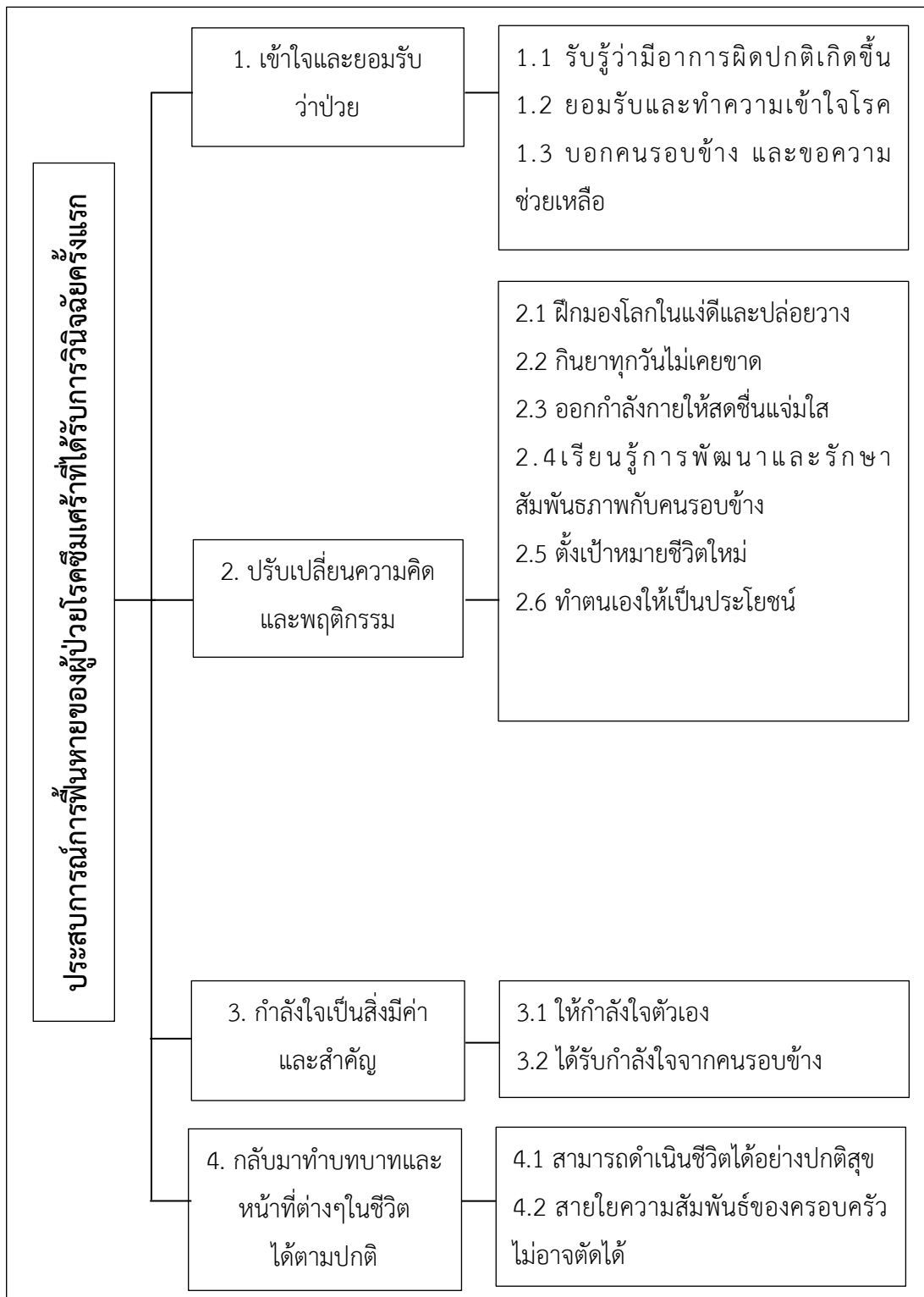
“หลายครั้งที่เราทำผิดพลาด แต่พ่อก็ไม่เคยสิ้นหวังในตัวเรา หลายครั้งที่
 เราล้มลง ไม่เคยมีซักครั้งที่พ่อจะซ้ำ พ่อจะยังเป็นกำลังใจและ
 ประคับประคองเราเสมอ หลายครั้งที่เราทำตัวไม่ดี แต่พ่อก็ไม่เคยสิ้น
 ศรัทธาในตัวเรา หลายสิ่งหลายอย่างที่เรามา หลายอย่างที่เรอดทน
 หลายอย่างที่เรายพยายามพิสูจน์ เราแค่อยากให้พ่อภูมิใจในชีวิตและ
 หัวใจที่พ่อให้เรามา...จากที่เคยน้อยใจพ่อบ้าง ไม่น้อยใจอีกแล้ว รักพ่อ
 มากขึ้น พาพ่อไปเลี้ยงข้าว เราก็บอกพ่อว่า สงสัยที่หนูไม่ค่อยมีกินมีใช้
 เพราะหนูไม่กตัญญู หนูไม่ค่อยดูแลพ่อแม่ ใดๆ เลย จากที่เคยให้พ่อเลี้ยง
 ข้าวตามเทศกาล ก็เปลี่ยนมาเป็นคนจ่ายสบายใจ มีความสุข เลิกคิด
 เล็กคติน้อย คิดว่าพ่อได้ให้สิ่งมีค่าที่สุดแก่เราแล้ว นั่นคือชีวิต แล้วเรา

“ยังจะเอาอะไรจากท่านอีกหนอ...และเมื่ออาการเราดีขึ้น มีวันหนึ่ง เราพา ลูกขี่รถเล่น ลูกชอบที่หลังเรา แล้วบอกว่าหนูดีใจจังเลยที่แม่กลับมาเยี่ยม ได้ ตอนแม่ป่วย แม่ไม่เยี่ยมเลย แม่เหมือนเปลี่ยนเป็นคนละคน เมื่อน่า กลัว จนหนูนึกว่าแม่จะกลับมาเยี่ยมไม่ได้อีกแล้ว ทุกวันนี้แม่เยี่ยมได้ ร่าเริง ได้ ก็เพราะหนูนี้แหละลูก” (ID3)

“พอหนูมารักษา...หนูได้ทบทวนตัวเอง ได้นึกถึงแม่ความรู้สึกของแม่ที่ คอยทะนุถนอมและประคับประคองเรามากขึ้น แม่ต้องมาเสียใจแค่ว่า ไหนกับสิ่งที่หนูทำ...เริ่มคิดได้ว่าทำไมหนูต้องมาทำแม่ลำบากกับลูกที่ ต้องมาป่วยเพราะโรคซึมเศร้า...แม่ต้องลำบากแค่ไหนที่ต้องทำงานหา เงินแทนหนู...ไม่มีคนส่งเงินให้ใช้ ไหนจะค่าเดินทาง ค่ายา ค่ารักษาของ หนู...แต่ก็ไม่เคยมีสักครั้งที่แม่จะหนีหายหรือทอดทิ้งเราไป...หนูสัมผัส ได้ถึงความรัก ความห่วงใย และความสัมพันธ์ที่ดีของแม่ที่มีต่อลูก แม่ อยู่กับหนูเสมอ แม่เข้าใจหนูเสมอแม้ในวันที่ไม่มีใครเข้าใจ” (ID7)

“ตอนแรกๆก็แอบกินยาไม่ให้ใครเห็น สุดท้ายแม่มาเจอยาที่หนูเอาไว้ที่ บ้าน เลยยอมบอกแม่ทุกอย่าง ว่าหนูมีอาการป่วยยังไง รักษาอย่างไร...แม่ หัวเราะหนูแล้วบอกว่าเราป่วยเราก็รักษาได้ ชีวิตจะมานั่งเศร้าอยู่ทำไม ...หนูก็แบบเออจริงๆอะ...ทุกคนในบ้านก็รู้หมดทั้งพ่อ ทั้งพี่ ทั้งคุณแม่ หนู...ทุกคนเริ่มเข้าใจที่หนูเป็นมากขึ้น ที่บ้านดีกับหนูมากขึ้น...บางวัน ไม่ได้ออกไปไหน ก็ตามใจแม่ พาแม่ออกไปเที่ยว ไปช้อปปิ้ง...เมื่อก่อนที่ บ้านเค้าจะมองว่าหนูจะเป็นคนก้าวร้าว เถียง ไม่สนใจ แต่ตอนนี้...รับ ฟังมากขึ้นนะไม่เถียง ไม่ได้ทำให้พ่อแม่หนักใจ...” (ID10)

ภาพที่ 2 ผลการศึกษาประสบการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนาตามแนวคิดของ Husserl (1969) เป็นการวิจัยเพื่อค้นหาความจริงเกี่ยวกับการให้ความหมายตามการรับรู้ ความรู้สึก ความคิดของผู้ที่มีประสบการณ์นั้น มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการให้ความหมายและประสบการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก เนื่องจากการวิจัยที่ต้องการได้ข้อมูลที่เป็นประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้นกับผู้ที่อยู่ในสถานการณ์นั้นโดยตรงจึงทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้ที่อยู่ในสถานการณ์ของการฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ตามคุณสมบัติเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล (Informant) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept interview) ร่วมกับการบันทึกเทป การจดบันทึกภาคสนาม และการสังเกต จากผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก จำนวน 13 คน ซึ่งเข้ารับการรักษาที่ผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกรายละเอียด 1-3 ครั้ง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณครั้งละ 30 นาที ถึง 90 นาที ในการศึกษาครั้งนี้ ข้อมูลมีความอึดตัวเมื่อสัมภาษณ์ได้ 13 คน สัมภาษณ์ 1 ครั้ง จำนวน 2 คน สัมภาษณ์ 2 ครั้ง จำนวน 7 คน และสัมภาษณ์ 3 ครั้ง จำนวน 4 คน เฉลี่ยเวลาในการสัมภาษณ์ 60 นาที โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลประมาณ 5 เดือน ตั้งแต่วันที่ 31 มกราคม 2561 - 24 มิถุนายน 2561 ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยสามารถสรุปประเด็นได้ ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาประสบการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก พบว่าการให้ความหมายของการฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก คือ การกลับมาดำเนินชีวิตได้เหมือนเดิม และการศึกษาประสบการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก พบว่ามี 4 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) เข้าใจและยอมรับว่าป่วย 2) ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม 3) กำลังใจเป็นสิ่งมีค่าและสำคัญ และ 4) กลับมาทำบทบาทและหน้าที่ต่างๆในชีวิตได้ตามปกติ โดยมีรายละเอียดดังนี้

การให้ความหมายของการฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

การให้ความหมายของการฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ดังนี้

การกลับมาดำเนินชีวิตได้เหมือนเดิม

การฟื้นฟูในความหมายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกกล่าวถึง การกลับมาดำเนินชีวิตได้เหมือนเดิม เริ่มจากการคืนความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง การทำงาน และการทำบทบาทหน้าที่ต่างๆ เช่น พ่อ แม่ ลูก พี่น้อง รวมไปถึงการใช้ชีวิตอย่างมีความสุข มองเห็น และศรัทธาในคุณค่าของตนเอง มีการควบคุมยับยั้งความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม อាកาการผิดปกติต่างๆหายไป มีสติในการใช้ชีวิตมากขึ้น นับเป็นช่วงที่มีความสมดุลของชีวิต นอกจากนี้การหายจากโรคซึมเศร้านั้นต้องยอมรับในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง และมีความพยายามในการดูแลตนเอง โดยส่วนสำคัญที่สุดในการฟื้นฟุนั้นคือได้รับกำลังใจจากตนเองและคนรอบข้าง

ประสบการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

ประสบการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก แบ่งออกเป็น 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. เข้าใจและยอมรับว่าป่วย ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่

1.1 รับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้น

ภายหลังจากผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์ที่กระทบต่อจิตใจ ผู้ป่วยสามารถรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายต่างมีอาการแสดงทางด้านร่างกายและจิตใจที่แตกต่างกัน ในช่วงแรกผู้ป่วยบางรายมีอาการแสดงทางด้านร่างกาย เช่น เหงื่อออก ใจสั่น มือสั่น หายใจลำบาก มือจีบ ตัวเกร็ง หลงลืมง่าย ทำงานผิดพลาด บางรายมีอาการเจ็บป่วยทางกายบ่อยครั้ง เช่น ปวดศีรษะ ไข้หวัด ท้องเสีย บางรายเริ่มมีอาการแสดงทางจิตใจ เช่น นอนไม่หลับ ไม่อยากรับประทานอาหาร น้ำหนักลด ไม่มีความสุขในชีวิต ซึมเศร้า เครียด ร้องไห้ง่าย โวยวาย หลีกหนีการเข้าสังคม และจบลงด้วยความพยายามฆ่าตัวตาย เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติดังกล่าว ผู้ป่วยมีการทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นซึ่งไม่ใช่อาการปกติของตน จึงมีความต้องการจัดการควบคุมโดยได้รับการรักษาอย่างถูกวิธี

1.2 ยอมรับและทำความเข้าใจโรค

เมื่อผู้ป่วยรับรู้การเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติของตนเอง และมีความต้องการจัดการควบคุมตลอดจนรับการรักษาอย่างถูกวิธี โดยผู้ป่วยจะเริ่มศึกษาค้นหา ยอมรับ และทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง บางรายพบเรื่องกระทบจิตใจอย่างหนักจาก

ทั้งเรื่องครอบครัว เรื่องเรียน เรื่องการทำงาน และเรื่องความรัก ผู้ป่วยเกิดความกังวล ความตึงเครียด และความกดดัน จนเกิดการเปลี่ยนแปลงของสารในสมอง ทำให้ตนรู้สึกไร้ค่าและหมดสิ้นศรัทธาในตนเอง บางรายพบว่ามีความเสี่ยงทางพันธุกรรมจากครอบครัว เช่น บิดา มารดา และบางรายเกิดจากหลายสาเหตุรวมกัน ซึ่งในขณะนี้ผู้ป่วยมีการทำความเข้าใจถึงสาเหตุของการเจ็บป่วย และเกิดการแสวงหาวิธีการรักษาต่อไป

1.3 บอกเล่าคนรอบข้างและขอความช่วยเหลือ

ภายหลังจากที่ผู้ป่วยยอมรับและทำความเข้าใจถึงสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงของตนเองแล้ว ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการแสวงหาวิธีการรักษาและวิธีการดูแลตนเองทุกรูปแบบ บางรายเริ่มต้นเปิดเผยเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของตนเองให้คนรอบข้างฟัง เช่น ครอบครัว สามี ภรรยา เพื่อนสนิท เพื่อนร่วมงาน เนื่องจากไม่ต้องการที่จะทรมาณด้วยอาการของโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยหลายรายเกิดการเปลี่ยนแปลงจนกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันและการทำงานอย่างมาก ผู้ป่วยจึงมีการขอความช่วยเหลือทุกวิถีทาง บางรายคนในครอบครัวสามารถสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลง บางรายบอกเล่าอาการผิดปกติกับบิดา สามี ภรรยา พี่น้อง เพื่อน เพื่อนร่วมงานที่สนิทฟัง และรีบไปพบแพทย์เพื่อขอความช่วยเหลือ เนื่องจากการพบจิตแพทย์ในทัศนคติของคนไทยนั้นคือคนบ้า แต่ผู้ป่วยไม่ได้รู้สึกอายกับการที่ไปพบกับจิตแพทย์เพราะตนยังอยากมีชีวิตอยู่ และเชื่อว่าจิตแพทย์จะให้ตนอาการดีขึ้น ผู้ป่วยบางรายต้องการความช่วยเหลือในสถานะ “stand by” เมื่อใดที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการความช่วยเหลือก็จะสามารถให้ความช่วยเหลือได้ทันที โดยผู้ป่วยรู้สึกว่าจะได้รับความเข้าใจและกำลังใจเป็นอย่างดี ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น

2. ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ประกอบด้วย 6 ประเด็นย่อย ได้แก่

2.1 ฝึกมองโลกในแง่ดีและปล่อยวาง

ภายหลังจากที่ผู้ให้ข้อมูลมีเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีการแสวงหาความช่วยเหลือ และเข้ารับการรักษา ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายมีการดูแลตนเองด้วยวิธีต่างๆ ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเล่าว่าฝึกการมองโลกในแง่ดีและรู้จักปล่อยวางสิ่งต่างๆที่เหนือการควบคุม ให้มองว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องปกติ ผู้ให้ข้อมูลบางรายเล่าว่าใช้หลักคำสอนทางศาสนาที่ตนนับถือเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่น ในศาสนาพุทธใช้หลักธรรมคำสอนของพระพุทธเจ้ามาปฏิบัติในการรักษาศีล การสวดมนต์อาราธนาศีล การทำสมาธิดูลมหายใจของตนเองไม่ให้ฟุ้งซ่าน การทำบุญตักบาตร การให้ทาน ตลอดจนการฝึกใช้สติในการควบคุมความคิดของตนเอง ส่วนในศาสนาอิสลามนั้นผู้ให้ข้อมูลใช้การละหมาด การขอพรจากพระเจ้าเป็นเจ้าและปลงจิต เพื่อให้รู้สึกสบายใจมากขึ้น อีกทั้งศาสนาคริสต์ในการสอนใหม่มองโลกใน

แง่ดีและการมอบความรักแก่ตนเองและผู้อื่น ส่วนผู้ให้ข้อมูลบางรายเล่าว่าการรักษานั้นต้องอาศัยความร่วมมือจากทั้งจิตแพทย์ นักจิตวิทยา และที่สำคัญคือตัวของผู้ให้ข้อมูลเอง ในการควบคุมอาการ อารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้น และหยุดความคิดของตนให้ได้ ส่งผลให้ไม่เครียดและไม่เหนื่อยใจ

2.2 กินยาทุกวันไม่เคยขาด

ในช่วงที่ผู้ให้ข้อมูลยังต้องเผชิญกับอาการต่างๆของโรค ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เล่าตรงกันว่า ตนจะรับประทานยาที่แพทย์สั่งทุกวันอย่างสม่ำเสมอไม่เคยขาดยา ทำให้อาการของตนเองดีขึ้น ผู้ให้ข้อมูลบางรายเล่าว่า ตนเคยรับประทานยาลดความอ้วนทำให้ฮอร์โมนในร่างกายเปลี่ยนแปลงไปจนเกิดอาการผิดปกติ จึงหยุดรับประทานยาลดความอ้วนเพื่อประสิทธิภาพที่ดีของการรักษาตามคำแนะนำของแพทย์

2.3 ออกกำลังกายให้สดชื่นแจ่มใส

นอกจากการรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัดแล้ว ผู้ให้ข้อมูลหลายรายกล่าวว่า ออกกำลังกายร่วมด้วย เพื่อให้ร่างกายสดชื่น ได้สังคมในการออกกำลังกาย เช่น การวิ่ง ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งออกกำลังกายโดยการต๋อยมวย เนื่องจากการต๋อยมวยเป็นการออกกำลังกายที่ต้องใช้สมาธิในการทำตามครูที่ฝึก เหมือนกับการทำสมาธิอย่างหนึ่ง บางรายกล่าวว่าการนอนหลับอย่างเพียงพอก็มีส่วนที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกสดชื่น หลายรายเล่าว่าเริ่มต้นทำกิจกรรมใหม่ๆที่ตนเองชื่นชอบ เช่น ดูหนัง ฟังเพลง การสะสมวัตถุโบราณพระพุทธรูป ไปเที่ยวพักผ่อนกับครอบครัวหรือเพื่อนๆ การถูกเชิญเป็นอาจารย์พิเศษสอนให้กับนักศึกษา เป็นต้น

2.4 เรียนรู้การพัฒนาและรักษาสัมพันธภาพกับคนรอบข้าง

ภายหลังจากที่เกิดการเจ็บป่วย ผู้ให้ข้อมูลบางรายมีการแยกตัวออกจากสังคมหรือถูกตีตัวออกห่างคนรอบข้าง อาจส่งผลให้ความสัมพันธ์กับคนรอบข้างเปลี่ยนแปลงไปได้ ผู้ให้ข้อมูลบางรายกล่าวว่า ในขณะที่เจ็บป่วยตนไม่สามารถที่จะควบคุมความคิดและพฤติกรรมของตนเองได้ ทั้งคำทอ และไม่ใส่ใจความรู้สึกของเพื่อน ทำให้ผู้ให้ข้อมูลโดนตีตัวออกห่างจากคนรอบข้างไปที่ละคน เหมือนโดนทิ้งให้เดียวดายอยู่เพียงผู้เดียว ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลได้เรียนรู้ที่จะตั้งรับและรักษาความสัมพันธ์นั้นไว้ไม่ให้สูญเสียความสัมพันธ์กับคนรอบข้างไปอีก ผู้ให้ข้อมูลหลายรายกล่าวว่าการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเป็นสิ่งสำคัญในการลดความเครียดที่มีอยู่และเป็นกำลังใจในการต่อสู้ชีวิต

2.5 ตั้งเป้าหมายชีวิตใหม่

เมื่อผู้ให้ข้อมูลมีอาการดีขึ้นหรือรับรู้ว่าตนเองเป็นปกติ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ตั้งเป้าหมายชีวิตใหม่ ผู้ให้ข้อมูลบางรายเล่าว่า ตั้งเป้าหมายและวางแผนเพื่อทำในสิ่งที่เคยตั้งใจไว้

หลายรายตั้งใจทำงานเพื่อเก็บเงินไว้เลี้ยงดู บุตร บิดา มารดา อีกรายหนึ่งกล่าวว่า มีเป้าหมายในชีวิต เพื่อเรียนรู้สิ่งต่างๆ ที่ยังไม่มีโอกาสได้เรียนรู้ ทำในสิ่งที่ยังไม่เคยทำ และตามหาสิ่งที่ชื่นชอบ ผู้ให้ข้อมูลอีกรายกล่าวว่า การหายจากโรคซึมเศร้านี้เสมือนได้ขึ้นสวรรค์ ซึ่งอาหารของโรคนี้คือความทุกข์ ดังนั้นจึงต้องหาวิถีทางสร้างความสุขเพื่อฆ่าความทุกข์นั้น และผู้ให้ข้อมูลอีกรายหนึ่งเล่าว่าตนจะมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและสบายใจ เพื่อได้เห็นบุตรประสบความสำเร็จในชีวิต

3. กำลังใจเป็นสิ่งมีค่าและสำคัญ ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ได้แก่

3.1 ให้กำลังใจตัวเอง

การเผชิญหน้ากับโรคซึมเศร้าเป็นบททดสอบของชีวิตที่ทำทนาย และเชื่อว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลายรายรู้สึกไม่แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการเจ็บป่วยในครั้งนี้และข้ามผ่านการเผชิญหน้าโรคซึมเศร้าไปได้ด้วยกำลังใจจากจิตใจที่เข้มแข็งของตนเอง ผู้ป่วยมีความรู้สึกภูมิใจกับตนเอง เริ่มชีวิตใหม่ด้วยให้ความสำคัญกับตนเอง มองไปข้างหน้า เนื่องจากยังสามารถทำอะไรที่มีประโยชน์ได้อีกมากมาย ซึ่งการหายจากโรคซึมเศร้าสิ่งสำคัญนอกจากการได้รับกำลังใจจากคนรอบข้างแล้ว กำลังใจจากตัวเองและการเห็นคุณค่าของตัวเองนั้นสำคัญกว่า การให้กำลังใจตนเองว่าโรคนี้มันก็เหมือนกับโรคไข้หวัด ที่สามารถรักษาหายได้เช่นกัน

3.2 ได้รับกำลังใจจากคนรอบข้าง

ผู้ป่วยต้องเผชิญกับโรคซึมเศร้าด้วยความยากลำบากและมีความรู้สึกที่หลากหลาย บ้างก็ต้องต่อสู้ด้วยความยากลำบากกับทั้งอาการ ทั้งอารมณ์ซึมเศร้าของตนเอง และทั้งสังคมรอบข้างที่ยังไม่เข้าใจผู้ป่วย บ้างก็ท้อแท้ โดยในระยะของการฟื้นฟูนี้กำลังใจจากคนรอบข้างนั้นเป็นสิ่งสำคัญ แม้ว่าช่วยอะไรไม่ได้มาก แต่สามารถที่จะอยู่เคียงข้างในยามที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือได้ขณะที่อาการกำเริบหรือช่วงเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลควบคุมตนเองไม่ได้ บางรายให้คำจำกัดความว่า “Stand by” ซึ่งผู้ป่วยจะมีความรู้สึกว่าตนเองไม่ได้เผชิญกับโรคซึมเศร้าเพียงผู้เดียว โดยยังมีคนรอบข้าง เช่น ครอบครัว ที่ต้องเผชิญด้วย และการเก็บกำลังใจของผู้ป่วยเหมือนการเติมลงในแก้วน้ำที่รั่วซึ่งต้องเติมจนกว่าจะอุดรอยรั่วนั้นได้ แต่เมื่อผู้ป่วยได้รับกำลังใจ ความเข้าใจ การใส่ใจ การให้เวลา และการเปิดโอกาสให้ระบายความคับข้องใจจากคนรอบข้าง เช่น เพื่อน ครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยพร้อมจะตั้งรับและควบคุมตัวเองให้ได้ ผู้ป่วยบางรายกล่าวว่า “โรคซึมเศร้าสามารถหายขาดได้ หากได้รับการรักษาที่ถูกต้อง และได้รับการดูแล ความเข้าใจจากคนใกล้ชิดและสังคมรอบข้าง ทุกปัญหาห่อมหาท่างออกออกได้หากยืนหยัดด้วยความรักและความเข้าใจ”

4. กลับมาทำบทบาทและหน้าที่ต่างๆในชีวิตได้ตามปกติ ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย คือ

4.1 สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

ภายหลังจากที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ว่าตนเองมีการฟื้นฟูหายจากโรคซึมเศร้า โดยไม่มีอาการผิดปกติต่างๆ เช่น อาการซึมเศร้า เบื่อหน่าย การแยกตัวจากสังคม และความคิดฆ่าตัวตาย จนสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติและมีความสุขกับชีวิต ผู้ป่วยได้ให้ความสำคัญกับตนเองมากขึ้น มองไปในอนาคตข้างหน้า เรียนรู้และทบทวนสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้น และสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆได้ กลับมาใช้ชีวิตประจำวันและทำงานได้ บางรายให้คำจำกัดของการฟื้นฟูว่า “ได้ใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติและมีความสุขกับชีวิต ได้ตัวตนที่แท้จริงของตนเองคืนกลับมา เหมือนก้าวผ่านความรู้สึกบางอย่างที่ติดค้างอยู่ภายในใจออกมาได้ เหมือนได้ชีวิตใหม่ ไม่เป็นภาระของผู้อื่น” นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความสำเร็จในการทำงานเพิ่มขึ้น มีการเข้าหาสังคมมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น

4.2 สายใยความสัมพันธ์ของครอบครัวไม่อาจตัดได้

ขณะที่ป่วย ผู้ป่วยอาจจะบกพร่องในการทำบทบาทต่างๆในครอบครัวไป เช่น บิดา มารดา บุตร ซึ่งผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าครอบครัวมีความกังวล เครียดกับโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนอย่างยิ่ง นอกจากนั้นยังรู้สึกว่ตนเองเป็นภาระของสมาชิกในครอบครัวเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า นั้นเป็นเรื่องที่เข้าใจได้ยาก ครอบครัวต้องเสียสละเวลา มาช่วยประคับประคองผู้ป่วยไว้ ทำให้ผู้ป่วยได้เห็นความโชคดีในชีวิตที่ยังมีสายสัมพันธ์ของครอบครัวที่เหนียวแน่น เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น สามารถกลับมาปฏิบัติหน้าที่ในบทบาทต่างๆได้อย่างมีความสุข รวมถึงคืนบทบาทในครอบครัว ทำให้ตนเข้มแข็งมากขึ้นกว่าเดิมในการต่อสู้เพื่อหายโรคซึมเศร้าและคืนความสุขให้แก่ครอบครัว โดยผู้ป่วยเชื่อว่าไม่มีสิ่งใดที่จะตัดสายใยความสัมพันธ์ของครอบครัวได้ พุดคุยกันมากขึ้น ใช้เวลาร่วมด้วยกันมากขึ้น ทำให้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวดีขึ้น

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาประสบการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ผู้วิจัยขออภิปรายตามประเด็นที่ได้จากการศึกษา ดังต่อไปนี้ การให้ความหมายของการฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก คือ การกลับมาดำเนินชีวิตได้เหมือนเดิม และประสบการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) เข้าใจและยอมรับว่าป่วย 2) ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม 3) กำลังใจเป็นสิ่งมีค่าและสำคัญ และ 4) กลับมาทำบทบาทและหน้าที่ต่างๆในชีวิตได้ตามปกติ

การให้ความหมายของการฟื้นหายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ดังนี้

การกลับมาดำเนินชีวิตได้เหมือนเดิม

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกให้ความหมายของการฟื้นหายว่า การกลับมาดำเนินชีวิตได้เหมือนเดิม เริ่มจากการคืนความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง การทำงาน และการทำบทบาทหน้าที่ต่างๆ เช่น พ่อ แม่ ลูก พี่น้อง รวมไปถึงการใช้ชีวิตอย่างมีความสุข มองเห็นและศรัทธาในคุณค่าของตนเอง มีการควบคุมยับยั้งความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม อาการผิดปกติต่างๆหายไป มีสติในการใช้ชีวิตมากขึ้น นับเป็นช่วงที่มีความสมดุลของชีวิต นอกจากนี้การหายจากโรคซึมเศร้านั้นต้องยอมรับในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง และมีความพยายามในการดูแลตนเอง โดยส่วนสำคัญที่สุดในการฟื้นหายนั้นคือได้รับกำลังใจจากตนเองและคนรอบข้าง ดังที่ Anthony (1993) ได้อธิบายว่า การฟื้นหายจากโรคทางจิตเวช (Recovery) เป็นการปฏิบัติทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เป็นความสามารถของบุคคลที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชในการปรับตัวใหม่ (readaptation) โดยยอมรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก ทักษะต่างๆ พฤติกรรม บทบาท ค่านิยม นำไปสู่การมีชีวิตอยู่ด้วยการมีสติรู้ (conscious) รวมไปถึงการตั้งเป้าหมายและให้ความหมายของชีวิตใหม่หรือการมีชีวิตที่ดี ซึ่งการฟื้นหายนี้เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต (dynamic process) เป็นประสบการณ์ความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นความพึงพอใจในชีวิต มีการตัดสินใจด้วยตัวเอง มีความเป็นตัวของตัวเอง และมีการดูแลตัวเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Palladino, 1989 อ้างถึงใน สุวดี จันกระยอม, 2546) ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าการของตนเองดีขึ้น อารมณ์แจ่มใสขึ้น อยากพูดคุย อยากมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยไม่มีกรอบของเวลาหรือประเด็นของเวลามากำหนดว่ามีการฟื้นหาย แต่จะค่อยๆ ดีขึ้นจนผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าตนเองฟื้นหายเป็นปกติ (สุวดี จันกระยอม, 2546) การฟื้นหายมีความสำคัญและจำเป็นต่อชีวิตของผู้ป่วยที่ก่อให้เกิดการพัฒนา ความหมาย การปฏิบัติตัว และมีพลัง (Warren & Lutz, 2002) สอดคล้องกับ Seeherunwong et al. (2002) ได้ให้ความหมายของการฟื้นหายจากโรคซึมเศร้า (Recovery in Major depressive disorder) หมายถึง การให้ความสำคัญกับตนเองมากขึ้น ค้นพบการมีคุณค่าในตนเองที่มาจากตัวตนของตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีค่า และเกิดการเติบโตในตัวเอง นอกจากนี้ Kupfer (1991) ระบุว่า การที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้ารับการรักษาเป็นเวลา 6-9 เดือน จนครบกระบวนการโดยอยู่ในช่วงของการฟื้นหาย ซึ่งผู้ป่วยป่วยโรคซึมเศร้าจะทำการรักษา (acute treatment) ประมาณ 8-12 สัปดาห์ เมื่อผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษา (response) คือมีลักษณะทางคลินิกดีขึ้นหรือมีอาการต่างๆดีขึ้น ก็ถือว่าผู้ป่วยเริ่มเข้าสู่การฟื้นหายจากโรคซึมเศร้าหรือช่วงที่มีอาการสงบของโรค (remission) และจะทำการรักษาต่อไปอีกประมาณ 3-6 เดือน (continuation treatment) หลังจากนั้นก็จะถือว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะของการฟื้นหายอย่างสมบูรณ์ (full recovery) จากนั้นแพทย์จะคงการรักษา (maintenance treatment) และ Burcusa and Iacono (2007) กล่าวว่า การฟื้นหายของผู้ป่วยโรค

ซึมเศร้าแต่ละรายอาจเร็วหรือช้าแตกต่างกันขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่เจ็บป่วย โดยผู้ที่ป่วยมานานจะมีโอกาสฟื้นหายได้น้อยกว่า ซึ่งครอบครัวและปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรมล้วนมีบทบาทที่สำคัญของการฟื้นหายของผู้ป่วย (Ahern & Fisher, 2001)

ประสบการณ์การฟื้นหายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

ประเด็นที่ 1 เข้าใจและยอมรับว่าป่วย

รับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ภายหลังจากผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์ที่กระทบต่อจิตใจ และยอมรับความเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายต่างมีอาการแสดงทางด้านร่างกายและจิตใจที่แตกต่างกัน ในช่วงแรกผู้ป่วยบางรายมีอาการแสดงทางด้านร่างกาย เช่น เหงื่อออก ใจสั่น มือสั่น หายใจลำบาก มือจับ ตัวเกร็ง หลงลืมง่าย ทำงานผิดพลาด บางรายมีอาการเจ็บป่วยทางกายบ่อยครั้ง เช่น ปวดศีรษะ ไข้หวัด ท้องเสีย บางรายเริ่มมีอาการแสดงทางจิตใจ เช่น นอนไม่หลับ ไม่อยากรับประทานอาหาร น้ำหนักลด ไม่มีความสุขในชีวิต ซึมเศร้า เครียด ร้องไห้ง่าย โวยวาย หลีกหนีการเข้าสังคม และจบลงด้วยความพยายามฆ่าตัวตาย เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติดังกล่าว ผู้ป่วยมีการทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นซึ่งไม่ใช่อาการปกติของตน จึงมีความต้องการจัดการควบคุมโดยได้รับการรักษาอย่างถูกวิธี ดังที่ นอกจากนี้ Unsworth (1999) อธิบายว่าระยะแรกของการฟื้นหายนี้ คือ วัฏวนแห่งความทุกข์ (Spiraling down) จะถูกกระตุ้นจากสถานการณ์ต่างๆ เช่น การที่ไม่สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การเจ็บป่วย เป็นต้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายกาย ทุกข์ใจ เป็นช่วงที่ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียการควบคุม และไม่สามารถที่จะทำให้ดีขึ้นได้ ซึ่งระยะนี้ผู้ป่วยเริ่มเกิดการตระหนักรู้ถึงสิ่งที่ผิดปกติบางอย่าง สอดคล้องกับ Peden (1993) ได้อธิบายว่ากระบวนการหาย (Recovery process) จากภาวะซึมเศร้า ภายใต้นโยบายการมองคนแบบองค์รวมและเพื่อทำความเข้าใจในมนุษย์เกี่ยวกับการตอบสนองของบุคคลต่อปัญหาสุขภาพโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลของเพพพลาว (Peplau's Theory) เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต (dynamic) โดยไม่มีรูปแบบตายตัวโดยเริ่มต้นจากการรับรู้จุดเปลี่ยนหรือภาวะวิกฤติในชีวิต (Turning point or crisis) ซึ่ง Chernomas (1999) กล่าวว่าในช่วงแรกผู้ป่วยมีการรับการเปลี่ยนแปลงในตนเอง (Transformed self) ซึ่งถูกครอบงำโดยความรู้สึกไร้กำลัง ร่างกายอ่อนล้า ขาดพลังที่จะทำอะไร ไม่สามารถที่จะมีอำนาจหรือควบคุมความรู้สึกในแต่ละวันได้ มีความรู้สึกผิดที่ไม่สามารถควบคุมความรู้สึกของตนเองและช่วยเหลือตัวเองได้ ก็จะทำให้ตัดสินใจประเมินตนเองในแง่ลบ ส่งผลทำให้รู้สึกกลัว คับข้องใจโกรธตนเองและผู้อื่น และกลัวอนาคต นอกเหนือจากการที่รู้จักตนเอง กับภาวะไร้พลังที่เกิดขึ้น สิ่งสำคัญที่จะทำให้สามารถเผชิญกับสิ่งที่ท้าทายในการดำรงชีวิตและความต้องการของชีวิตก็

คือการที่ไม่ปล่อยให้ยู่อย่างลำพัง การหาวิธีการที่จะพาตัวเองกลับมา หรือเปลี่ยนแปลงบางส่วนของตนเองหรือทั้งสองอย่างมีความสำคัญในกระบวนการเยียวยา

ยอมรับและทำความเข้าใจโรค เมื่อผู้ป่วยรับรู้การเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติของตนเอง และมีความต้องการจัดการควบคุมตลอดจนรับการรักษาอย่างถูกวิธี โดยผู้ป่วยจะเริ่มศึกษาค้นหา ยอมรับ และทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง บางรายพบเรื่อง กระทบจิตใจอย่างหนักจากทั้งเรื่องครอบครัว เรื่องเรียน เรื่องการทำงาน และเรื่องความรัก ผู้ป่วยเกิดความกังวล ความตึงเครียด และความกดดัน จนเกิดการเปลี่ยนแปลงของสารในสมอง ทำให้ตนรู้สึกไร้ค่าและหมดสิ้นศรัทธาในตนเอง บางรายพบว่ามิสาเหตุทางพันธุกรรมจากครอบครัว เช่น บิดา มารดา และบางรายเกิดจากหลายสาเหตุรวมกัน ซึ่งในขณะนี้ผู้ป่วยมีการทำความเข้าใจถึงสาเหตุของการเจ็บป่วย และเกิดการแสวงหาวิธีการรักษาต่อไป ดังที่ Parsons (1951) อธิบายว่า พฤติกรรมที่เป็นบทบาทของการเจ็บป่วย (sick role behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากได้ทราบผลการวินิจฉัยแล้ว เป็นพฤติกรรมที่ทำตามคำสั่งหรือคำแนะนำของผู้ให้การรักษาเพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งการแสดงออกของพฤติกรรมหลังจากได้รับการวินิจฉัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจะทำให้อาการป่วยดีขึ้น เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การสั่งงดบุหรี่ สุรา หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด การออกกำลังกาย การควบคุมอาหารและน้ำหนัก การมาหาแพทย์ตามนัด เป็นต้น Drew (1993) ได้ อธิบายว่า ปัจจัยหรือสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากที่สุดคือ การสูญเสีย ได้แก่ การสูญเสีย ภาวะสุขภาพทางร่างกาย การสูญเสียสมาชิกในครอบครัว และการสูญเสียการทำบทบาทหน้าที่ (loss of health, family and role) สอดคล้องกับ Chernomas (1999) ที่ได้ อธิบายว่า ความต้องการและการติดตาม (Wanting and monitoring) การที่ยอมรับการสูญเสียความเป็นตัวตนนั้นเป็นพลังผลักดันที่มีผลต่อความสามารถของตนเองในการเผชิญชีวิตจริงในแต่ละวัน ทำให้มีความต้องการที่จะนำบางส่วนของตนเองที่สูญเสียไปกลับคืนมาหรือต้องการเปลี่ยนแปลงบางอย่างในตัวเอง และเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลง จะนำไปสู่ชีวิตที่ดี นอกจากนี้การติดตามตนเองในความหมายการสร้างทำความเข้าใจ ภาวะซึมเศร้า ทั้งความหมายและความเข้าใจ (Making sense of depression – meaning and understanding) การพยายามทำความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้น สอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า โดยคำนึงการได้รับการอธิบายโดยบุคคลากรวิชาชีพ และเทียบกับความเชื่อของพวกเขา การที่พวกเขาได้รับรู้ข้อมูลแง่คิด และสะสมประสบการณ์จะเป็นเครื่องมือช่วยในการฟื้นฟู นอกจากนั้น การศึกษาของ Unsworth (1999) พบว่าเมื่อผู้ป่วยเริ่มเกิดการตระหนักรู้ถึงสิ่งที่ผิดปกติบางอย่าง และเข้าใจว่าไม่สามารถดำเนินชีวิตอยู่กับระดับความทุกข์ที่พวกเขาประสบอยู่ได้ จึงต้องยอมรับในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และค้นหาหนทางการเปลี่ยนแปลง (Changing direction) เช่นเดียวกับ Peden (1996) ที่กล่าวว่า การตระหนักรู้ในการเยียวยา (Awareness in healing) เป็นปัจจัยสำคัญ ที่

ช่วยในกระบวนการหาย เนื่องจากการตระหนักรู้เป็นการได้รับข้อมูลที่เป็นจริงที่เกิดขึ้นใน 3 มิติที่แตกต่างกัน ได้แก่ การตระหนักรู้ในระดับความคิดความเข้าใจ (Cognitive awareness) การตระหนักรู้ในระดับรับรู้ด้วยตนเอง (intuitive awareness) และการตระหนักรู้ในระดับของจิตสำนึกขั้นสูง (Transcendent awareness) ทั้ง 3 มิติของการตระหนักรู้นี้มีความสำคัญในกระบวนการหาย ซึ่งการเยียวยาในระดับสูงสุด (maximum healing)

บอกคนรอบข้างและขอความช่วยเหลือ ภายหลังจากที่ผู้ป่วยยอมรับและทำความเข้าใจถึงสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงของตนเองแล้ว ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการแสวงหาวิธีการรักษาและวิธีการดูแลตนเองทุกรูปแบบ บางรายเริ่มต้นเปิดเผยเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของตนเองให้คนรอบข้างฟัง เช่น ครอบครัว สามี ภรรยา เพื่อนสนิท เพื่อนร่วมงาน เนื่องจากไม่ต้องการที่จะทรมาณด้วยอาการของโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยหลายรายเกิดการเปลี่ยนแปลงจนกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันและการทำงานอย่างมาก ผู้ป่วยจึงมีการขอความช่วยเหลือทุกวิถีทาง บางรายคนในครอบครัวสามารถสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลง บางรายบอกเล่าอาการผิดปกติกับบิดา สามี ภรรยา พี่น้อง เพื่อน เพื่อนร่วมงานที่สนิทฟัง และรีบไปพบแพทย์เพื่อขอความช่วยเหลือ เนื่องจากการพบจิตแพทย์ในทัศนคติของคนไทยนั้นคือคนบ้า แต่ผู้ป่วยไม่ได้รู้สึกอายกับการที่ไปพบกับจิตแพทย์เพราะตนยังอยากมีชีวิตอยู่ และเชื่อว่าจิตแพทย์จะให้ตนอาการดีขึ้น ผู้ป่วยบางรายต้องการความช่วยเหลือในสถานะ “stand by” เมื่อใดที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการความช่วยเหลือก็จะสามารถให้ความช่วยเหลือได้ทันที โดยผู้ป่วยรู้สึกว่าได้ได้รับความเข้าใจและกำลังใจเป็นอย่างดี ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยแต่ละรายมีการร้องขอความช่วยเหลือที่แตกต่างกัน ซึ่งบางรายสื่อสารขอความช่วยเหลือด้วยคำพูด ในขณะที่บางรายสื่อสารผ่านอาการแสดง และบางรายเปิดเผยเฉพาะบุคคลที่ควรเปิดเผย ดังที่ Barney et al. (2006) อธิบายว่า ผู้ป่วยมีการแสวงหาความช่วยเหลือ (Help seeking) จากบุคคลต่างๆที่ตนไว้วางใจและมีความเข้าใจความเจ็บป่วย เช่น ครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้ Unsworth (1999) ได้ อธิบายว่า เป็นหนทางการเปลี่ยนแปลง (Changing direction) ระยะนี้เริ่มเกิดการตระหนักรู้ถึงสิ่งที่ผิดปกติบางอย่าง และเข้าใจว่าไม่สามารถดำเนินชีวิตอยู่กับระดับความทุกข์ที่พวกเขาประสบอยู่ได้ ต้องการความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ เช่น ครอบครัว เพื่อน บุคลากรสุขภาพ การมีกิจกรรม เป็นต้น และการที่ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งขึ้นก็จะ พยายามหาวิธีการต่างๆที่จะเอาชนะภาวะซึมเศร้า เรียนรู้ที่จะเผชิญกับความจริง และการได้รับการ สนับสนุนจากแหล่งต่างๆ การมีความหวังและการตัดสินใจ ทำให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง จะส่งผลให้หายจากโรคซึมเศร้า โดยการเปิดเผยกับการปกปิด (Revealing vs concealing) การที่พวกเขาตัดสินใจที่จะเปิดเผยความรู้สึกของตัวเองให้คนอื่นรู้ซึ่งเป็นสิ่งยากและเป็นเรื่องที่อ่อนไหว บางคนเลือกที่จะเปิดเผย บางคนเลือกที่จะเก็บความรู้สึกไว้บางส่วน แต่ปฏิกิริยาตอบสนองของผู้อื่นดูเหมือนจะมีบทบาทสำคัญของการฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้า

(Chernomas, 1999) สอดคล้องกับ Peden (1993) โดยพบว่าการฟื้นฟูด้วยการกำหนดตนเอง ซึ่งมีองค์ประกอบย่อยคือ การสนับสนุนจากเพื่อน และครอบครัว การทำงานหนัก และการประสบความสำเร็จ การกำหนดตนเองนี้รวมไปถึงการเลือกที่มีสติ หรือมีความรู้ ความเข้าใจในการเลือก การตัดสินใจนั้น ซึ่งการสนับสนุนจากเพื่อน และครอบครัวเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการหาย (recovery) รวมถึงสัมพันธภาพในเชิงบวก เครือข่ายการช่วยเหลือทางสังคมที่เพียงพอจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Duangduen (2004) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 70 ไม่มีอาการซึมเศร้า มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง และจากการศึกษาของ Seeherunwong et al. (2002) ที่กล่าวว่า การแสวงหาความช่วยเหลือเป็นกระบวนการที่สตรีซึมเศร้ามองเห็นถึงแหล่งที่จะให้ความช่วยเหลือไม่ว่าจะเป็นจากบุคลากรทางด้านสุขภาพหรือจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลที่ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจ และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน มีส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นหายจากโรคซึมเศร้าได้ โดยการให้กำลังใจ ให้ความเข้าใจ ให้ความยอมรับ เป็นที่พึ่งพิงให้ผู้ป่วย ส่งเสริมหรือสร้างศักยภาพของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเอง โดยครอบครัวและเพื่อนสามารถช่วยผู้ป่วยได้ในทุกวิถีที่ทำให้เกิดการฟื้นฟูเพื่อที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ (Depression and Bipolar Support Alliance: DBSA, 2006) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Mishel and Clayton (2003) พบว่าการที่บุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะทำให้มีกำลังใจ อารมณ์มั่นคง ส่งเสริมให้เผชิญความเครียดได้ดี มีการปรับตัวที่เหมาะสม และช่วยเหลือบุคคลให้สามารถควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากความซับซ้อนของการรักษาและระบบการให้บริการได้

ประเด็นที่ 2 เปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรม

มองโลกในแง่ดีและปล่อยวาง หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับประทานยาต้านเศร้าตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด ร่วมกับการทำจิตบำบัด และการควบคุมอาการโดยวิธีการต่างๆของผู้ป่วยแล้วนั้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการต่างๆของโรคซึมเศร้าและได้สติกลับคืนมา จากนั้นมีการควบคุมความคิดและปรับความคิดของตนเองใหม่ มองโลกในแง่ดี คิดในแง่บวก ปล่อยวาง มองว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องปกติ ยอมรับสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นได้ และไม่คาดหวังกับผู้อื่น ส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้และรู้สึกได้ว่าตนเองสบายใจมากขึ้น ไม่เครียดและไม่วุ่นวายใจ สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ มีความเข้าอกเข้าใจผู้อื่นมากขึ้น หลายรายมีการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ในขณะที่บางรายใช้หลักคำสอนทางศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่น ผู้ที่นับถือศาสนาพุทธใช้การสวดมนต์ก่อนนอน การแผ่เมตตา โดยเชื่อในเรื่องวิบากกรรม สวดมนต์แผ่เมตตา ขอขมากรรม ทำบุญใส่บาตร ไปวัดไหว้พระทำบุญ การนั่งสมาธิดูลมหายใจไม่ให้คิดฟุ้งซ่านจิตใจเริ่มสงบมากขึ้น และมีสติกลับคืนมาโดยเร็ว ในผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามจะละหมาดและขอพรจากพระเจ้าให้หายจากโรคซึมเศร้าและปรับเปลี่ยนตนเองใหม่ทำ

ให้มีอารมณ์ที่แจ่มใสขึ้น การปรับความคิดใหม่นี้มีผลสอดคล้องกับการศึกษาของ Clement et al. (1997) พบว่า ในการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีประสิทธิภาพ คือทำให้ผู้ป่วยดีขึ้นซึ่งเป็นตัวชี้วัดเพื่อประเมินการฟื้นหาย (recovery) โดยพบว่าบุคคลมีการเปลี่ยนความรู้สึกมีคุณค่าในเอง (self-esteem) การมีพลังอำนาจ (empowerment) และการมีสมรรถภาพในตนเอง (self-efficacy) อีกทั้ง Ahmed et al. (2014) พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศชายรายหนึ่ง ซึ่งภายหลังจากการบำบัดรักษาด้วย ECT และแพทย์ทำการติดตามผลการรักษา ผู้ป่วยรายนี้สามารถประสบความสำเร็จในการฟื้นหายจากโรคซึมเศร้าได้อย่างสมบูรณ์โดยไม่ใช้ยาใด ๆ แต่ทำการใช้การจิตบำบัดและความเชื่อทางศาสนาเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดตามทางเลือกของตัวเองมานานกว่า 5 ปี ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการใช้จิตบำบัดและทางเลือกตามความพึงพอใจของผู้ป่วยเอง เพื่อเกิดการฟื้นหายจากโรคซึมเศร้าโดย "การสนับสนุนทางธรรมชาติ" ในการให้ความสำคัญกับความเป็นอิสระส่วนบุคคล การเสริมสร้างแรงจูงใจ และการสนับสนุนจากครอบครัว

กินยาทุกวันไม่ขาด ขณะที่ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับอาการต่างๆของโรค ผู้ป่วยมีการรับประทานยาที่แพทย์สั่งทุกวันอย่างสม่ำเสมอและไม่ขาดยา ทำให้อาการดีขึ้น ซึ่งการรักษาต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเพื่อมีการฟื้นหายจากโรคซึมเศร้าได้ ดังที่ Parsons (1951) อธิบายว่า พฤติกรรมที่เป็นบทบาทของการเจ็บป่วย (sick role behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากได้ทราบผลการวินิจฉัยแล้ว เป็นพฤติกรรมที่ทำตามคำสั่งหรือคำแนะนำของผู้ให้การรักษาเพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งการแสดงออกของพฤติกรรมหลังจากได้รับการวินิจฉัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจะทำให้มีอาการป่วยดีขึ้น เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การสั่งงด บุหรี่ สุรา หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด การออกกำลังกาย การควบคุมอาหารและน้ำหนัก การมาหาแพทย์ตามนัด เป็นต้น สอดคล้องกับ Vergouwen et al. (2003) อธิบายว่า การรับประทานยามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการประสบความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ Larson et al. (1994) กล่าวว่า การจัดการอาการ กระบวนการที่เป็นพลวัตร ที่มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการต่างๆ ตลอดเวลาจนเป็นที่พอใจ ผู้ป่วยยอมรับโดยมีเป้าหมายเพื่อบรรเทา ชะลอผลลบด้วยการรักษาทางการแพทย์ การพึ่งพาทีมสุขภาพ และการดูแลตนเองโดยเริ่มต้นจากประเมินประสบการณ์การมีอาการด้วยมุมมองของผู้ป่วย การจัดการกับอาการรวมถึงการจัดการกระทำและพัฒนาวิธีการในการจัดการกระทำ นอกจากนี้ยังต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ สอดคล้องกับ Koivumaa et al. (2000) พบว่า ผู้ป่วยมีการฟื้นหาย (recovery) หลังจากเริ่มได้รับยาต้านเศร้า และการกลับเป็นซ้ำไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในชีวิตหรือการเจ็บป่วยทางกาย ดังเช่นการศึกษาของ Bursa et al. (2007) พบว่า กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าหรือได้รับการรักษาด้วยการทำจิตบำบัด มีอาการซึมเศร้ามลดลงในเดือนที่ 8 เดือน สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของบุคคลได้ดีขึ้น มี

การใช้ยาลดลง การเกิดโรคร่วมมีน้อยลง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลดีขึ้น นั้นแสดงว่าบุคคลมีความเข้าใจในการควบคุมตัวเอง (self-control) ในด้านการดูแลสุขภาพมากขึ้น อีกทั้ง Streubert et al. (2011) พบว่าการนอนที่เพียงพอก็ทำให้การเกิดอาการต่างๆ ของภาวะซึมเศร้าลดลงได้ โดยที่ นุสรารักษ์ทรพร (2547) พบว่า การจัดการอาการด้วยตนเอง ได้แก่ การไปปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การระบาย อารมณ์กับคนใกล้ชิด และการควบคุมตนเองด้วยการตั้งสติและการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ออกกำลังกายให้สดชื่นแจ่มใส ผู้ป่วยหลายรายออกกำลังกายให้ร่างกายสดชื่น ได้เหงื่อ ได้สังคมในการออกกำลังกาย เช่น การวิ่ง การต่อโยคะ บางรายเริ่มต้นทำกิจกรรมใหม่ต่างๆ ที่ตนเองชื่นชอบ เช่น ดูหนัง ฟังเพลง การสะสมวัตถุโบราณ พระพุทธรูป ไปเที่ยวพักผ่อนกับครอบครัวหรือเพื่อนๆ การถูกเชิญเป็นอาจารย์พิเศษสอนให้กับนักศึกษา เป็นต้น ซึ่งการรักษาต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเพื่อมีการฟื้นฟูจากโรคซึมเศร้าได้ ดังที่ Parsons (1951) อธิบายว่า พฤติกรรมที่เป็นบทบาทของการเจ็บป่วย (sick role behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากได้ทราบผลการวินิจฉัยแล้ว เป็นพฤติกรรมที่ทำตามคำสั่งหรือคำแนะนำของผู้ให้การรักษา เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งการแสดงออกของพฤติกรรมหลังจากได้รับการวินิจฉัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจะทำให้อาการป่วยดีขึ้น เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การสั่งงด บุหรี่ สุรา หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด การออกกำลังกาย การควบคุมอาหารและน้ำหนัก การมาหาแพทย์ตามนัด เป็นต้น นอกจากนี้ Larson et al. (1994) กล่าวว่า การจัดการอาการ กระบวนการที่เป็นพลวัต ที่มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการต่างๆ ตลอดเวลาจนเป็นที่พอใจ ผู้ป่วยยอมรับโดยมีเป้าหมายเพื่อ บรรเทา ผลลัพท์ด้วยการรักษาทางการแพทย์ การพึ่งพาที่มสุขภาพ และการดูแลตนเองโดย เริ่มต้นจากประเมินประสบการณ์การมีอาการด้วยมุมมองของผู้ป่วย การจัดการกับอาการรวมถึงการจัดการกระทำและพัฒนาวิธีการในการจัดการกระทำ นอกจากนี้ยังต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ สอดคล้องกับ Koivumaa et al. (2000) พบว่า ผู้ป่วยมีการฟื้นฟู (recovery) หลังจากเริ่มได้รับยาต้านเศร้า และการกลับเป็นซ้ำไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในชีวิตหรือการเจ็บป่วยทางกาย ดังเช่นการศึกษาของ Bursa et al. (2007) พบว่า กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าหรือได้รับการรักษาด้วยการทำจิตบำบัด มีอาการซึมเศร้าลดลงในเดือนที่ 8 เดือน สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของบุคคลได้ดีขึ้น มีการใช้ยาลดลง การเกิดโรคร่วมมีน้อยลง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลดีขึ้น นั้นแสดงว่าบุคคลมีความเข้าใจในการควบคุมตัวเอง (self-control) ในด้านการดูแลสุขภาพมากขึ้น อีกทั้ง Streubert et al. (2011) พบว่าการนอนที่เพียงพอก็ทำให้การเกิดอาการต่างๆ ของภาวะซึมเศร้าลดลงได้ โดยที่ นุสรารักษ์ทรพร (2547) พบว่า การจัดการอาการ

ด้วยตนเอง ได้แก่ การไปปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การระบาย อารมณ์กับคนใกล้ชิด และการควบคุมตนเองด้วยการตั้งสติและการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เรียนรู้การพัฒนาและรักษาสัมพันธ์ภาพกับคนรอบข้าง ในช่วงที่ผู้ป่วยยังมีอาการของโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยมีการเก็บตัว ไม่สนใจกับใคร มีโลกส่วนตัวสูง แยกตัวออกจากสังคมหรือถูกตีตัวออกห่าง ทำให้มีความสัมพันธ์กับคนรอบข้างเปลี่ยนแปลงไปได้ อาจมีการสูญเสียความสัมพันธ์กับผู้ที่ไม่เข้าใจในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยไป ซึ่งผู้ป่วยบางรายไม่สามารถที่จะควบคุมความคิดและพฤติกรรมของตนเองได้ โลกของผู้ป่วยเหมือนสีเทาหม่นทั้งร่างกายและจิตใจ ไม่สามารถนำคำแนะนำใดๆจากผู้อื่นมาประยุกต์ใช้เพื่อแก้ไขปัญหาของตนเองได้ และคิดว่าไม่มีผู้ใดเข้าใจสิ่งที่ผู้ป่วยเป็นอยู่จริง ผู้ป่วยบางรายแสดงพฤติกรรมตำหนิและไม่ใส่ใจความรู้สึกของคนรอบข้างนั้น ทำให้โดนตีตัวออกห่าง ผู้ป่วยรู้สึกเหมือนโดนทิ้งให้เดียวดายอยู่เพียงผู้เดียว แต่ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นแล้ว ผู้ป่วยตัดสินใจบอกเล่าเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคซึมเศร้าที่เป็นอยู่ให้แก่คนรอบข้างฟัง เพื่อเข้าใจและรับรู้ว่าคุณผู้ป่วยมีปัญหา เช่น ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน จนผู้ป่วยได้รับกำลังใจจากคนรอบข้างกลับมาอีกครั้ง ซึ่งผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะตั้งรับและรักษาความสัมพันธ์กับคนรอบข้างไว้ไม่ให้สูญเสียไปอีก เนื่องจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเป็นสิ่งสำคัญในการลดความเครียดที่มีอยู่ เป็นกำลังและแรงผลักดันในการต่อสู้ชีวิตมากขึ้น ดังที่ Ahern & Fisher (2001) กล่าวว่าองค์ประกอบหลักของการฟื้นฟู (recovery) คือสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (relationship) โดยพบว่าการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น (relationship) เป็นลักษณะของตนเอง (Sense of Self) ที่ทำให้บุคคลสามารถควบคุมชีวิตตัวเองได้ ผลการศึกษาของ Simon et al. (1995) พบว่าการติดต่อพูดคุยกับครอบครัวและเพื่อนๆ เป็นปัจจัยส่งเสริมการฟื้นฟู (recovery) มากที่สุด

ตั้งเป้าหมายชีวิตใหม่ เมื่อผู้ป่วยและคนรอบข้างมีความเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเป็น สามารถพัฒนาและรักษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและคนรอบข้างได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถให้ความสำคัญกับตนเองได้มากขึ้น มองว่าตนเองยังสามารถทำสิ่งต่างๆได้อีกมากมาย และเริ่มตั้งเป้าหมายในชีวิตใหม่ที่เกิดขึ้น โดยการวางแผนเพื่อทำในสิ่งที่เคยวางแผนไว้ก่อนเจ็บป่วย เช่น ตั้งใจทำงานเพื่อเก็บเงินไว้เลี้ยงดูครอบครัวในภายภาคหน้า บางรายตั้งเป้าหมายมีชีวิตเพื่อเรียนรู้สิ่งต่างๆอีกมากมายในชีวิตที่ยังไม่มีโอกาสได้เรียนรู้ และได้ตามหาสิ่งที่ตนชื่นชอบ เช่น การวาดรูป การได้เล่นกับสัตว์เลี้ยงที่ตนรัก การได้ติดตามนักร้องและวงดนตรีที่ชื่นชอบ การเปิดร้านขายของออนไลน์เป็นชื่อของตนเอง บางรายแสวงหาวิธีสร้างความสุขเพื่อฆ่าความทุกข์ซึ่งเป็นอาหารของโรคซึมเศร้า บางรายตั้งเป้าหมายจะมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและสบายใจทั้งตนเองและครอบครัว บางรายตั้งเป้าหมายเพื่อเห็นความสำเร็จในชีวิตของบุตร เป็นเสมือนแรงผลักดันให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูเพื่อไปสู่เป้าหมายในชีวิตที่ตั้งไว้ โดยมี

ความสัมพันธ์กับผลการวิจัยของ Duangduen, B. (2004) ที่สรุปได้ว่าการทำบาตตามหน้าที่เป็นสิ่งที่สำคัญมาก เพราะถือว่าเป็นการนำมาซึ่งความหวัง (hope) การฟื้นฟู (healing) และการฟื้นคืนสู่สภาพเดิมหรือการฟื้นฟู (recovery) เพื่อกลับไปสู่สังคมหรือชุมชนต่อไป โดย Chernomas (1999) อธิบายว่า ตนเองคือผู้เยียวยา (The self as healer) ตัวผู้ป่วยเองเป็นปัจจัยสำคัญในการที่จะพยายามฟื้นคืน การควบคุมและการรักษา พวกเขาเชื่อว่าหากพวกเขาสามารถผลักดันตัวเองให้สามารถกลับไปทำอะไรได้ จะทำให้พวกเขาดีขึ้นซึ่งอาจจะประเมินได้จากที่พวกเขาสามารถพบกับความสุขอีกครั้ง และบางอย่างที่พวกเขาเลือกทำแล้วประสบผลสำเร็จ การยอมรับและการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Acceptance and belonging) การได้รับการยอมรับจากคนอื่นและความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งนั้นมีแนวโน้มที่จะรู้สึกสบายและผ่อนคลาย ซึ่งอาจจะทำให้พบทางออก

ทำตนเองให้เป็นประโยชน์ เมื่อผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ผู้ป่วยหลายรายมีโอกาแบ่งปันประสบการณ์การฟื้นฟูจากโรคมะเร็งทำให้ผู้ป่วยรายอื่นด้วยความเข้าใจ เข้าใจ เพื่อช่วยเหลือ ให้กำลังใจและกลับมามีความสุขในชีวิตอีกครั้งเหมือนดังที่เคยมี เมื่อผู้ป่วยสังเกตเห็นผู้ที่ได้รับการช่วยเหลือนั้นมีความสุขมากขึ้น “เขารู้สึกไม่โดดเดี่ยวอีกต่อไป เนื่องจากมีคนเข้าใจเขา” ผู้ป่วยยังรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามากขึ้น รู้สึกเป็นเกียรติ และยินดีที่ได้ช่วยเหลือผู้ป่วยรายอื่นด้วยประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้นกับตัวของผู้ป่วยโดยไม่หวังสิ่งใดตอบแทน ซึ่งหากมีการสัมมนาหรือเวทีสาธารณะใดที่ต้องการประสบการณ์ตรงนี้ก็ยินดีที่จะให้ความช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน เนื่องจากการไปปรึกษาหรือขอข้อมูลจากผู้ที่ไม่ได้ป่วยนั้นอาจจะไม่ได้ข้อมูลที่แท้จริง ซึ่งต่างคนต่างมีวิธีที่หลากหลายไปสู่เป้าหมายเดียวกันคือการฟื้นฟูจากโรคมะเร็ง ผู้ป่วยบางรายเลือกเป็นอาสาสมัครช่วยกิจกรรมสาธารณะประโยชน์ต่างๆ เช่น การสร้างโรงเรียน เมื่อผู้ป่วยทำแล้วรู้สึกเป็นการเบียดเบียนความสนใจจากอาการมะเร็งและการอยู่กับสถานการณ์เดิมๆ สิ่งแวดล้อมเดิมๆ ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีค่า และยังสามารถทำประโยชน์ให้กับผู้อื่นได้อีกมากมาย เหมือนการทำจิตบำบัดให้แก่ตนเอง ทำให้ตนรู้สึกดีที่ได้มีโอกาสพูด และได้แบ่งปันความรู้สึกกับผู้ป่วยรายอื่น ซึ่งเมื่อผู้ให้ข้อมูลมีอาการดีขึ้นแล้ว มีการควบคุมความคิดและพฤติกรรม รวมถึงการตัดสินใจช่วยเหลือผู้อื่นที่ด้อยกว่าตน บ้างก็เป็นอาสาสมัครไปช่วยผู้คนในชุมชน บ้างก็ช่วยเหลือผู้ป่วยโรคมะเร็ง ดังที่ Chernomas (1999) อธิบายว่า ตนเองคือผู้เยียวยา (The self as healer) ตัวผู้ป่วยเองเป็นปัจจัยสำคัญในการที่จะพยายามฟื้นคืน การควบคุมและการรักษา พวกเขาเชื่อว่าหากพวกเขาสามารถผลักดันตัวเองให้สามารถกลับไปทำอะไรได้ จะทำให้พวกเขาดีขึ้นซึ่งอาจจะประเมินได้จากที่พวกเขาสามารถพบกับความสุขอีกครั้ง และบางอย่างที่พวกเขาเลือกทำแล้วประสบผลสำเร็จ การยอมรับและการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Acceptance and belonging) การได้รับการยอมรับจากคนอื่นและความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งนั้นมีแนวโน้มที่จะรู้สึกสบายและผ่อนคลาย ซึ่งอาจจะทำให้พบทางออกของภาวะมะเร็ง

ประเด็นที่ 3 กำลังใจเป็นสิ่งมีค่าและสำคัญ

ให้กำลังใจตัวเอง การเผชิญหน้ากับโรคซึมเศร้าเป็นบททดสอบของชีวิตที่ทำทนาย และเชื่อว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลายๆรายรู้สึกไม่แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการเจ็บป่วยในครั้งนี้และข้ามผ่านการเผชิญหน้าโรคซึมเศร้าไปได้ด้วยกำลังใจจากจิตใจที่เข้มแข็งของตนเอง ผู้ป่วยมีความรู้สึกภูมิใจกับตนเอง เริ่มชีวิตใหม่ด้วยให้ความสำคัญกับตนเอง มองไปข้างหน้า เนื่องจากยังสามารถทำอะไรที่มีประโยชน์ได้อีกมากมาย ซึ่งการหายจากโรคซึมเศร้าสิ่งสำคัญนอกจากการได้รับกำลังใจจากครอบครัวแล้ว กำลังใจจากตัวเองและการเห็นคุณค่าของตัวเองนั้นสำคัญกว่า การให้กำลังใจตนเองว่าโรคนี้นั้นก็เหมือนกับโรคไข้หวัด ที่สามารถรักษาหายได้เช่นกัน ซึ่ง Ahern & Fisher (2001) ที่ได้อธิบายว่า Empowerment Model of Recovery หรือ รูปแบบพลังอำนาจของการฟื้นคืนสภาพจากการป่วยขึ้น และเชื่อว่าการฟื้นหายจะดีขึ้นได้ถ้าคนมีความหวัง (hope) และหลังจากที่มีการฟื้นหายแล้วการได้เรียนรู้ทักษะต่างๆเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องนำมาจัดการกับอารมณ์และชีวิตของตนเอง โดย Chernomas (1999) อธิบายว่า ตนเองคือผู้เยียวยา (The self as healer) ตัวผู้ป่วยเองเป็นปัจจัยสำคัญในการที่จะพยายามฟื้นคืน การควบคุมและการรักษา พวกเขาเชื่อว่าหากพวกเขาสามารถผลักดันตัวเองให้สามารถกลับไปทำอะไรได้ จะทำให้พวกเขาดีขึ้นซึ่งอาจจะประเมินได้จากที่พวกเขาสามารถพบกับความสุขอีกครั้ง และบางอย่างที่พวกเขาเลือกทำแล้วประสบผลสำเร็จ การยอมรับและการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Acceptance and belonging) การได้รับการยอมรับจากคนอื่นและความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งนั้นมีแนวโน้มที่จะรู้สึกสบายและผ่อนคลาย ซึ่งอาจจะทำให้พบทางออก

ได้รับกำลังใจจากครอบครัว ผู้ป่วยต้องเผชิญกับโรคซึมเศร้าด้วยความยากลำบากและมีความรู้สึกที่หลากหลาย บ้างก็ต้องต่อสู้ด้วยความยากลำบากกับทั้งอาการ ทั้งอารมณ์ซึมเศร้าของตนเอง และทั้งสังคมรอบข้างที่ยังไม่เข้าใจผู้ป่วย บ้างก็ท้อแท้ โดยในระยะของการฟื้นหายนี้กำลังใจจากครอบครัวนั้นเป็นสิ่งสำคัญ แม้ว่าจะช่วยอะไรไม่ได้มาก แต่สามารถที่จะอยู่เคียงข้างในยามที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือได้ขณะที่อาการกำเริบหรือช่วงเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลควบคุมตนเองไม่ได้ บางรายให้คำจำกัดความว่า “Stand by” ซึ่งผู้ป่วยจะมีความรู้สึกว่าตนเองไม่ได้เผชิญกับโรคซึมเศร้าเพียงผู้เดียว โดยยังมีครอบครัว เช่น ครอบครัว ที่ต้องเผชิญด้วย และการเก็บกำลังใจของผู้ป่วยเหมือนการเติมลงในแก้วน้ำที่รั่ว ซึ่งต้องเติมจนกว่าจะอุดรอยรั่วนั้นได้ แต่เมื่อผู้ป่วยได้รับกำลังใจ ความเข้าใจ การใส่ใจ การให้เวลา และการเปิดโอกาสให้ระบายความคับข้องใจจากครอบครัว เช่น เพื่อน ครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยพร้อมจะตั้งรับและควบคุมตัวเองให้ได้ ดังเช่นคำกล่าวของผู้ป่วยที่ว่า “โรคซึมเศร้าสามารถหายขาดได้ หากได้รับการรักษาที่ถูกต้อง และได้รับการดูแล ความเข้าใจจากคนใกล้ชิดและสังคมรอบข้าง ทุกปัญหาอย่ามหาทางออกออกได้หากยืนหยัดด้วยความรักและความเข้าใจ” ดังที่ Lin and Dean (1984) อธิบายว่าการสนับสนุนทางสังคม (Social support) นั้นคือการส่งเสริม

และเสริมแรงด้วยวิธีที่ถูกต้องและเหมาะสม สอดคล้องกับ Streubert et al. (2011) อธิบายว่าการติดต่อกับครอบครัวและเพื่อนๆ เป็นปัจจัยส่งเสริมการฟื้นหาย (recovery) มากที่สุด สอดคล้องกับ Peden (1993) โดยพบว่า การฟื้นหายด้วยการกำหนดตนเอง ซึ่งมีองค์ประกอบย่อยคือ การสนับสนุนจากเพื่อน และครอบครัว การทำงานหนัก และการประสบ ความสำเร็จ การกำหนดตนเองนี้ รวมไปถึงการเลือกที่มีสติ หรือมีความรู้ ความเข้าใจในการเลือก การตัดสินใจนั้น ซึ่งการสนับสนุนจากเพื่อน และครอบครัวเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการหาย (recovery) รวมถึงสัมพันธ์ภาพในเชิงบวก เครือข่ายการช่วยเหลือทางสังคมที่เพียงพอจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Duangduen (2004) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 70 ไม่มีอาการซึมเศร้า มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง และจากการศึกษาของ Seeherunwong et al. (2002) ที่กล่าวว่า การแสวงหาความช่วยเหลือเป็นกระบวนการที่สตรีซึมเศร้ามองเห็นถึงแหล่งที่จะให้ความช่วยเหลือไม่ว่าจะเป็นจากบุคลากรทางด้านสุขภาพหรือจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลที่ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจ และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน มีส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นหายจากโรคซึมเศร้าได้โดยการให้กำลังใจ ให้ความเข้าใจ ให้ความยอมรับ เป็นที่พึ่งพิงให้ผู้ป่วย ส่งเสริมหรือสร้างศักยภาพของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเอง โดยครอบครัวและเพื่อนสามารถช่วยผู้ป่วยได้ในทุกกลวิธี

ประเด็นที่ 4 กลับมาทำบทบาทและหน้าที่ต่างๆในชีวิตได้ตามปกติ

สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ภายหลังจากที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ว่าตนเองมีการฟื้นหายจากโรคซึมเศร้า โดยไม่มีอาการผิดปกติต่างๆ เช่น อาการซึมเศร้า เบื่อหน่าย การแยกตัวจากสังคม และความคิดฆ่าตัวตาย จนสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติและมีความสุขกับชีวิต ผู้ป่วยได้ให้ความสำคัญกับตนเองมากขึ้น มองไปในอนาคตข้างหน้า เรียนรู้และทบทวนสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้น และสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆได้ กลับมาใช้ชีวิตประจำวันและทำงานได้ บางรายให้คำจำกัดของการฟื้นหายว่า ได้ใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติและมีความสุขกับชีวิต ได้ตัวตนที่แท้จริงของตนเองคืนกลับมา เหมือนก้าวผ่านความรู้สึกบางอย่างที่ติดค้างอยู่ในใจออกมาได้ เสมือนได้ชีวิตใหม่ ไม่เป็นภาระของผู้อื่น นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความสำเร็จในการทำงานเพิ่มขึ้น มีการเข้าหาสังคมมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น ดังที่ Peden (1993) อธิบายว่าเป็นระยะรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ซึ่งเชื่อมโยงกับการดำรงความสมดุล (maintaining balance) ซึ่งระยะนี้เป็นจุดที่มีภาวะสุขภาพดีที่สุด (most healthy point) ในกระบวนการหายโดยประสบการณ์การประสบความสำเร็จ ช่วยเอื้อให้มีการคงอยู่ และดำเนินต่อไป การยอมรับตนเองเกิดในระหว่างกระบวนการหายสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รู้ข้อดีข้อเสียของตนเอง และมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองเป็นประสบการณ์

แรก และนำไปสู่การดำรงไว้ซึ่งความสมดุล โดยผู้ป่วยจะพยายามไขทักษะต่างๆในการหายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเกิดความสำเร็จที่ต่อเนื่องและช่วยในการคงไว้ซึ่งความสมดุล ซึ่งทักษะต่างๆได้รับการส่งเสริมจากบุคลากรทางวิชาชีพจะใช้ในช่วงระยะแรกๆของการหาย และใช้เมื่อภาวะซึมเศร้าลดลงแล้ว ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Seeherunwong et al. (2002) ที่กล่าวว่า การฟื้นหายจากความซึมเศร้า ประกอบด้วย มโนทัศน์การคลายปมและการเติบโตในตนเอง ช่วงนี้เป็นช่วงที่สามารถฟื้นคืนหายจากความซึมเศร้าได้อย่างสมบูรณ์ รู้สึกถึงคุณค่าของตนเองและกลับกลายเป็นบุคคลใหม่ที่เติบโตในตนเองสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติและมีความสุข นอกจากนี้ผลการศึกษาของ Warren & Lutz (2000) พบว่าการฟื้นหาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง (Self-esteem) มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Unsworth (1999) ที่อธิบายว่าการหายคือความไม่สุขสบายกายลดลง ความทุกข์ใจลดลง มีความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันได้มากขึ้น มีสัมพันธภาพกับคนอื่นดีขึ้น มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่มากขึ้น มีความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น รู้สึกได้รับกำลังใจ ได้รับการยอมรับ และความรู้สึกเป็นตราบาปลดลง นอกจากนี้การศึกษาของ สุวดี จันดี กระจยม (2546) พบว่าผู้ป่วยรับรู้ถึงการหายจากภาวะซึมเศร้าโดยพิจารณาจากการกลับสู่ภาวะปกติก่อนป่วย ร่วมกับการสังเกตจากการนอนหลับ และการรับประทานอาหารได้ดี และยังคงครอบคลุมถึงการมีศักยภาพ การมีสมาธิ การคิดที่ดี การตัดสินใจ การมีอารมณ์ที่ดี การควบคุมตนเองได้ ความมั่นใจและความสำเร็จ การสนใจดูแลตัวเอง การมีความหวัง มีกำลังใจ ความศรัทธา ความเชื่อ การมีสุขภาพกายที่แข็งแรง การมีจิตใจที่ตีเข้มแข็ง และสัมพันธภาพที่ดีกับคนอื่น ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นการรับรู้ลักษณะการหายจากภาวะซึมเศร้าตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเอง

สายใยความสัมพันธ์ของครอบครัวไม่อาจตัดได้ ขณะที่เจ็บป่วย ผู้ป่วยอาจจะบกร่องในการทำบทบาทต่างๆในครอบครัวไป เช่น บิดา มารดา บุตร ซึ่งผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าครอบครัวมีความกังวลเครียดกับโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างยิ่ง นอกจากนั้นยังรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของสมาชิกในครอบครัวเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้านั้นเป็นเรื่องที่เข้าใจได้ยาก ครอบครัวต้องเสียสละเวลามาช่วยประคับประคองผู้ป่วยไว้ ทำให้ผู้ป่วยได้เห็นความโชคดีในชีวิตที่ยังมีสายสัมพันธ์ของครอบครัวที่เหนียวแน่น เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น สามารถกลับมาปฏิบัติหน้าที่ในบทบาทต่างๆได้อย่างมีความสุข รวมถึงคืนบทบาทในครอบครัว ทำให้ตนเข้มแข็งมากขึ้นกว่าเดิมในการต่อสู้เพื่อหายโรคซึมเศร้าและคืนความสุขให้แก่ครอบครัว โดยผู้ป่วยเชื่อว่าไม่มีสิ่งใดที่จะตัดสายใยความสัมพันธ์ของครอบครัวได้ พุดคุยกันมากขึ้น ใช้เวลาวางด้วยกันมากขึ้น ทำให้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวดีขึ้นดังที่ Ahern & Fisher (2001) อธิบายไว้ว่า มีองค์ประกอบหลักของการฟื้นหาย (recovery) คือสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (relationship) พบว่าการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น (relationship) เป็นลักษณะของตนเอง (Sense of Self) ที่ทำให้บุคคลสามารถควบคุมชีวิตตัวเองได้ นอกจากนี้ยังพบว่า

ครอบครัวมีบทบาทสำคัญการฟื้นฟู (recovery) เป็นอย่างยิ่ง สอดคล้องกับ Peden (1993) โดยพบว่า การฟื้นฟูด้วยการกำหนดตนเอง ซึ่งมีองค์ประกอบย่อยคือ การสนับสนุนจากเพื่อน และครอบครัว การทำงานหนัก และการประสบ ความสำเร็จ การกำหนดตนเองนี้รวมไปถึงการเลือกที่มีสติ หรือมีความรู้ ความเข้าใจในการเลือก การตัดสินใจนั้น ซึ่งการสนับสนุนจากเพื่อน และครอบครัว เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการหาย (recovery) รวมถึงสัมพันธภาพในเชิงบวก เครือข่ายการช่วยเหลือทางสังคมที่เพียงพอจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Duangduen (2004) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 70 ไม่มีอาการซึมเศร้า มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง และจากการศึกษาของ Seeherunwong et al. (2002) ที่กล่าวว่า การแสวงหาความช่วยเหลือเป็นกระบวนการที่สตรีซึมเศร้ามองเห็นถึงแหล่งที่จะให้ความช่วยเหลือไม่ว่าจะเป็นจากบุคลากรทางด้านสุขภาพหรือจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลที่ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจ และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน มีส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูจากโรคซึมเศร้าได้โดยการให้กำลังใจ ให้ความเข้าใจ ให้ความยอมรับ เป็นที่พึ่งพิงให้ผู้ป่วย ส่งเสริมหรือสร้างศักยภาพของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเอง โดยครอบครัวและเพื่อนสามารถช่วยผู้ป่วยได้ในทุกวิถี

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาในครั้งนี้มีประเด็นข้อค้นพบที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลและการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกในผู้ป่วยที่มีบริบทคล้ายกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้ดังนี้

1. จากการศึกษาพบว่า ภายหลังจากที่ผู้ป่วยเกิดอาการผิดปกติต่างๆ ทำให้สูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงาน และการทำบทบาทหน้าที่ต่างๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดความสงสัยในอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น บางรายแสวงหาและเปรียบเทียบข้อมูลด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ต บางรายบอกเล่าและขอความช่วยเหลือจากคนรอบข้าง เช่น ครอบครัว เพื่อน ร่วมงาน สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกต้องการความช่วยเหลือ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมการสร้างสื่อที่เข้าใจง่ายและส่งต่อทางอินเทอร์เน็ต เช่น ไลน์ เฟสบุ๊ก เพื่อให้ผู้ที่พบอาการผิดปกติได้เข้าถึงข้อมูลและเปรียบเทียบอาการผิดปกติที่พบได้ง่ายขึ้น รวมทั้งส่งเสริมความรู้และความเข้าใจแก่ประชาชนทางสื่อต่างๆ เกี่ยวกับอาการผิดปกติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การดูแลผู้ป่วย รวมถึงการนำผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้อย่างถูกต้อง

2. จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกต้องการความเข้าใจและกำลังใจจากคนรอบข้าง เช่น ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน ดังนั้นจึงควรเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การให้กำลังใจ และการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง เพื่อคนรอบข้างผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ให้กำลังใจ และดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในช่วงที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกต้องเผชิญกับอาการต่างๆของโรค จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการฟื้นฟูหายจากโรคและกลับมาดำเนินชีวิตได้เหมือนเดิม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์การฟื้นฟูหายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ผลการวิจัยอาจนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานหรือเป็นแนวทางการวิจัย เพื่อพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูหายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก และสามารถนำผลการวิจัยไปใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกที่มีบริบทคล้ายคลึงกับบริบทที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเพิ่มเติมดังต่อไปนี้

1. ควรมีการศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆที่ส่งผลต่อการฟื้นฟูหายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก เพื่อพัฒนารูปแบบของการให้บริการทางสุขภาพจิตต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการวิจัยเชิงปริมาณที่เสริมสร้างกำลังใจให้แก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก เนื่องจากกำลังใจเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับวินิจฉัยครั้งแรกเกิดการฟื้นฟูหายได้

รายการอ้างอิง

- กรมการปกครองและสำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2556). **สำรวจประชากรผู้ป่วยซึมเศร้าในประเทศไทยไทยปีงบประมาณ 2555-2556**. กรุงเทพมหานคร: กรมการปกครองและสำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2553). **แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้า สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ (Clinical Practice Guideline of Major Depressive Disorder for General Practitioner : CPG-MDD-GP)**. อุบลราชธานี: หจก.ศิริธรรมออฟเซ็ท.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2559). **แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) และนโยบายกรมสุขภาพจิต ประจำปี 2560-2561**. นนทบุรี: สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560). **รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ายอดสะสมตั้งแต่ปี 2552 ถึงปัจจุบัน ณ วันที่ 25 มกราคม 2560**. สืบค้นจาก www.thaidepression.com/www/report/main_report/pdf/ahb_25-01_17_mix.pdf. เมื่อวันที่ 30 มกราคม 2560.
- กัลยา นาคเพ็ชร์. (2548). **จิตวิทยาพัฒนาการสำหรับพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์สุภาจำกัด.
- กิตติวรรณ เทียมแก้ว และคณะ. (2550). **ต้นทุนบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในสถานพยาบาลภาครัฐของประเทศไทย**. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 15: 10-21.
- จอนณะจง เพ็งจาด. (2553). **การใช้ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสันในการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง**. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 3(1-3):1-17.
- ชนิดา กาญจนลาภ. (2543). **โรคอารมณ์ซึมเศร้าคำถามที่คุณมีคำตอบที่คุณต้องการ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หน้าต่างสู่สุขภาพ.
- ชาย โพธิสิตา. (2559). **ศาสตร์และศิลป์แห่งการเขียนวิจัยเชิงคุณภาพ**. กรุงเทพฯ. อมรินทร์พริ้นติ้ง.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2532). **จดหมายข่าวราชบัณฑิตยสถาน ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๓๒**. สืบค้นจาก <http://www.royin.go.th/?knowledges=%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%AA%E0%B8%9A%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%93%E0%B9%8C>. เมื่อวันที่ 21 เมษายน 2560.

- โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต. (2551). **ความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทย : ผลจากการสำรวจระดับชาติปี 2551**. สืบค้นจาก <http://www.dmh.go.th/downloadportal/Morbidity/Depress2551.pdf>. เมื่อวันที่ 30 มกราคม 2560.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2558). **จิตเวชศาสตร์รามาชิตี**. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาโนช หล่อตระกูล และคณะ. (2559). **ตำราพฤติกรรมศาสตร์ทางการแพทย์**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สรยุทธ วาสิกนันทน์. (2547). การศึกษาผู้ป่วยโรคจิตเวชร่วมกับโรคติดยา. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**, 49(1): 43-57.
- สรยุทธ วาสิกนันทน์. (2549). **โรคซึมเศร้า: การทบทวนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบบวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช**. สงขลา: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สรยุทธ วาสิกนันทน์. (2551). โรคซึมเศร้า การใช้ยาแก้ซึมเศร้า และภาวะบกพร่องทางเพศ. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**, 53(2): 207-219.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2543). **โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สินเงิน สุขสมปอง และคณะ. (2559). ความชุกของโรคจิตเวชในสังคมเมืองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง: การทบทวนวรรณกรรม. **วารสารสวนปรุง**, 32(1): 28-41.
- สุชาติ พหลภาคย์. (2542). **ความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood disorders)**. (พิมพ์ครั้งที่ 1). ขอนแก่น: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2545). **การพยาบาลจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 3. พิษณุโลก: โรงพิมพ์รัตนสุวรรณ.
- สุวดี จันดีกระยอม. (2546). **การหายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหายจากภาวะซึมเศร้า ตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2558). **รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์บริษัท เดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.

- ดาราวรรณ ต๊ะปินตา. (2555). **ภาวะซึมเศร้า: การบำบัดและการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). **โรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์ผิดปกติ รักษาหายได้**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์.
- ธณินทร์ กองสุข และคณะ. (2553). **คู่มือผู้เข้ารับการอบรมแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. ศูนย์โรคซึมเศร้าไทย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี. โรงพิมพ์ศิริธรรมออฟเซต.
- นุสรรา วรภัทรพร. (2547). **ประสบการณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า**. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทศักดิ์ ชนะพันธ์ และอัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์. (2556). **ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้กับตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า**. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- นันทศักดิ์ ชนะพันธ์. (2556). **การฟื้นฟูจากโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า**. **วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย**, 6(1): 19-33.
- ธณินทร์ กองสุข และคณะ. (2551). **ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มารับบริการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 5 แห่ง ปี 2549**. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**, 53(1): 61-68.
- พรพรรณ ศรีโสภา และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2552). **ปัจจัยทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภาคตะวันออก**. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพร จีรวัดน์กุล. (2555). **การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล: ระเบียบวิธีวิจัยและกรณีศึกษา**. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์.
- ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน. (2553). **รายงานผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทย**. สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สมาคมจิตแพทย์ประเทศไทย: นนทบุรี.
- อัญญา ปลอดเปลื้อง. (2556). **การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยา**. **วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**, 13(2): 1-8.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2559). **การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล**. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2549). การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 19 (กรกฎาคม – ธันวาคม 2549)**. 18(2): 1-13.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรควิตกกังวล. (พิมพ์ครั้งที่4). กรุงเทพฯ: บริษัทธนาเพลสจำกัด.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัมพร กุลเวชกิจ และคณะ. (2553). ผลของการฝึกโยคะต่อความสุขและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**. 53(3): 261-268.

ภาษาอังกฤษ

- Ahern, L., & Fisher, D. (2001). Recovery at your own Pace. **Journal of Psychosocial Nursing**, 39(4), 22-32.
- Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. **Psycho Rehabil J**, 16(4):11-23.
- Ahmed, M., Bursztajn, H. J., Jalil, B., Khan, A. N., & Rahman, R. (2014). Maintenance of recovery from severe psychotic depression following successful electroconvulsive therapy in an elderly patient with “natural support”. **Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics**, 5(3), 99-100.
- American Psychiatric Association. (2000). **Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder (2ed)**. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (4th ed., text revision)**. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Antai-Otong, D. (2008). **Psychiatric nursing: Biological & behavioral concepts**. Clifton Park, NY: Thomson Delmar Learning.
- Barlow, D. H., Durand, V. M., and Stewart, S. H. (2006). **Abnormal psychology: An integrative approach**. Toronto: Nelson Education.

- Barney, L. J., Griffiths, K. M., Jorm, A. F., and Christensen, H. (2006). Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, 40(1), 51-54.
- Beck, J.S. (1995). **Cognitive therapy : basic and beyond**. New York: Guilford Press.
- Beck, C. T. (1998). A checklist to identify women at risk for developing postpartum depression. **APNSCAN**, 22, 3-4.
- Burcusa, S.L., and Iacono, W.G. (2007). Risk for recurrence in depression. **Clinical Psychology Review**. 27(9): 59-985.
- Chernomas, W.M. (1997). Experiencing depression: women in recovery. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing** 4, 393-400.
- Chick N, Melies A. (1986). A Nursing Concern. **Nursing research methodology: Issue and implementation** (pp. 237-257). Rockville, MD: Aspen.
- Clement, J. A. (1997). Manage Care and Recovery: Opportunities and Challenges for Psychiatric Nursing. **Archives of Psychiatric Nursing**. 11(5), 231-237.
- D' Zurilla T. J., and Nezu A. M. (2007). **Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention**. New York: Springer Publishing.
- Depression and Bipolar Support Alliance (DBSA). (2006). **Family and Friends Guide to Recovery from Depression and Bipolar Disorder**. Retrieved January 30, 2016, from www.DBSAAlliance.org.
- Dowrick, C., Shiels, C., Page, H., Ayuso-Mateos, J. L., Casey, P., Dalgard, O. S., and Whitehead, M. (2011). Predicting long-term recovery from depression in community settings in Western Europe: evidence from ODIN. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, 46(2), 119-126.
- Drew, N. (1993). Reenactment Interviewing : A Methodology for Phenomenological Research Image. **Journal of Nursing Scholarship**, 25(4), 345-351.
- Duangduen, B. (2004). **The relationship of learned resourcefulness social support and depressive symptoms**. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Thailand.
- Fava, G. A., Ruini, C., & Belaise, C. (2007). The concept of recovery in major depression. **Psychological Medicine**, 37(3), 307-317.

- Furakawa, T., Kitamura, T., and Katahashi, K. (2000). Time of recovery of an inception cohort with hitherto untreated Unipolar major depressive episode. **The British Journal of Psychiatry**, 177, 331-335.
- Husserl, E. (1969). **Ideas; general introduction to pure phenomenology**. (5th ed translated by W. R. B. Gibson). London: George allen & Unwin LTD.
- Ingela Skarsater et al. (2005). Sense of coherence and social support in relation to recovery in first-episode patients with major depression: A one-year prospective study. **Internation Journal of Mental Health Nursing** 14(4): 258-264.
- Katherine M. Fortinash and Patricia A. Holoday-Worret. (2004). **Psychiatric Mental Health Nursing**. Michigan: Mosby.
- Keltner, N., Schwecke, L., & Bostrom, C. (1995). **Psychiatric nursing**. St. Louis: Mosby.
- Kessing LV. (2004). Severity of depressive episodes according to ICD-10 : prediction of risk of relapse and suicide. **Br J Psychiatry** 184: 263-6.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., and Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the Comorbidity Survey Replication. **Arch Gen Psychiatry** 62: 593-602.
- Koch, T. (1995). Interpretive approaches in nursing research: The influence of Husserl and Heidegger. **Journal of advanced nursing** 21(5), 827-836.
- 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.
- Kupfer, D. J. (1991). Long-term treatment of depression. **Journal Clinic Psychiatry**. 52 (5supply): 28-34.
- Parsons, T. (1951). Illness and the role of the physician: A sociological perspective. **American Journal of orthopsychiatry**, 21(3), 452-460.
- Stuart, G.W., and araia, M.T. (2005). **Principles and Practice of Psychiatric Nursing**. 8th ed. St. Louis: Mosby Inc.

- Stuart, G. W. (2014). **Principles and practice of psychiatric nursing**. Elsevier Health Sciences.
- Lewin, L. (2003). **The Client with a Depressive Disorder**. In : Deborah, Antai-Otong CD, editor. **Psychiatric Nursing : Biological & Behavioral Concepts**. United States : Thomson Learning, Inc.
- Lin, N., and Dean, A. (1984). Social support and depression. **Social Psychiatry**, 19(2), 83-91.
- McSweeney, J.C., Allan, J.D., and Mayo, K. E. (1997). Exploring the use of explanatory models in nursing research and practice. **Journal of Nursing Scholaship**. 29(3). 243-248.
- Mishel, H.M. & Clayton M.F. (2003). Theories of uncertainty in illness. In M.J. Smith. **Mind range theory for nursing**. NY: Springer Publishing Company, Inc.
- Peden, A.R. (1996). Recovering from depression: a one year follow-up. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing** 3: 289-295.
- Peden, A.R. (1993). Recovering in depressed women: Research with Peplau's Theory. **Nursing Quarterly** 6 (3), 140-144.
- Power, M. (2013). CBT for depression. **The Wiley-Blackwell Handbook of Mood Disorders**, 173-191.
- Rew, L. (1996). **Awareness in Healing**. U.S.A.: Delma Publisher.
- Schreiber, R. (2001). Wandering in the Dark : woman's experiences with depression. **Health Care Woman International** 22(1 -2): 85 - 98.
- Seeherunwong, A., Boontong, T., Sindhu, S., and Nilchaikovit, T. (2002). Self-regaining from loss of self: A substantive theory of recovering from depression of middle-aged Thai women. **Thai Journal of Nursing Research** 6(4): 186-199.
- Seeherunwong, A. and Chantarujikapong, S. (2007). Development and Psychometric Testing of Depression Women's Self-regaining. **Thai Journal of Nursing Research**. 11(2): 73-86.
- Stuart, G., & Sundeen, S.(1995). **Principles and practice of psychiatric nursing**. St. Louis: Mosby.
- Simon, G. E., VonKorff, M., Barlow. W. (1995). Health Care Costs of Primary Care Patients With Recognized Depression. **ARCG GEN PSYCHIATRY**. 52: 850-856.

- Streubert, H.J., and Carpenter, D.R. (2011). **Qualitative research in nursing : Advancing the humanistic imperative 5th ed.** Philadelphia: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams and Wilkins.
- Tuma, T. A. (2000). Outcome of hospital-treated depression at 4.5 years: An elderly and a younger adult Cohort compared. **British Journal of Psychiatry**, 176, 224-228.
- Unsworth E. (1999). **Perspectives on the process of recovery from depression by older adult client: a Grounded theory study [Master' thesis]**. Columbia: The University of British Columbia.
- Vergouwen, A. C., Bakker, A., Katon, W. J., Verheij, T. J., and Koerselman, F. (2003). Improving adherence to antidepressants: a systematic review of interventions. **The Journal of clinical psychiatry**, 64(12), 1415-1420.
- Videbeck, S. L. (2001). **Psychiatric mental health nursing**. Philadelphia: Lippincott.
- Villaggi, B., Provencher, H., Coulombe, S., Meunier, S., Radziszewski, S., Hudon, C., and Houle, J. (2015). Self-management strategies in recovery from mood and anxiety disorders. **Global qualitative nursing research**, 2, 777-780.
- Warren, B.J., & Lutz, W.J. (2002). A Consumer-Oriented Practice Model for psychiatric mental health nursing. **Archives of Psychiatric Nursing** 14(3), 117-126.
- Woolfolk AE. (2007). **Educational psychology (10th ed.)**. Boston: Allyn & Bacon.
- World Health Organization. (2010). **ICD-10 Version:2010**. Retrieved May 27, 2012, from www.who.int/classifications/icd10



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก
เอกสารรับรองการอบรมจริยธรรมการวิจัยในคน
เอกสารรับรองโครงการวิจัย
ข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Patient/ Participant Information Sheet)
และใบยินยอมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed Consent Form)



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY





เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดย
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

โครงการวิจัยเรื่อง : ประสบการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

ผู้ดำเนินการวิจัยโดย : เรือตรีหญิงภาณุมาศ จิตสงบ

สถานที่ดำเนินการวิจัย : สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ระยะเวลาดำเนินการ : มกราคม ๒๕๖๑ - มกราคม ๒๕๖๒

เอกสารที่อนุมัติ

๑. โครงการวิจัย
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
๓. หนังสือยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้พิจารณาอนุมัติ
ในแง่จริยธรรมการวิจัยแล้วนั้น จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นได้

(นายวิทิตป์ วิชญโยธิน)
ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

เอกสารรับรองโครงการที่ ๐๐๓ / ๒๕๖๑ วันที่อนุมัติ 30 ม.ค. 2561

ข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Patient/ Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ ประสพการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก
ชื่อผู้วิจัย เรือโทหญิง ภาณุมาศ จิตสงข
หมายเลขโทรศัพท์ 098-2787357 E-mail : panumas_j@outlook.com
สถานที่ปฏิบัติงาน กองแพทย์ สำนักงานแพทย์ทหาร กองบัญชาการกองทัพไทย 10210
สถานที่ดำเนินการวิจัย ตึกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

1. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัย ประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1.1 โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาประสพการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาถึงความหมายและประสพการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

1.3 การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ที่ผู้วิจัยคาดว่าไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ซึ่งระบุถึงผู้ที่เข้าร่วมในการวิจัยจะถูกถอดออกเป็นรหัสใช้เป็นนามสมมุติ และผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีข้อมูลใดๆ ที่สามารถเชื่อมโยงไปสู่ผู้ป่วยได้ เทปการสัมภาษณ์จะถูกเก็บไว้ในที่ที่ไม่มีใครสามารถเข้าถึงได้นอกจากผู้วิจัย และจะถูกลบทิ้งหรือทำลายเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย

2. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้ร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยนี้จะเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก โดยจะได้รับการติดต่อเป็นผู้ร่วมวิจัย และเป็นผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้วิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ซึ่งจะได้รับการติดต่อจากผู้วิจัยที่ตึกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อขอให้เป็นผู้ให้ข้อมูลโดยสมัครใจ

2.2 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกเป็นผู้นัดหมายวัน เวลา และสถานที่กับผู้วิจัยเพื่อการสัมภาษณ์

2.3 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้น ใช้เวลาในการสัมภาษณ์พูดคุย ประมาณ 45 นาที ถึง 90 นาที

2.4 ผู้วิจัยติดต่อขอสัมภาษณ์เพิ่มเติมในครั้งต่อไป หากข้อมูลที่ได้อาจไม่ครบถ้วนหรือเพื่อตรวจสอบความตรงและความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล

3. การติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีมีปัญหา (ตลอด 24 ชั่วโมง) สามารถติดต่อกับผู้วิจัยคือ เรือโทหญิง ภาณุมาศ จิตสงข ได้ตลอดเวลาที่เบอร์โทรศัพท์เคลื่อนที่ 098-278-7357

4. หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็วโดยไม่ชักช้า
5. ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ทราบข้อมูลของโครงการขั้นต้น ตลอดจนข้อดีข้อเสียที่ได้รับจากการเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ และยินยอมจะเข้าร่วมในโครงการดังกล่าว
6. ผู้เข้าร่วมในการวิจัยมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาในหน่วยบริการในโรงพยาบาลแต่ประการใด
7. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ป่วยหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เข้าร่วมในการวิจัย
8. ข้อมูลส่วนบุคคลจะถูกแยกออกจากข้อมูลที่เป็นประสบการณ์การฟื้นฟู เพื่อป้องกันการระบุถึงบุคคลผู้ให้สัมภาษณ์และจะถูกเก็บไว้กับผู้วิจัยเพียงคนเดียว ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ส่วนชื่อและที่อยู่ของผู้เข้าร่วมในการวิจัยจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ ยกเว้นว่าได้รับคำยินยอมไว้โดยกฎระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องเท่านั้นจึงจะเปิดเผยข้อมูลแก่สาธารณชนได้
9. จำนวนของผู้เข้าร่วมในการวิจัยโดยประมาณที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 15-20 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลจะหยุดเมื่อข้อมูลอิ่มตัว (Saturation) คือ ข้อมูลที่ได้เป็นประเด็นซ้ำๆ และไม่เกิดประเด็นใหม่ขึ้น

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed Consent Form)

ประสบการณ์การฟื้นฟูหายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

วันที่

ID

ข้าพเจ้า

อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย/ถนน แขวง/ตำบล

เขต/อำเภอ จังหวัด หมายเลขติดต่อ

ได้รับทราบจากผู้วิจัย ชื่อ เรือโทหญิง ภาณุมาศ จิตสงบ ที่อยู่ เลขที่ 88/18212 อาคาร 18 บ้านพักสวัสดิการข้าราชการ (ประชาชื่น) กองบัญชาการกองทัพไทย ซอย บก.สูงสุด แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900

ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ แนวทางการศึกษาวิจัยและ กิจกรรมที่ต้องเข้าร่วมในการวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัยที่ คาดว่าจะได้รับ รวมทั้งทราบถึงผลดีและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นข้าพเจ้าได้ซักถามและมีความเข้าใจ เกี่ยวกับการเข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้เป็นอย่างดี

ข้าพเจ้ายินดีเป็นผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และอาจถอนตัวจากการเข้าร่วมศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และทราบว่า การถอนตัวจากการศึกษาคั้งนี้จะ ไม่ส่งผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับในโรงพยาบาลแห่งนี้ ข้าพเจ้ายินดีเป็นผู้ให้ข้อมูลในการ ศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้แล้วในข้างต้นโดยแสดง การยินยอมด้วยการบันทึกลายมือชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

ลงชื่อ ผู้เข้าร่วมวิจัย ลงชื่อ ผู้วิจัย

(.....)

(เรือโทหญิง ภาณุมาศ จิตสงบ)

วันที่

วันที่

ลงชื่อ พยาน

ลงชื่อ พยาน

(.....)

(.....)

วันที่

วันที่



แบบสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยเรื่อง “ประสพการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก”

รหัสผู้ให้ข้อมูล

วันที่ทำการสัมภาษณ์..... ครั้งที่

สถานที่สัมภาษณ์

Self-Regaining
scale

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

อายุ ปี เพศ () ชาย () หญิง

สถานะภาพ () โสด () สมรส () หย่า/แยก

ศาสนา ระดับการศึกษา

อาชีพ รายได้เฉลี่ย บาทต่อเดือน

ลักษณะครอบครัว () เดี่ยว () ขยาย จำนวนสมาชิกในครอบครัว

อาศัยอยู่กับ / ลักษณะความสัมพันธ์

ระยะเวลาที่เจ็บป่วยจนฟื้นฟู ปี ตั้งแต่ปี ถึง

ระยะเวลาที่ฟื้นฟู ปี ตั้งแต่ปี ถึง

จำนวนครั้งที่นอน รพ ครั้งล่าสุดเมื่อ

ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในครอบครัว

อาการปัจจุบัน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

แบบวัดการฟื้นฟูจากโรคซึมเศร้า (Self-Regaining scale)

(โดยอัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และสุนันทา ฉันทรุจิภพวงศ์)

แบบสอบถามนี้ต้องการทราบความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของท่าน ขอให้ท่านพิจารณาในแต่ละข้อ และ ล้อมรอบตัวเลขที่สอดคล้องกับความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมในขณะนี้ของท่าน

- ๕ หมายถึง สอดคล้องกับท่านมากที่สุด
 ๔ หมายถึง สอดคล้องกับท่านมาก
 ๓ หมายถึง สอดคล้องกับท่านปานกลาง
 ๒ หมายถึง สอดคล้องกับท่านเล็กน้อย
 ๑ หมายถึง ไม่สอดคล้องกับท่านเลย

| ข้อความ | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | เล็กน้อย | ไม่เลย |
|---|-----------|-----|---------|----------|--------|
| ๑. ฉันมีสิ่งดีๆในตัวเอง | ๕ | ๔ | ๓ | ๒ | ๑ |
| ๒. ฉันรู้สึกรักและห่วงใยตัวเอง | ๕ | ๔ | ๓ | ๒ | ๑ |
| ๓. ฉันรู้สึกตัวเองมีคุณค่า | ๕ | ๔ | ๓ | ๒ | ๑ |
| ๔. ฉันตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเองใหม่ | ๕ | ๔ | ๓ | ๒ | ๑ |
| ๕. ฉันพบว่าไม่มีใครรักเราเท่าตัวเราเอง | ๕ | ๔ | ๓ | ๒ | ๑ |
| ๖. ฉันเชื่อว่าการพึ่งตัวเองดีกว่าการพึ่งผู้อื่น | ๕ | ๔ | ๓ | ๒ | ๑ |
| ๗. ฉันรู้จักตัวเองมากขึ้น | ๕ | ๔ | ๓ | ๒ | ๑ |
| ๘. อาการของฉันจะดีหรือแย่อยู่ที่ตัวฉันเอง | ๕ | ๔ | ๓ | ๒ | ๑ |
| ๙. ฉันรู้ว่าถ้าเราไม่เปลี่ยนแปลงตัวเองใหม่ อนาคตคงไม่มีอะไรดีขึ้น | ๕ | ๔ | ๓ | ๒ | ๑ |
| ๑๐. ฉันมีเป้าหมายในชีวิตเพื่อตัวฉันเอง | ๕ | ๔ | ๓ | ๒ | ๑ |
| ๑๑. ฉันวางแผนว่าจะเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อไปถึงเป้าหมายที่วางไว้ | ๕ | ๔ | ๓ | ๒ | ๑ |
| ๑๒. ฉันยอมอะลุ่มอะล่วยกับบางเรื่องเพื่อให้ตนเองและผู้อื่นสบายใจ | ๕ | ๔ | ๓ | ๒ | ๑ |
| ๑๓. ฉันมองสิ่งต่างๆในแง่ลบมากขึ้น | ๕ | ๔ | ๓ | ๒ | ๑ |
| ๑๔. ฉันพยายามเข้าใจคนอื่นอย่างที่เขาเป็นอยู่ | ๕ | ๔ | ๓ | ๒ | ๑ |
| ๑๕. ฉันไม่มุ่งหวังรางวัลหรือสิ่งตอบแทนจากผู้อื่น | ๕ | ๔ | ๓ | ๒ | ๑ |

| ข้อความ | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | เล็กน้อย | ไม่เลย |
|--|-----------|-----|---------|----------|--------|
| ๑๖. ฉันไม่หวังว่าคนใกล้ชิดจะต้องทำในสิ่งที่ฉันอยาก ให้เขาทำ | ๕ | ๔ | ๓ | ๒ | ๑ |
| ๑๗. ฉันยอมรับการกระทำและการตัดสินใจของคน ใกล้ชิดได้ | ๕ | ๔ | ๓ | ๒ | ๑ |
| ๑๘. ฉันเชื่อว่า ถ้าฉันไม่ช่วยตัวเองใครก็ช่วยฉันไม่ได้ | ๕ | ๔ | ๓ | ๒ | ๑ |
| ๑๙. ฉันช่วยเหลือผู้อื่นเท่าที่จะช่วยได้ แต่จะไม่ทุ่มเทจน ฉันเดือดร้อน | ๕ | ๔ | ๓ | ๒ | ๑ |
| ๒๐. ฉันพยายามเพิ่มพูนความรู้และความสามารถของ ตนเอง | ๕ | ๔ | ๓ | ๒ | ๑ |
| ๒๑. ฉันพยายามดูแลสุขภาพร่างกายให้ดีขึ้น | ๕ | ๔ | ๓ | ๒ | ๑ |
| ๒๒. ฉันพยายามทำให้ตัวเองดูดีขึ้น | ๕ | ๔ | ๓ | ๒ | ๑ |
| ๒๓. ฉันสนใจที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ | ๕ | ๔ | ๓ | ๒ | ๑ |
| ๒๔. ฉันพยายามสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น | ๕ | ๔ | ๓ | ๒ | ๑ |
| ๒๕. ฉันพยายามเข้าร่วมงานสังคมบ้างเป็นครั้งคราว | ๕ | ๔ | ๓ | ๒ | ๑ |
| ๒๖. ฉันพยายามทำตนให้เป็นประโยชน์ เช่น ช่วยงานที่ สามารถทำได้ | ๕ | ๔ | ๓ | ๒ | ๑ |
| ๒๗. ฉันเริ่มต้นทำงานง่าย ๆ ก่อน | ๕ | ๔ | ๓ | ๒ | ๑ |
| ๒๘. ฉันรู้สึกภาคภูมิใจเมื่อเอาชนะใจตนเองได้ | ๕ | ๔ | ๓ | ๒ | ๑ |

วัดการคืนความสำคัญให้กับตนเอง 4 องค์ประกอบ ดังนี้

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| 1. การค้นพบคุณค่าตนเอง | ในคำถามข้อที่ 1, 2 และ 3 |
| 2. การคิดทบทวนตนเอง | ในคำถามข้อที่ 4-6, 8-11, 18 และ 28 |
| 3. การนิยามความสัมพันธ์กับผู้อื่นใหม่ | ในคำถามข้อที่ 7, 12, 14-17 และ 19 |
| 4. การควบคุมชีวิตตนเอง | ในคำถามข้อที่ 13 และ 20 - 27 |

ขั้นตอนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

แนวข้อคำถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลสร้างจากวัตถุประสงค์และแนวคิดเบื้องต้นในการวิจัย เป็นแนวคำถามกว้างๆ สามารถปรับได้ตามสถานการณ์และข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

1. ชั้นเริ่มสนทนา ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เข้าใจ และมุ่งประเด็นการศึกษา

1.1 พุดคุยซักถามเรื่องทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าที่ผู้ป่วยเป็น ความเป็นมาของผู้ป่วย

1.2 ผู้ป่วยเล่าถึงการเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยจนถึงฟื้นฟูได้ในปัจจุบัน

2. ชั้นเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการศึกษา ผู้วิจัยใช้แนวข้อคำถามอย่างกว้าง มีลักษณะเป็นคำถาม ปลายเปิดในการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ดังนี้

2.1 แนวข้อคำถามหลัก

2.1.1 ความหมายการฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

- 1) คุณรู้สึก/คิดว่าขณะนี้ตนเองหายป่วยจากโรคซึมเศร้าหรือไม่ เพราะอะไร
- 2) คุณคิดว่าการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเป็นอย่างไร
- 3) คุณคิดว่าการหายจากโรคซึมเศร้าเป็นอย่างไร
- 4) คุณรู้สึก/คิดว่าตนเองหายป่วยจากโรคซึมเศร้ามาเป็นระยะเวลาเท่าใด

2.1.2 ประสบการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

- 1) เมื่อคุณพบว่าคุณมีอาการผิดปกติแล้วคุณทำอย่างไร เพราะอะไร
- 2) คุณได้รับ/ขอความช่วยเหลือในการหายของคุณจากที่ใดบ้าง อย่างไร
- 3) คุณคิดว่าสิ่งสำคัญที่ทำให้คุณหายจากโรคซึมเศร้าคืออะไรบ้าง
- 4) คุณรู้สึกอย่างไร
- 5) เพราะเหตุใดคุณจึงอยากฟื้นฟูหายจากโรคซึมเศร้า
- 6) จากการที่หายจากโรคซึมเศร้า ชีวิตของคุณเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง
- 7) คุณรู้สึกอย่างไรกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
- 8) อะไรที่เป็นอุปสรรคหรือความยากลำบากในการทำให้หายจากโรคนี้
- 9) ขณะนี้คุณมีความสุข/ความพึงพอใจในชีวิตหรือไม่ เพราะเหตุใด
- 10) คุณมีการวางแผนเป้าหมายในชีวิตไว้อย่างไรบ้าง

2.2 แนวข้อคำถามรอง การเข้าไปสัมภาษณ์เพื่อที่จะให้ได้ความหมายและประสบการณ์ที่เป็นจริง การใช้ข้อคำถามหลักเพียงอย่างเดียวอาจไม่สามารถได้ประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา ดังนั้นจึงต้องมีการใช้ข้อคำถามรองเพื่อเจาะลึกถึงการให้ความหมายและประสบการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกมากขึ้น โดยได้มีการปรับแนวข้อคำถามเพื่อให้เหมาะสม

ตลอดช่วงเวลาของการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้เทคนิคการทวนความ การทำความเข้าใจ การสะท้อนความคิด การสรุปความ และการบอกเล่าเรื่องราวเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างครบถ้วนและตรงตามความเป็นจริง โดยมีแนวข้อคำถามรองเพื่อเจาะลึกในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน ดังนี้

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


3. ขั้นตอนปิดการสนทนา

- 3.1 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ปวยซักถามหรือกล่าวในสิ่งที่ต้องการพูดเพิ่มเติม
- 3.2 ผู้วิจัยกล่าวสรุปประเด็นที่สนทนา
- 3.3 นัดหมายการสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป

แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น

รหัสผู้ให้ข้อมูล

การสัมภาษณ์ครั้งที่ วันที่.....

| บรรทัดที่ | ข้อความ | การให้รหัส |
|-----------|---|------------|
| |  | |

แบบบันทึกเชิงปฏิบัติการ

รหัสผู้ให้ข้อมูล

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

การวางแผนเก็บข้อมูลครั้งต่อไป

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

สถานที่ในการสัมภาษณ์

1. สิ่งที่ต้องการค้นหาเพิ่ม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. ประเด็นที่ต้องการคำอธิบายเพิ่ม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. อื่นๆ

.....

.....

.....

.....

.....



ภาคผนวก ค
ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย
ตารางการรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์
ตารางการให้รหัสเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์
ตารางประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ได้จากการสัมภาษณ์
ตารางการตรวจยืนยันความถูกต้องตามกระบวนการวิจัยโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
และรายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย

ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยได้ใช้รหัสแทนผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละรายจำนวน 13 ราย เป็น ID1-ID13 โดยชื่อที่ใช้ในบทสนทนาเป็นเพียงชื่อสมมุติเท่านั้น ซึ่งสรุปลักษณะผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละราย ดังนี้

ตารางที่ 1.1 ตารางแสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

| รหัสผู้ให้ข้อมูล | อายุ (ปี) | เพศ | สถานะภาพ | ลักษณะครอบครัว | ศาสนา | ระดับการศึกษา | อาชีพ | รายได้ | ระยะเวลา เจ็บป่วย | ระยะเวลาที่พ้นหาย (ปี) | ครั้งที่รักษาตัวใน รพ. | ประวัติดื่มสุรา | Self-Regaining scale | จำนวนครั้งที่สัมภาษณ์ |
|------------------|-----------|------|----------|----------------|--------|---------------|-------------------|-------------|----------------------|------------------------|------------------------|-----------------|----------------------|-----------------------|
| ID1 | 27 | หญิง | โสด | เดี่ยว | พุทธ | ป.ตรี | พยาบาล | 35,000 | 3 | 1 | 1 | - | 120 | 3 |
| ID2 | 23 | หญิง | โสด | เดี่ยว | พุทธ | ป.ตรี | พนักงาน | 20,000 | 2 | 2 | 1 | - | 104 | 2 |
| ID3 | 41 | หญิง | หย่า | เดี่ยว | พุทธ | ป.โท | พนักงาน | 40,000 | 5 | 1 | 1 | มารดา | 118 | 3 |
| ID4 | 48 | หญิง | สมรส | เดี่ยว | พุทธ | ป.ตรี | ทหาร | 20,000 | 5 | 1 | - | ยาย | 122 | 3 |
| ID5 | 55 | ชาย | โสด | เดี่ยว | คริสต์ | ป.เอก | สถาปนิก | 3,080 ล. | 10 | 4 | 1 | - | 102 | 2 |
| ID6 | 34 | หญิง | โสด | เดี่ยว | พุทธ | ป.โท | พนักงาน | 30,000 | 5 | 2 | - | - | 102 | 2 |
| ID7 | 27 | หญิง | โสด | ขยาย | พุทธ | ม.6 | พนักงาน | 9,500 | 2 | 1 | - | - | 104 | 1 |
| ID8 | 27 | หญิง | สมรส | ขยาย | พุทธ | ปวส. | ค้าขาย | 40,000 | 1 | 1 | - | มารดา | 113 | 2 |
| ID9 | 58 | ชาย | โสด | เดี่ยว | พุทธ | ม.2 | ค้าขาย | 30,000 | 11 | 4 | - | - | 98 | 2 |
| ID10 | 25 | หญิง | โสด | เดี่ยว | พุทธ | ป.ตรี | พนักงาน | 20,000 | 1 | 2 | - | - | 96 | 2 |
| ID11 | 35 | หญิง | สมรส | เดี่ยว | พุทธ | ป.ตรี | ไม่ได้ประกอบอาชีพ | 40,000 | 2 | 2 | 1 | - | 119 | 3 |
| ID12 | 52 | หญิง | สมรส | ขยาย | อิสลาม | ป.6 | แม่บ้าน | 10,000 | 8 | 3 | - | - | 114 | 1 |
| ID13 | 58 | ชาย | หย่า | เดี่ยว | อิสลาม | ป.ตรี | ไม่ได้ประกอบอาชีพ | 10,000 | 8 | 2 | 1 | บิดา | 119 | 2 |

ID1 ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง อายุ 27 ปี สถานะภาพโสด นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาปริญญาตรี ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลอาศัยอยู่ที่คอนโดของโรงพยาบาลกับพี่ ผู้ให้ข้อมูลเป็นบุตรสาวคนโต มีน้องชาย 1 คน กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ที่จังหวัดเชียงราย บิดาและมารดาประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวที่จังหวัดเชียงราย ผู้ให้ข้อมูลประกอบ

อาชีพพยาบาลวิชาชีพที่ห้อง ICU โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง เข้างานเป็นกะ เวรเช้าตั้งแต่เวลา 7.00-15.00 น. เวรบ่ายตั้งแต่เวลา 15.00-23.00 น. และเวรดึกตั้งแต่เวลา 23.00-7.00 น. รายได้ต่อเดือน 35,000 บาท โดยผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าลักษณะการทำงานที่แห่งนี้ค่อนข้างมีความเครียดสูงเพราะต้องอยู่กับภาวะวิกฤติของผู้ป่วยที่ดูแลอยู่ เวรค่อนข้างหนักต้องขึ้นเวรตลอดโดยหลีกเลี่ยงไม่ได้ ไม่ค่อยได้มีวันหยุดพัก เนื่องจากขาดแคลนบุคลากรในการทำงาน หลังจากที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับการรักษาภายในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาด้วยโรคซึมเศร้า รองหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงจัดเวรให้ผู้ให้ข้อมูลโดยให้วันหยุดพักมากในช่วงแรกขึ้นตามสิทธิ์ที่ควรได้รับ หลังจากนั้น 2 เดือน ผู้ให้ข้อมูลก็ยังต้องขึ้นเวรลักษณะเดิมเหมือนช่วงก่อนรักษาตัว ผู้ให้ข้อมูลเคยมีแฟนเก่าซึ่งมีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งกัน มีความรุนแรงบ่อยครั้งด้วยเรื่องมือที่สาม และแฟนเก่าอกใจ หลังจากนั้นผู้ป่วยรู้สึกเสียใจมากที่สุดในชีวิต ไม่เอ่ยปากเล่าให้ใครฟังแม้กระทั่งครอบครัว และมีพฤติกรรมผิดปกติหลายอย่าง เช่น มีพฤติกรรมแยกตัว อารมณ์ฉุนเฉียวง่าย ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับใคร ขาดงานบ่อย ร้องไห้ง่าย และมีความพยายามฆ่าตัวตาย และได้รับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งมาคบหาดูใจกับแฟนใหม่ได้นานประมาณ 1 ปี สัมพันธภาพของผู้ให้ข้อมูลกับแฟนปัจจุบันอยู่ในระดับดี มีความเข้าอกเข้าใจกัน สัมพันธภาพกับครอบครัวรักใคร่กันดี พูดคุยกันมากขึ้น และยอมรับในโรคที่ผู้ให้ข้อมูลเป็น ผู้ให้ข้อมูลอาศัยอยู่กับรุ่นพี่ที่หอพักชั้น 7 ที่ทางโรงพยาบาลจัดไว้ให้ สภาพค่อนข้างใหม่ มีห้องน้ำ และห้องครัวภายในตัว รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ไม่มีปัญหาหนี้สิน ผู้ให้ข้อมูลป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจนกระทั่งพินัยเป็นระยะเวลา 3 ปี เคยมีความคิดและพยายามฆ่าตัวตายประมาณ 5-6 ครั้ง เช่น กระโดดตึก ฆิตยา KCL เข้าหลอดเลือดดำ และรับประทานยานอนหลับเกินขนาด เป็นต้น แต่ปัจจุบันไม่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายอีก ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าตนเองพินัยหายจากโรคซึมเศร้าจนกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติแล้ว ผู้ให้ข้อมูลป่วยเป็นโรคซึมเศร้าตั้งแต่ปี 2557 และรู้ว่าตนเองพินัยหายเมื่อปี 2560 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยจนพินัยหายทั้งสิ้น 3 ปี และมีระยะเวลาการพินัยหาย 1 ปี

ID2 ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง อายุ 23 ปี สถานะภาพโสด นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ผู้ให้ข้อมูลมีนิสัยส่วนตัว คือ เรียบร้อย ไม่ค่อยพูด ขณะนี้อยู่ในช่วงเริ่มทำงานเป็นพนักงานที่บริษัทแห่งหนึ่ง รายได้ต่อเดือน 20,000 บาท ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลไม่ได้อาศัยอยู่กับครอบครัว ยังอาศัยที่หอพักบริเวณมหาวิทยาลัยในกรุงเทพมหานครกับเพื่อน ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูล บิดา มารดา พี่ชายและพี่สาว บิดาประกอบอาชีพรับราชการระดับผู้บริหารภายในกรมป่าไม้ ส่วนมารดาเคยประกอบอาชีพรับราชการครูชั้นมัธยมที่โรงเรียนแห่งหนึ่ง แต่ปัจจุบันได้ลาออกจากการรับราชการมาเป็นแม่บ้านตั้งแต่ผู้ให้ข้อมูลอายุ 19 ปี เนื่องจากต้องย้ายตามบิดาบ่อยๆ มีพี่ชายและพี่สาวจำนวน 2 คน พี่ชายคนโตกำลังศึกษาต่อระดับปริญญาโทที่ประเทศญี่ปุ่น ส่วนพี่สาวของตนเพิ่งจบการศึกษาระดับปริญญาตรีจากมหาวิทยาลัยชื่อดัง ซึ่งกำลังรอกหางานตามความสนใจของตนเองอยู่ ผู้ให้ข้อมูลเป็นบุตรคนสุดท้อง ในช่วงวัยเด็กผู้ให้ข้อมูลมีสัมพันธภาพภายใน

ครอบครัวค่อนข้างดี มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน บิดาและมารดาจะมีการวางแผนอนาคตให้กับบุตรทุกคน วางกรอบกิจกรรมทุกอย่าง จนบางครั้งผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกอึดอัดใจที่จะต้องจำกัดเกณฑ์ในหลายๆเรื่อง เช่น การเรียน นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าบิดาและมารดาของตนชอบเอาตนไปเปรียบเทียบกับพี่ชายและพี่สาว ทำให้ตนรู้สึกน้อยใจแต่ก็ไม่สามารถพูดอะไรได้ ผู้ให้ข้อมูลรู้สึก “เก็บกด” ฝังอยู่ภายใต้การปิดบังความรู้สึกของตัวผู้ให้ข้อมูลเอง นอกจากนี้ยังมีความรู้สึกที่ว่าบิดาและมารดารักลูกแต่ละคนไม่เท่ากัน ภายหลังจากที่ผู้ป่วยเข้ามาเรียนในรั้วมหาวิทยาลัย ความไม่เข้าใจกันภายในครอบครัวก็เริ่มทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ จนทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่กล้าที่จะเข้าไปพูดคุยหรือปรึกษากับคนในครอบครัวอีก เริ่มมีการแยกตัวออกจากครอบครัวเพื่อหลีกเลี่ยงการปะทะ ไม่ค่อยเดินทางกลับบ้านที่ต่างจังหวัด ไม่ยอมรับโทรศัพท์ของบิดาและมารดา และเมื่อ 3 ปีก่อน มีความพยายามทำร้ายตนเองและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในที่สุด คือ รับประทานยาแก้ปวดเกินขนาด หลังจากที่ได้รับ การบำบัดรักษาตัวในโรงพยาบาลแล้วนั้น ผู้ให้ข้อมูลจึงเปิดใจพูดคุยและปรับความเข้าใจกับครอบครัวเกี่ยวกับเรื่องการเจ็บป่วยของตน รวมทั้งดูแลตัวเองด้วยวิธีต่างๆ จนปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลหายจากโรคซึมเศร้าแล้ว สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติและมีความสุขมากขึ้น เหมือนได้ชีวิตใหม่ ผู้ให้ข้อมูลป่วยเป็นโรคซึมเศร้าตั้งแต่ปี 2558 และรู้ว่าตนเองพินัยเมื่อปี 2560 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยจนพินัยทั้งสิ้น 2 ปี และมีระยะเวลาการพินัย 1 ปี

ID3 ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง อายุ 41 ปี สถานะภาพหย่าร้าง ระดับการศึกษาปริญญาโท อาชีพพนักงานบริษัทแห่งหนึ่ง ร่วมกันทำธุรกิจส่วนตัวบริษัทเครื่องสำอางค์และผลิตภัณฑ์บำรุงผิว รายได้ต่อเดือน 40,000 บาท นับถือศาสนาพุทธ ผู้ให้ข้อมูลเป็นบุตรสาวคนเล็ก มีพี่ชาย 1 คน ค่อนข้างสนิทสนมกัน ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ปัจจุบันอาศัยอยู่ที่บ้านพักส่วนตัวในกรุงเทพมหานคร อาศัยอยู่กับบิดา อายุ 67 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ และบุตรสาว อายุ 19 ปี กำลังศึกษาอยู่ระดับปริญญาตรี พื้นฐานเดิมของผู้ให้ข้อมูลมีนิสัยเฮฮาสนุกสนาน ชอบเที่ยวเล่นกับเพื่อน มีความรักใคร่กับทุกคนในครอบครัว จนกระทั่ง ปี 2535 บิดากับมารดาแยกทางกัน ต่อมาในปี 2540 ผู้ให้ข้อมูลกำลังเรียนอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 และกำลังจบการศึกษา ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าตนตั้งครรภกับแฟนหนุ่มผู้ซึ่งไม่รับผิดชอบต่อสิ่งที่กระทำลงไป และทำให้ผู้ให้ข้อมูลจะต้องทำหน้าที่แม่เลี้ยงเดียวในเวลาต่อมา แต่ครอบครัวนั้นคือบิดาและพี่ชายของผู้ให้ข้อมูลก็ยอมรับ พร้อมเข้าใจในความผิดพลาดของตน และให้กำลังใจตนมาตลอด หลังจากนั้นในปี 2550 ผู้ให้ข้อมูลต้องได้รับฟังข่าวร้ายอีกครั้ง คือการสูญเสียมารดาจากการตัดสินใจฆ่าตัวตายของมารดา หลังจากนั้นผู้ให้ข้อมูลเล่าว่ามันเป็นภาวะที่เราไม่สามารถควบคุมจิตใจของเราให้ไปในทิศทางที่บวกได้ จิตใจหดหู่ เหมือนสูญสิ้น สูญสลาย ผิดหวัง เศร้าใจ ทรมาน ทรมานทรมาน และลงมือในการพยายามฆ่าตัวตาย บิดาจึงนำส่งโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยว่าตนเป็นโรคซึมเศร้า และได้รับการพักรักษาในโรงพยาบาล จนผู้ให้ข้อมูลมีอาการดีขึ้น ผู้ให้ข้อมูลมีการตั้งเป้าหมายในชีวิตว่าตนเองยังตายไม่ได้ ยังมีคนที่ตนรักและรักคนที่รอรับการดูแล

จากตนอยู่ นั่นก็คือ บิดา พี่ชาย และลูกสาว ตนจึงตั้งใจรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง และทำทุกวิธีที่จะกลับมาใช้ชีวิตตามปกติได้ ผู้ให้ข้อมูลป่วยเป็นโรคซึมเศร้าตั้งแต่ปี 2555 และรู้ว่าตนเองพินาศในปี 2560 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยจนพินาศทั้งสิ้น 5 ปี และมีระยะเวลาการพินาศ 1 ปี

ID4 ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง อายุ 48 ปี สถานะภาพสมรส นั้บถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาปริญญาตรี ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว มีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 4 คน สามีประกอบอาชีพอาจารย์ในวิทยาลัยแห่งหนึ่ง มีบุตร 2 คน เป็นบุตรชาย 1 คน และบุตรสาวอีก 1 คน ความสัมพันธ์ในครอบครัวรักใคร่ เข้าอกเข้าใจกันดี ครอบครัวอบอุ่น และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ผู้ให้ข้อมูลเป็นบุตรสาวคนเล็ก และมีพี่ชาย 1 คนที่ช่วยดูแลบิดาและมารดาค้าขายที่ต่างจังหวัด ผู้ให้ข้อมูลประกอบอาชีพรับราชการทหาร รายได้เฉลี่ยประมาณเดือนละ 20,000 บาท เริ่มทำงานตั้งแต่ 07.00-16.30 น. หากมีภารกิจอาจจะต้องทำงานล่วงเวลาบ่อยครั้ง โดยผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าลักษณะการทำงานที่นี้ค่อนข้างมีความเครียดสูงเนื่องจากอยู่ในระบบทหาร หัวหน้าค่อนข้างกดดันเรื่องการทำงาน ไม้มีความยืดหยุ่นกับลูกน้อง จนกระทั่งปี 2554 ประเทศไทยประสบกับอุทกภัย ที่หน่วยงานของผู้ให้ข้อมูลมีนโยบายให้กำลังพลออกช่วยเหลือประชาชนในพื้นที่ของกรุงเทพมหานครและจังหวัดใกล้เคียง โดยที่สถานการณ์น้ำในช่วงนั้นอยู่ในช่วงวิกฤติ ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าตนเองมีความเครียดมาก จากการกดดันของหัวหน้าที่ต้องให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนและทันเวลา และออกพื้นที่โดยที่ไม่ได้อยู่กับสามีและลูกเลย ซึ่งตนรับผิดชอบในตำแหน่งเสมียนการเงิน มีการเบิกจ่ายเงินตลอดเวลา บางครั้งก็เกิดข้อผิดพลาดในการทำงาน ทำให้โดนหัวหน้าตำหนิด้วยถ้อยคำรุนแรง ขวางปาเอกสารงานใส่ เป็นต้น เป็นอย่างนี้มาเรื่อยๆ จนกระทั่งปี 2555 ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า หลังจากที่มีความเครียดสะสมจากการทำงานมาโดยตลอด ตนเริ่มมีอาการร้องไห้ง่าย อยู่คนเดียวไม่ได้ เศร้าหดหู่ แบบดำดิ่งไม่มีค่า รู้สึกไม่อยากเข้าสังคม อยากจะนอน เครียด และเริ่มมีอาการหลงลืมงาน ทำงานผิด จนต้องแก้ไขบ่อยๆ ลืมแม้กระทั่งวิธีขับรถ เลยอดตัดสินใจไปพบจิตแพทย์ แพทย์แจ้งว่าอาการข้างต้นเป็นอาการบ่งชี้ของโรคซึมเศร้า และต้องได้รับการรักษา โดยที่ผู้ให้ข้อมูลตระหนักในเรื่องการรับประทานยา และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและเคร่งครัด ขณะนี้ผู้ให้ข้อมูลสามารถทำงานได้ตามปกติ มีความสุขกับที่ทำงานและครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลป่วยเป็นโรคซึมเศร้าตั้งแต่ปี 2555 และรู้ว่าตนเองพินาศเมื่อปี 2560 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยจนพินาศทั้งสิ้น 5 ปี และมีระยะเวลาการพินาศ 1 ปี

ID5 ผู้ให้ข้อมูลเพศชาย อายุ 55 ปี สถานะภาพโสด นั้บถือศาสนาคริสต์ ระดับการศึกษาปริญญาเอก อาชีพสถาปนิกและประกอบธุรกิจส่วนตัวเกี่ยวกับด้านอสังหาริมทรัพย์ รายได้เฉลี่ย 3.08 ล้านบาทต่อเดือน เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ผู้ให้ข้อมูลพักอาศัยอยู่ที่บ้านเดี่ยว 2 ชั้น ภายในหมู่บ้านแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ไม้มีภรรยาและบุตร บิดาและมารดาของผู้ให้ข้อมูลเสียชีวิตแล้วเมื่อประมาณ 10 ปีก่อนด้วยโรคชรา ผู้ให้ข้อมูลมีพี่สาว 1 คน แต่พักอยู่คนละที่กับผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าตนและพี่สาวไม่ค่อยสนิทสนมกันเท่าไร ต่างคนต่างอยู่ นานๆ ที่ถึงจะติดต่อกัน อาจเนื่องจากการเลี้ยงดู

ที่บิดาและมารดาฝึกให้ลูกทุกคนฝึกช่วยเหลือตนเอง ผู้ให้ข้อมูลเรียนจบชั้นปริญญาตรีคณะสถาปัตยกรรมที่ประเทศไทย และสอบชิงทุนไปเรียนต่อด้านสถาปัตยกรรมในระดับชั้นปริญญาโทและปริญญาเอกที่ประเทศญี่ปุ่นได้ โดยจะกลับมาประเทศไทยเพื่อเยี่ยมบิดามารดาในขณะที่ยังมีชีวิตอยู่ปีละ 1 ครั้ง จากนั้นได้เรียนจบและทำงานต่อในบริษัทหนึ่งในประเทศญี่ปุ่นเป็นเวลาเกือบ 10 ปี พบกับความกดดันของวัฒนธรรมการทำงานของบริษัทในประเทศญี่ปุ่นเป็นอย่างมาก ผู้ให้ข้อมูลเล่าเป็นวัฒนธรรมการทำงานที่เคร่งครัด ต้องจริงจังกับการทำงาน มีกฎระเบียบ ตรงต่อเวลาสายไม่ได้แม้แต่วินาทีเดียว และเจ้านายอยู่เหนือลูกน้องเสมอ ไม่ว่าเจ้านายจะถูกถูกหรือไม่ ลูกน้องต้องรับผิดชอบ ผู้ให้ข้อมูลเป็นคนตั้งใจทำงานมาโดยตลอด จนกระทั่งตั้งใจเก็บเงินเพื่อมาสร้างธุรกิจของตนเองที่ประเทศไทยได้สำเร็จ จากนั้นผู้ให้ข้อมูลได้ศึกษาการลงทุนด้านอสังหาริมทรัพย์ รวมถึงการซื้อขายหุ้น ในปี 2550 ผู้ให้ข้อมูลประสบปัญหาการเทรดหุ้น ทำให้ตนล้มละลาย ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าชีวิตตอนนั้นแทบไม่เหลืออะไรเลย เงินที่เคยมีสำหรับไปร้านอาหารหรู ตอนนั้นมีเพียงซื้อข้าวกล่อง รถหรูที่เคยมีก็ต้องขายทิ้ง และมาเดินทางด้วยรถสาธารณะหรือในบางครั้งต้องเดินแทนการนั่งรถเพราะไม่มีเงิน ติดสุราอย่างหนัก ร้องไห้ เอะอะโวยวาย ขว้างปาสิ่งของ เหมือนคนไร้สติ จนถูกเพื่อนบ้านนำส่งเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลจนอาการดีขึ้น ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าตนไม่มีใครเหลืออีกแล้วในชีวิตนอกจากที่สาวร่วมบิดามารดา จึงยอมเอ่ยปากขอความช่วยเหลือและได้รับความช่วยเหลือจากพี่สาว จนทำให้ตนหายจากโรคซึมเศร้าได้ ผู้ให้ข้อมูลป่วยเป็นโรคซึมเศร้าตั้งแต่ปี 2547 และรู้ว่าตนเองพินาศเมื่อปี 2557 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยจนพินาศทั้งสิ้น 10 ปี และมีระยะเวลาการพินาศ 4 ปี

ID6 ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง อายุ 34 ปี สถานะภาพโสด นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาปริญญาโท อาชีพพนักงานของบริษัทแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร รายได้ต่อเดือน 30,000 บาท ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว อาศัยอยู่กับบิดามารดา ซึ่งบิดาของผู้ให้ข้อมูลรับราชการบำนาญ ส่วนมารดานั้นเป็นแม่บ้าน ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวรักใคร่กันดี ผู้ให้ข้อมูลออกจากบ้านพักประมาณ 06.00 น. เพื่อไปทำงานและจะกลับถึงบ้านประมาณ 21.00 น. จึงไม่ค่อยได้พูดคุยกับบิดามารดาเท่าที่ควร แต่ก็หาเวลาว่างในวันหยุดพาครอบครัวไปพักผ่อนเป็นประจำ ระยะเวลาที่ป่วยจนกระทั่งพินาศ 3 ปี เคยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล 1 ครั้ง เมื่อประมาณ 5 ปีก่อน ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าตนได้พบกับผู้ชายที่เป็นรักครั้งแรก รู้สึกรักมาก ตั้งความหวังไว้มาก คบกันได้ระยะเวลาหนึ่งจนตนนั้นคิดว่าคนนี้จะเป็นผู้ชายคนแรกและคนสุดท้ายของตน แต่ในที่สุดตนก็ถูกคนรักทอดทิ้ง เหตุการณ์นั้นทำให้ผู้ให้ข้อมูลผิดหวังเสมือนโลกนี้พังทลาย จากนั้นผู้ให้ข้อมูลเริ่มมีอาการเบื่อ ไม่อยากทำอะไร ไม่รับประทานอาหาร ไม่ยอมไปทำงาน รู้สึกหดหู่ในชีวิต คิดซ้ำๆกับเรื่องที่เสียใจ น้ำหนักลดเกือบ 10 กิโลกรัมใน 1 เดือน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลจึงตัดสินใจพบจิตแพทย์ที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา แพทย์วินิจฉัยว่าตนมีอาการของโรคซึมเศร้า รับประทานยาสม่ำเสมอ ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลได้ทำงานที่ใหม่แล้ว สามารถทำงานได้อย่างปกติ มีความสุขดีในการทำงาน ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าหลังจากที่

ครอบครัวรับรู้ว่าคุณป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ทำให้มีระดับความสัมพันธ์ภายในครอบครัวดีขึ้น รักใคร่กันมากขึ้น ผู้ให้ข้อมูลป่วยเป็นโรคซึมเศร้าตั้งแต่ปี 2554 และรู้ว่าตนเองพินัยเมื่อปี 2559 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยจนพินัยทั้งสิ้น 5 ปี และมีระยะเวลาการพินัย 2 ปี

ID 7 ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง อายุ 27 ปี สถานะภาพโสด นั้บถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 6 อาชีพพนักงานห้างมินิบิ๊กซี รายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 9,500 บาท ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย อาศัยอยู่กับมารดา พี่สาว และลูกของพี่สาว 3 คน ผู้ให้ข้อมูลทำงานเป็นกะ 2 กะ เช้า 07.00-23.00 น. และดึก 23.00-07.00 น. สถานที่ทำงานมินิบิ๊กซี ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเปรียบเสมือนเสาหลักของครอบครัว เนื่องจากแม่ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ไม่สามารถทำงานได้ และต้องอยู่ดูแลหลาน 3 คน อายุ 9 ขวบ 5 ขวบ และ 2 ขวบ ส่วนพี่สาวก็ทำอาชีพรับจ้างมีรายได้ที่ไม่แน่นอน จะได้เงินจากผู้ให้ข้อมูลเป็นหลัก ภายในครอบครัวผู้ให้ข้อมูลมักจะมีปากเสียงกับพี่สาวบ่อยครั้ง เรื่องเงินที่จะใช้จุนเจือในครอบครัว เนื่องจากรายรับที่ได้ไม่เพียงพอที่ต้องใช้จ่ายภายในครัวเรือน โดยเมื่อ 5 ปีก่อน ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าตอนนั้นมีปัญหาชีวิต รุมเร้า ทั้งปัญหากับแฟนทะเลาะรุนแรงจนต้องแยกทางกัน พร้อมกับประสบกับปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลตงงาน ทำให้ไม่มีรายได้เข้ามาจุนเจือครอบครัว รู้สึกแย่ ตอนนั้นอารมณ์สวิงมากเหวียงขึ้นเหวียงลง ซึมเศร้า อยากฆ่าตัวตาย โดยพยายามคิดหาวิธีฆ่าตัวตายที่จะทรมาณน้อยที่สุด ซึ่งหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาและมีการพินัยระยะเวลา 2 ปี ผู้ให้ข้อมูลมีโอกาสได้เข้ามาทำงานใหม่ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามากขึ้น ใช้ชีวิตแบบปกติ ไม่มีความคิดทำร้ายตัวเองแบบเมื่อก่อนแล้ว ผู้ให้ข้อมูลป่วยเป็นโรคซึมเศร้าตั้งแต่ปี 2558 และรู้ว่าตนเองพินัยเมื่อปี 2560 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยจนพินัยทั้งสิ้น 2 ปี และมีระยะเวลาการพินัย 1 ปี

ID 8 ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง อายุ 27 ปี สถานะภาพสมรส มีบุตรชาย 2 คน อายุ 3 ขวบ และ 6 ขวบ นั้บถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา ปวส. อาชีพค้าขายสี่ล้อมมออนไลน์ สามีของผู้ให้ข้อมูลค้าขายออนไลน์เช่นเดียวกับผู้ให้ข้อมูล รายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 40,000 บาท เพียงพอต่อการใช้จ่ายในครอบครัว ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย อาศัยอยู่กับมารดาที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า สามี ลูกชาย พี่สาว และหลานสาว ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าช่วง 2 ปีก่อน มีการทะเลาะเบาะแว้งกันภายในครอบครัวเรื่องสามี ที่เริ่มไม่ดูแลครอบครัวเหมือนเมื่อก่อน ปล่อยให้ผู้ให้ข้อมูลเลี้ยงลูกคนเดียว โดนทิ้งให้อยู่บ้านคนเดียว จากที่เมื่อก่อนไปไหนมาไหนด้วยกัน ผู้ให้ข้อมูลเลยรู้สึกไร้ค่า ไม่มีความสุข คิดวนซ้ำไปซ้ำมา จมลงไปแบบนั้น สามีไม่เข้าใจ จนโดนขอลีกลา จากนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงเข้ามารักษาอาการที่เกิดขึ้นด้วยโรคซึมเศร้าเมื่อปี 2559 ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลรับรู้ได้ว่าตนเองมีการหายจากโรคซึมเศร้าแล้ว สามีกลับมาอยู่ด้วยกัน อารมณ์เสถียรมากขึ้น ไม่ว่าจะุ่นใจเหมือนเมื่อก่อนแล้ว รู้จักควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ดียิ่งขึ้น ครอบครัวและสามีเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูลเป็นอย่างดีว่าอาการนั้นเกิดจากโรคซึมเศร้า พร้อมปรับความเข้าใจกัน ผู้ให้ข้อมูลป่วยเป็นโรคซึมเศร้าตั้งแต่ปี 2559

และรู้ว่าตนเองพินัยเมื่อปี 2560 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยจนพินัยทั้งสิ้น 2 ปี และมีระยะเวลาการพินัย 1 ปี

ID 9 ผู้ให้ข้อมูลเพศชาย อายุ 58 ปี สถานะภาพโสด นั้บถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 2 อาชีพค้าขายข้าวแกง รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 30,000 บาท เพียงพอต่อการใช้จ่ายในครอบครัว ลักษณะครอบครัวเดี่ยว ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลอาศัยอยู่กับมารดาอายุ 83 ปี และพี่สาว อายุ 69 ปี ผู้ให้ข้อมูลเป็นเสาหลักของครอบครัว ช่วยกันกับพี่สาวเลี้ยงดูมารดา และทำข้าวแกงขายบริเวณหน้าหมู่บ้าน ตื่น 02.00 น. เพื่อออกมาขายข้าวแกงช่วงเช้ามีดประมาณ 05.30-08.00 น. แล้วกลับเข้ามาเก็บล้างอุปกรณ์ค้าขาย และตื่นไปจ่ายตลาดช่วง 14.00 น. ผู้ให้ข้อมูลเข้านอนเวลาประมาณ 21.00 น. ผู้ให้ข้อมูลได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรกเมื่อปี 2547 เนื่องจากน้องชายเสียชีวิต ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเสียใจมาก และทำใจกับเหตุการณ์นั้นไม่ได้ เพราะตนกับน้องชายสนิทสนมกันมาก จากนั้นมีอาการซึมเศร้า ไม่อยากออกไปพบปะผู้คน ไม่อยากทำกิจกรรมอะไร และรับรู้ว่าคุณเองมีการพินัยเมื่อปี 2557 โดยผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าเป็นช่วงที่กลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ ไม่ซึมเศร้า ได้กลับมาดูแลแม่ และไม่เป็นการระของผู้อื่น ผู้ให้ข้อมูลป่วยเป็นโรคซึมเศร้าตั้งแต่ปี 2546 และรู้ว่าตนเองพินัยเมื่อปี 2557 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยจนพินัยทั้งสิ้น 11 ปี และมีระยะเวลาการพินัย 4 ปี

ID 10 ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง อายุ 25 ปี สถานะภาพโสด นั้บถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาปริญญาตรี อาชีพพนักงานบริษัทแห่งหนึ่ง วางแผนทำธุรกิจขายของออนไลน์ปลายปี รายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 20,000 บาท เพียงพอต่อการใช้จ่ายส่วนตัว ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว อาศัยอยู่กับบิดามารดา พี่สาว และน้องสาวฝาแฝด ผู้ให้ข้อมูลทะเลาะกับครอบครัวหลายครั้งเรื่องการเรียนและการทำงาน ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าตนเองเรียนจบมาในสายงานบริหารธุรกิจ ซึ่งบิดาอยากให้คุณเรียน โดยไม่ใช้ความชอบของตน เมื่อเรียนจบผู้ให้ข้อมูลได้มาเข้าทำงานในบริษัทผลิตอุปกรณ์พลาสติกแห่งหนึ่ง ในตำแหน่งพนักงานที่ดูแลเกี่ยวกับเรื่องการตลาด จากนั้นบิดาได้ให้ผู้ให้ข้อมูลเรียนต่อในระดับปริญญาโทสายงานเดียวกัน ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าการเรียนปริญญาโทครั้งนี้ทำให้คุณรู้สึกเหนื่อยในช่วงแรก เนื่องจากต้องทำงานในวันจันทร์ถึงศุกร์และเรียนไปด้วยในวันเสาร์ถึงอาทิตย์ เมื่อกลับมาบ้านก็เหนื่อย อยากนอนพัก ไม่มีเวลาได้พูดคุยกับครอบครัวและญาติๆ เท่าที่ควร พร้อมกับมีปัญหาเรียนงานที่ยังไม่ค่อยคุ้นเคยกับระบบงานทำให้เกิดความผิดพลาดในการทำงาน หลังจากนั้นยังมีปัญหาเรื่องความรัก ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าคบ (ผู้หญิง) หลายคน ทำให้ปัญหาเรื่องแฟนจับได้ คุณรู้สึกเครียดมาก จนเริ่มมีอาการร้องไห้ง่ายและบ่อยครั้ง ทำงานผิดพลาดบ่อย เศร้า ไม่อยากเข้าสังคม ซึ่งผู้ให้ข้อมูลป่วยเป็นโรคซึมเศร้าตั้งแต่ปี 2558 และผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าคุณเองพินัยเมื่อปี 2559 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยจนพินัยทั้งสิ้น 1 ปี และมีระยะเวลาการพินัย 2 ปี

ID 11 ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง อายุ 35 ปี สถานะภาพสมรส นั้บถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาปริญญาตรี เคยประกอบอาชีพพนักงาน management consultant ให้กับต่างประเทศ และเป็น

advisor ให้กับเอเจนซีที่ทำกับ Line Thailand รายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 40,000 บาท เพียงพอต่อการใช้จ่ายส่วนตัว ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าเป็นช่วงที่มีปัญหาเกี่ยวกับสามี ทะเลาะกันบ่อยครั้ง โดนสามีเก่าทำร้ายร่างกาย และได้เลิกกันไป หลังจากนั้นเริ่มมีอาการเจ็บป่วยทางกายบ่อย ปวดหัว เป็นไข้ ร้องไห้ง่าย เครียด ไม่มีความสุขในชีวิต พยายามฆ่าตัวตายโดยการรับประทานยาเกินขนาด จึงไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง แพทย์วินิจฉัยว่ามีการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า จึงแนะนำให้ผู้ให้ข้อมูลมารักษาต่อที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เนื่องจากต้องเริ่มรับประทานยาเฉพาะทางจิตเวชระยะหนึ่ง ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลไม่ได้ประกอบอาชีพแล้ว เนื่องจากต้องออกจากงานเพื่อมาดูแลรักษาตัวเอง ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว อาศัยอยู่กับสามีใหม่ สัมพันธภาพกับสามีใหม่ดี ไม่เคยทะเลาะเบาะแว้งกัน เข้าใจความเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างดี และให้กำลังใจผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา ผู้ให้ข้อมูลป่วยเป็นโรคซึมเศร้าตั้งแต่ปี 2557 และผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าตนเองพินาศเมื่อปี 2559 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยจนพินาศทั้งสิ้น 2 ปี และมีระยะเวลาการพินาศ 2 ปี

ID 12 ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง อายุ 52 ปี สถานะภาพสมรส นับถือศาสนาอิสลาม ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพแม่บ้าน รายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 10,000 บาท เพียงพอต่อการใช้จ่ายภายในครอบครัว ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย อาศัยอยู่กับสามีที่เป็นใบ้ พูดไม่ได้ ตั้งแต่กำเนิด ลูกสาว 2 คน หลานสาว หลานชาย และลูกสาวกับลูกชายของหลานสาว ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเป็นแม่บ้านเลี้ยงลูกของหลานสาว อายุ 5 ขวบ และ 2 ขวบ ลูกสาวทั้ง 2 คนจะเป็นคนหารายได้จุนเจือครอบครัว โดยในช่วงเวลากลางวันผู้ให้ข้อมูลจะชอบเดินออกไปคุยกับเพื่อนบ้านที่ร้านค้า เนื่องจากมีความเครียดที่ต้องอบรมเลี้ยงดูลูกและหลาน ส่วนสามีก็พูดไม่ได้ ผู้ให้ข้อมูลป่วยเป็นโรคซึมเศร้าตั้งแต่ปี 2550 โดยมีอาการปวดศีรษะ ร้องไห้ง่าย ร้องไห้เป็นประจำ และผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าตนเองพินาศเมื่อปี 2558 ซึ่งมีระยะเวลาที่เจ็บป่วยจนพินาศ 8 ปี และมีระยะเวลาการพินาศ 3 ปี

ID 13 ผู้ให้ข้อมูลเพศชาย อายุ 58 ปี สถานะภาพหย่าร้างกับภรรยา นับถือศาสนาอิสลาม ลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลอาศัยที่บ้านของพี่สาว อาศัยกับมารดา และพี่สาว บิดาของผู้ให้ข้อมูลมีประวัติป่วยเป็นโรคซึมเศร้า โดยเสียชีวิตด้วยโรครชรา ส่วนบุตรชายคนเดียวของผู้ให้ข้อมูลอาศัยอยู่กับภรรยา ขาดการติดต่อไม่ได้เจอกับบุตรประมาณ 3-4 ปีแล้ว ผู้ให้ข้อมูลนับถือศาสนาอิสลาม ระดับการศึกษาปริญญาตรี เมื่อ 8 ปีก่อนเคยประกอบอาชีพพนักงานขับรถของสถานเอกอัครราชทูตแห่งหนึ่ง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 30,000 บาท เพียงพอต่อการใช้จ่ายส่วนตัว แต่เนื่องด้วยผู้ให้ข้อมูลมีอายุขั้ต่อระเบียบการทำงานของสถานเอกอัครราชทูตแห่งนี้ ทางสถานเอกอัครราชทูตจึงเชิญผู้ให้ข้อมูลออกจากงาน ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าตนรู้สึกเสียใจมาก เนื่องจากไม่ทราบมาก่อนและถูกเชิญเข้าไปพูดคุยเรื่องการเชิญออก ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลไม่ได้ประกอบอาชีพแล้ว ได้เพียงเงินจากพี่สาวที่มีอาชีพค้าขายช่วยเหลือค่าใช้จ่ายส่วนตัวเดือนละ 10,000 บาท จากนั้นผู้ให้ข้อมูลมีอาการซึม ไม่ค่อยพูดค่อยจา เครียด วิตกกังวลมาก และรู้สึกผิดหวังในเรื่องงาน ผู้ให้ข้อมูลได้บอกเล่า

ให้พี่น้องฟังและพามาพบแพทย์ที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพะพระยา ผู้ให้ข้อมูลป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ตั้งแต่ปี 2551 และรู้ว่าตนเองพินาศเมื่อปี 2559 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยจนพินาศทั้งสิ้น 8 ปี และมีระยะเวลาการพินาศ 2 ปี

ตารางที่ 2 การรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก จำนวน 13 ราย รายละเอียด 1-3 ครั้ง โดยมีรายละเอียดดังนี้

| ผู้ให้ข้อมูล | ครั้งที่ | วันที่สัมภาษณ์ | เวลาสัมภาษณ์ | รวมเวลา | สถานที่ |
|--------------|----------|----------------|----------------|---------|----------------------|
| ID1 | 1* | 30 ม.ค.61 | 08.45-09.30 น. | 45 นาที | ตึกผู้ป่วยนอก |
| | 2 | 10 มี.ค.61 | 12.00-12.30 น. | 30 นาที | โทรศัพท์ |
| | 3 | 27 เม.ย.61 | 18.30-20.20 น. | 50 นาที | คอนโดของผู้ให้ข้อมูล |
| ID2 | 1* | 30 ม.ค.61 | 10.00-10.50 น. | 50 นาที | ตึกผู้ป่วยนอก |
| | 2 | 26 เม.ย.61 | 17.30-18.00 น. | 30 นาที | โทรศัพท์ |
| ID3 | 1 | 5 ก.พ.61 | 08.30-09.16 น. | 46 นาที | ตึกผู้ป่วยนอก |
| | 2 | 9 ก.พ.61 | 16.30-17.00 น. | 30 นาที | โทรศัพท์ |
| | 3 | 10 ก.พ.61 | 19.00-19.55 น. | 55 นาที | สวนสาธารณะ |
| ID4 | 1 | 12 ก.พ.61 | 08.10-08.44 น. | 34 นาที | ตึกผู้ป่วยนอก |
| | 2 | 22 ก.พ.61 | 16.30-18.00 น. | 90 นาที | บ้านของผู้ป่วย |
| | 3 | 10 มี.ค.61 | 13.00-13.30 น. | 30 นาที | โทรศัพท์ |
| ID5 | 1 | 12 ก.พ.61 | 08.50-09.40 น. | 50 นาที | ตึกผู้ป่วยนอก |
| | 2 | 21 ก.พ.61 | 14.30-15.30 น. | 60 นาที | ตึกผู้ป่วยนอก |
| ID6 | 1 | 12 ก.พ.61 | 09.55-10.40 น. | 45 นาที | ตึกผู้ป่วยนอก |
| | 2 | 23 ก.พ.61 | 13.30-14.20 น. | 50 นาที | ตึกผู้ป่วยนอก |
| ID7 | 1 | 14 ก.พ.61 | 08.25-09.25 น. | 60 นาที | ตึกผู้ป่วยนอก |
| ID8 | 1 | 14 ก.พ.61 | 09.50-10.35 น. | 45 นาที | ตึกผู้ป่วยนอก |
| | 2 | 25 ก.พ.61 | 19.00-20.00 น. | 60 นาที | โทรศัพท์ |
| ID9 | 1 | 14 ก.พ.61 | 10.45-11.30 น. | 45 นาที | ตึกผู้ป่วยนอก |
| | 2 | 27 ก.พ.61 | 17.00-18.00 น. | 60 นาที | บ้านของผู้ให้ข้อมูล |
| ID10 | 1 | 16 ก.พ.61 | 08.00-09.00 น. | 60 นาที | ตึกผู้ป่วยนอก |
| | 2 | 1 มี.ค.61 | 14.30-15.05 น. | 35 นาที | โทรศัพท์ |

| ผู้ให้ข้อมูล | ครั้งที่ | วันที่สัมภาษณ์ | เวลาสัมภาษณ์ | รวมเวลา | สถานที่ |
|--------------|----------|----------------|----------------|---------|---------------|
| ID11 | 1 | 16 ก.พ.61 | 09.30-10.15 น. | 45 นาที | ตึกผู้ป่วยนอก |
| | 2 | 4 มี.ค.61 | 17.00-17.31 น. | 31 นาที | โทรศัพท์ |
| | 3 | 9 มี.ค.61 | 13.00-14.00 น. | 60 นาที | ตึกผู้ป่วยนอก |
| ID12 | 1 | 20 ก.พ.61 | 09.25-10.21 น. | 56 นาที | ตึกผู้ป่วยนอก |
| ID13 | 1 | 20 ก.พ.61 | 11.00-11.48 น. | 48 นาที | ตึกผู้ป่วยนอก |
| | 2 | 7 มี.ค.61 | 14.00-15.00 น. | 60 นาที | ตึกผู้ป่วยนอก |

หมายเหตุ : * การสัมภาษณ์ทดลองใช้ข้อคำถาม

ตารางที่ 3 การให้รหัสเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์

| ลำดับ | ประเด็น |
|-------|--|
| 1. | รับรู้การเปลี่ยนแปลงของตนเองพร้อมเปลี่ยนแปลง |
| 2. | ยอมรับและทำความเข้าใจกับการเปลี่ยนแปลง |
| 3. | รับรู้และเข้าใจการเปลี่ยนแปลง |
| 4. | จัดการกับความซึมเศร้าด้วยตนเอง |
| 5. | ขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น |
| 6. | ควบคุมอารมณ์ |
| 7. | ผ่อนคลายความเครียด |
| 8. | ปรับเปลี่ยนมุมมอง |
| 9. | มองโลกในแง่ดี |
| 10. | ค้นหาแรงบันดาลใจสู้โรคซึมเศร้า |
| 11. | ครอบครัวเข้าอกเข้าใจและสนับสนุน |
| 12. | ตั้งเป้าหมายใหม่ให้ชีวิต |
| 13. | เรียนรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความคิด |
| 14. | คืนความสำคัญให้กับตนเองและครอบครัว |
| 15. | พัฒนาและรักษาสัมพันธภาพ |
| 16. | ตัดสินใจจัดการกับตนเองได้อย่างเหมาะสม |
| 17. | ตัดสินใจจัดการกับสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม |
| 18. | ให้คุณค่ากับตนเอง |
| 19. | ต้องการช่วยเหลือผู้อื่น |

| ลำดับ | ประเด็น |
|-------|--|
| 20. | มีความยืดหยุ่นและยืดหยุ่น |
| 21. | เรียนรู้ เข้าใจ ยอมรับ |
| 22. | เปิดใจรับฟังคำแนะนำ |
| 23. | พร้อมเปลี่ยนแปลงตนเอง |
| 24. | สามารถกลับมาดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข |
| 25. | การให้ความสำคัญกับตัวเอง |
| 26. | ได้ครอบครัวกลับคืนมาและมีสัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น |
| 27. | การได้ตัวตนที่แท้จริงกลับมา เสมือนได้ชีวิตใหม่ |
| 28. | กลับมามีความสุขและยิ้มได้อีกครั้ง |
| 29. | การหายคือการศรัทธาในคุณค่าของตัวเอง และเห็นคุณค่าของตัวเอง |
| 30. | การหายคือสวรรค์ เหมือนได้ชีวิตใหม่ |
| 31. | กลับมาดำรงชีวิตได้อย่างปกติ |
| 32. | การหายคือการไม่เป็นภาระของผู้อื่น สามารถช่วยเหลือตนเองได้ |
| 33. | การหายคือการที่ไม่มีอาการซึมเศร้า อารมณ์อยู่ในภาวะปกติ |
| 34. | เมื่อหายเป็นช่วงที่ทุกอย่างในชีวิตบาลานซ์ กินได้ นอนหลับ |
| 35. | การหายคือการที่คืนความสุขให้ชีวิตอีกครั้ง |
| 36. | เงื่อนไขสาเหตุของโรคซึมเศร้า |
| 37. | เรียนรู้เกี่ยวกับความซึมเศร้า |
| 38. | การฟื้นฟูจากโรคซึมเศร้า |
| 39. | การคลายปมในจิตใจ |
| 40. | พัฒนาและรักษาสัมพันธภาพที่ดีต่อครอบครัวและคนรอบข้าง |
| 41. | เรียนรู้การจัดการอาการซึมเศร้าด้วยตัวเอง |
| 42. | ตัดสินใจจัดการกับตนเองอย่างเหมาะสม |
| 43. | วางแผนในอนาคต |
| 44. | กำลังใจผู้อื่นเป็นสิ่งสำคัญ |
| 45. | กำลังใจจากตนเองสำคัญที่สุด |
| 46. | ปรับเปลี่ยนความคิด |
| 47. | ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม |
| 48. | สาเหตุของปัญหา |

| ลำดับ | ประเด็น |
|-------|---|
| 49. | รับรู้การเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง |
| 50. | สาเหตุของปัญหาทางจิตใจ |
| 51. | ธรรมะคือที่พึ่ง |
| 52. | ร้องขอความช่วยเหลือ |
| 53. | ได้รับความช่วยเหลือจากคนรอบข้าง |
| 54. | พบแพทย์ตามนัด |
| 55. | รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ |
| 56. | บอกเล่ากับคนใกล้ชิด |
| 57. | ป้องกันไม่ให้อาการกำเริบ |
| 58. | เป้าหมายในชีวิต |
| 59. | ครอบครัวคือผู้สนับสนุน |
| 60. | การจัดการกับอาการกำเริบ |
| 61. | ปรับตัวใหม่ |
| 62. | ยอมรับการเจ็บป่วย |
| 63. | เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความคิด |
| 64. | การใช้ชีวิตอย่างมีสติ |
| 65. | ให้ความหมายกับชีวิต |
| 66. | รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของตัวเอง |
| 67. | ทำแบบทดสอบของกรมสุขภาพจิต |
| 68. | ตัดสินใจพบหมอ |
| 69. | มีโอกาสเข้าร่วมกลุ่มธรรมะ |
| 70. | สวดมนต์แผ่เมตตา |
| 71. | นั่งสมาธิดูลมหายใจของตนเอง |
| 72. | ไหว้พระ ทำบุญใส่บาตร |
| 73. | คิดในแง่บวก |
| 74. | ควบคุมสติ และจัดการกับอาการ |
| 75. | ไปตามแพทย์นัด |
| 76. | รีบไปหาหมอให้เร็วที่สุด |
| 77. | เราไม่ได้เป็นบ้า มันเป็นเพียงแคโรคหนึ่งเท่านั้น |

| ลำดับ | ประเด็น |
|-------|---|
| 78. | ทำใจให้สบาย |
| 79. | เล่ารายละเอียดให้หมอฟัง |
| 80. | การระบายปัญหา ความทุกข์ ความรู้สึกนึกคิด ช่วยทำให้ผ่อนคลายลงได้บ้าง |
| 81. | คนที่เข้าใจเราคือคนที่เป็นเหมือนกับเรา |
| 82. | ยารักษาทางกาย แต่ทางจิตใจและความคิดต้องธรรมชาติ |
| 83. | เข้าใจโรคซึมเศร้า |
| 84. | เมื่อเจ็บป่วยต้องเข้าใจและยอมรับ |
| 85. | กำลังใจนำไปสู่การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม |
| 86. | คนรอบข้างเปิดใจรับฟังและเข้าใจ |
| 87. | ทำตามคำแนะนำของจิตแพทย์ |
| 88. | ปรับความคิดตัวเองใหม่ |
| 89. | ดำเนินชีวิตอย่างมีสติ |
| 90. | งดยาลดความอ้วนอาหารเสริม เพื่อประสิทธิภาพของการรักษา |
| 91. | ออกกำลังกายสม่ำเสมอ |
| 92. | ทำกิจกรรมที่ชื่นชอบ |
| 93. | แบ่งปันประสบการณ์การหาย |
| 94. | สามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข |
| 95. | ให้ความสำคัญกับครอบครัว |
| 96. | เปรียบเทียบอาการที่เป็นกับคลิปวิดีโอ |
| 97. | ทำแบบประเมินของกรมสุขภาพจิต |
| 98. | ให้กำลังใจตนเอง |
| 99. | คนรอบข้างนั้นสำคัญ |
| 100. | มุ่งสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ |
| 101. | รับรู้สาเหตุของปัญหาทางจิตใจ |
| 102. | รู้ว่าตนเองมีการเปลี่ยนแปลง |
| 103. | แสวงหาวิธีการรักษา |
| 104. | แบ่งปันและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยรายอื่น |
| 105. | ช่วยเหลือผู้ป่วยรายอื่น |
| 106. | คืนความสำคัญให้กับตนเอง |

| ลำดับ | ประเด็น |
|-------|---|
| 107. | คนรอบข้างเปิดใจ รับฟัง และเข้าใจ |
| 108. | เมื่อเจ็บป่วยต้องยอมรับและเข้าใจ |
| 109. | รับรู้ได้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นกับตนเอง |
| 110. | ทำความเข้าใจโรคซึมเศร้า |
| 111. | บอกเล่าให้คนรอบข้างฟังเพื่อขอความช่วยเหลือ |
| 112. | ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม |
| 113. | กินยาที่หมอสั่งทุกวันไม่ขาด |
| 114. | เริ่มต้นทำสิ่งใหม่ๆ |
| 115. | ออกกำลังกายให้สดชื่น |
| 116. | ศาสนาคือที่พึ่ง |
| 117. | เรียนรู้การควบคุมจิตใจตนเอง |
| 118. | ปรับความคิดของตนเองใหม่ |
| 119. | มองโลกในแง่ดี |
| 120. | รู้จักปล่อยวาง |
| 121. | ในช่วงที่ป่วยอาจจะสูญเสียความสัมพันธ์กับคนรอบข้างไป |
| 122. | เมื่ออาการดีขึ้นต้องเรียนรู้ที่จะรักษาความสัมพันธ์กับคนรอบข้างไว้ |
| 123. | ตั้งเป้าหมายของชีวิตที่เริ่มใหม่ |
| 124. | ช่วยเหลือผู้อื่นด้วยความเข้าใจไม่หวังสิ่งใดตอบแทน |
| 125. | กำลังใจคือสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า |
| 126. | ให้กำลังใจตัวเอง |
| 127. | ได้รับกำลังใจจากคนรอบข้าง |
| 128. | มอบความสำคัญให้ตนเองและครอบครัว |
| 129. | สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข |
| 130. | สายใยความสัมพันธ์ของครอบครัวไม่อาจตัด |
| 131. | กำลังใจเป็นสิ่งมีค่าและสำคัญ |
| 132. | การกลับมาดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพและปกติสุข |

ตารางที่ 4 ประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ได้จากการสัมภาษณ์

ครั้งที่ 1 วันที่ 23 มี.ค.61

| ประเด็นหลัก | ประเด็นย่อย |
|-------------------------|---|
| 1. ความหมายของการฟื้นฟู | 1.1 สามารถกลับมาดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข 1.2 การให้ความสำคัญกับตัวเอง 1.3 ได้ครอบครัวกลับคืนและมีสัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น 1.4 การได้ตัวตนที่แท้จริงกลับมา เหมือนได้ชีวิตใหม่ 1.5 กลับมามีความสุขและยิ้มได้อีกครั้ง 1.6 การศรัทธาในคุณค่าของตัวเอง และเห็นคุณค่าของตัวเอง 1.7 การหายคือสวรรค์ เหมือนได้ชีวิตใหม่ 1.8 กลับมาดำรงชีวิตได้อย่างปกติ 1.9 การไม่เป็นภาระของผู้อื่น สามารถช่วยเหลือตนเองได้ 1.10 การที่ไม่มีอาการซึมเศร้า อารมณ์อยู่ในภาวะปกติ 1.11 เป็นช่วงที่ทุกอย่างในชีวิตบาลานซ์ กันได้ นอนหลับ 1.12 การที่คืนความสุขให้ชีวิตอีกครั้ง |
| 2. รับรู้การเจ็บป่วย | 2.1 รับรู้และเข้าใจการเปลี่ยนแปลง 2.2 เรียนรู้และปรับเปลี่ยน |
| 3. จัดการความซึมเศร้า | 3.1 ขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น 3.2 ควบคุมอารมณ์ 3.3 ผ่อนคลายความเครียด 3.4 ปรับเปลี่ยนมุมมอง มองโลกในแง่ดี 3.5 สร้างแรงบันดาลใจสู้โรคซึมเศร้า 3.6 ครอบครัวเข้าอกเข้าใจ และสนับสนุน 3.7 ตั้งเป้าหมายใหม่ในชีวิต |
| 4. ให้ความสำคัญกับตนเอง | 4.1 พัฒนาและรักษาสัมพันธภาพ 4.2 ตัดสินใจกับตนเองและสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม 4.3 ให้ความสำคัญกับตนเอง และช่วยเหลือผู้อื่น 4.4 มีความยืดหยุ่นและยืดหยุ่น |

ครั้งที่ 2 วันที่ 4 เม.ย.61

| ประเด็นหลัก | ประเด็นย่อย |
|--|---|
| 1. ความหมายของการฟื้นฟู | 1.1 สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข 1.2 การคืนความสำคัญให้ตนเองด้วยความเข้าใจและกำลังใจ |
| 2. รับรู้และเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของตนเอง | 2.1 รับรู้และเข้าใจการเปลี่ยนแปลง 2.2 เรียนรู้และปรับเปลี่ยน |
| 3. เรียนรู้ในการจัดการกับความซึมเศร้า | 3.1 ขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น 3.2 ควบคุมอารมณ์ 3.3 ผ่อนคลายความเครียด 3.4 ปรับเปลี่ยนมุมมอง มองโลกในแง่ดี 3.5 สร้างแรงบันดาลใจสู่โรคซึมเศร้า 3.6 ครอบครัวยอมรับเข้าใจ และสนับสนุน 3.7 ตั้งเป้าหมายใหม่ในชีวิต |
| 4. คืนความสำคัญให้กับตนเองและครอบครัว | 4.1 พัฒนาและรักษาสัมพันธภาพ 4.2 ตัดสินใจกับตนเองและสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม 4.3 ให้คุณค่ากับตนเอง และช่วยเหลือผู้อื่น |

ครั้งที่ 3 วันที่ 19 เม.ย.61

| ประเด็นหลัก | ประเด็นย่อย |
|--|--|
| 1. ความหมายของการฟื้นฟู | 1.1 คืนความสำคัญให้ตนเองด้วยความเข้าใจและกำลังใจจากตนเองและคนรอบข้าง |
| 2. เมื่อเจ็บป่วยต้องยอมรับและเข้าใจการเจ็บป่วยของตนเอง | 2.1 รับรู้สาเหตุปัญหาทางจิตใจ 2.2 รับรู้การเปลี่ยนแปลงของตนเอง 2.3 ขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น 2.4 เปรียบเทียบอาการของตนกับสื่อต่างๆ 2.5 ตัดสินใจไปพบแพทย์ 2.6 เข้าใจความซึมเศร้า 2.7 จัดการกับอาการ |

| ประเด็นหลัก | ประเด็นย่อย |
|----------------------------------|--|
| 3. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความคิด | 3.1 ทำตามคำแนะนำของจิตแพทย์ 3.2 หลีกเลียงสถานการณ์เดิมๆ 3.3 ปรับความคิดของตัวเองใหม่ 3.4 กินยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด 3.5 งดยาลดความอ้วนและอาหารเสริม 3.6 ออกกำลังกายและทำกิจกรรมที่ชอบ 3.7 แบ่งปันประสบการณ์แก่ผู้ป่วยรายอื่น 3.8 พัฒนาและรักษาความสัมพันธ์กับผู้อื่น 3.9 จัดการกับสิ่งแวดล้อม |
| 4. มุ่งสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ | 4.1 คำนึงความสามารถในการดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข 4.2 คำนึงความสำคัญให้กับตนเอง 4.3 ตั้งเป้าหมายในชีวิตใหม่ 4.4 ให้กำลังใจตนเอง |
| 5. คนรอบข้างนั้นสำคัญ | 5.1 กำลังใจสำคัญที่สุด 5.2 คนรอบข้างเปิดใจและรับฟัง 5.3 ความเข้าใจจากคนรอบข้าง |

ครั้งที่ 4 วันที่ 15 พ.ค.61

| ประเด็นหลัก | ประเด็นย่อย |
|-------------------------------------|---|
| 1. ความหมายของการฟื้นฟู | 1.1 คำนึงความสำคัญให้ตนเองด้วยความเข้าใจและกำลังใจจากตนเองและคนรอบข้าง |
| 2. เมื่อเจ็บป่วยต้องเข้าใจและยอมรับ | 2.1 รับรู้ได้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้น 2.2 ยอมรับและทำความเข้าใจโรค 2.3 บอกเล่าให้คนรอบข้างฟัง และร้องขอความช่วยเหลือ |
| 3. ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม | 3.1 กินยาที่หมอสั่งทุกวันไม่เคยขาด ศาสนาคือที่พึ่ง พึ่งออกกำลังใจให้สดชื่นแจ่มใส 3.2 ปรับความคิดของตัวเองใหม่ มองโลกในแง่ดีและปล่อยวาง |

| ประเด็นหลัก | ประเด็นย่อย |
|--|--|
| | 3.3 ในช่วงที่ป่วยอาจสูญเสียความสัมพันธ์กับคนรอบข้างไป เมื่ออาการดีขึ้นเรียนรู้ที่จะพัฒนาและรักษาความสัมพันธ์กับ คนรอบข้างไว้ 3.4 ตั้งเป้าหมายในชีวิตที่เริ่มขึ้นใหม่ 3.5 ช่วยเหลือผู้อื่นด้วยความเข้าใจไม่หวังสิ่งใดตอบแทน |
| 4. กำลังใจคือสิ่งสำคัญสำหรับ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า | 4.1 ให้อกำลังใจตัวเอง 4.2 ได้รับความเข้าใจและกำลังใจจากคนรอบข้าง |
| 5. คำนึงความสำคัญให้กับตนเองและ ครอบครัว | 5.1 สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข 5.2 สายใยความสัมพันธ์ของครอบครัวไม่อาจตัดได้ |

ครั้งที่ 5 วันที่ 21 มิ.ย.61

| ประเด็นหลัก | ประเด็นย่อย |
|--|---|
| 1. ความหมายของการฟื้นฟู | 1.1 การกลับมาดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพและปกติสุข |
| 2. เมื่อเจ็บป่วยต้องเข้าใจและ ยอมรับ | 2.1 รับรู้ได้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้น 2.2 ยอมรับและทำความเข้าใจโรค 2.3 บอกเล่าให้คนรอบข้างฟัง และร้องขอความช่วยเหลือ |
| 3. ปรับเปลี่ยนความคิดและ พฤติกรรม | 3.1 กินยาที่หมอสั่งทุกวันไม่เคยขาด ศาสนาคือที่พึ่ง พึ่งออก กำลังใจให้สดชื่นแจ่มใส 3.2 ปรับความคิดของตัวเองใหม่ มองโลกในแง่ดีและปล่อยวาง 3.3 ในช่วงที่ป่วยอาจสูญเสียความสัมพันธ์กับคนรอบข้างไป เมื่ออาการดีขึ้นเรียนรู้ที่จะพัฒนาและรักษาความสัมพันธ์กับ คนรอบข้างไว้ 3.4 ตั้งเป้าหมายในชีวิตที่เริ่มขึ้นใหม่ 3.5 ช่วยเหลือผู้อื่นด้วยความเข้าใจไม่หวังสิ่งใดตอบแทน |
| 4. กำลังใจเป็นสิ่งมีค่าและสำคัญ | 4.1 ให้อกำลังใจตัวเอง 4.2 ได้รับความเข้าใจและกำลังใจจากคนรอบข้าง |
| 5. กลับมาทำบทบาทและหน้าที่ ต่างๆในชีวิตได้ตามปกติ | 5.1 สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข 5.2 สายใยความสัมพันธ์ของครอบครัวไม่อาจตัดได้ |

ครั้งที่ 6 วันที่ 2 ก.ค.61

| ประเด็นหลัก | ประเด็นย่อย |
|--|---|
| 1. ความหมายของการฟื้นฟู | 1.1 การกลับมาดำเนินชีวิตได้เหมือนเดิม |
| 2. เข้าใจและยอมรับว่าป่วย | 2.1 รับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้น 2.2 ยอมรับและทำความเข้าใจโรค 2.3 บอกคนรอบข้างและขอความช่วยเหลือ |
| 3. ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม | 3.1 ฝึกมองโลกในแง่ดีและปล่อยวาง 3.2 กินยาทุกวันไม่เคยขาด 3.3 ออกกำลังกายให้สดชื่นแจ่มใส 3.4 เรียนรู้การพัฒนาและรักษาสัมพันธ์ภาพกับคนรอบข้าง 3.5 ตั้งเป้าหมายชีวิตใหม่ 3.6 ทำตนเองให้เป็นประโยชน์ |
| 4. กำลังใจเป็นสิ่งมีค่าและสำคัญ | 4.1 ให้กำลังใจตัวเอง 4.2 ได้รับความกำลังใจจากคนรอบข้าง |
| 5. กลับมาทำบทบาทและหน้าที่ต่างๆในชีวิตได้ตามปกติ | 5.1 สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข 5.2 สายใยความสัมพันธ์ของครอบครัวไม่อาจตัดได้ |

ตารางที่ 5 การตรวจยืนยันความถูกต้องตามกระบวนการวิจัยโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

| วันที่ตรวจ | รายการตรวจยืนยันความถูกต้องตามกระบวนการวิจัย |
|------------|---|
| 31 ม.ค.61 | พบอาจารย์ที่ปรึกษาส่งบทสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล try-out รายที่ 1 และ 2 เพื่อปรับแก้ไขแนวคำถาม อาจารย์เสนอแนะให้ฝึกทำการถอดรหัส (coding) |
| 6 ก.พ.61 | พบอาจารย์ที่ปรึกษาส่งบทสัมภาษณ์ (Transcript) ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3 (ID3) เพื่อปรับแก้ไขแนวคำถาม พร้อมกับการถอดรหัส (coding) |
| 8 ก.พ.61 | พบอาจารย์ที่ปรึกษาส่งบทสัมภาษณ์ (Transcript) ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3 (ID3) อีกครั้ง อาจารย์ที่ปรึกษาเสนอแนะการถอดรหัส (coding) การปรับแก้แนวคำถาม เพื่อให้สามารถเจาะลึกถึงการรับรู้ ความคิด ความรู้สึก และเหตุผลต่างๆของคำตอบหรือคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล เพื่อกลับไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติม และนำไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป |

| | |
|------------|---|
| 11 ก.พ.61 | พบอาจารย์ที่ปรึกษาส่งบทสัมภาษณ์ (Transcript) ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3 (ID3) ครั้งที่ 2 อาจารย์ที่ปรึกษาเสนอแนะการถอดรหัส (coding) การปรับแก้แนวคำถาม เพื่อให้สามารถเจาะลึกถึงการรับรู้ ความคิด ความรู้สึก และเหตุผลต่างๆของคำตอบหรือคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล เพื่อกลับไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติม และนำไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป |
| 19 มี.ค.61 | ส่งบทสัมภาษณ์ (transcript) พร้อมกับการถอดรหัส (coding) และการจัดประเภทข้อมูล (category) ของผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1-13 (ID1-13) |
| 22 มี.ค.61 | พบอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อรับฟังคำแนะนำแนวทางการถอดรหัส (coding) และการจัดประเภทข้อมูล (category) อาจารย์ที่ปรึกษาเสนอแนะแนวทางการตั้งประเด็น (Theme) |
| 23 มี.ค.61 | ส่งการตั้งประเด็นหลัก (Theme) และประเด็นย่อย (Sub-theme) ครั้งที่ 1 |
| 25 มี.ค.61 | พบอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อรับฟังคำแนะนำแนวทางการตั้งประเด็นหลัก (Theme) และประเด็นย่อย (Sub-theme) อาจารย์แนะนำให้จัดกลุ่มประเด็นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเข้าเป็นกลุ่มเดียวกัน แล้วเขียนออกมาเป็นประเด็นหลักที่ประกอบด้วยประเด็นย่อยๆ |
| 4 เม.ย.61 | ส่งการตั้งประเด็นหลัก (Theme) และประเด็นย่อย (Sub-theme) ครั้งที่ 2 |
| 10 เม.ย.61 | พบอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อรับฟังคำแนะนำแนวทางการตั้งประเด็นหลัก (Theme) และประเด็นย่อย (Sub-theme) ครั้งที่ 2 |
| 19 เม.ย.61 | ส่งการตั้งประเด็นหลัก (Theme) และประเด็นย่อย (Sub-theme) ครั้งที่ 3 |
| 25 เม.ย.61 | พบอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อรับฟังคำแนะนำแนวทางการตั้งประเด็นหลัก (Theme) และประเด็นย่อย (Sub-theme) ครั้งที่ 3 |
| 30 เม.ย.61 | ส่งบทที่ 1-3 ครั้งที่ 1 |
| 15 พ.ค.61 | พบอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อรับฟังคำแนะนำแนวทางการแก้ไขบทที่ 1-3 และส่งการตั้งประเด็นหลัก (Theme) และประเด็นย่อย (Sub-theme) ครั้งที่ 4 |
| 22 พ.ค.61 | พบอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อส่งบทที่ 1-3 ที่แก้ไขเสร็จสมบูรณ์ตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา และรับฟังคำแนะนำแนวทางการตั้งประเด็นหลัก (Theme) และประเด็นย่อย (Sub-theme) ตามที่ส่งไปในครั้งที่ 4 |
| 30 พ.ค.61 | ส่งบทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ครั้งที่ 1 |
| 11 มิ.ย.61 | พบอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อรับฟังคำแนะนำแนวทางการแก้ไขบทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ครั้งที่ 1 |

| | |
|------------|--|
| 15 มิ.ย.61 | ส่งบทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ครั้งที่ 2 |
| 17 มิ.ย.61 | พบอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อรับฟังข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไขบทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ครั้งที่ 2 และรับฟังคำแนะนำการเขียนการอภิปรายผล |
| 19 มิ.ย.61 | ส่งบทที่ 1-5 ครั้งที่ 1 และส่งการตั้งประเด็นหลัก (Theme) และประเด็นย่อย (Sub-theme) ครั้งที่ 5 |
| 21 มิ.ย.61 | รับรายงานทุกบทคืน และดำเนินการแก้ไขการเขียนรายงานบทที่ 1-5 รวมถึงการตั้งประเด็นหลัก (Theme) และประเด็นย่อย (Sub-theme) ครั้งที่ 5 เพิ่มเติมตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา |
| 24 มิ.ย.61 | ส่งทุกบทให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกครั้ง |
| 25 มิ.ย.61 | ส่งเล่มวิทยานิพนธ์ให้กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ |
| 2 ก.ค.61 | สอบป้องกันวิทยานิพนธ์ รับฟังข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไขจากคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ |
| 9 ก.ค.61 | ส่งวิทยานิพนธ์ให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกครั้ง |
| 11 ก.ค.61 | พบอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อรับฟังข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไขและปรับแก้วิทยานิพนธ์ |
| 18 ก.ค.61 | ส่งเล่มวิทยานิพนธ์ |

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารินทร์ ถาน้อย ผู้ช่วยคณบดี ฝ่ายพัฒนานักศึกษา และอาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. แพทย์หญิงนงนุช สัตกรพรพรหม นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี
3. นางสาวรวงคณา จำปาเงิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (APN) สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

เรือโทหญิง ภาณุมาศ จิตสงบ เกิดเมื่อวันที่ 11 ตุลาคม พ.ศ. 2532 สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปี พ.ศ.2554 ภายหลังจากสำเร็จการศึกษา ได้รับการคัดเลือกเข้าทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ หน่วยตรวจโรค แพทย์เวร-ฉุกเฉิน ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช จนถึงปี พ.ศ.2557 หลังจากนั้นได้สอบบรรจุเป็นนายทหารสัญญาบัตร ตำแหน่งนายทหารพยาบาล สำนักงานแพทย์ทหาร กองบัญชาการกองทัพไทย จึงใคร่ขออนุญาตผู้บังคับบัญชาเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2558 ได้รับการแต่งตั้งเป็นประธานสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (นอกเวลาราชการ) ได้เข้าร่วมเป็นกรรมการนิสิต ประจำปีการศึกษา 2558 และช่วยเหลืองานของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นอย่างดีเสมอมา ปัจจุบันดำรงตำแหน่งนายทหารพยาบาลกองแพทย์ สำนักงานแพทย์ทหาร กองบัญชาการกองทัพไทย กรุงเทพมหานคร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY